

Editorial

Betriebsärztliche Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Die Zahlen der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde nach Altersgruppen werden seit dem Jahr 2008 von der Bundesärztekammer veröffentlicht. Sie zeigen eine Überalterung der Ärzte mit dieser Qualifikation.

Die in der letzten Ausgabe von ASUpraxis (ASUpraxis 05-2011, nachzulesen unter www.asu-praxis.de) veröffentlichten Zahlen lassen aufmerken.

Etwa die Hälfte dieser Ärztinnen und Ärzte sind über 60 Jahre alt. Seit der Erstveröffentlichung dieser Zahlen wird auf unterschiedlichen Ebenen mehr oder weniger konstruktiv über Nachwuchsmangel und Nachwuchswerbung nachgedacht.

Beispielsweise äußerte sich im März 2010 in einem Editorial der Zeitschrift „Sicherheitsingenieur“ mit dem Titel „Betriebe ohne Ärzte“ der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Dr. Walter Eichendorf, dahingehend, dass spezielle Anreize zur Gewinnung von Ärzten für die Arbeits- und Betriebsmedizin zu Lasten der Versorgung der Allgemeinbevölkerung gingen und daher nicht zu verantworten seien. Er vertrat darüber hinaus die Auffassung, dass nichtärztliche Experten, wie Sicherheitsingenieure, Arbeitswissenschaftler, Ergonomen, Psychologen, Pädagogen, sowie ärztliches Assistenzpersonal stärker in die betriebsärztliche Betreuung einbezogen werden sollten, um so die Betriebsärzte zu entlasten. Damit vertritt er die Position, in Anbetracht des Mangels an Betriebsärzten deren Aufgaben nicht an andere Berufe unter Wahrung der ärztlichen Gesamtverantwortung zu delegieren, sondern diese Leistungen zu substituieren und damit aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich zu entlassen.

Diese Sicht ist aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht hinnehmbar. Die Bemühungen des Berufsverbandes (VDBW) und der Fachgesellschaft (DGAUM) um die Gewinnung von ärztlichen Nachwuchskräften in der Arbeits- und Betriebsmedizin sind der einzig richtige und von der Ärzteschaft akzeptierte Weg. Die Übernahme von betriebsärztlichen Leistungen durch nichtärztliche Berufe wird von der Ärzteschaft kategorisch abgelehnt. Der provokante Titel des Editorials „Betriebe ohne Ärzte“ ist aus Sicht der Ärzteschaft völlig inakzeptabel.

Dr. Hans-Jürgen Maas, zuständiger Dezernent der Bundesärztekammer, hat im Verlauf des Sommers 2010 als Mitglied der Vertreterversammlung und des Ausschusses Prävention und Arbeitsschutz der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) diese höchstumstrittenen Überlegungen in den Reihen der DGUV in die Beratungen der Gremien der BGW hineingetragen. Ergebnis der Erörterungen war ein in Kürze stattfindendes gemeinsames Gespräch zwischen der DGUV, der BGW, der Bundesärztekammer, der DGAUM sowie dem VDBW, um hierin die auch von der BGW getragenen Bedenken der Ärzteschaft zu derartigen Vorstellungen darzulegen und nach von allen Beteiligten gemeinsam getragenen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Nach Auffassung der BGW werden solche Ansätze, weitere Professionen neben dem Arzt in die betriebsärztliche Betreuung einzubeziehen,

um so die Betriebsärzte zu entlasten, aus Sicht der BGW dazu führen, dass die betriebsärztliche Betreuung auf diesem Wege der Substituierung durch nichtärztliche Fachkompetenzen sukzessive ersetzt und langfristig als überflüssig angesehen werden könnte.

Derartige Überlegungen führen nach Auffassung der BGW nicht dazu, das heute vorhandene, qualitativ hochstehende Niveau der betriebsärztlichen Versorgung zu erhalten, sondern führen eher zu nichtärztlich ausgerichteten Betreuungsformen. Angesichts einer sich ständig ändernden Arbeitswelt mit immer neuen, differenzierteren Berufsbildern und insoweit neuen Gesundheitsrisiken ist ein Betriebsarzt mit seiner Kompetenz/Expertise in Gesundheitsfragen im Betrieb mehr denn je erforderlich. Die Betriebsärzte sind Experten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diese Stärken und Fähigkeiten der Betriebsärzte müssen stärker herausgestellt werden.

Einen guten Beitrag zur Qualitätssicherung stellt beispielsweise die Delegation von abgestimmten Aufgaben an qualifiziertes Assistenzpersonal im Verantwortungsbereich von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten dar. Auf diese Art und Weise können konstruktive Lösungswege besprochen werden.

Dr. Annegret E. Schoeller

Inhalt

Editorial

Betriebsärztliche Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels	65
---	----

Praxis

Die Behandlung suchtkranker Hörgeschädigter im Behandlungszentrum für Hörgeschädigte	66
IFA-Software errechnet und demonstriert Folgen von Freizeit- und Arbeitslärm	68
KoGA Fragebogen: Mitarbeiterbefragung für ein fundiertes Gesundheitsmanagement	69
Aachener Studentinnen und Studenten forschen am Mount Everest!	69
Zugriffsrecht auf die elektronische Gesundheitskarte für Betriebsärzte	70
„Nationale Präventionsstrategie“ des Bundesgesundheitsministeriums	72
Geistige Fitness im Beruf erhalten	73
Mutterglück oder Betriebsunfall? – Die Schwangere am Arbeitsplatz	74
SUGA 2009 jetzt interaktiv	77
Die BG Welt	78
Fit in Beruf und Alltag	79
Berufskrankheit „Sehnenscheidenentzündung“ durch Computerarbeit	79

Industrieinformationen

Entzündungshemmendes Präparat Daxas (Roflumilast) zugelassen	80
--	----

Impressum

80

Die Behandlung suchtkranker Hörgeschädigter im Behandlungszentrum für Hörgeschädigte der LWL-Klinik Lengerich

Seit dem Jahr 1985 besteht in der LWL-Klinik Lengerich ein spezialisiertes Angebot zur stationären und ambulanten Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei gehörlosen und schwerhörigen Menschen. Dieses im deutschsprachigen europäischen Raum relativ seltene Angebot erweiterte sich über die Jahre und umfasst nun eine Abteilung mit rund 40 Betten auf 4 Stationen: Je eine Station für akutpsychiatrische, psychotherapeutisch orientierte und qualifizierte Entgiftungsbehandlungen sowie medizinische Rehabilitation.

Zuvor entwickelte sich jedoch zu Beginn der 80er Jahre, orientiert an der zunehmenden Nachfrage, ein Angebot zur Entwöhnungsbehandlung Gehörloser und Schwerhöriger in der Suchtfachklinik „Schloss Haldem“ in Stewede in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL). Bei kontinuierlich bestehender Nachfrage, der Orientierung dieser Klinik hin zu einer forensischen Suchtklinik und zwischenzeitlichem Aufbau des allgemeinspsychiatrischen Behandlungsangebotes für Hörgeschädigte in der LWL-Klinik Lengerich, wurde im Jahr 1988 die Entscheidung getroffen, dieses Behandlungsangebot in die LWL-Klinik Lengerich zu verlagern.

Bei der im August 1988 eröffneten Entwöhnungsstation für suchtkranke Hörgeschädigte und Gehörlose stand somit von Seiten des Trägers die Notwendigkeit im Vordergrund, auch für gehörlose und schwerhörige Menschen ein Behandlungsangebot zu etablieren, welches den Standards und Vorgaben der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherer entsprechen sollte. Vor Beginn des Angebots in der Klinik Schloss Haldem waren abhängigkeiterkrankte Gehörlose und Schwerhörige vereinzelt in anderen Rehabilitationseinrichtungen unterge-

bracht, was sich naturgemäß auf Grund der kommunikativen Barrieren in der Therapie als wenig effektiv erwiesen hat. Die Einrichtung einer Station zur Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Gehörloser und Schwerhöriger als Teil unseres Behandlungszentrums für Hörgeschädigte konnte dieses Defizit durch ein der Hörschädigung angepasstes therapeutisches und stationäres Setting, welches die Grundsätze der Total Communication einschließlich der Anwendung der Gebärdensprache berücksichtigt, ausgleichen.

Im deutschsprachigen Raum gibt es aktuell zwei Einrichtungen zur Rehabilitation suchtkranker Gehörloser und Schwerhöriger, in der Fachklinik Oldenburger Land, Abt. für Hörgeschädigte, und hier in der LWL-Klinik Lengerich. So kommt es in beiden Einrichtungen zur Aufnahme von gehörlosen und schwerhörigen Patienten aus ganz Deutschland und aus dem deutschsprachigen Ausland. In Einzelfällen kommt es sogar zu Aufnahmen aus dem nicht-deutschsprachigen EU-Ausland, wobei es sich u. a. um in Deutschland aufgewachsene Gehörlose handelt und hier die (Internationale) Gebärdensprache das verbindende kommunikative Element darstellt.

In der LWL-Klinik Lengerich bieten wir in der Sucht-Rehabilitation insgesamt 10 Behandlungsplätze in 1- und 2-Bettzimmern an. Durch die im Klinikgelände befindliche Kindertagesstätte ist auch die Aufnahme mit Kindern in Einzelfällen möglich. Aktuell befindet sich die Station in einem Zertifizierungsverfahren nach „DeQus“, welches Mitte nächsten Jahres abgeschlossen sein wird. Alle Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter der Pflege beherrschen die Gebärdensprache, auch sind einzelne Mitarbeiter zudem selbst hörgeschädigt, wie z. B. die Chefarztin.



Kontakt

Herrn Ludger Hilbers, Sozialtherapeut
 Frau Dr. Ulrike Gotthardt, Chefarztin
 Behandlungszentrum
 für Hörgeschädigte
 LWL-Klinik Lengerich
 Parkallee 10
 49525 Lengerich

In kommunikativer Hinsicht ist der überwiegende Teil der in die Behandlung kommenden Patienten bei unterschiedlicher Genese prälingual ertaubt und verwendet die Deutsche Gebärdensprache, die den Status einer anerkannten Fremdsprache hat, in der Kommunikation. Entsprechend werden die Mitarbeiter aller Berufsgruppen der Abteilung regelmäßig geschult. Die im Kontakt mit der hörenden Umwelt von unseren Patienten oft leidvoll erlebte und oftmals sehr schwere kommunikative Einschränkung stellt in diesem Rahmen also kein Defizit dar und wird hier nicht als Einschränkung erlebt sondern als Normalität, als muttersprachliche Kommunikation. Zudem ist es zum Verständnis für die Personengruppe der Gehörlosen und Schwerhörigen wichtig, dass sie sich als eigenständige Gemeinschaft und somit nicht als „Behinderte“ verstehen, die mit eigener Sprache, eigener Kultur und eigener Identität ihren Platz in der Gesellschaft sieht. Dies kann mit dem amerikanischen Begriff der „Deaf Power“ treffend beschrieben werden.

Diese kommunikativen und kulturellen Besonderheiten unter Berücksichtigung oft erschwelter Sozialisationsbedingungen müssen in der Diagnostik und Be-

handlung beachtet werden. Diese Akzeptanz ist nicht nur therapeutisch nutzbar sondern muss im Ganzen als Basis für eine erfolgreiche Behandlung angesehen werden. Die Gesamtpopulation der Gehörlosen im Sinne der prälingualen Ertaubung beziffert sich in Deutschland auf ca. 80.000 Personen. Diese haben in über 90 % hörende Eltern und Geschwister, die über keinerlei Erfahrungen im Umgang mit schwerhörigen und gehörlosen Menschen verfügen, geschweige denn die hörgeschädigtenspezifischen Kommunikationsmöglichkeiten, einschließlich der Gebärdensprache, kennen. Zudem wird in Deutschland seit 1880 die „Orale Methode“, d. h. das ausschließliche Ziel der Integration in die hörende Welt mit dem Ziel des Erlernens der Lautsprache, in der Gehörlosenpädagogik propagiert. Dies führt dazu, dass trotz erst kürzlich erfolgter politischer Anerkennung der Gebärdensprache diese keine kommunikative Voraussetzung in der Frühförderung und schulischen Bildung darstellt. Insofern lernen gehörlose Kinder die Gebärdensprache in der „peer group“, u. a. auf dem Schulhof. Aufgrund dieser unterschiedlichen Orte, in denen die gebärdensprachliche Kommunikation erworben wird, haben sich zudem deutschlandweit unterschiedliche Gebärdendialekte herausgebildet. Bedauerlicherweise hat die somit bereits oft in der frühen Kindheit fehlende visuell-gebärdensprachliche Kommunikation zur Folge, dass es oft zu erheblichen Defiziten in der psychosozialen und der gesamten Bildungsentwicklung des hörgeschädigten Individuum kommt.

Oft werden wir gefragt, ob es die Gehörlosigkeit, die „Behinderung“ an sich sei, die aufgrund der dadurch bedingten Einschränkungen zu einem Suchtmittelmissbrauch prädisponiere. Wenn auch anzunehmen ist, dass gehörlose Menschen in ständiger Konfrontation mit ihrer hörenden Umwelt, die zumeist schon im Elternhaus beginnt, erschwerte Entwicklungsbedingungen vorfinden, ergibt die Erfahrung aus unserer langjährigen Praxis keinen Hinweis darauf, dass der Anteil suchtkranker Gehörloser und auch Schwerhöriger prozentual hö-

her läge als bei Hörenden. Unserer Erfahrung nach unterliegen Gehörlose den gleichen konsum- und suchtauslösenden Bedingungen einer Abhängigkeits-erkrankung, wie dies auch für Hörende beschrieben wird. Allerdings beobachten wir hier immer wieder, dass die Suchtproblematik in höherem Maße von zusätzlichen psychischen Störungen i. S. von Anpassungsstörungen, Affektlabilitäten sowie Isolation und Arbeitslosigkeit begleitet ist. Vor diesem Hintergrund findet auch eine strukturell vergleichbare Behandlung wie für Hörende statt, mit den gleichen therapeutischen Angeboten im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt und mit den gleichen Zielen einer rehabilitativen Maßnahme: Suchtmittelkarenz, soziale und emotionale Stabilisierung, Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Diese erfordert, um erfolgreich zu sein jedoch mehr als den alleinigen Einsatz der notwendigen Kommunikationsmittel, nämlich die permanente Berücksichtigung und das Eingehen auf die durch unzureichende Förderung, Sozialisation und Kommunikation überlagerten gehörlosen und schwerhörigen Persönlichkeiten mit eigenem sozialem und kulturellem Verständnis.

Wenn bzgl. der Suchtbehandlung, vergleichbar mit der hörenden Bevölkerung, davon ausgegangen wird, dass ca. 5 % einen problematischen, riskanten oder auch abhängigen Suchtmittelgebrauch betreiben, kämen wir rechnerisch auf eine Zahl von ca. 4.000 gehörlosen Personen für die eine derartige Diagnose zutreffend wäre. In unsere Rehabilitation kommen dann letztlich zu ca. 80 % gehörlose Patienten mit einem diagnostisch gesicherten Alkohol-Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10: F 10.2. Ebenfalls kommen gehörlose Patienten mit einer Drogenabhängigkeit (F11.2, F12.2, F19.2) zur Aufnahme, darüber hinaus, aber eher selten, medikamentenabhängige Patienten und, zunehmend, Patienten mit nicht-stoffgebundenen Süchten (pathologisches Spielen, Medienabhängigkeit). Steigend, wie zwar auch im hörenden Bereich beschrieben jedoch in gefühlt höherem

Maße, finden wir in der Diagnostik Komorbiditäten, insbesondere Depressionen, Angst-, somatoforme Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, vor. Diese bedürfen nicht selten im Rahmen der Rehabilitation einer zusätzlichen Berücksichtigung in diagnostischer und psychotherapeutischer Hinsicht, aber auch öfters bezüglich einer zusätzlichen Psychopharmakotherapie.

Wenn es gehörlosen Personen auch bewusst ist bzw. sein sollte, dass ihr Umgang mit dem Suchtmittel außerhalb der Norm liegt und ihr Suchtmittelmissbrauch Konsequenzen in familiärer, beruflicher und sozialer Hinsicht hat, wissen doch viele nicht um die Möglichkeiten einer Behandlung. Der Kontakt zur Suchtberatung, die nahezu überall alleine auf eine hörende Klientel ausgerichtet ist, wird auf Grund der kommunikativen Barrieren gemieden, der Kontakt zur ihnen in der Regel bekannten Gehörlosenberatung ist, zumindest anfänglich, oft schambesetzt. Um dieser Gruppe von Hilfesuchenden gerecht zu werden, empfiehlt sich für die Antragstellung eine enge Zusammenarbeit beider Institutionen, wobei auf jeden Fall für den Klienten eine ihm angemessene Kommunikation gewährleistet sein muss. Erst dann kann er, der in der Regel über wenig Vorinformation über seine Erkrankung und deren Behandlung verfügt, adäquat aufgeklärt und motiviert werden.

Hierbei fällt das Sich-bekennen zur eigenen Abhängigkeit vielen Gehörlosen in der Befürchtung einer daraus folgenden und möglicherweise unveränderbaren Stigmatisierung als „Alkoholiker“ in der recht grenzdurchlässigen und sozial verhältnismäßig rigiden Gehörlosengemeinschaft sehr schwer. So vergeht oft zu viel Zeit bis zur Einsicht in die eigene Erkrankung und Therapiemotivation, was dazu führt, dass viele Patienten in recht desolatem psychischen, somatischen und sozialen Zustand zur Aufnahme kommen. Diese Ausgangsbasis für die Behandlung ist u. a. aufgrund des unzureichenden Informationsstandes der Hörgeschädigten, die oftmals über Jahre keine ärztlichen oder Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen, deutlich de-

solater als bei Hörenden mit vergleichbarer Suchtanamnese. In diesem Zusammenhang weisen wir auf die Möglichkeit einer stationären qualifizierten Entgiftung in unserem Behandlungszentrum für Hörgeschädigte, auch als vorge-schaltete therapievorbereitende Maßnahme, an dieser Stelle besonders hin. Aus sozialmedizinischer Sicht ist festzustellen, dass sich Laufe der Jahre der Anteil der Patienten, der erwerbstätig ist, kontinuierlich verringert hat. Bei vielen Pat. gibt es erhebliche Lücken in der Erwerbsbiographie, wobei die oft lang-jährige Arbeitslosigkeit, wie auch im hö-renden Bereich bekannt, einen Sucht-mittelmissbrauch begünstigt. Bei den Patienten die berufstätig sind, erleben wir wiederum oft, dass deren Umgang mit einem Suchtmittel, überwiegend Alkohol, zu lange geduldet wird. Dies

in dem Sinne, dass ein „Mitleids- und/oder Behindertenbonus“ dazu führt, dass erst bei massiven Einschränkungen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, bei hohen Fehlzeiten und Krankenständen Abmahnungen und/oder Kündigungen ausgesprochen werden. Dabei führt sicherlich auch die recht hohe kommunikative Schwelle auf Seiten sowohl des fast ausschließlich hörenden Arbeitgebers, als auch des hörgeschädigten Arbeitnehmers dazu, dass diese Probleme nicht, unzureichend oder erst sehr spät angesprochen werden. Wenn es dann zu solchen Konsequenzen kommt, verstehen dies viele Gehörlose nicht, weil man sie nicht schon vorher auf ihr Fehlverhalten aufmerksam gemacht hat oder – eben nicht selten – dies für den gehörlosen Mitarbeiter nicht verständlich kommuniziert wurde. Hier sind nach

unserer Erfahrung frühe Interventionen sinnvoll, wobei das Gespräch mit den Vorgesetzten unbedingt unter Hinzuziehung eines neutralen und an die Schweigepflicht gebundenen Gebärdensprachdolmetschers erfolgen sollte. Die entsprechenden Kosten können nicht nur von den zuständigen Integrations-fachdiensten übernommen werden, auch hat sich die Zusammenarbeit mit diesen bewährt, um mit dessen Unterstützung solche Probleme in einem adäquaten Rahmen zur Sprache zu bringen. Dies führt oft dazu, dem gehörlosen Mitarbeiter den Arbeitsplatz zu sichern z. B. mit der Auflage, sich in die stationäre Entwöhnungsbehandlung zu begeben. Auch sichert deren frühzeitige Einbeziehung die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz sowie die Nachsorge nach erfolgter Rehabilitationsbehandlung. □

Den eigenen Hörschaden vorausberechnen: IFA-Software errechnet und demonstriert Folgen von Freizeit- und Arbeitslärm



Seit mehr als 15 Jahren sinkt die Zahl angezeigter Gehörschäden durch Lärmbelastung am Arbeitsplatz. Gleichzeitig klagen Ärzte und Arbeitgeber über einen deutlichen Anstieg lärmschwerhöriger Berufsanfänger. Der Grund: Hohe Lärmpegel in der Freizeit durch Musikhören über MP3-Player und durch Diskobesuche. Dass ein nur zweistündiger Diskobesuch am Wochenende einen bis zu zehnmal höheren Anteil am Entstehen eines späteren Gehörschadens haben kann als eine komplette Arbeitswoche im Lärm, zeigt ein einfacher Lärmbelastungsrechner, den das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) kostenlos im Internet anbietet. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene können sich hier darstellen lassen, wo die Schwerpunkte ihrer individuellen Lärmbelastung liegen und wann sich aus dieser Belastung möglicherweise ein Hörverlust entwickelt. Zusätzlich ver-

anschaulichen Musik- und Sprachbeispiele, wie sich dieser Hörverlust tatsächlich einmal anhören könnte. Am Arbeitsplatz ist der Schutz des Gehörs vor schädlicher Lärmeinwirkung klar geregelt: Schon ab einem Lärmpegel von 85 dB(A) müssen Beschäftigte Gehörschutz tragen und an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Zum Vergleich der Freizeitlärm, für den solche Regelungen fehlen: Der MP3-Player schafft es locker auf 90 dB(A) – vor allem, wenn er bei Hintergrundgeräuschen wie in der U-Bahn aufgedreht wird. Ein Livekonzert oder ein Diskobesuch bringt es gar auf über 100 dB(A). Wer da meint, die wenigen Dezibel mehr könnten dem Gehör nicht ernsthaft schaden, muss wissen: Ein Unterschied von 3 dB wird vom Menschen zwar kaum wahrgenommen; tatsächlich bedeuten nur 3 dB mehr aber bereits eine Verdopplung der Schallenergie.

„Der Grundstein für gravierende Hörschäden im Alter wird in der Jugend gelegt.“, sagt Dr. Martin Liedtke, Lärmschutzexperte im IFA. Sein Lärmbelastungsrechner und der Lärmverlust-Demonstrator des University College London seien geeignete Instrumente, um für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren und für einen maßvollen Umgang mit Freizeitlärm zu werben. □

Download des Lärmbelastungsrechners unter:

<http://www.dguv.de/ifa/de/prax/softwa/laermbelastungsrechner/index.jsp>

DGUV



KoGA Fragebogen: Mitarbeiterbefragung für ein fundiertes Gesundheitsmanagement

Was motiviert, fördert und stärkt Mitarbeiter, was belastet sie bei der täglichen Arbeit? Eine schriftliche Befragung kann Ihnen diese Fragen beantworten. Die Unfallkasse des Bundes hat dazu das passende Instrument entwickelt. Den sogenannten KoGA-

Fragebogen. Eine Broschüre zeigt, wie man eine Mitarbeiterbefragung erfolgreich durchführt und die Antworten sinnvoll auswertet. Zudem stellen wir unseren Fragenbogen vor und berichten über die wichtigsten Ergebnisse aus insgesamt sieben Bundesbehörden. □

Hier finden Sie die Broschüre:
http://www.uk-bund.de/downloads/Gesundheitsförderung/Mitarbeiterbefragung%20BGM/Broschüre_UK_Bund_Mitarbeiterbefragung_2010.pdf

Aachener Studentinnen und Studenten forschen am Mount Everest!

Nach der ersten, sehr erfolgreichen Studenten-Expedition in die Annapurna-Region (Aachen Dental and Medical Expedition 2008), bei der mehrere hervorragende Dissertationen entstanden sind und deren Ergebnisse internationale Anerkennung gefunden haben, werden im der Nachmonsunzeit 2011 wiederum Aachener Medizinstudentinnen und -studenten in den Himalaya aufbrechen, um reisemedizinische und höhenmedizinische Fragen zu untersuchen. Dieses Mal werden sie außerdem sozialmedizinische Fragen für die einheimische Bevölkerung untersuchen, die teilweise 8 Tagesreisen vom Ende der letzten Straße entfernt lebt und im Notfall auf ein kleines Krankenhaus in Khunde angewiesen ist, dem einzigen weit und breit.

Das ganze ist in ein **Lehrprojekt** eingebettet, bei dem die Studenten lernen sollen, wie man Feldforschung in abgelegenen Regionen plant, organisiert und durchführt.

Das **wissenschaftliche Programm** umfasst u. a.:

- Risikoprofil von Trekkern (Trekking mit Vorerkrankungen)
- Akute Erkrankungen & Erste Hilfe beim Trekking

- Trinkwasserhygiene beim Trekking
- Blutdruckverhalten (Pulmonaldruck) in der Höhe (Echokardiographie in > 6200 m Höhe!)
- Hypoxieeinflüsse auf das Innenohr
- Gesundheitsprobleme der einheimischen Bevölkerung
- Trinkwasserversorgung und -hygiene der einheimischen Bevölkerung

Bitte unterstützen Sie doch diese bemerkenswerte Initiative angehender Ärztinnen und Ärzte und beteiligen Sie sich an der Grußkartenaktion! Für 10,- € (gerne auch mehr), die ausschließlich der Wissenschaft zugute kommen (die Reisekosten trägt jeder Student privat!), erhalten Sie aus dem Zielgebiet eine speziell entworfene Karte mit den Bildern und Unterschriften der Teilnehmer!

Bitte überweisen Sie den Betrag mit Ihrem Namen und dem Hinweis „ADEMED 2011“ an das folgende Treuhänder-Konto, das strikt nach dem „4-Augen-Prinzip“ verwaltet wird:

J. Risse / M. Müller-Ost, Konto Nr. 0008 409 595, BLZ 300 606 01, Apobank Aachen (BIC: DAAEDED1030; IBAN: DE85 3006 0601 0008 4095 95). Bitte unter Zweck: „Ademed“ angeben.

Bitte mailen Sie Ihre Adresse (oder die, an den die Karte gehen soll)

Foto: Dr. B. Diedring



Tengboche (Thyangboche), Blick auf Nuptse (7861 m), Mount Everest (8850 m), Lhotse (8501 m), Lhotse Shar (8382 m) und Ama Dablam (6848 m, v. l. n. r., Solo Khumbu/Nepal)

bitte unbedingt außerdem an ademed@ukaachen.de, sonst können wir keine Karte schicken! Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Details und aktuelle Informationen finden Sie unter www.ademed.de. Spezielle Rückfragen, Ideen und Kommentare können Sie auch gerne an die genannte Emailadresse richten. □

Priv. Doz. Dr. med. Thomas Küpper
 Facharzt für Arbeitsmedizin, Sportmedizin,
 Mountain Medicine (UIAA),
 Reisemedizin (DFR)
 Dozent für Sport-, Flug-, Reise-
 und Arbeitsmedizin am
 Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
 der RWTH Aachen

Zugriffsrecht auf die elektronische Gesundheitskarte für Betriebsärzte

Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte –
Neueste Entwicklungen

Es gab in den letzten Jahren immer wieder die Forderung der Betriebsärzte, dass sie auch auf den Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum Wohle der in eine Notfallsituation geratenen Beschäftigten zurückgreifen können. Zunächst wurde von Seiten der kurativ tätigen Ärzte argumentiert, dass die Arbeitsmediziner präventivmedizinisch tätig sind und es dadurch gar keine Veranlassung gäbe, dass die Betriebsärzte Zugriff auf den Notfalldatensatz auf der eGK bekommen. Zudem gab es immer noch diffuse Ängste, dass Betriebsärzte ihre Schweigepflicht brechen, indem sie Arbeitgeber vulnerable Daten der Arbeitnehmer mitteilen. Gegen dieses Vorurteil muss weiterhin durch Aufklärung vorgegangen werden.

Aufgaben von Betriebsärzten

Auch ist vielen entgangen, dass Betriebsärzte zwar hauptsächlich präventivmedizinisch tätig werden, aber es obliegt ihnen auch nach § 3 Abs. 1e Arbeitssicherheitsgesetz „die Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb“. Nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer haben sie „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz“ zu erwerben, um Fachärztin/Facharzt für Arbeitsmedizin zu werden oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu erlangen. Also ist die „Sicherstellung“ der notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz Aufgabe der Betriebsärzte. Wer haftet für den Schaden, wenn

bei einem Notfall der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt der Zugriff auf die eGK verwehrt wird und dadurch ein Mensch zu Schaden kommt?

Bundesärztekammer als Gesellschafter der gematik

All diese Fakten sind bei Beratungen des Dezernats Telematik der Bundesärztekammer eingeflossen. Die Bundesärztekammer ist Mitglied der gematik, deren Gesellschafter die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen sind. Weitere Mitglieder sind Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, DAV – Deutscher Apothekerverband e. V., Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Verband der privaten Krankenversicherung. Den Vorsitz der Gesellschafterversammlung hat Dr. Carl-Heinz Müller, seine Stellvertreterin ist Dr. Doris Pfeiffer. Der Vorsitz wechselt jährlich zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

gematik überträgt Aufgaben

Die Bundesärztekammer wurde von den Gesellschaftern der gematik im April 2010 mit der Entwicklung und Einführung eines Notfalldatenmanagements auf der elektronischen Gesundheitskarte beauftragt. Die BÄK trägt damit die Gestaltungshoheit und Verantwortung bei der Konzeption und Testung des „Notfalldatenmanage-



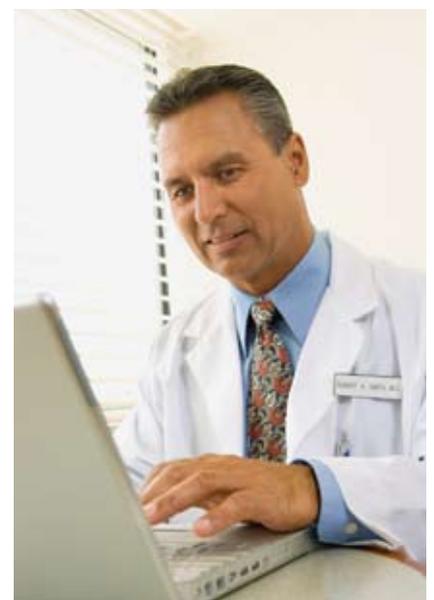
Kontakt

Dr. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
im Dezernat V
Bundesärztekammer
annegret.schoeller@baek.de

ments“. Ziel des Projektes ist es, den Patienten in Deutschland flächendeckend die Anwendung „Notfalldatenmanagement“ zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch des Vorhabens liegt in der Entwicklung eines Notfalldatenmanagements im deutschen Gesundheitswesen, das dem Bedarf und dem Anspruch der Ärzteschaft und der Patienten an eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Notfallversorgung gerecht wird.

Projekt „Notfalldatenmanagement“

Im Projekt wurden zunächst die Anforderungen an ein bedarfsgerechtes Notfalldatenmanagement im deutschen Gesundheitswesen aufgenommen, dann analysiert und bewertet. Grund-



lagen für die Betrachtung waren bereits vorliegende Ergebnisse aus Feldtests im Jahr 2008 und eine Workshopreihe mit Ärzten aus dem stationären und ambulanten Sektor. Hinzu kamen intensive Diskussionen und Abstimmungen mit Gremien der Bundesärztekammer und weiteren Institutionen. Die Arbeitsergebnisse mündeten in einem „Lastenheft“, das in der 40. Sitzung des Vorstands der Bundesärztekammer am 21. Januar 2011 verabschiedet wurde. Anfang März legte die Bundesärztekammer ihr Konzept der gematik vor.

In dem geplanten Notfalldatenmanagement hat die BÄK eine Teilung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte vorgesehen. Die eine Anwendung ist das Anlegen von sog. „**Notfalldaten**“ auf der eGK, darunter versteht man medizinische Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten, die dem Arzt zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufes sofort zugänglich sein müssen. Dabei wurde für Allergien/Unverträglichkeiten ein separates Datenfeld geschaffen. Außerdem kann der anlegende Arzt bis zu zwanzig Diagnosen angeben sowie Fremdbefunde einstellen. Aber auch notfallrelevante Medikamente können ausführlich mit Dosierungsschema erfasst werden. Die Kontaktdaten des behandelnden Arztes dürfen nicht fehlen. Die zweite Anwendung auf der eGK sind Daten zur „**Persönlichen Erklärung**“, diese können eine Patientenverfügung, Organ-/Gewebspendedeclaration oder Vorsorgevollmacht sein. All diese Daten werden direkt auf der eGK und nicht auf einem Server hinterlegt. Das Auslesen im Notfall erfolgt ohne PIN-Eingabe, aber es muss ein elektronischer Arztausweis eingelesen werden. Auch beim Anlegen des Notfalldatensatzes muss der Patient keinen PIN angeben. Der Patient unterzeichnet stattdessen beim Arzt eine Einwilligungserklärung. Ärzte können mit Einverständnis des Patienten die Notfalldaten auch überprüfen und aktualisieren.



Wer hat Zugriffsrecht auf die eGK?

Zugriffsrechte für diese Informationen sind im § 291a SGB geregelt. Demnach darf ein Zugriff auf die Daten zum Zwecke der Notfallversorgung nur durch Berechtigte, u. a. Ärzte, erfolgen, die mittels eines elektronischen Heilberufsausweises auf diese Daten zugreifen können. Ein Einverständnis des Patienten vor Nutzung der Daten in der Notfallsituation wird nicht verlangt. Ein Zugriff auf die Daten außerhalb einer akuten Notfallversorgung ist im Rahmen einer ärztlichen Versorgung ebenfalls möglich, verlangt aber dann ein dokumentiertes Einverständnis des Patienten.

Problem: Einstellungsuntersuchungen

Unberechtigte Zugriffe auf die medizinischen Daten eines Patienten sind nach § 307b SGB V strafbewehrt. Hierunter fällt in jedem Fall das Lesen der Notfalldaten im Rahmen von **Einstellungsuntersuchungen**, selbst wenn der Bewerber seine Notfalldaten auf der eGK dem untersuchenden Arzt zur Verfügung stellen möchte. Dies wird von den Betriebsärzten begrüßt, da aus deren Sicht Einstellungsuntersuchungen nicht originäre Aufgabe von Betriebsärzten sind. Es sind zwar „arbeitsmedizinische Untersuchungen“, aber keine „arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen“. Nach dem Arbeitsvertragsrecht kann der zukünftige Arbeitgeber Bewerber im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen Gesundheitsdaten abfragen, wie es ihm später bei Anstellung nicht mehr möglich sein wird. Der Bewerber kann die Einstellungsuntersu-

chung ablehnen, es besteht aber dann die Möglichkeit, dass der potentielle Arbeitgeber ihn dann nicht einstellt. Im Gegensatz hierzu sind „arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ zum Schutze der Beschäftigten in Bezug auf den Arbeitsplatz gedacht. Dem Arbeitgeber ist dann nur das Untersuchungsergebnis, z. B. „keine Bedenken“ etc. mitzuteilen und keinesfalls Befunde.

Klarstellung

Jeder Zugriff auf die notfallrelevanten Informationen wird auf der eGK protokolliert, sodass eine Nachverfolgung der zurückliegenden Zugriffe jederzeit möglich ist.

Bei der Zugriffsberechtigung auf die Notfalldaten gibt es keine Unterscheidung nach Arztgruppen oder Fachbereichen. Jeder berechtigte Inhaber eines elektronischen Heilberufsausweises hat in der Notfallsituation das Recht zum Zugriff auf die notfallrelevanten Informationen des Patienten, die auf der eGK abgespeichert sind.

Auch bei der Herausgabe eines Heilberufsausweises gibt es keine arzt- oder arztfachgruppenbezogene Einschränkung.

Auch in Anbetracht dessen, dass es noch einige Jahre dauern wird, bis die elektronische Gesundheitskarte flächendeckend eingesetzt wird, wurden diese Entwicklung und Festlegung vom Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer in ihrer Sitzung am 12. Februar 2011 begrüßt. Es wurde festgestellt, dass es wichtig und sinnvoll ist, wenn Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auf die Daten der Patienten auf der eGK zum Zwecke der Notfallversorgung zugreifen können, ebenso wurde begrüßt, dass der Zugriff auf die Daten außerhalb einer akuten Notfallversorgung im Rahmen einer ärztlichen Versorgung ebenfalls möglich ist, vorausgesetzt ein dokumentiertes Einverständnis der Patienten liegt vor. □

„Nationale Präventionsstrategie“ des Bundesgesundheitsministeriums

Betriebliche Gesundheitsförderung:

Vorschläge zur Weiterentwicklung des § 20 a, b, d SGB V von Seiten der Betriebsärzte

Mit einem Präventionsgesetz ist in den nächsten Jahren nicht zu rechnen, aber zumindest beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), noch in diesem Jahr eine „Nationale Präventionsstrategie“ zu entwickeln und vorzulegen. Im Rahmen einer Pressemitteilung zur Veranstaltung des BMG am 8. Dezember 2010 „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ hat der ehemalige Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler darauf hingewiesen, dass die Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Arbeitsprozess ein wichtiger Faktor für die Wettbewerbsfähigkeit und damit auch für den Erfolg von Unternehmen in Deutschland ist. Aktuelle wissenschaftliche Studien zeigten, dass durch die betriebliche Gesundheitsförderung sowohl Krankheitskosten als auch krankheitsbedingte Fehlzeiten um mehr als ein Viertel verringert werden können. Die „Nationale Präventionsstrategie“ auch auf das Setting „Betrieb“ verstärkt auszurichten ist ein verfolgenswerter Ansatz.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Pflichtleistung der Krankenkassen

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist heute eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers. Allerdings gehört sie auch zur Pflichtleistung der Krankenkassen nach § 20 a SGB V. Krankenkassen können in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Außerdem sind Maßnahmen, die den allgemeinen



Gesundheitszustand verbessern und der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen, bis zu einem Betrag von 500 € pro Jahr und Arbeitnehmer von der Einkommenssteuer befreit.

Im Rahmen der „Nationalen Präventionsstrategie“ des BMG werden auch die §§ 20 a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung“, 20 b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ und 20 d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“ auf den Prüfstand gestellt. Hier ist interessant, in welcher Hinsicht die oben genannten Vorschriften aus betriebsärztlicher Sicht weiterentwickelt werden können.

Verbesserungspotentiale

Da die Krankenkassen bereits seit vielen Jahren nach dem SGB V die Aufgabe übertragen bekommen haben,

betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben, führen sie bereits zahlreiche Aktivitäten in den Betrieben durch. Die Aktivitäten können aber weiterhin optimiert werden. Hier ist insbesondere wünschenswert, dass die Krankenkassen bestehende Strukturen der Prävention in den Betrieben nutzen, wie Handlungselemente und Kompetenz der Arbeitsmedizin. Durch eine gezielte Ist-Analyse in Form einer Gefährdungsbeurteilung kann der tatsächliche Bedarf festgestellt werden, nur so kann zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention geplant und durchgeführt werden.

In § 20 a Abs. 1 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ SGB V muss noch deutlicher herausgestellt werden, dass die Krankenkassen zielgerichteter betriebliche Gesundheitsförderung betreiben sollen, indem sie auf Basis von Gefährdungsanalysen vorgehen. Nur nach einer genauen Ist-Analyse ist eine gezielte Intervention möglich. Hierbei soll die Kompetenz von Betriebsärzten mehr genutzt werden.

Auch im Rahmen des § 20 b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ sollen die Krankenkassen Projekte zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf Basis von strukturierten Gefährdungsanalysen mit Hilfe von Betriebsärzten durchführen lassen.

Im Hinblick auf § 20 d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“ ist festzustellen, dass die Durchimpfungsrate in Deutschland erschreckend niedrig ist. Hier muss auf eine Erhöhung der Impfquote hingewirkt werden. Das Set-

ting „Betrieb“ ist eine wichtige Möglichkeit, viele Beschäftigte zu erreichen und zu impfen. Neben den Hausärzten sollte auch das Potential der Betriebsärzte im Hinblick auf Impfungen ausgeschöpft werden. Es soll eine transparente Vergütungsregelung für die ärztlichen Leistungen der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und der Sachkosten geschaffen werden. Bereits derzeit sind – wenn auch z. T. mühsam

– Impfvereinbarungen mit den Ländern, den Betrieben und den Krankenkassen abgeschlossen worden. Der Gesetzestext sollte so modifiziert werden, dass es den Krankenkassen ermöglicht wird, leichter Impfvereinbarungen mit den Betrieben/Betriebsärzten zu schließen. Es sollten auch transparente Vergütungsregelungen für die Impfleistung der Betriebsärzte geschaffen werden. Die gelegentlich zu beobachtende Ab-

rechnungspraxis, nur die Sachkosten, aber nicht die Impfleistung der Betriebsärzte zu vergüten, ist nicht nachvollziehbar.

Ferner sollte in dem interdisziplinären Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Rolle des Betriebsarztes gestärkt werden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit das Bundesgesundheitsministerium die Sicht der Betriebsärzte aufgreift. □



Geistige Fitness im Beruf erhalten



Geistige Fitness der Beschäftigten gehört zu den wichtigen Fähigkeiten in der komplexen Arbeitswelt von heute. Angesichts immer älterer Belegschaften gewinnt dieser Aspekt zunehmend an Bedeutung. Im Rahmen des von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit initiierten Projekts PFIFF wurde ein Programm zur Förderung intellektueller Fähigkeiten für ältere Beschäftigte entwickelt und umgesetzt. Die Ergebnisse wurden jetzt beim Abschluss-Symposium PFIFF 2 im Leibniz-Institut für Arbeitsforschung (IfADo) in Dortmund vorgestellt. Dabei zeigte sich, dass Maßnahmen zum kognitiven Training die geistige Fitness von Beschäftigten erhalten und verbessern können. Sie wirken nachhaltig, wenn sie von Unternehmen in die betriebliche Gesundheitsförderung integriert werden.

Manche geistigen Fähigkeiten können im Alter nachlassen. Dabei können Faktoren wie einseitige Arbeit, ungünstige Arbeitsbedingungen, aber auch falsche Ernährung und mangelnde Bewegung eine Rolle spielen. Die Ergebnisse des ersten PFIFF-Projektes fasst die Broschüre „Geistig fit im Beruf“ zusammen, die über www.inqa.de bezogen werden kann. Beim Projekt PFIFF 2 stand die wissenschaftliche Bewertung von Maßnahmen im Vordergrund, die das Training geistiger Basisfähigkeiten auf breiter Ebene

fördern. Für das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte Projekt, das von der BAuA fachlich unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Gabriele Freude begleitet wurde, hatten sich verschiedene Projektpartner zusammengeschlossen. Dazu gehörten neben der Adam Opel AG das IfADo mit dem Projektleiter Prof. Dr. Michael Falkenstein, die Ruhr-Universität Bochum (Prof. Dr. Joachim Zülch), die Rehabilitationspsychologie der TU Dortmund (Dr. Maibritt Witte) sowie „Kopf hoch“ (Rita Pfeiffer), das die mentalen Trainings durchführte. Insgesamt lieferte PFIFF grundlegende Erkenntnisse über Möglichkeiten, mit denen sich die geistigen Fähigkeiten älterer Beschäftigter erhalten und verbessern lassen. Daraus lassen sich Ansätze zur Arbeitsgestaltung ableiten, die dem demografischen Wandel Rechnung tragen und den Einsatz älterer Arbeitnehmer in Produktionsbetrieben fördern. Dabei haben die Ergebnisse nicht nur Relevanz für den gesamten Fahrzeugbau, sondern auch für andere Industriebetriebe, die in Großserien fertigen. Kurzvorträge von Vertretern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Wirtschaft zum Thema „Arbeit, Alter und Gesundheit“ unterstrichen die Bedeutung des Erhalts der geistigen Fitness Älterer, um den demografischen Wandel erfolgreich zu bewältigen.

„PFIFF ist ein gutes Beispiel für die Entwicklung innovativer betrieblicher Maßnahmen, mit denen sich die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten erhalten lassen“, bilanziert Dr. Gabriele Freude, BAuA. „Die Kombination der Faktoren betriebliche Praxis, innovatives Maßnahmenkonzept und gesicherte Forschung hat zu einem guten Ergebnis geführt. Die wissenschaftliche Bewertung hat die Wirksamkeit des Interventionskonzept bestätigt.“

Einen Ausblick auf die weiteren Schritte bei der Umsetzung gab Prof. Dr. Falkenstein: „Da nachweislich auch Sport und Bewegung die geistige Fitness verbessern, soll in Zukunft Trainings für den Geist, den Körper und zur Stressbewältigung zu einem festen Programm verbunden werden. Vor allem aber mahnt die Studie, nicht immer die gleichen Arbeitsinhalte beizubehalten. Beschäftigte sollten häufiger ihren Arbeitsplatz wechseln und rotieren, innerhalb eines Bereichs und im Betrieb.“ □

Weitere Informationen:

www.pfiffprojekt.de

Fachlicher Kontakt:

Dr. Gabriele Freude, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), freude.gabriele@baua.bund.de
Prof. Dr. Michael Falkenstein, IfADo – Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund, falkenstein@ifado.de

Mutterglück oder Betriebsunfall? – Die Schwangere am Arbeitsplatz

Die Schwangerenberatung und -betreuung durch den Betriebsärztlichen Dienst gibt dem Betriebsarzt oder der Betriebsärztin die Chance zu individueller Beratung der Beschäftigten.

Der Betriebsärztliche Dienst sollte alles dafür tun, dass die Schwangere ihre Situation als einen Zustand erlebt, der für sie selbst, aber auch für uns alle ein glücklicher Umstand ist. Berufstätige Frauen müssen dabei unterstützt werden, ihr Leben und ihren Beruf vereinbaren zu können. Unsere Solidarität ist gefordert. Es geht hier auch um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in der gerade die Betriebe positive Signale setzen können.

- Schwangerschaft – Glücklicher Zustand oder Krankheit?
- Die Schwangere – empfindet sie Freude und Stolz oder ein schlechtes Gewissen?
- Die Schwangere im Betrieb – Mutterglück oder Betriebsunfall?
- Schwangerenberatung – Unterstützung oder Berufsverbot?



Diese Fragen sollte jeder Berater für sich eindeutig positiv im Sinne einer fördernden Schwangerenberatung beantworten können und dies auch den schwangeren Beschäftigten signalisieren. Für jeden Beratungsfall gibt es individuelle Lösungen, die in der Regel einvernehmlich gefunden werden können.

Betriebliche Umsetzung

Trotz der ins Einzelne gehenden juristischen Regelung des Themas „Schwangerschaft im Betrieb“ bestehen häufig Unklarheiten über deren praktische Umsetzung. Es gibt sogar Unterstellungen, wonach das Mutterschutzgesetz ein Beschäftigungsverbot für berufstätige Frauen sei.

Betrachten wir daher, wie die Rollenverteilung aussehen sollte, um die Situation für alle Beteiligten und natürlich in erster Linie für die schwangeren Beschäftigten harmonisch zu gestalten. Die schwangere Beschäftigte hat selbstverständlich im Mittelpunkt unserer Bemühungen zu stehen. Die Betreuung der schwangeren Beschäftigten ist ein Prüfstein dafür, wie Arbeitsschutz im Betrieb gelebt wird! Die Qualität einer guten Lebens-Arbeitsbalance, einer späteren harmonischen Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit einer positiven Unternehmenskultur muss sich also hier beweisen.

Die Beschäftigte sollte den Arbeitgeber über ihre Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin sofort informieren. Nur dann können die gesetzlichen Regelungen eingehalten und Schutzmaßnahmen rasch umgesetzt werden. Sie sollte diese Meldung nicht aus falscher Rücksicht auf betriebliche Belange hinauszögern. Sollten sich

Kontakt

Dr. Ulrike Hein-Rusinek
Sana Kliniken Düsseldorf GmbH
Betriebsärztlicher Dienst
Gräulinger Straße 120
40625 Düsseldorf

im Schwangerschaftsverlauf Probleme einstellen, bleiben ihr spätere Gewissensbisse erspart.

Ist **der Arbeitgeber** über die Schwangerschaft einer Mitarbeiterin informiert, dann muss er selbst die Behörden des staatlichen Arbeitsschutzes umgehend informieren. In Nordrhein-Westfalen liegt die Zuständigkeit bei der Bezirksregierung. Der Arbeitgeber hat des weiteren und ebenfalls umgehend eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes der Schwangeren durchzuführen. Diese Aufgabe kann er an seinen Betriebsarzt delegieren. Zweck der Gefährdungsbeurteilung ist es, gesundheitliche Gefahren für Mutter und Kind zu erkennen, diese Gefahren zu bewerten und gegebenenfalls Schutzmaßnahmen wie die folgenden einzuleiten:

- Umgestaltung der Arbeitsbedingungen
- Umsetzung/ innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel
- Im Extremfall Beschäftigungsverbot/ Freistellung von der Arbeit

Das Ergebnis dieser Beurteilung hat der Arbeitgeber der werdenden Mutter, dem Betriebsrat und den Kollegen ihrer Arbeitsstelle mitzuteilen.

Der Betriebsrat hat darüber zu wachen, dass die zugunsten der schwangeren Mitarbeiterinnen erlassenen Gesetze und Verordnungen auch berücksichtigt werden. Um diese Aufgabe zu erfüllen,

hat der Betriebsrat das Recht, vom Arbeitgeber umgehend informiert zu werden. (§ 80 Abs. 1 und 2, BetrVG) Bei der Mitteilung einer Schwangerschaft sollte jedoch zuvor das Einverständnis der Beschäftigten oder ihr Widerspruch eingeholt werden. Sicher ist es sinnvoll, den Betriebsrat in die Gefährdungsbeurteilung und die daraus folgenden Schutzmaßnahmen einzubeziehen. Er kann im betrieblichen Umfeld auf die Beachtung der Maßnahmen hinwirken und die werdende Mutter dabei unterstützen.

Wenden wir uns den Aufgaben des **Betriebsarztes** zu. Er kann Gefährdungen im Rahmen einer Untersuchung beurteilen. Sind gesundheitliche Gefahren für Mutter und Kind und folglich daraus abgeleitete Schutzmaßnahmen zu erwarten, dann ist es zweifellos das Beste, wenn der Betriebsarzt gemeinsam mit der Beschäftigten eine Gefährdungsbeurteilung durchführt. Im persönlichen Beratungsgespräch lassen sich individuell zugeschnittene Lösungen leichter finden und mit der Beschäftigten besprechen. Aus der Mutterschutzrichtlinienverordnung abgeleitete Checklisten haben sich als Instrument der Beurteilung sowie der Dokumentation bewährt. Darin sind die verschiedenen Belastungen und Gefahrstoffe aufgelistet.

Physikalische Belastungen

Werdende oder stillende Mütter dürfen keine schweren körperlichen Arbeiten leisten. So ist etwa das Umbetten von Patienten oder das Schieben von Krankenhausbetten ohne Hilfe eine zu große Belastung und daher zu vermeiden. Langes Stehen, Bücken und Strecken sind ebenfalls zu vermeiden. Die Schwangere hat ein Recht auf zusätzliche Ruhepausen und auf eine Liegemöglichkeit.

Nach einer Änderung der Röntgen- und der Strahlenschutzverordnung ist es inzwischen möglich, dass Schwangere den Kontrollbereich z. B. einer Klinik oder Arztpraxis betreten. Durch diese Lockerung sollen die Berufschancen jun-



ger Ärztinnen verbessert und die Beschäftigungsmöglichkeiten schwangerer Ärztinnen weniger beeinträchtigt werden. Die folgenden Auflagen zu Risikoverringerung sind zu beachten:

- Die Ausnahmeregelung ist zur Erreichung eines Ausbildungszieles der Beschäftigten oder zur Aufrechterhaltung der Betriebsvorgänge notwendig.
- Der Strahlenschutzbeauftragte muss ausdrücklich zustimmen.
- Der Dosisgrenzwert für das ungeborene Kind liegt bei 1 Millisievert und muss vom Zeitpunkt der Information über die Schwangerschaft bis zu deren Ende eingehalten werden. Der Strahlenschutzbeauftragte hat die erhaltene Strahlendosis wöchentlich und mit geeigneten Dosimetern zu bestimmen und zu dokumentieren. Die Ergebnisse sind der Schwangeren und dem Betriebsrat mitzuteilen, auf Verlangen auch der Aufsichtsbehörde.

Natürlich können diese Regelungen nur mit dem Einverständnis der schwangeren Beschäftigten durchgeführt werden. In meiner eigenen Beratungspraxis hat bisher keine Schwangere eine Lockerung der Schutzauflagen für sich in Anspruch nehmen und damit ein wie auch immer minimales Risiko für ihr ungeborenes Kind akzeptieren wollen. Es ist

die Aufgabe des Betriebsarztes und ggf. des Betriebsrates, die Beschäftigte bei ihrer Entscheidung zu unterstützen. Und: Gegen den Willen der Schwangeren sollten niemals Lockerungen des Arbeitsschutzes verabredet werden! Aus der Betriebsperspektive: In einem meiner „Fälle“ hat sich selbst das organisatorische Problem der gleichzeitigen Schwangerschaft dreier Ärztinnen in der Röntgenabteilung einer von mir betreuten Klinik mit geeigneten Maßnahmen und Vertretungsregelungen lösen lassen.

Kontakt zu Krankheitserregern, biologische Gefährdungen

Hat die Schwangere an ihrem Arbeitsplatz ein höheres Risiko für Infektionen als die Durchschnittsbevölkerung? Für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Kinderbetreuung ist diese Frage mit „Ja“ zu beantworten. Dieses „Ja“ ist Maßstab für die Gefährdungsbeurteilung. Merkblätter der Aufsichtsbehörden bieten Hilfe bei der Bewertung der einzelnen Tätigkeiten.

Die beste Prävention ist ein entsprechendes Impfangebot im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vor Eintritt einer Schwangerschaft. Dafür stehen je nach Gefährdung Impfungen gegen Hepatitis A und B, Keuchhusten, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken zur

Verfügung. Kommt es bei einer Beschäftigten ohne ausreichende Immunität zur Schwangerschaft, dann ist eine Freistellung von allen risikobehafteten Tätigkeiten die einzige Alternative, denn Impfungen während der Schwangerschaft können nicht durchgeführt werden.

Durch geeignete Schutzmaßnahmen wie Schutzhandschuhe und Schutzbrille oder durch Arbeit mit geschlossenen Systemen kann die Schwangere vor einem Kontakt mit Krankheitserregern in menschlichem Blut und anderen Sekreten bewahrt werden.

Arbeiten mit Gegenständen, die zu Stich- oder Schnittverletzungen führen können, etwa Kanülen oder Skalpelle, sind in der Schwangerschaft nicht möglich. Selbst bei gutem Impfschutz vor Hepatitis B kann es immer noch zu einer Übertragung von Hepatitis C oder HIV kommen.

Daher darf eine Chirurgin während ihrer Schwangerschaft oder ihrer Stillphase nicht operieren. Eine Beschränkung auf ärztliche Tätigkeiten ohne diese Gefahren müsste in jeder Klinik für die kurze Zeit einer Schwangerschaft möglich sein.

Dagegen kommt bei Erzieherinnen in Kindergärten oder bei Grundschullehrerinnen nur eine Freistellung in Frage, sollten rein administrative Tätigkeiten nicht in ausreichendem Umfang möglich sein.

Dieser Punkt wurde in den letzten Jahren in der Presse teils sehr emotional diskutiert. Dabei sind Organisationsprobleme des Arbeitgebers zu oft in den Vordergrund gerückt, die Risiken für die Schwangeren aber aus dem Blick verloren worden. Aber Ziel des Mutterschutzgesetzes ist es ja gerade, gesundheitliche Gefahren für die werdende Mutter und das ungeborene Kind abzuwehren und nicht allein, auf Organisationsprobleme der Arbeitgeber zu regieren. Das Ideal besteht darin, beide Interessen zu berücksichtigen.

Eine Infektion wie Röteln kann das Leben des Ungeborenen zerstören, Begleiterscheinungen von Keuchhusten wie Husten und Brechattacken können



den Schwangerschaftsverlauf beeinträchtigen. Auch die Behandlung einer MRSA-Infektion (Multiresistente Staphylokokken) mit hochpotenten Antibiotika würde die Gesundheit des Kindes gefährden.

Auch wenn diese Szenarien in statistischer Hinsicht eher unwahrscheinlich sind – wer wollte eine Schwangere solchem Gefährdungspotential aussetzen? Die Beschränkungen gelten für ein paar Monate – das Neugeborene hat eine Lebenserwartung von über achtzig Jahren. In einem Land, wo der Contergan-Skandal noch in guter Erinnerung ist, sollten wir über den Mutterschutz und seine Maßnahmen engagierter und im Sinne von Mutter und Kind diskutieren.

Es kommt nicht ganz selten vor, dass Arbeitgeber die hohen Kosten für eine Freistellung beklagen, aber die geringen Kosten einer rechtzeitigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung einschließlich Impfung aus kurzfristigen Gründen sparen wollen.

Chemische Gefährdungen

Keine werdende Mutter darf schädigenden Chemikalien ausgesetzt werden, die inhaliert oder über die Haut resorbiert werden. Dazu zählen Zytostatika und Narkosegase, aber auch Reinigungs- und Desinfektionsmittel. Bereits geeignete Schutzhandschuhe wenden man-

che Gefahren ab. Anästhesistinnen können während ihrer Schwangerschaft Narkosen betreuen, wenn diese intravenös und nicht mit Narkosegasen durchgeführt werden oder die gemessenen Arbeitsplatzwerte unterhalb der Gefährdungsschwelle liegen. Maskennarkosen bleiben davon selbstverständlich ausgenommen. Im Gespräch mit schwangeren Beschäftigten findet sich in der Regel immer eine individuelle Lösung. Im Zweifel wird man sich an die Arbeitsschutzbehörden wenden. Dort stehen Ansprechpartner für die Beratung der Betroffenen und ihrer Betriebsärzte zur Verfügung.

Arbeitsabläufe

Dass werdende Mütter nicht nachts arbeiten und auch keine überlangen Schichten und Schichtblöcke ableisten sollten, ist unstrittig. An Sonn- und Feiertagen darf eine schwangere Krankenschwester nur dann arbeiten, wenn sie während der Woche einen Ruhetag bekommt. Ihr Kind merkt noch nicht, ob es Sonntag ist oder Mittwoch... Aber das Kind würde bei Unfällen oder bereits bei Hektik und Stress der Mutter Schaden nehmen können. So ist die Arbeit mit möglicherweise aggressiven Patienten selbstverständlich nicht erlaubt und ebenso selbstverständlich sollte keine Schwangere auf hohen Leitern herumturnen. Sie sollte auch nicht gravierenden mit Notfallsituationen konfrontiert werden. Es sollte ihr immer möglich sein, sich bei Unpässlichkeiten zurückziehen zu können. Arbeit im Notaufnahme-Bereich ist sicher nicht zumutbar und auf Intensivstationen nur dann, wenn die Beschäftigten einverstanden und die genannten Bedingungen zuverlässig erfüllt sind. Betriebsarzt und Betriebsrat sollten die Einhaltung solcher Maßnahmen gelegentlich „vor Ort“ überprüfen. Bestehen Zweifel an der Kooperationsbereitschaft der Betroffenen oder werden die notwendigen Schutzmaßnahmen in ihrer Abteilung nicht getroffen, so wäre die Versetzung in einen ruhigeren Bereich das letzte probate Mittel.

Im vertraulichen Gespräch mit schwangeren Beschäftigten habe ich als Betriebsärztin fast immer gute Lösungen finden können. In der Regel hat die werdende Mutter bereits über Schutzmaßnahmen nachgedacht, kann sie selbst doch ihr Umfeld am besten einschätzen.

Der Betriebsarzt als Vertreter des Betriebes sollte den Schwangeren signalisieren, dass sie keine Zugeständnisse und Risiken eingehen müssen. Gesundheit und Sicherheit für die Schwangere und ihr ungeborenes Kind haben oberste Priorität!

Beschäftigungsverbote

Natürlich besteht ein generelles Beschäftigungsverbot für schwere und gesundheitsgefährdende Arbeiten. Wie ausgeführt, lassen sich derartige Gefährdungen durch ein Bündel von Maßnahmen verhindern.

Daneben gibt es Einzelfälle, bei denen der behandelnde Arzt feststellt, dass aufgrund des Gesundheitszustandes der Schwangeren, also ihrer Konstitution oder vorheriger Erkrank-

kungen eine weitere Beschäftigung für Mutter oder Kind gesundheitsgefährdend ist und ein individuelles Beschäftigungsverbot attestiert (§ 3 Abs. 1 MuSchG).

Ein solches Beschäftigungsverbot kann partiell sein, z. B. eine Arbeitszeit von maximal vier Stunden täglich vorschreiben, aber es kann auch ein völliges Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden.

In einem solchen – wie nochmals zu betonen – seltenen Fall sind im Attest die Gründe für das Beschäftigungsverbot ausführlich darzulegen, die genauen Diagnosen aber selbstverständlich dem Arbeitgeber nicht mitzuteilen. Die Dauer des Beschäftigungsverbot ist dabei anzugeben.

Die Schwangere hat Anspruch auf ihren letzten Durchschnittsverdienst. Der Arbeitgeber kann die ihm entstehenden Kosten durch ein Umlageverfahren der Krankenkassen zurückerstattet bekommen. Rechtlich gesehen ist die Beschäftigte in dieser Zeit ja nicht arbeitsunfähig, sondern als gesunde Schwangere von der Beschäftigung freigestellt. □

Nützliche Links im Internet:

www.infektionsfrei.de

Arbeitshilfen Mutterschutz

www.arbeitsschutz.nrw.de/Themenfelder/mutterschutz/index.php

Mutterschutz beim beruflichen

Umgang mit Kinder,

Arbeitskreis Mutterschutz

der Arbeitsschutzverwaltung NRW:

www.arbeitsschutz.nrw.de/pdf/themenfelder/mutterschutz/mutterschutz_kinder.pdf

Workshop 2011

Beim 25. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“, welches vom 14. bis 16. September 2011 stattfindet, wird das Thema Mutterschutz im Krankenhaus am Beispiel verschiedener Kasuistiken in einem Workshop diskutiert. Interessierte Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind herzlich eingeladen. Anmeldungen auf der Homepage der Freiburger Forschungsstelle Arbeitsmedizin und Sozialmedizin FFAS unter www.ffas.de.

SUGA 2009 jetzt interaktiv

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zeichnet im Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SUGA, früher Unfallverhütungsbericht Arbeit) ein präzises Bild der deutschen Arbeitswelt. Jetzt ist der SUGA 2009 auch in gedruckter Form erschienen. Zudem hat die PDF-Datei auf der BAuA-Internetseite www.baua.de/suga ein neues Feature. Mit einem Klick auf die zahlreichen Tabellen und Grafiken öffnet sich jeweils eine Excel-Tabelle, die Nutzern erlaubt, direkt mit dem umfangreichen Datenmaterial des SUGA zu arbeiten.

Der SUGA wird jährlich im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellt und erscheint alle vier Jahre in einer ausführlichen Fassung. Der Bericht ist ein wichtiger Gradmesser für die Qualität von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, denn er zeigt die Unfallentwicklung und die Anzahl der Berufserkrankungen auf. Der SUGA 2009 zeichnet ein präzises Bild der Entwicklungen des Arbeitslebens in Deutschland im Zeitraum 2006 bis 2009.

Ab sofort steht der SUGA 2009 als PDF-Datei (7,0 MB) unter der Adresse www.baua.de/suga zur Verfügung. Die



gedruckte Fassung kann kostenlos über das Informationszentrum der BAuA angefordert werden, telefonisch, 02 31-90 71-20 71, per Fax, 02 31-90 71-20 70, oder per E-Mail, info-zentrum@baua.bund.de. □

Direkter Link: www.baua.de/suga

Die BG Welt

Zu Beginn des Jahres 2011 hat die vorerst letzte Organisationsreform der gesetzlichen Unfallversicherung ihren Abschluss gefunden, der dazu führte, dass die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften von 35 auf neun reduziert wurde.

Eine Übersicht zur neuen BG-Landschaft

Aktuelle Bezeichnung	Fusionspartner	Internet
BG Bau BG der Bauwirtschaft	Bau-BG Hamburg Bau-BG Hannover Bau-BG Rheinland und Westfalen Bau-BG Frankfurt am Main Südwestliche Bau-BG Württembergische Bau-BG Bau-BG Bayern und Sachsen Tiefbau-BG	www.bgbau.de
BG ETEM BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	BG der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft BG der Feinmechanik und Elektrotechnik BG Druck und Papierverarbeitung Textil- und Bekleidungs-BG	www.bgetem.de
BG HM BG Holz und Metall	Hütten- und Walzwerks-BG Maschinenbau- und Metall-BG Norddeutsche Metall-BG Süddeutsche Metall-BG Edel- und Unedelmetall-BG Holz-BG	www.bghm.de
BGHW BG Handel und Warendistribution	Großhandels- und Lagerei-BG BG für den Einzelhandel	www.bghw.de
BGN BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	BG Nahrungsmittel und Gaststätten Fleischerei-BG	www.bgn.de
BG RCI BG Rohstoffe und chemische Industrie	Bergbau-BG Steinbruchs-BG BG Chemie Papiermacher-BG Lederindustrie-BG Zucker-BG	www.bgrci.de
VBG Verwaltungs-BG	BG der keramischen und Glas-Industrie Verwaltungs-BG BG der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen	www.vbg.de
BG Verkehr BG für Transport und Verkehrswirtschaft	Binnenschifffahrts-BG BG für Fahrzeughaltungen See-BG	www.bg-verkehr.de
BGW BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	www.bgw-online.de
DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.	Spitzenverband der BGen und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	www.dguv.de

Bewusst essen bei der Arbeit

Fit in Beruf und Alltag

Essen am Arbeitsplatz ist ungesund, darauf weist die gesetzliche Unfallversicherung VBG hin. Beim unbewussten „nebenher“ Essen am Arbeitsplatz werden nur selten der Geschmack und die Menge der Nahrung wahrgenommen. Dies hat oftmals zur Folge, dass man nicht isst bis ein Sättigungsgefühl eintritt, sondern bis die Packung leer ist. Erschwerend kommt hinzu, dass man am Schreibtisch häufig Schokolade, Kekse oder andere süße oder fettthaltige Snacks zu sich nimmt.

Deshalb rät VBG-Arbeitsmediziner Dr. Jens Petersen zu bewusstem Essen: „Das Essen bei der Arbeit sollte geplant sein. Das heißt, ich mache mir schon morgens Gedanken, wann und insbesondere was ich essen werde. Ein Vorteil dabei ist, dass ich genau weiß, aus welchen Zutaten meine Mahlzeit besteht. Grundsätzlich sollte das Essen während der Arbeitszeit immer mit einer Pause einhergehen. Nur so kommt es auch

dazu, dass man das, was man isst, auch wirklich wahrnimmt.“

Besonders Beschäftigte, die ihre Arbeitszeit überwiegend sitzend im Büro verbringen, laufen Gefahr, sich falsch zu ernähren. Dazu Dr. Jens Petersen: „Körperliche Inaktivität fördert leider den Appetit, was nichts anderes bedeutet als dass der, der sich wenig bewegt auch anfälliger für unbewusstes Essen ist. Deshalb ist die alte Regel immer noch die gesündeste: Mehr Bewegung und weniger Kalorien ergeben einen gesünderen und fitteren Berufsalltag.“ Der Weg in der Mittagspause zur Kantine oder zum nächsten Bäcker ist dreifach vorteilhaft: Man bewegt sich, macht eine bewusste Arbeitspause und der Weg zum Essen ist gesetzlich unfallversichert.

Das VBG-Faltblatt „Fit und produktiv – ein gutes Gefühl“ gibt allen Beschäftigten, die beruflich viel Zeit am Schreibtisch verbringen, Tipps,

Fit und produktiv
– ein gutes Gefühl

■ Tipps, wie Sie als Vielsitzer/in Ihr körperliches Wohlbefinden und Ihre Leistungsfähigkeit erhalten können



VBG
Ihre gesetzliche Unfallversicherung

www.vbg.de

wie durch die richtige Ernährung und Bewegung das körperliche Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit erhalten bleiben. Das Falblatt ist auf www.vbg.de unter dem Suchwort „Fit und produktiv“ zu finden. □

VBG

Berufskrankheit „Sehnenscheidenentzündung“ durch Computerarbeit

Einer Finanzbeamtin, die durchweg am Computer arbeitet, steht die Anerkennung ihrer Sehnenscheidenentzündung als Berufskrankheit zu. Dies entschied das Verwaltungsgerichts Aachen.

Die Beamtin berief sich vor Gericht darauf, dass die intensive Arbeit am Computer mit Maus und Tastatur Ursache ihrer mittlerweile chronischen Sehnenscheidenentzündung sei. Für das beklagte Land ließ sich dagegen nicht feststellen, dass Bedienstete, die im Wesentlichen am

Computer arbeiten, dem besonderen Risiko einer Sehnenscheidenentzündung unterliegen.

Das Gericht hatte zur Klärung des Verfahrens ein arbeitsmedizinisches Gutachten eines Universitätsprofessors eingeholt. Der Gutachter erkannte auf eine Verbindung zwischen der Tätigkeit der Beamtin am Computer und ihrer Erkrankung. Die Klägerin hat aufgrund der Anerkennung ihrer Krankheit als Berufskrankheit Anspruch auf sogenannte Unfallfürsorgeleistungen. Diese

können im Einzelfall ein höheres Ruhegehalt, besondere Kosten der Heilbehandlung oder die Erstattung von Sachschäden umfassen.

Gegen das Urteil kann ein Antrag auf Zulassung der Berufung gestellt werden, über den das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in Münster zu entscheiden hätte.

VG Aachen,
Urteil vom 14. 04. 2011,
Az.: 1 K 1203/09 □

Entzündungshemmendes Präparat Daxas (Roflumilast) in der Europäischen Union für Patienten mit COPD zugelassen

Das Pharmaunternehmen Nycomed gab bekannt, dass die Europäische Kommission die Marktzulassung für Daxas (Roflumilast) in der Europäischen Union erteilt hat. Daxas ist ein proprietärer selektiver Inhibitor des Enzyms Phosphodiesterase-4 (PDE 4), der von Nycomed zur Behandlung der progressiven, lebensbedrohlichen Lungenerkrankung COPD entwickelt wurde.

Daxas ist indiziert zur Dauertherapie bei erwachsenen Patienten mit schwerer COPD (FEV1 nach Bronchodilatator unter 50 % des Sollwerts) und chronischer Bronchitis sowie häufigen Exazerbationen in der Vergangenheit begleitend zu einer bronchodilatatorischen Therapie.

Guido Oelkers, Executive Vice President Commercial Operations von Nycomed, kommentierte wie folgt: „Nycomed ist hochofrend, dass Daxas die Marktzulassung in der Europäischen Union erhalten hat. Dies ist ein wichtiger Meilenstein für das Unternehmen und eine sehr positive Nachricht für die Menschen, die an dieser lebensbedrohlichen Krankheit leiden. Die Zulassung von Daxas bietet Ärzten und Patienten eine dringend benötigte neue Behandlungsoption in Ergänzung zu den herkömmlichen Inhalationstherapien.“

„Es besteht tatsächlich ein grosser Bedarf an neuen COPD-Behandlungsoptionen“, ergänzte Professor Klaus F. Rabe, University Medical Centre Leiden, Niederlande.

„Daxas ist eine neuartige Therapie, welche die Lungenfunktion verbessert und vor allem die Exazerbationen verringert. Das Präparat weist einen einzigartigen Wirkmechanismus auf, der bei der Entzündung ansetzt, die der COPD zugrunde liegt. Damit stellt es eine wichtige Ergänzung der medizinischen Möglichkeiten dar, die Ärzten und Patienten derzeit zur Verfügung stehen.“

Neil Barnes, Professor für Atemwegsmethoden, Barts und London Hospital, London, erklärte: „Viele Patienten bleiben trotz der verfügbaren Behandlungen symptomatisch und erleben häufige Exazerbationen. Für diese schwereren Fälle benötigen wir neue Therapieoptionen. Der wichtigste Zusatznutzen von Daxas in Ergänzung zu dem, was mit Bronchodilatoren bereits erreicht werden kann, besteht in der Verringerung der Häufigkeit von Exazerbationen oder Flare-ups – also den Ereignissen, die die betroffenen Patienten ängstigen. Für Patienten mit COPD in Verbindung mit chronischer Bronchitis und einer Vorgeschichte mit Flare-ups stellt Daxas eine echte Hilfe dar.“

Über COPD

Der medizinische Bedarf auf dem Gebiet der COPD ist nach wie vor hoch. COPD ist eine progressive, irreversible Lungenerkrankung, die zu Atemnot führt. Für die Krankheit charakteristisch sind Episoden, in denen sich die Symptome anfallartig verschlechtern (sogenannte Exazerbationen). Laut Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden derzeit weltweit 80 Millionen Menschen an mittelschwerer bis schwerer COPD. 2005 starben über 3 Millionen Menschen an dieser Krankheit, was rund 5 % aller Todesfälle weltweit entspricht. Die WHO geht zudem davon aus, dass die Gesamtzahl der Todesfälle durch COPD in den nächsten zehn Jahren um über 30 % zunehmen könnte, wenn nicht dringend Massnahmen ergriffen werden, um die zugrunde liegenden Risikofaktoren, darunter vor allem das Rauchen, einzudämmen.

(Siehe <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html>)

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

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

Online-Archiv:

www.asu-praxis.de

Chefredaktion

M. Wochner (verantwortlich)

Redaktion

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

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

Der Zulassungsantrag an die EMA basiert auf den Ergebnissen von vier Phase-III-Studien mit Roflumilast bei der Behandlung von symptomatischer COPD. Zwei zulassungsrelevante, placebokontrollierte 12-Monats-Studien bei über 3000 COPD-Patienten belegen, dass Roflumilast an beiden primären Endpunkten zu einer statistisch signifikanten Verbesserung führt: moderate bis schwere Exazerbationen sowie Bronchodilatator FEV1. Die Wirkung von Daxas® war unabhängig vom gleichzeitigen Gebrauch eines lang wirkenden Beta-2-Agonisten (LABA)2. Roflumilast bewirkte auch in zwei unterstützenden Studien über sechs Monate eine statistisch signifikante Verbesserung gegenüber Placebo in Kombination mit den Standardmedikamenten zur Bronchienerweiterung Tiotropium oder Salmeterol. Die vollständigen Daten der vier Studien wurden im August 2009 in *The Lancet* veröffentlicht und im September 2009 am Jahreskongress der European Respiratory Society (ERS) in Wien, Österreich, vorgestellt.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.nycomed.de