

Editorial

Berufspolitische Entscheidungen der ärztlichen Organisationen müssen nicht „schicksalhaft“ hingenommen werden, sondern man kann mitgestalten.

Berufspolitisches Engagement

Häufig wird über Unzufriedenheit mit berufspolitischen Entscheidungen und über Politikverdrossenheit berichtet. Doch berufspolitische Entscheidungen der ärztlichen Organisationen müssen nicht „schicksalhaft“ hingenommen werden, sondern es bestehen Gestaltungsmöglichkeiten!

Ärztinnen und Ärzte haben oft Bedenken, ein Ehrenamt anzunehmen, weil sie glauben, sowieso nichts bewirken zu können oder weil sie es sich nicht zutrauen. Wenn sie diesen Schritt aber gehen, stellen sie fest, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, innerhalb des Systems tätig und wirksam zu werden. Als Mitglied und Teil ihrer Ärztekammer ist es insbesondere notwendig, dass Ärztinnen ihre speziellen Interessen in die berufspolitische Debatte einbringen.

Seit einigen Jahren besteht ein Ärztemangel in Deutschland, der mit einem deutlichen Anstieg des Ärztinnenanteils einhergeht. Dieser Anstieg ist aber nicht mit einem entsprechenden Anstieg des Anteils der Ärztinnen in Gremien ärztlicher Organisationen verbunden. Auch aus diesem Grund ist insbesondere auch ein verstärktes berufspolitisches Engagement von Ärztinnen zu erhoffen und anzustreben. Ziel sollte es sein, dass Ärztinnen möglichst gemäß ihres Anteils an der Ärzteschaft zur angemessenen Vertretung ihrer Interessen in allen Gremien der ärztlichen Organisationen tätig werden. Derzeit ist dieses Ziel noch weit entfernt.

Diese Arbeitsergebnisse der Arbeitsmedizin-Gremien der Bundesärztekammer sollten ein Ansporn sein, in der Selbstverwaltung aktiv zu werden und dafür zu sorgen, dass die beruflichen Interessen von Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten ein stärkeres Gewicht als bisher erhalten. Darüber hinaus sind spezifische Impulse sinnvoll und nötig, um gezielte Verbesserungen der Situation von Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Vorrangiges Ziel muss es sein, dass zukünftig mehr Arbeitsmediziner und Betriebsärzte ihre Sachkompetenz und ihre eigene Sicht der Probleme in die Gremienarbeit der ärztlichen Organisationen einbringen können.

Inhalt

Editorial

Viele, die berufspolitisch tätig werden wollen, wissen oft nicht wie. ASUpraxis klärt in diesem Heft über die ärztliche Selbstverwaltung auf **145**

Praxis

Arbeitsmediziner in Aufbruchstimmung. Dr. Vollmer berichtet über den Ulmer Betriebsärztekongress **146**

Wie ist die ärztliche Selbstverwaltung aufgebaut. Es berichtet Dr. med. Annegret Schoeller **148**

Konzepte für ältere Mitarbeiter sind in Betrieben nötig **153**

Fortbildung

Was ist eine Demenz? **155**

Buchbesprechungen

Der Trend zum Dreierpack **157**

Impressum

160

Viele, die sich mit dem Gedanken tragen, die Chance zu ergreifen, berufspolitisch tätig zu werden, wissen aber nicht, wie sie den Weg in die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung finden können. Der ASUpraxis Artikel dieser Ausgabe „Wie ist die ärztliche Selbstverwaltung aufgebaut? Berufspolitisches Engagement“ soll die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung darlegen und Mut machen.

Dies ist jetzt besonders interessant, da in den nächsten Monaten in vielen Ärztekammern Wahlen anstehen. Zum Beispiel hat die Landesärztekammer Brandenburg eine eigene Wahl-Liste der Arbeitsmediziner und ist in dieser Wahlperiode in der Kammerversammlung vertreten... Bestimmt auch in der nächsten Wahlperiode!

...Einfach den Schritt in die Kammer wagen...

Annegret Schoeller

Arbeitsmediziner in Aufbruchstimmung

Innovativer Betriebsärztekongress setzt neue Impulse

So viel Neues war nie! Jedenfalls nicht für Arbeitsmediziner im Herbst.

Herbsttagung? Aus dem langjährigen arbeitsmedizinischen Treffen ist der Deutsche Betriebsärztekongress geworden, den der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) in diesem Jahr vom 6. bis 9. Oktober im Congress Centrum Ulm ausrichtete.

Podiumsdiskussion statt Grußworte

Neu war gleich der Beginn. Nach der Kongresseröffnung durch VDBW-Präsident Wolfgang Panter, der launigen Begrüßung durch den populären Ulmer Oberbürgermeisters Ivo Gönner („Ulm ist die gesündeste deutsche Großstadt mit den schönsten Menschen!“) sowie dem erfrischenden Vortrag von Michael Paetsch („Mobilfunk 2.0: Die nächste Stufe der mobilen Revolution und deren Einfluss auf die Gesellschaft“) kam die Podiumsdiskussion auf den Punkt: „Zukunft des betrieblichen Gesundheitsschutzes im Zeichen der DGUV Vorschrift 2“.

Nicht in langatmigen Reden, sondern in flotten Statements legten Ulrich Clever (Vizepräsident der Landsärztekammer Baden Württemberg), Walter Eichendorf (stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV), Rita Janning (Ministerialrätin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales), Stephan Letzel (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin) und Wolfgang Panter (Präsident des VDBW) ihre Positionen dar. Sie markierten damit einen zentralen Diskussionspunkt in den Foren und auf den Fluren des Kongresses. Und obwohl Eichendorf und Panter Handlungshilfen ihrer Verbände noch für dieses Jahr ankündig-

ten, deckte schon die Auftaktveranstaltung die weit verbreitete Skepsis der deutschen Betriebsärzteschaft gegen die Neuregelung auf. Als Thomas Hege- mann, eloquenter Moderator auf der Bühne, das Publikum fragte, ob die durch die Neufassung der DGUV Vorschrift 2 eingeleitete Entwicklung denn auf gutem Wege sei, hob nur ein kleines Häuflein die Hände. Die große Mehrzahl stimmte mit „Nein“.

Ganz anders die Stimmung bei Hege- manns Publikumsfrage, ob denn auch künftig Podiumsdiskussionen statt Grußworten am Anfang des Kongresses stehen sollten: Fast alle waren dafür.

Nah an den Menschen

„Wir sind nah an den Menschen“, hatte VDBW-Präsident Wolfgang Panter stellvertretend für die deutschen Betriebsärzte in einem viel beachteten Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (DÄ) kurz vor Beginn des Kongresses formuliert (DÄ, Jg. 107, Heft 39). Der VDBW zog daraus die Konsequenz, seine Botschaften nicht nur unter Fachkollegen zu diskutieren, sondern möglichst viele Menschen direkt damit zu konfrontieren. „In diesem Jahr vollziehen wir die Öffnung. Aus unserer Herbsttagung ist der Deutsche Betriebsärzte-Kongress mit moderierten Diskussionsrunden und Foren geworden. Wir wollen hier mit Patienten und Unternehmen aus der Region sprechen, informieren und die Themen im wahren Sinne des Wortes begreifbar machen“, so Panter.

Sprechen, informieren, begreifbar machen: Schon vor dem Kongress lagen die Abstracts in einer Sonderpublikation von VDBW und der Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin (ASU)



Kontakt

Dr. med. Michael Vollmer
Facharzt für Arbeitsmedizin
Ludwigstraße 8
64342 Seeheim-Jugenheim

vor. Viel ausführlicher als beim ausschließlichen Blick in das Kongressprogramm konnten sich die Teilnehmer auf diese Weise vorab über das informieren, worüber in Vorträgen und Seminaren gesprochen wurde.

Unternehmerforum und Gesundheitsforum

Sprechen, informieren, begreifbar machen: Zum ersten Mal fand im Rahmen des Kongresses ein prominent besetztes und gut besuchtes Unternehmerforum statt, auf dem Geschäftsführer und Kammervertreter mit Arbeitsmedizinern am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements diskutierten. Monika Stolz, Ministerin für Arbeit und Soziales in Baden-Württemberg und selbst frühere Betriebsärztin, ermahnte die Unternehmen, sich auf den bevorstehenden demografischen Wandel einzustellen und Arbeitsplatzbedingungen gesund zu erhalten. Gleichzeitig appellierte sie aber auch an die Eigenverantwortung der Arbeitnehmer bei Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit.

Sprechen, informieren, begreifbar machen: Betriebsärztliches Handeln hat nicht nur individuelles Wohlbefinden zum Ziel, sondern immer auch Folgen für Unternehmen und die Gesellschaft. Deshalb öffnete der Kongress seine Tore

für die Öffentlichkeit. Am Samstag lockte das Regionale Gesundheitsforum mit vielen ansprechenden Angeboten die Ulmer Bevölkerung an.

Auf der Pressekonferenz im Rahmen des Kongresses führte VDBW-Präsident Wolfgang Panter hierzu aus: „Uns ist dabei besonders wichtig, die Rolle der Arbeitsmediziner bei der Vorsorge ins öffentliche Bewusstsein zu rücken.“ Und so kam das Motto der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beim berufsgenossenschaftlichen Forum des Betriebsärztekongresses nicht von ungefähr: „Risiko raus – Betriebsarzt rein“.

Erfolgsgeschichte „Docs@work“

Hohes durchschnittliches Lebensalter, fehlender Nachwuchs, unklare Perspektive: Steht die deutsche Betriebsärzteschaft stellvertretend für den demografischen Wandel, der allenthalben in unserem Lande beschrieben und beklagt wird?

Einerseits ja, andererseits...

Wer in Ulm den Nachwuchswettbewerb docs@work verfolgt hat, sagt überzeugt: Die Arbeitsmediziner und ihr Berufsverband sind mindestens einen Schritt weiter!

Vielfach ist docs@work in der deutschen Ärzteschaft gelobt worden als innovativer Weg der nachhaltigen Nachwuchsgewinnung. Auch während des diesjährigen Betriebsärztekongresses stellten sich junge Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland in den vier Betrieben Voith AG (Papiermaschinen), Theater Ulm, Paul Hartmann AG (Medizin- und Pflegeprodukte), Wieland-Werke AG (Halbfabrikate aus Kupfer und Kupferlegierungen) in und um Ulm arbeitsmedizinischen Praxisherausforderungen. Presse, Funk und Fernsehen begleiteten sie dabei und haben intensiv berichtet.

Faszinierend, die acht Finalisten zum Abschluss im Congress Centrum auf der Bühne zu erleben! Die Kandidaten aus Berlin, Stuttgart, Mainz, Hamburg, Magdeburg und Karlsruhe reizte besonders der präventive Aspekt des Jobs.



Die Docs-Gewinner auf dem Bild von links nach rechts: Dr. med. Frances Herbert, Dr. med. Anja Heller, Dr. med. Wolfgang Schillings.

„Viele Patienten leiden an Erkrankungen, die durch Präventionsstrategien erfolgreich hätten vermieden werden können. Hier sehe ich mich in der Arbeitsmedizin als Ärztin an vorderer Front zur Gesundheitsförderung“, sagte Anja Heller. „Die Chance, im Rahmen eines kollegialen Wettbewerbs tiefere Einblicke in die Welt der Arbeitsmedizin zu erhalten, möchte ich unbedingt nutzen“, führte Christian Schopohl aus. Jana Meyerrose erklärte im Vorfeld: „Für mich zählten bei docs@work die praxisnahen Einblicke in den Fachbereich Arbeitsmedizin.“ Bettina Link interessierte docs@work, „weil die Arbeitsmedizin für mich ein ganz konkreter Berufswunsch ist und dieser Wettbewerb die einzigartige Chance bietet, einen praktischen Einblick in die Tätigkeit zu bekommen.“ Und Christoph Maier ergänzte: „Arbeits- und Mitarbeiterschutz sind wichtig. Sowohl Arbeitnehmern als auch Arbeitgebern möchte ich beratend und behandelnd zur Seite stehen.“

Gewonnen haben schließlich Wolfgang Schillings aus Hamburg und Frances

Herbert aus Mainz als bestes Team. Der Preis für die beste Einzelleistung ging an die Magdeburgerin Anja Heller. Die Preisträger erhalten wertvolle Fortbildungsgutscheine und eine Einladung zum Deutschen Betriebsärzte-Kongress 2011 in Bonn.

Nach dem Ende der Preisverleihung standen übrigens die Leiter von Werksarztzentren und betriebsärztlichen Diensten mit ihren Kärtchen an der Rampe der Bühne. Sorgen um Stellen brauchen sich diese jungen Kolleginnen und Kollegen somit also nicht zu machen...

Betriebsarzt als Gestalter

Doch nicht nur den jungen Kollegen braucht vor ihrer beruflichen Zukunft nicht bange zu sein. Wer auf dem Betriebsärztekongress Politikern, Unternehmern und Vertretern der Öffentlichkeit aufmerksam zugehört hat, dürfte vernommen haben, dass sie alle von Betriebsärzten viel erwarten, ihnen aber auch viel zutrauen – etwa bei der Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Beschäftigten und der Verhältnisse im Unternehmen, bei der Mitwirkung nach traumatisierenden Ereignissen und bei der Sicht auf die psychosoziale Dimension in der betriebsärztlichen Betreuung, beim Umgang mit Schmerzen von Beschäftigten und Konflikten im Betrieb. Dabei wird der Betriebsarzt als derjenige angesehen, der in die Unternehmensprozesse selbstverständlich integriert ist, sie aktiv gestaltet und kompetent führt.

Auf welchem breitem fachlichen Fundament das zu geschehen hat, zeigte der Kongress mit seiner Themenvielfalt. Da wurde über Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Vibrationen ebenso aufschlussreich referiert wie über das Risikotheema und die Grenzwerte bei Nanomaterialien und Tuberkulose-Vorsorge im Gesundheitswesen. Aber auch Datenschutzaspekte der Einstellungsuntersuchungen und Erfahrungen mit dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 25 kamen zur Sprache.

Freilich müssen Betriebsärzte sich auch ihrerseits weiter entwickeln. In Ulm ist wieder deutlich geworden: Als still zurückgezogene Untersucher oder auch nur einfache Berater auf Zuruf werden sie im Unternehmen nicht gebraucht. Vielmehr wurde überzeugend dargelegt, dass sie gefordert sind als Gestalter im Betrieb, als diejenigen, die auf die Veränderung von Verhältnissen und von Verhalten aktiv hinwirken und sich gegebenenfalls am Ergebnis dieses Handelns auch messen lassen müssen. Insofern wird es künftig kaum mehr ausreichen, die Adipositas lediglich festzustellen und Gewichtsabnahme anzuraten.

Um sich vom Berater zum Manager von Gesundheit im Betrieb zu entwickeln, müssen sich Betriebsärzte weiter professionalisieren. Auch das war in Ulm mehrfach zu hören. Der Arbeitsmediziner im Unternehmen ist als Organisationsentwickler und Psychotherapeut bzw. Coach gefordert, der neben Kenntnissen über Gesetze und Gefahrstoffe, Grenzwerte und Grundsatzuntersuchungen auch über Empathie und soziale Kompetenz, Werte und Überzeugungen verfügen muss, um wirksam sein zu können.

Zu hoher Anspruch? Keinesfalls, sondern oft schon gelebte Realität – und Alleinstellungsmerkmal des Betriebsarztes.

Das haben auch die vielen guten Gespräche am Rande des Kongresses gezeigt, die wie in all den Vorjahren den kollegialen und freundschaftlichen Charakter der herbstlichen Tagung ausmachten.

Vom 22. bis 24. September 2011 treffen sich die Betriebsärzte zu ihrem Kongress in Bonn im World Conference Center, dem ehemaligen Plenarsaal des Deutschen Bundestags. Noch eine Neuerung. Und sicher nicht die letzte dieses dynamischen Verbandes...

So viel Neues, das ist preiswürdig: Im Juni hat die Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin ihren Innovationspreis 2010 dem VDBW verliehen.

Wer den Kongress in Ulm erlebt hat, darf sagen: Zu Recht! □

Wie ist die ärztliche Selbstverwaltung aufgebaut?

Berufspolitisches Engagement

Viele Ärztinnen und Ärzte, die sich mit dem Gedanken tragen, berufspolitisch tätig zu werden, wissen nicht, wie sie den Weg in die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung finden können. Dieser Artikel soll die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung darlegen und Mut machen, den Weg ins Ehrenamt zu gehen.

1. Organisationsformen der Ärzteschaft

Die Organisation der Ärzteschaft in der Bundesrepublik Deutschland lässt sich nach drei Strukturprinzipien gliedern:

- 1.1 Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft
- 1.2 Freie und gebietsabhängige ärztliche Verbände
- 1.3 Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften

1.1 Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft

Körperschaften öffentlichen Rechts sind die Ärztekammern der Länder sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Bundesärztekammer ist keine Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern die Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern auf Bundesebene. In der **Abbildung 1** wird die Struktur der jeweiligen Mitgliedschaften von Ärztinnen und Ärzten in ärztliche Selbstverwaltungskörperschaften wie den



Kontakt

Dr. med. Annegret Schoeller
FÄ für Arbeitsmedizin / Umweltmedizin
Bereichleiterin Arbeitsmedizin
Dezernat V
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10789 Berlin

Kammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen dargestellt.

1.1.1 Die Landesärztekammern

Wie ist es möglich, sich in die Ärztekammer einzubringen? Der offizielle Weg zu einer ehrenamtlichen Tätigkeit als Einzelperson oder als Mitglied einer ärztlichen Gruppierung, wie eines Berufsverbandes besteht darin, für die Kammerwahl zu kandidieren. Nach der Wahl erfolgt die Berufung in die Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Kammern für die laufende Wahlperiode. Die Kammerversammlung wählt schließlich jährlich die Delegierten für den Deutschen Ärztetag, das höchste „Parlament“ der Ärzteschaft.

Unbeschadet dieses Weges kann sich jedes Mitglied der Kammer schriftlich mit einem Anliegen an den Vorstand oder auch an die Geschäftsführung wenden oder dies telefonisch oder persönlich vortragen. Dabei sind Initiativen, die spezifische Probleme aufzeigen sehr wertvoll für die Ärztekammern. Diese können über die aktuelle Diskussion hinaus bewirken, dass ein Kammerausschuss gegründet wird, um das Problem zu lösen, wobei Initiatio-

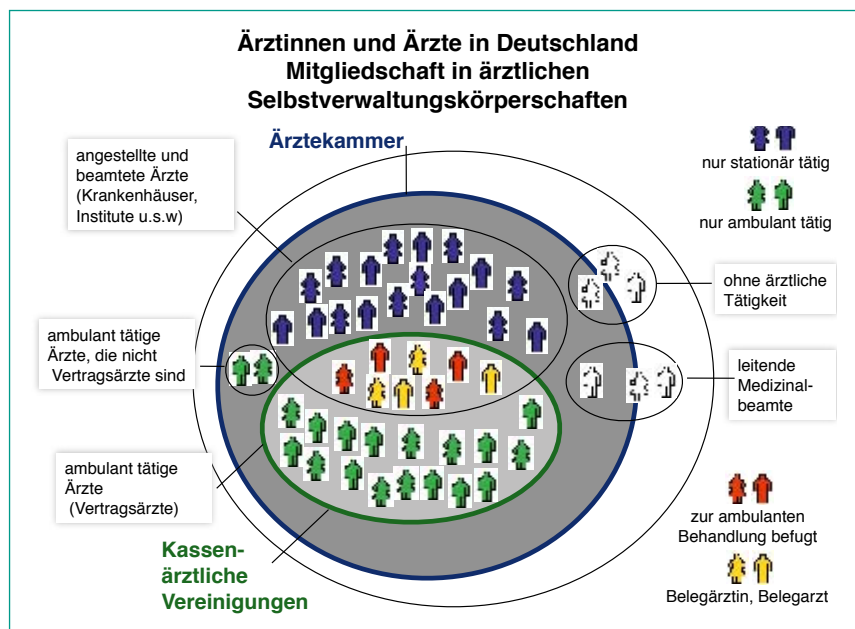


Abbildung 1

rinnen und Initiatoren selber mitwirken können. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sie als Gast für dieses Thema in einem bestehenden Gremium aktiv werden können, ohne gewähltes Mitglied zu sein. Da die Kammern schon jetzt Nachwuchssorgen haben, wird jede Ärztin, jeder Arzt, die/der aktiv werden will, gern gesehen. Die Geschäftsführung unterstützt die Gremienarbeit durch die Organisation der Sitzungen mit Vor- und Nacharbeiten, Einladungen, Protokollerstellung etc. Wer sich in diese Strukturen hineinbegibt, wird über positive Erfahrungen berichten können. Ein langer Atem und Beharrlichkeit, aber auch Teamfähigkeit und Verhandlungsgeschick sind gute Voraussetzungen für den Erfolg.

Die Ärztekammern haben neben berufs- und interessenspolitischen Funktionen auch ordnungspolitische Aufgaben und sind durch Landesgesetze (Heilberufegesetze / Kammergesetze) geschaffene Berufsvertretung für alle approbierten Ärztinnen und Ärzte. Rechtlich leitet sich die Ärztekammer als Institution aus der gesetzlichen Zuständigkeit der Länder für Aufgaben des Gesundheitswesens ab. Pflichtmitglieder der Ärztekammern sind alle Ärztinnen und Ärzte, die im

Bereich der Kammer ihren Beruf ausüben oder, sofern sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren Wohnsitz haben. Die Ärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Rechtsaufsicht obliegt der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde, in der Regel dem Landesministerium für Gesundheit und Soziales oder dem Innenministerium.

Alle Bundesländer haben eine Ärztekammer. Einzige Ausnahme ist Nordrhein-Westfalen – hier gibt es je eine Ärztekammer für die Region Nordrhein und für Westfalen-Lippe. Somit existieren insgesamt 17 Ärztekammern. Die Aufgaben der Ärztekammern sind in den Heilberufegesetzen (Kammergesetzen) der Bundesländer geregelt. Dadurch bedingt variieren die Inhalte der regionalen Gesetze geringfügig. In den wichtigsten Aufgaben besteht jedoch Übereinstimmung. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- die Regelung der Rechte und Pflichten der Ärzte durch Erlass der Berufsordnung einschließlich Regelungen zum ärztlichen Notdienst
- die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten (Berufsaufsicht) und Ausübung der Berufserkennbarkeit

- die Regelung der Weiterbildung in den einzelnen Gebieten durch die Weiterbildungsordnung (Regeln, Prüfungen, Befugniserteilung)
- die Förderung der ärztlichen Fortbildung
- Arzthelferinnenausbildung auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes
- die Regelung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- die Einrichtung von Schlichtungs- und Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler bzw. für Fragen der Arzthaftpflicht (Behandlungsfehler, Honorarfragen)
- die Einrichtung von Ethikkommissionen zur Beurteilung der Zulassung von Forschungsvorhaben unter ethischen Gesichtspunkten
- Melde- und Beitragswesen
- Berufspolitische Vertretung der Ärzteschaft gegenüber Politik und Medien
- Herausgabe eines Presseorgans (amtliche Bekanntmachung)

Darüber hinaus unterhalten die Ärztekammern eigenständige Vorsorge- und Fürsorgeeinrichtungen als alternative Systeme der Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie für die Absicherung im Falle der Berufsunfähigkeit.

1.1.2 Die Bundesärztekammer

Um sich in die Gremienarbeit in der Bundesärztekammer einbringen zu können, kann eine Ärztin/ein Arzt als Kammerversammlungsmitglied der zuständigen Ärztekammer in die Ständigen Konferenzen der Bundesärztekammer berufen werden. Die Kammern entsenden dann ihre Expertinnen zur Bundesärztekammer. Zudem können sie als Ausschussmitglieder direkt vom Vorstand der Bundesärztekammer bestellt oder als Gast assoziiert werden. Die Gremien tagen je nach Beratungsbedarf meist ein bis zwei Mal im Jahr.

Die Bundesärztekammer besteht seit 1955. Sie ist ein freiwilliger Zusammenschluss der 17 Ärztekammern in der

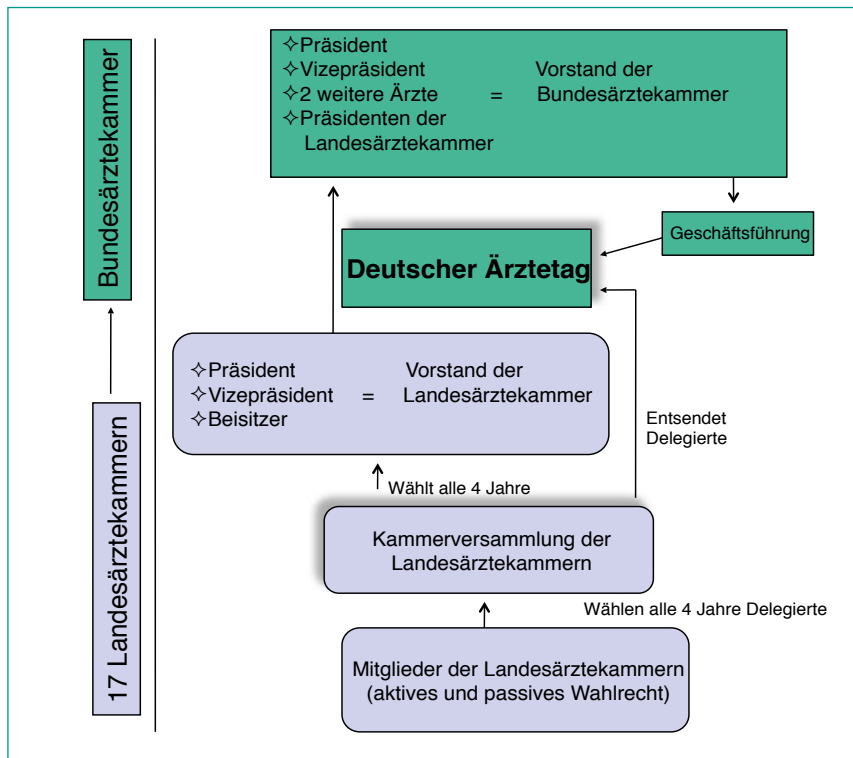


Abbildung 2

Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins. Sie ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Ärztekammern finanzieren die Bundesärztekammer durch die Beiträge ihrer Pflichtmitglieder. Die einzelne Ärztin/der einzelne Arzt gehört der Bundesärztekammer nur mittelbar als Mitglied seiner Ärztekammer an. Organe der Bundesärztekammer sind die Hauptversammlung (Deutscher Ärztetag) und der Vorstand (siehe **Abbildung 2**). Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aus dem Präsidenten der einzelnen Ärztekammern sowie dem Präsidenten, den zwei Vizepräsidenten und drei Beisitzern der Bundesärztekammer gebildet. Er wird von über 1000 ehrenamtlichen Mitgliedern in über 50 Ausschüssen, Ständigen Konferenzen und Arbeitsgruppen unterstützt und beraten.

1.1.2.1 Deutscher Ärztetag

Der Hauptversammlung, das heißt dem Deutschen Ärztetag, gehören 250 Delegierte an. Der Deutsche Ärztetag tritt in der Regel einmal im Jahr zusammen. Bei gesundheitspolitisch brisanten Thema

auch mehrmals im Jahr. Er wird von der Bundesärztekammer organisiert. Die Delegierten der Landesärztekammern werden im Verhältnis der Mitgliederzahlen der Ärztekammern entsandt. Die Bundesärztekammer ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an



Gesetzgebungsverfahren mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik.

Die Bundesärztekammer vertritt die berufspolitischen Interessen der 429.926 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2009) in der Bundesrepublik Deutschland. **Abbildung 3** zeigt die aktuelle Ärztestatistik mit alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nach Tätigkeitsfelder, wie Tätigkeiten im ambulante, stationären Sektor, in Körperschaften, in sonstigen Bereichen und ohne Tätigkeit.

Nach ihrer Satzung obliegen der Bundesärztekammer folgende Aufgaben:

- Ständiger Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und gegenseitige Abstimmung der Tätigkeit
- Vertretung der Position der Ärzteschaft in gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen gegenüber der Öffentlichkeit
- Herbeiführung möglichst einheitlicher Regelungen der ärztlichen Berufspflichten (Beschluss einer (Muster-)Weiterbildungsordnung)
- Förderung der ärztlichen Fortbildung (z. B. durch Fortbildungskongresse)
- Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft in Angelegenheiten, die über die Zuständigkeit eines Landes hinaus gehen (z. B. Bundesgesetzgebung)

- Herstellung von Beziehungen zur ärztlichen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinen im Ausland
- Beschluss von Richtlinien zur Qualitätssicherung
- Pflege des Zusammengehörigkeitsgefühls der Ärzte und ihrer Organisationen
- Durchführung des Deutschen Ärztetages mindestens einmal pro Jahr

Insbesondere bei Normgebungsverfahren, wie bei der Verfassung der (Muster-)Berufsordnung oder der (Muster-)Weiterbildungsordnung besteht ein bundesweiter Koordinierungsbedarf für die Prozesse der Entscheidungsvorbereitung in den Gremien der Bundesärztekammer, für die Willensbildung auf dem Deutschen Ärztetag und für die Umsetzung der Beschlüsse in die Kammern. Diese Koordination ist Voraussetzung dafür, dass die gesamte Ärzteschaft als funktionierende Selbstverwaltung ihre gesellschaftliche Verantwortung nach außen geschlossen darstellen kann.

1.1.3 Die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner der Krankenkassen wurden als genossenschaftlicher Zusammenschluss der Kassenärzte gegründet. Ihre Errichtung führte zur Ablösung des Einzelvertragssystems zwischen Ärzten und Krankenkassen durch ein Kollektivvertragssystem. Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die zugelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten (ordentliche Mitglieder) und die in das Vertragsregister eingetragenen Nicht-Vertrags-/-Vertragspsychotherapeuten (außerordentliche Mitglieder). Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Rechtsaufsicht des Staates (§ 77 SGB V). Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt.

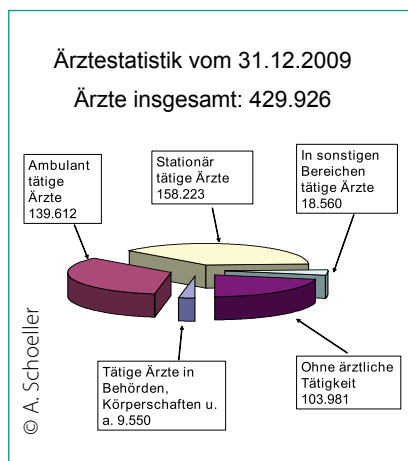


Abbildung 3

Die Kassenärztliche Vereinigung ist die Selbstverwaltung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten. Ihre Organe sind der hauptamtliche Vorstand und die Vertreterversammlung. Die durch gesetzliche Regelungen bestimmten Aufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung sind:

- Sicherstellungsauftrag, d. h. Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang
- Interessensvertretung, d. h. Wahrung der Rechte der Vertragsärzte
- Gewährleistungspflicht, d. h. Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung der vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber den Krankenkassen
- Vertragshoheit, d. h. Zuständigkeit zum Abschluss von Verträgen mit den Verbänden der Krankenkassen zur Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung
- Führung des Arztregisters
- Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zusammen mit den Krankenkassen
- Bedarfsplanung und Niederlassungsberatung
- Zulassung zur Belegarztztätigkeit
- Organisation des ambulanten Notfalldienstes
- Organisation von Krankheits- und Urlaubsvertretung

- Aufsicht und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Fortbildung und Qualitätssicherung

1.1.4 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist eine „Körperschaft der Körperschaften“, die Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Ihre Organe sind der im Jahr 2004 neu eingerichtete zweiköpfige hauptamtliche Vorstand und die Vertreterversammlung. Die wichtigsten Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind:

- die Interessensvertretung der Vertragsärzte / -Psychotherapeuten auf Bundesebene
- der Abschluss der Bundesmantelverträge sowie weiterer Verträge und Vereinbarungen mit Wirkung auf alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
- Leistungsevaluation
- Verbesserung der Versorgungsqualität und -strukturen
- die Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 91 Abs. 5 SGB V und im Bundesschiedsamt
- die Durchführung des Fremdkassenausgleichs

1.2 Die freien Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten

Die freien Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten untergliedern sich in:

- freie gebietsunabhängige Verbände
- gebietsabhängige Berufsverbände

Diese Verbände haben in etwa „Partei“-Funktion bei Wahlen in den Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigung. Es ist einfacher und von der Struktur her wirkungsvoller, über diese Verbände berufspolitisch auch in den Kammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen tätig zu werden, da mit einem ärztlichen Verband im Hintergrund berufspolitische Vorstellungen und Entscheidungen besser durchsetzbar sind.

1.2.1 Die freien und gebietsunabhängigen ärztlichen Verbände

Die freien ärztlichen Verbände vertreten die Interessen ihrer Mitglieder unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten medizinischen Fachgruppe. Die Mitgliedschaft ist freiwillig. Diese Verbände verfolgen vorwiegend berufspolitische Interessen und sind eher praxisorientiert. Freie ärztliche Verbände in der Bundesrepublik Deutschland sind zum Beispiel der:

- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. (MB)
- Hartmann Bund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
- NAV Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.
- Deutsche Ärztinnenbund e. V.

Um beispielsweise in Berufsverbänden, wie dem Marburger Bund tätig zu werden, nehmen Studentinnen/Assistenzärztinnen oft über das Internet mit dem Marburger Bund Kontakt auf. Wenn sie passiv teilhaben möchten, können sie sich jeweils durch Zusendung von Informationsmaterialien auf den aktuellen Stand der Diskussion bringen. Wenn sie sich jedoch aktiv an der Verbandsarbeit beteiligen möchten, können sie sich informieren, ob an ihrem Studien- oder Wohnort eine Landesgruppe des Marburger Bundes existiert. Dort können Sie an Vorträgen teilnehmen, Fortbildungen besuchen oder diese später selbst diese organisieren. Darüber hinaus können sie an Intensivseminaren für Karrieretraining und -coaching teilnehmen. Auch andere Verbände können so oder im Rahmen von Kongressen und Seminaren kontaktiert werden.

1.2.2 Die gebietsabhängigen Berufsverbände

Neben den freien ärztlichen Verbänden gibt es eine große Anzahl von ärztlichen Verbänden mit berufspolitischer Inter-

essensvertretung für bestimmte medizinische Fachrichtungen (Berufsverbände). Berufsverbände existieren für jede Gebietsbezeichnung. Gebietsabhängige Berufsverbände sind beispielsweise:

- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)
- Berufsverband der Allgemeinen Ärzte Deutschlands – Hausärzterverband e. V. (BDA)
- Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI)

1.3 Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Neben den berufspolitisch ausgerichteten Verbänden gibt es eine Vielzahl Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften. Sie dienen ausschließlich der Pflege der Wissenschaft. Sie sind sowohl für die inhaltliche Festlegung von medizinischen Standards, als auch für die Forschung und Entwicklung neuer Methoden von großer Bedeutung. Der Zusammenschluss dieser Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften stellt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) dar. Die Expertinnen und Experten der AWMF beraten auf Bundesebene in vielerlei Hinsicht auch die Bundesärztekammer und machen Vorschläge, zum Beispiel zur Erarbeitung der Diagnosis-Related-Groups, (dem Vergütungssystem für stationäre Krankenhausbehandlungen), Leitlinien, Qualitätsstandards, etc. Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften sind zum Beispiel die:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)

2. Ergebnisse ehrenamtlicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten

Beispielhaft soll die Gremienarbeit des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer dargestellt werden. Aufgaben des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ ist die Koordinierung der Aktivitäten der Ärztekammern auf diesem Gebiet. Die Bundesärztekammer fördert die Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin auf vielen Ebenen der Berufspolitik. Dr. Udo Wolter, Präsident der Ärztekammer Brandenburg und Mitglied des Vorstandens ist Vorsitzender des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer der Wahlperiode 2007/2011. Für die Geschäftsführung ist Dr. H. J. Maas und Frau Dr. med. A. Schoeller zuständig.

Die Arbeitsmedizin-Gremien haben wesentlich an der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, an der Erarbeitung des (Muster-)Kursbuches Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin mitgewirkt, sind an Gremien des BMAS beteiligt und haben 2009 ein Symposium mit dem Aktionsbündnis für seelische Gesundheit veranstaltet zum Thema „Psychisch kranke Menschen in der Arbeitswelt“.

Diese Arbeitsergebnisse der Arbeitsmedizin-Gremien sollten ein Ansporn sein, in der Selbstverwaltung aktiv zu werden und dafür zu sorgen, dass die beruflichen Interessen von Arbeitsmedizinern / Betriebsärzten ein noch stärkeres Gewicht als bisher erhalten. Darüber hinaus sind spezifische Impulse sinnvoll und nötig, um gezielte Verbesserungen zu erreichen. Vorrangiges Ziel muss es sein, dass zukünftig mehr Arbeitsmediziner / Betriebsärzte ihre Sachkompetenz und ihre eigene Sicht der Probleme in die Gremienarbeit der ärztlichen Organisationen einbringen können. Sie haben die Chance, die Arbeitsmedizin von heute und von morgen zu gestalten. □

Demographischer Wandel

Konzepte für ältere Mitarbeiter sind in Betrieben nötig



Dr. Annegret E. Schoeller

Die Zahl der Kinder die hierzulande zur Welt kommen, gehört weltweit zu den niedrigsten. Das bestätigt das Statistische Bundesamt regelmäßig. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung signifikant. Mädchen und Jungen die heute geboren werden, haben eine um etwa 30 Jahre höhere Lebenserwartung als Neugeborene noch vor 100 Jahren. Die Entwicklung wird in der Zukunft die Altersstrukturen in Deutschland spürbar verändern. Während 2001 rd. 44 Menschen über 60 Jahre 100 jüngeren Erwerbstätigen gegenüber standen, werden es 2050 bereits etwa 78 sein, prognostiziert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in einem Informationsblatt zu seiner Initiative 50+.

Alle Generationen wichtig

Dort heißt es auch, der Arbeitsmarkt von morgen alle Generationen braucht. Anders seien die wirtschaftlichen Herausforderungen bei einem sinkenden Angebot an jungen Fachkräften und Bewerbern nicht zu bewältigen. Laut

Angabe der Initiative neue Qualität der Arbeit INQA, in der sich Bund, Länder, Sozialpartner und Unternehmen um bessere Arbeitsbedingungen für ältere Mitarbeiter bemühen, konnte der Beschäftigungsanteil der 55- bis 65-jährigen seit 1998 von 37,2 % auf 52 % gesteigert werden. Damit ist das Ziel der Europäischen Union – das sogenannte „Lissabon-Ziel“ –, die Erwerbstätigenquote der über 55-Jährigen auf 50 % anzuheben, bereits erreicht. Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) strebt nun jedoch eine Beschäftigungsrate von 55 % und mehr an.

Gelungenes Demographiemanagement

Mittlerweile sind gute Beispiele für gelungenes Demographiemanagement in der Praxis vorhanden, aber es ist noch viel zu tun. Laut einer Studie des Beratungsunternehmens PPICWATERHOUSE Coopers mit dem Titel „Pro 50“ geben zwar rund 96 % der befragten Firmen an, dass sie die Beschäftigung mit den Themen für wichtig halten,

doch lediglich 34 % sind der Meinung, dass ihr Unternehmen gut oder sehr gut vorbereitet ist.

Unternehmenskultur

Bei der Erarbeitung von Strategien muss berücksichtigt werden, dass dem Ansatz, den Alterungsprozess produktiv zu gestalten, die Gefahr inne wohnen kann, dass gesamtwirtschaftliche Interessen Vorrang vor persönlichen Lebenszielen gewinnen. Deswegen dürfen Konzepte nicht allein an ökonomischen Überlegungen geknüpft sein, sondern den Menschen mit seinen Bedürfnissen nach Selbstentwicklung einbeziehen. Es wird insbesondere auf die Entwicklung von Unternehmenskulturen, die eine gegenseitige Wertschätzung von Jung und Alt fördern, Vorurteile reduzieren und dazu beitragen, dass sich die Generationen gegenseitig in Lern- und Arbeitsprozessen unterstützen.

Tandem-Modell

Das sog. Tandem-Modell ist ein sehr erfolgreiches Werkzeug, bei dem ein älterer, erfahrener Mitarbeiter mit einem Jüngeren auf Augenhöhe zusammen arbeitet. Der Ältere teilt dabei seinen Erfahrungsschatz mit den Jüngeren, während dieser sein Wissen über neue Trends und Entwicklungen an den Älteren vermittelt. Davon profitieren beide Seiten, resultiert auch ein Mehrwert für den Betrieb. Neben der Etablierung einer Unternehmenskultur, welche die Stärken älterer und jüngerer Mitarbeiter im Blick hält, sind Gesundheitsmanagement und Demographie sensible Personalentwicklungsaufgaben, die unter dem Schlagwort Demographie-Management zusammengefasst werden.



So hat z. B. die BMW Group angesichts der veränderten Altersstrukturen in der Belegschaft ein Programm zur Förderung und Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter entwickelt. Unter dem Stichwort „Heute für morgen“ werden fünf Handlungsfelder bearbeitet. Es werden auf ergonomische Arbeitsplätze sowie ein gutes Gesundheitsmanagement geachtet und generationsübergreifendes Lernen gefördert. Zudem werden bedarfsgerechte Altersaustrittsmodelle angeboten. Die Automobilkonzerne setzen auch auf die Sensibilisierung von Führungskräften und Mitarbeitern für die Thematik. Die Firmen von heute werden ihren Unternehmenserfolg künftig mit einer im Durchschnitt älteren Belegschaft erzielen müssen.

Dass dieser Ansatz realistisch ist, zeigt auch ein Studie BKK mit dem Titel „Ältere Arbeitnehmer – wertvolles Potential für den Betrieb“. Sie belegt, dass die Senioren in vielen Branchen nicht weniger sondern einfach nur anders belastet sind. Dies steht im Einklang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen über physiologische Veränderungen, die der Alterungsprozess mit sich bringt. So lassen mit zunehmendem Alter Sehschärfe, Muskelkraft und Gehör nach, Reaktionszeiten werden länger und das Kurzzeitgedächtnis wird schlechter. In anderer Hinsicht kann die geistige Leistungsfähigkeit mit dem Alter jedoch weiter zunehmen. Mit steigendem Alter entwickeln Menschen immer mehr Verknüpfungen zwischen den unterschiedlichen Gehirnbereichen, die bei Arbeits- und Denkprozessen involviert sind. In Kombination mit Erfahrungen und dem im Verlauf vieler Jahre gewachsenen beruflichen Wissen führt das zu hervorragenden Arbeitsleistungen. Auch die Fehlerquote reduziert sich als Resultat der verlangsamten Reaktionszeiten. Es ist nicht zu verleugnen, dass bestimmte Fähigkeiten mit dem Alter abnehmen. Entscheidend ist aber, dass jüngere Führungskräfte die veränderten Fähigkeiten von älteren Mitarbeitern schätzen lernen.



Setzt ein jüngerer Vorgesetzter beispielsweise lediglich auf die Schnelligkeit, wird er die Chancen von langsameren, dafür aber fehlerfreien Entscheidungen übersehen und den älteren Mitarbeiter deswegen falsch einschätzen. Inzwischen werden sich einige Unternehmen der Tatsache bewusst, dass sie mit einem auf neue Erkenntnisse beruhenden Personal- und Gesundheitsmanagement die Potentiale älterer Mitarbeiter effektiv nutzen können.

Beispiel aus der Industrie

Ein weiteres Beispiel aus der Industrie ist ein Gesundheitsmanagement der Firma Audi. An der Produktion des Sportwagens Audi R8 am Standort Neckarsulm seien bewusst vorwiegend ältere Arbeitnehmer beteiligt. Da die Arbeitsschritte für das Fahrzeug kompliziert sind, setzt der Automobilhersteller hier auf erfahrene Mitarbeiter

und eine langsame Taktung der Produktion, die gleichzeitig die körperliche Belastung der Beschäftigten reduziert. Von diesem Vorgehen profitiert der ältere Arbeitnehmer aber auch der Betrieb. Weitere Erkenntnisse und Umsetzungsbeispiele müssen folgen. □

Dr. Annegret Schoeller
FA für Arbeitsmedizin/Umweltmedizin
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Bundesärztekammer
Berlin

Literatur:

Werkzeuge für eine demographieorientierte

Personalpolitik gibt es auf folgender Homepage:

<http://www.demowerkzeuge.de/>

Informationen zum Thema Demographischer

Wandel und Arbeitswelt liefert die Internetseite:

<http://www.demotrans.de/>

Informativ ist die Website der Initiative Neue Qua-

lität der Arbeit (INQA) mit samt der Datenbank

Gute Praxis: <http://www.inqa.de/>



20 Millionen Flutopfer brauchen jetzt Ihre Hilfe

Die Überlebenden brauchen sauberes Trinkwasser, Medikamente und Lebensmittel. Retten Sie Leben. Spenden Sie jetzt.

Konto ADH e.V.
Spendenkonto Nr. 10 20 30
BLZ 370 205 00 (BfS, Köln)
Stichwort: Flut Pakistan
www.malteser-helfen.de

Die Malteser sind Mitglied von:
Aktion Deutschland Hilft
Das Komitee der Hilfsorganisationen

Malteser
... weil Nähe zählt.

Was ist eine Demenz?



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
1. Vorsitzende des BVDP

Unter einer Demenz (lat: „abnehmender Geist“) versteht man einen Vorgang der Reduktion der geistigen, emotionalen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten ausgehend von einem vorher unbeeinträchtigten Zustand der kognitiven, affektiven und sozialen Funktionen. Eine Demenz ist also immer eine erworbene Entwicklung im Gegensatz zu angeborenen Intelligenzminderungen.

Es gibt sowohl irreversible (vaskuläre Demenz und Demenz vom Alzheimer-Typ) als auch reversible Demenzformen. Letztere sind meist Begleiterscheinungen von internistischen oder onkologischen Erkrankungen oder entzündlichen bzw. raumfordernden Prozessen des Gehirns, die sich zurückbilden, wenn die Grunderkrankung behandelt wird. Deshalb kommt der Erstdiagnostik beim Auftreten dementieller Symptome eine ganz entscheidende Bedeutung zu. Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus beim Neuauftreten einer Demenz, insbesondere bei einem Menschen unter 65 Jahren, der im Beruf steht, ist ein ärztlicher Kunstfehler. Eine cerebrale Bildgebung, eine umfassende Laboruntersuchung und ggf eine Liquoruntersuchung und neuropsychologische Tests sind unerlässlich.

Wie erkenne ich eine Demenz?

Ein erstes Symptom bei allen Demenzformen ist die Störung des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit, die sogenannte „Vergesslichkeit“. Dies ist häufig schwer von einer normalen Vergesslichkeit oder Flüchtigkeitsfehlern bei längerfristig hoher mentaler und emotionaler Belastung zu unterscheiden. Oft ist auch bei beginnender Demenz die Primärpersönlichkeit noch längere Zeit fassadenhaft erhalten, sodass die Vergesslichkeit im Alltag lange

überspielt werden kann, insbesondere wenn die soziale Alltagskompetenz noch erhalten ist.

Im Verlauf der Erkrankung treten jedoch weitergehende Gedächtnisstörungen auch für länger zurückliegende Ereignisse auf. Zunehmend kommt es zu Störungen der höheren Hirnfunktionen (Rechen-, Schreib-, Wortfindungsstörungen) und zum Verlust von Alltagskompetenzen wie z. B. die räumliche Wahrnehmung. So kann z. B. die Nutzung der Waschmaschine, der Kaffeemaschine, des Kopierers oder des Telefons, von Essbesteck oder der Zahnbürste nicht mehr angewendet werden. Hinweise von Angehörigen oder vom Betroffenen selbst sollten immer ernst genommen werden, wobei den Hinweisen der Angehörigen großes Gewicht zugestanden werden sollte.

Die häufigsten Demenzsyndrome nach ICD 10 sind:

1. F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit

hier wird unterschieden in die Demenz von Alzheimer Typ mit spätem Beginn (Typ 1) und frühem Beginn (Typ 2, vor dem 65. Lebensjahr)

2. F01 Vaskuläre Demenz

Die Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn ist meist einem größeren Hirninfarkt geschuldet im Gegensatz zur Multiinfarkt-Demenz, die sich langsam und schubweise durch nach und nach auftretende kleine und kleinste kortikale und subkortikale Hirninfarkte bei Mikroangiopathie des Hirns entwickeln kann.

3. F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Normaldruck-Hydrocephalus, Pick-Krankheit, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, bei primärem Par-

kinson-Syndrom, HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit), bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern wie Hypothyreose, M. Wilson, Hirntumoren, Lupus erythematodes, Neurosarkoidose, Neuroborreliose, Neurolues, CADASIL-Syndrom.

Zusätzlich ist die Klassifikation nach F06.7 Leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment) von Bedeutung. Es handelt sich hier um eine bereits klinisch für das Berufs- und Alltagsleben relevante Störung, ohne dass bereits die Kriterien einer Demenz vorliegen und die mit dem normalen Nachlassen geistiger Fähigkeiten im Laufe des Alterns nicht erklärt werden kann. Hier besteht die größte differentialdiagnostische Herausforderung.

Leichte kognitive Störungen

Leichte kognitive Störungen sind charakterisiert durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und die verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Oft besteht ein Gefühl geistiger Ermüdung bei dem Versuch, Aufgaben zu lösen. Objektiv erfolgreiches Lernen wird subjektiv als schwierig empfunden.

Die Ursachen können sehr unterschiedlich sein: Es kann die Vorstufe einer Demenzerkrankung wie M. Alzheimer, vaskuläre Demenz etc. vorliegen oder auch die Auswirkung einer körperlichen Erkrankung, eines längerfristigen Benzodiazepin- oder Alkoholabusus oder einer anderen psychischen Störung, am häufigsten einer Depression.

In Zweifel sollte eine Diagnose einer Leichten kognitiven Störung daher eine Ausschlussdiagnostik hinsichtlich der behandelbaren Ursachen nach sich ziehen.

Neben einer psychiatrischen Diagnostik sollten internistische Erkrankungen wie Elektrolytstörungen, Unterfunktion der Schilddrüse, Unterfunktion der Nebenschilddrüse, Diabetes mellitus, chronische Leber- oder Nierenerkrankungen sowie zerebrale Vaskulitiden ausgeschlossen werden. Zumindest bei anhaltenden Beschwerden und unverändertem Befund sollte auch ein EEG und eine cerebrale Bildgebung erfolgen, um behandelbare Ursachen wie Tumore, Normaldruckhydrozephalus, Subduralhämatom etc. auszuschließen.

Was ist für den Arbeitsmediziner relevant?

Für den Arbeitsmediziner sind vorrangig die vaskulären Demenzen, die Demenzen bei anderen Erkrankungen und die Demenzen vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn nach Typ 2 relevant.

Das Thema der vaskulären Demenzen ist bei allen Beschäftigten mit Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas, also bei Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen zu beachten. Wenn zusätzlich noch geraucht wird, erhöht sich die Gefahr, an einer vaskulären Demenz zu erkranken, zusätzlich.

Insbesondere die arterielle Hypertonie mit der Folgeerkrankung der Mikroangiopathie des Gehirns ist ein häufiger und wichtiger Risikofaktor. Häufig wird bei den internistischen Risikofaktoren für Gefäßerkrankungen hauptsächlich an den Myokardinfarkt und die arteriellen Verschlusskrankheit der Aorta oder der Beine gedacht und hier auch bildgebende Diagnostik veranlasst. Was meist vergessen wird: Hat ein Beschäftigter Risikofaktoren für oder sogar schon bereits diagnostizierte Gefäßerkrankungen, sind diese in der Regel auch im Gehirn zu finden.

Bei solchen Patienten finden wir häufig schon ein mild cognitive impairment, was aber sehr häufig nicht diagnostiziert wird.



Der Arbeitsmediziner sollte zudem subjektiv empfundene und in der Arbeitsmedizinischen Untersuchung vorgebrachte Gedächtnisstörungen des Arbeitnehmers immer ernst nehmen. Als Screening-Methoden eignen sich folgende Testverfahren:

Der Mini-Mental-Status (MMS):

Hier werden anhand von 9 Fragenkomplexen die zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen untersucht. Der Patient muss dabei Worte nachsprechen, Angaben zum aktuellen Datum machen und kleine, aber komplexe Anweisungen befolgen. Man gewinnt in ca. 5 Minuten einen groben Anhaltspunkt auf das Vorliegen einer Demenz. Ein Mild Cognitive Impairment wird hierdurch jedoch nicht erfasst. Der Test kann durch das Vorliegen einer depressiven Störung ebenfalls schlecht ausfallen, muss also in jedem Fall von weiteren Untersuchungen im Verdachtsfalle ergänzt werden. Zudem können das Vorliegen von Schmerzen, häufige Störungen und Unterbrechungen während des Tests zu einem verfälschten Ergebnis führen.

DemTect:

Der DemTect ist ebenfalls ein Kurz-Screening-Test, der aus fünf Befragungs-Untertests besteht, durch die in etwa 10 Minuten das verbale Gedächtnis, die Wortflüssigkeit, intellektuelle

Flexibilität und Aufmerksamkeit eingeschätzt werden sollen. Visuell-räumliche Defizite werden hierdurch nicht erfasst. Auch hier können die beim MMS beschriebenen Störeinflüsse wirksam werden.

Uhrentest:

Der sehr beliebte Uhrentest besteht darin, den Arbeitnehmer aufzufordern, auf einem Blatt Papier in einem Kreis die Zahlen von eins bis zwölf wie bei einer Uhr und die Zeiger wie bei einer vorgegebenen Uhrzeit anzuordnen, z. B. 10 Minuten vor zwölf Uhr. Ein gesunder Proband wird sehr wahrscheinlich zuerst die Zahlen 12, 6, 3 und 9 wie bei einer Himmelsrichtungs-Rosette eintragen, anschließend die fehlenden Zahlen dazwischen setzen und sodann einen großen Zeiger auf 10 Uhr und einen kleinen Zeiger auf 12 Uhr in den entsprechenden Positionen hinzufügen. Jegliche Abweichung von der Zahlenanordnung, die bei Wiederholung nicht korrigiert werden kann, ist ein deutlicher Hinweis auf eine dementielle Entwicklung.

Wie wird eine Demenz behandelt?

Ist eine Demenz vom Alzheimer-Typ festgestellt, gibt es verschiedene medikamentöse Möglichkeiten, den Verlauf zu verlangsamen. Eine kurative Behandlung existiert nicht.

In erster Linie sind hier die Anticholinergika zu nennen (z. B. Reminyl®), in zweiter Linie Memantine (Ebixa®, Axura®). Da bei beiden Substanzgruppen die Eindosierung aufgrund der hohen Nebenwirkungsrate sehr langsam erfolgen muss, ist die ärztliche Begleitung im Gespräch sowie die Aufklärung der Angehörigen insbesondere zu Beginn der Behandlung möglichst sehr engmaschig vorzunehmen, um die Compliance zu erhalten.

Bei den vaskulären Demenzformen sowie bei den Demenzen bei andernorts klassifizierten Erkrankungen steht die Behandlung der Grunderkrankungen im Vordergrund. Für die Behandlung der vaskulären Demenzen sind Anti-

cholinergika nicht zugelassen, Memantine ist aber eine Option. Bei den mit Parkinson-Syndromen assoziierten Demenzformen ist die Behandlung oft komplex, nebenwirkungsträchtig, bedarf einer „Titration“ der Medikamenten-Orchestrierung und sollte in die Hand eines Spezialisten gegeben werden.

Der gesamte Themen-Bereich der Pflege und der Unterstützung der Angehörigen wird hier aus Platzgründen nicht berücksichtigt.

Tipps für die Wiedereingliederung

Die berufliche Wiedereingliederung eines Demenzkranken wird am ehesten dann zu erwarten sein, wenn es sich um eine symptomatische Demenz

bei einer zu behandelnden Grunderkrankung gehandelt hat und die Erwerbsfähigkeit weiter gegeben ist. Hier lassen sich kaum allgemeingültige Regeln aufstellen, da immer auch die somatischen Führungssymptome der Grunderkrankung zu berücksichtigen sein werden.

Eine Herausforderung hingegen stellt die arbeitsmedizinische Unterstützung eines Arbeitnehmers dar, der ein Mild Cognitive Impairment mit einer zunehmenden Krankheitsaktivität aufweist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass komplexere Arbeitsvorgänge am ehesten nicht mehr bewältigt werden können. Je einfacher und repetitiver die Arbeit eines Beschäftigten ist, um so länger kann es dauern, bis Defizite sichtbar werden können.

Insbesondere wenn Führungspersonal davon betroffen ist, kann es für ein Unternehmen extrem wichtig sein, dass der Betroffene einer Diagnostik zugeführt und von die Zukunft des Unternehmens bestimmenden Entscheidungen freigestellt wird.

Fazit

Diagnostischer und therapeutischer Nihilismus bei einem Demenzverdacht ist obsolet. Auf jeden Fall müssen differentaldiagnostisch die reversiblen Demenzformen identifiziert werden. Im Falle von neurodegenerativen Demenzformen sollte alles zur Verlangsamung des Krankheitsprozesses unternommen werden. □

Christa Roth-Sackenheim

Der Trend zum Dreier-Pack!

Drei Bücher zu drei Interventionsebenen der Prävention.

Drei Empfehlungen zum Weiterlesen, Schenken oder Schenkenlassen

Chronische Erkrankungen nehmen mit dem Alter zu. Steigt das kollektive Alter der Belegschaft um 1 Jahr steigt der Krankenstand aufgrund der altersassoziierten Morbiditätsrisiken um annähernd 0,1 bis 0,2 Prozent.

Ältere Arbeitnehmer erkranken zwar seltener als ihre jüngeren Kollegen, aber wenn dann auch länger und häufig verbunden mit der Gefahr der Einbuße oder Einschränkung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Damit ist in aller Kürze bereits einer der ganzen großen Herausforderungen umrissen, mit der die Gesundheits- und Sozialpolitik – angesichts des demographischen Wandels und einer verlängerten Lebensarbeitszeit – konfrontiert ist. Unser Beitrag als Betriebsärzte: Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, zu fördern und wiederherstellen. Einfach und salopp gesagt, jedoch

hoch anspruchsvoll und durchaus komplex von der Aufgabe, will man es nicht bei guten Absichtserklärungen belassen.

Ich möchte Ihnen drei Handlungs- und Orientierungshilfen vorstellen, die sich jeweils vorrangig mit einer der Interventionsebenen der Prävention beschäftigen und aus meiner Sicht allesamt

dazu angetan sind, das eigene Wissen und damit auch die betriebsärztliche Handlungskompetenz zu erweitern.

Primärprävention: Betriebliches Gesundheitsmanagement auf Augenhöhe mit dem aktuell gesicherten Wissen

Gerhardus, J. Breckenkamp, O. Razum, N. Schmacke, H. Wenzel (Hrsg.):

Evidence-based Public Health

Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2010, 29,95 €

Ich will direkt mit der Tür ins Haus fallen: Das Buch ist weder von Arbeitsmedizinern geschrieben noch primär an Arbeitsmediziner adressiert. Wenn Sie aber betriebliches Gesundheitsmanagement auf solide Füße stellen wollen, dann haben sie hiermit eine wahre Fundgrube in der Hand.



Dr. med.
Rolf Hess-Gräfenberg



„Gesagt ist nicht gehört,
gehört ist nicht verstanden,
verstanden ist nicht einverstanden,
einverstanden ist nicht durchgeführt,
durchgeführt ist nicht beibehalten.“

So beschreibt Norbert Schmacke mit einem Zitat von Konrad-Lorenz, die Sisyphusarbeit, vor der eine noch junge wissenschaftliche Disziplin steht, die sich der Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung, der Identifikation und Lösung prioritärer Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung bzw. besonderer Erkrankungsgruppen widmet.

Das Buch ist – nach Selbstauskunft der Herausgeber – ungewöhnlich aufgebaut, im Sinne einer klassischen Studienreise: „Studienreisen haben viele Vorteile: An erster Stelle ermöglichen sie es, gewohnte Perspektiven durch neue zu ersetzen. Neue Eindrücke werden über unterschiedliche Sinne aufgenommen und durch Emotionen getriggert. Wenn man sich unterwegs genug geführt fühlt, kann man sich entscheiden, auf eigene Faust loszuziehen und selbstständig weitere Erkundungen vorzunehmen. Eine Studienreise hat aber auch Nachteile: Ein kalter Wind fegt einem plötzlich um die Ohren, und gelegentlich wird man nass.“

Das Versprechen wird aus meiner Sicht hervorragend eingelöst. Es ist tatsächlich ein Gewinn und Genuss, den Ausführungen der Autoren zu folgen, auch da wo man beschämend feststellen muss aufs falsche Pferd gesetzt zu haben und gewinnorientierter Einflussnahmen aufgefressen zu sein.

Ich konnte auch die bisweilen nassen und windigen Abschnitte der Studienreise gut verkraften, weil die Autoren nie belehrend, vorwurfsvoll oder selbstgeißelnd daher kommen. Das Buch haucht einen emanzipatorischen Atem. Es will anregen zum Nachdenken, Recherchieren, ermutigen die eigenen Entscheidungen auf sichere Füße zu stellen. Faktenreich und unterlegt mit vielen Beispielen aus fast allen Feldern der Prävention.

Paradigmatisch geschieht dies am Beispiel der Adipositas als handlungsauslösender Indikator für eine in der Zukunft besorgte Gesundheitsstörung.

Dabei begleitet uns eine Mitarbeiterin einer Krankenkasse, die von ihrem Arbeitgeber die Aufgabe erhalten hat, sich ein objektives Bild zur Thematik Übergewicht, Adipositas und Folgeerkrankungen zu machen und konkrete Handlungsstrategien zu erarbeiten.

Die Mitarbeiterin der Krankenkasse – genauso gut könnte das ein Betriebsarzt sein – wird durch den Evidenzzyklus geführt von der Identifikation eines Problems, der Auswahl der Fragestellungen, der Recherche in hierzu geeigneten Datenbanken, der Auswahl der Methodik, der Würdigung ethischer, soziokultureller und juristischer Aspekte sowie schließlich der Überführung in reale Entscheidungen und ihrer Kommunikation.

Das klingt akademischer als es ist und stellt aus meiner Sicht eine hervorragende Hilfe für den Umgang mit Screening-Maßnahmen und Check-ups dar, die wir allgegenwärtig in unseren Betrieben bewerben, initiieren oder – falls der Impuls von anderen Entscheidungsträgern kommt – zu bewerten haben.

Ich werde zukünftig bei der Beratung und Planung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf dieses Buch und seine faktenreichen Anregungen zurückgreifen.

Abgeschlossen wird diese gut strukturierte und stets anregende Publikation mit praktischen Beispielen zur Grippe-Pandemieplanung, der Prävention von Rückenschmerzen, dem Nutzen von Check-up und Screeningverfahren sowie den Risiken von Feinstaub.

**Sekundärprävention:
Eine Arbeitshilfe für das, was im betrieblichen Alltag mehr und mehr zum Tagesgeschäft gehört**

Thomas Kraus, Stephan Letzel, Dennis Nowak (Hrsg.): Der Chronisch Kranke im Erwerbsleben – Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb Reihe Schwerpunktthema Jahrestagung DGAUM Ecomed Medizin 2010, 34,95 € Ebenfalls Produkt vieler Autoren aber im Lesefluss alles andere als homogen, stellt sich „Der chronisch Kranke im Er-



werbsleben“ dar. Das Buch ist deshalb nicht minder empfehlenswert. Der inhomogene Eindruck ist auch in der Natur der Sache begründet: Es handelt sich um überarbeitete bzw. erweiterte Beiträge zur Jahrestagung der DGAUM 2009. Sie setzt damit die im Vorjahr bereits begonnene Tradition fort, die Ergebnisse der Jahres-Tagung mit einer Publikation zu sichern und zu verbreiten.

Mit der Wahl des Themas bewegen sich die Herausgeber in einem zentralen Handlungsfeld für die Arbeitsmedizin, das zweifelsfrei weiteren Bedeutungszuwachs erleben wird.

Im Auge des Hurrikans ist es scheinbar ruhig und man ist geneigt den Umgang mit chronisch Kranken als fortlaufendes Alltagsgeschäft, als immerwährende Routine

und Selbstverständlichkeit abzutun. Allerdings die Turbulenzen, die das Auge umkreisen, haben zugenommen und verleihen dem Thema eine qualitativ gewandelte Bedeutung: Fachkräftemangel, demographische Zeitbombe sowie gestiegene Anforderungen stellen auch die Arbeitsmedizin vor gewandelte Aufgaben. Die Bemühungen, Krankheit und Erwerbsfähigkeit miteinander zu vereinbaren, gewinnen dadurch eine neue Qualität.

Diese Probleme greift auch Walther Heipartz – bis vor kurzem leitender Arzt der Arbeitagentur – in seiner kritischen Einführung auf. Er bügelt einige Dinge auch gegen den Strich, warnt vor Idealisierungen und davor unvermeidbare Interessengegensätze zu bagatellisieren. Der betriebliche Alltag bestehe

nicht nur aus träumerischen win-win-Situationen, die gerade im Bereich des Gesundheitsmanagements gerne beschworen würden.

Seine Ausführungen sind auf jeden Fall immer anregend auch da, wo man zu einer anderen Einschätzung gelangt.

Die Arbeitsmedizin müsse sich – so sein Fazit – nicht neu erfinden, um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein.

Was ansteht: Die Stärkung der psychosomatischen Kompetenz, die Besinnung auf die mit dem Arztberuf verbundene Vertrauensposition. Vor allem aber der Ausbau der interkollegialen fach- und sektorenübergreifenden Kooperation mit Leistungserbringern und -trägern.

Der Allgemeine Teil des Buches knüpft nahtlos an diese Erfordernisse an. Annet Schöller von der Bundesärztekammer nennt institutionelle, strukturelle und gesetzliche Gründe für eine unzureichende Zusammenarbeit, Vernetzung und Kommunikation. Sie zeigt Chancen und Wege zu ihrer Überwindung auf, die sie in regionalen Initiativen sieht.

Einige hoffnungsanstimmende Projekte aus dem Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention werden vorgestellt.

Letztendlich, so Schöller, leben solche Konzepte nur von den Personen, die tatsächlich daran interessiert sind, miteinander zu kooperieren. Sektorengrenzen sollten keine Kommunikationsgrenzen darstellen.

Der allgemeine Teil wird ergänzt durch Beiträge zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zwei Beiträgen, die die Besonderheiten bzw. Unterschiede in Groß- (Joachim Stork Leiter Gesundheitswesen Audi) bzw. KMU-Betrieben (Thomas Weber) bei der Etablierung eines Fall-Managements betreffen.

Verdienstvoll, dass sich auch ein Kapitel mit dem Jugendarbeitsschutz beschäftigt und damit darauf aufmerksam macht, dass die Prävention am besten greift, wenn man damit bereits beim Eintritt ins Erwerbsleben beginnt.

Wünschenswert wäre sicherlich noch ein Beitrag zu den nichtmedizinischen

Kooperationspartnern. Zu nennen sind beispielhaft die Integrationsämter und Integrationsfachdienste, mit denen zumindest in Betrieben in denen eine Schwerbehindertenvertretung fehlt, zu selten Kontakt gepflegt wird. Sie können Betriebe als auch Beschäftigte bei der betrieblichen Integration beraten und vielseitig unterstützen.

Im zweiten und speziellen, Teil des Buches, kommen Experten zu unterschiedlichen Krankheitsbildern zu Wort. Die Themenfelder Diabetes (Rinnert), Muskel-Skelett-Erkrankungen (Spallek), Asthma bronchiale (Nowak), Abhängigkeitserkrankungen (Hupfer) sowie Infektionserkrankungen – Hepatitis / AIDS (Hofmann) werden von Arbeitsmedizinern abgehandelt. Die Beiträge zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Chronische Hauterkrankungen, Kopfschmerz und Migräne, Epilepsie, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen stammen aus der Feder von Kollegen anderer Fachdisziplinen oder im Tandem mit einem Arbeitsmediziner.

Warum die Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege vergessen wurden, bleibt ein Geheimnis des Verlages bzw. der Herausgeber. An anatomischen Wissenslücken wird es nicht gelegen haben. Niereninsuffizienz und vor allem Inkontinenz sind relevante und nicht zum Raritätenkabinett gehörende Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen mit durchaus z. t. heiklen Problemstellungen in der arbeitsmedizinischen Sprechstunde. Schade...

Die meisten Autoren folgen den formalen Gliederungsvorgaben: Epidemiologie, Leistungsprofile, Verhältnisprävention, Therapie, Wiedereingliederung sowie spezielle Aspekte einzelner Berufsgruppen.

Abweichungen geschehen aus zum Teil nachvollziehbaren Gründen, z. B. bei den Infektions- und den Hauterkrankungen. Als eine Orientierungshilfe – so der Untertitel – will sich die Veröffentlichung verstanden wissen und diesem Anspruch wird sie in vielen Beiträgen gerecht. Ein Nachschlagewerk im besten Sinne des Wortes, das dazu einlädt zu einem Problem oder Krankheitsbild

nachzublättern, um die eigene Strategie noch mal zu überprüfen oder als Hilfe, bei einer konkreten Fragestellung, über die man in der betriebsärztlichen Sprechstunde gerade brütet. Meine Empfehlung: Füllen Sie die noch vorhandenen Lücken in ihrem Bücherregal, sie haben damit nicht nur dekorativen Schmuck erworben.

**Tertiärprävention:
Ein Blick in eine
„vermeintliche“ Parallelwelt:
Reha mit Ausrichtung auf die
Besonderheiten des Arbeitsplatzes**

A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, F. M. Radoschewski (Hrsg.):
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 2009, 59,95 €



Die Notwendigkeit eines generellen und intensivierten Arbeitsbezuges im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist seit einigen Jahren in aller Munde. Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung auf der Ebene der Aktivitäten, der Leistung bzw. Leistungsfähigkeit bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe am beruflichen Alltag ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation. Von einer Rehabilitation, die auf die Besonderheiten (Anforderungen) des Arbeitsplatzes ausgerichtet ist, erhoffen sich alle Beteiligten eine höhere Wirksamkeit beim Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

MBO (Medizinisch-beruflich orientierte) -Rehabilitation ist ausgerichtet am ICF-Modell auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von beruflichen Anforderungen und individueller Leistungsfähigkeit.

Hierzu ist es nötig bereits in der Reha die therapeutische Strategie auf die Stärkung von individuellen Ressourcen mit Blick auf die berufliche Teilhabe auszurichten.

Wie steht es damit in der Praxis, wie lässt sich die Wirksamkeit messen, welche Entwicklungen zeichnen sich ab, wie sieht es mit Anspruch und Wirklichkeit aus?

Die Autoren von *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis* widmen sich dieser Thematik in einer ebenso materialreichen wie anspruchsvollen Art, sowohl von der theoretischen als auch der praktischen Seite.

Der Grundlagen-Teil des Buches hat mit den Herausgebern Radoschewski und Müller-Fahnow (†) (beide Abt. für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Charite) die Handschrift von zwei ausgewiesenen Versorgungsforschern. Es werden epidemiologische, juristische, methodische aber auch fachübergreifende Fragen behandelt. Wie sieht es aus mit der Therapiemotivation, welche pädagogischen Erkenntnisse sollten bei Patientenschulungen oder -trainings berücksichtigt werden?

MBO-Rehabilitation ist stark an einem funktionalen Gesundheitskonzept ausgerichtet, deshalb sind ihm auch mehrere Beiträge im Grundlagenteil gewidmet. Neben der ICF-Klassifikation und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement kommt erfreulicherweise auch die Arbeitsmedizin mit einem eigenen Beitrag zu Wort. Auch das ein Zeichen guten Willens und eines gewandelten sektorenübergreifenden Verständnisses, dass Arbeits- und Reha-Medizin den intensiven und regelmäßigen Dialog und Gedankenaustausch benötigen.

Betriebsärzte erreichen nicht nur generell die arbeitende Bevölkerung – so

Wolfgang Panter, Präsident des VDBW – sondern auch untere soziale Schichten, die für das Thema Rehabilitation eine ganz andere Ansprache benötigen. Hier können Betriebsärzte aufklärend wirken und Motor für Entwicklungen sein.

Beispiele für die Motorfunktion von Betriebsärzten im Bereich der Kooperation mit Reha-Trägern und Reha-Medizin bestehen für Baden-Württemberg (DRV Baden-Württemberg mit dem VDBW), Niedersachsen (Job-Reha), Schleswig-Holstein sowie Nordrhein-Westfalen (WeB-Reha).

Wirklich ärgerlich und unverständlich, dass diese Hoffnungsträger ungenannt bleiben.

Der zweite von Andreas Hillert (Chefarzt Medizinisch Psychosomatische Klinik Roseneck) als Herausgeber betreute Bereich atmet Klinikluft. Hier kommen ausgewiesene Vertreter unterschiedlicher Indikationsbereiche zu Wort – Bewegungsapparat, Kardiologie, Dermatologie, Neurologie, Onkologie Psychosomatik, Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen. Sie folgen meist und zumindest grob einheitlichen Gliederungen und behandeln Epidemiologie, Diagnostik, therapeutische Strategien und ihre Wirksamkeit.

Dabei sind die Sichtweisen und Schwerpunkte von den Autoren durchaus unterschiedlich gewichtet, was durchaus den heterogenen Stand in diesem noch neuen Zweig einer Reha widerspiegelt. Es ist wirklich anregend und lehrreich den Ausführungen der Kliniker zu folgen.

Inhaltlich und von ihrer Systematik besonders überzeugt haben mich dabei die Ausführungen von Bernhard Greitemann (Chefarzt der Reha-Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde) zu den muskuloskelettalen sowie von Andreas Hillert zu den psychosomatischen Gesundheitsstörungen.

Ein besonderes Dankeschön an die Kollegen, die das kardiologische Kapitel verfasst haben: Klärung mit dem Betriebsarzt lautet eine Zwischenüberschrift, in dem sie der Kooperation mit dem Betriebsarzt bei der beruflichen

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert
Dr. med. M. Vollmer

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher
Musberger Straße 50
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11-74 23 84
Fax: 07 11-7 45 04 21
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49
E-Mail: Juergen.Dreher@online.de

Integration eine große Bedeutung beimessen.

Wörtlich – so die Autoren aus der Klinik Königfeld der DRV-Westfalen –: „Der Kontakt mit dem Betriebsarzt wird i. d. R. durch den zuständigen Stationsarzt und nur mit schriftlicher Zustimmung des Patienten hergestellt. Der Betriebsarzt besitzt meist konkrete detaillierte Kenntnis über die Anforderungen am Arbeitsplatz des Rehabilitanden. Außerdem kann er meist eine Einschätzung über die innerbetrieblichen Eingliederungsmöglichkeiten abgeben. Im Mittelpunkt des arbeitsmedizinischen Beratungsprozesses stehen die Themen: Arbeitsplatzanpassung, innerbetriebliche Umsetzung, Einsatz von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz sowie Arbeitszeit / Schichtanpassung.“

Da wird einem doch ganz warm ums Herz! □

Dr. med. Hess-Gräfenberg