

## Editorial

„Die ständige Sorge  
um die Gesundheit  
ist auch eine Krankheit“  
(Platon)

### Chronisch krank oder lieber chronisch gesund – sind wir nicht alle ein bisschen Chroniker?

Laut „Wiktionary“, einem offenen Internet-Wörterbuch bezeichnet das Adjektiv „chronisch“ einen „permanent andauernden Vorgang“. Man könnte daraus also schließen, dass schon unser Leben, jedenfalls solange wir es haben, chronisch sei.

Googelt man weiter, findet man zum Adjektiv „chronisch“ aber eigentlich nur negative Attribute: Chronische Bronchitis, chronische Allergie, chronische Depression. Auch chronische Nörgler und chronische Querulanten sind im world-wide-web verzeichnet, schon bei chronischen Optimisten fällt auf, dass die Zuordnung des besagten Adjektiv den Optimismus eher ins Ironische also ins Negative zieht. „Chronisch glücklich“ findet man im Internet eher selten und der Begriff „chronisch gesund“ scheint von Heilpraktikern besetzt zu sein.

Als ich vor zehn Jahren von der internistischen Notaufnahme in die Betriebsmedizin wechselte, freute ich mich darauf, nun auf gesunde, mitten im Arbeits-Leben stehende Beschäftigten zu treffen und nicht mehr nur auf Menschen, bei denen die Lebensuhr häufig kurz vor 12.00 stand oder schon kurz danach stehen geblieben war. Aber, wie wir Internisten immer schon wussten, „Wer gesund ist, ist nicht genug diagnostiziert!“.

Und so war es bei meinen Beschäftigten auch. Erhebt man eingehend die Anamnese, wer hat da nicht alles eine Allergie oder eine rezidivierende Sinusitis bzw. Harnwegsinfekte? Also eine chronische Allergie oder ein chronisches Immundefizit. Untersucht man genauer, findet man laborchemisch eine chronische Fettstoffwechselstörung oder eine Hyperurikämie. Schaut man genauer hin findet man gerade im Krankenhaus häufig ein chronisch degeneratives Handekzem, zumindest im Frühstadium. Und welcher Raucher hat nicht die Neigung zu chronisch rezidivierenden Atemwegsinfekten?

Also sind wir nicht alle ein bisschen Chroniker?

Mit Krankheiten verdient man Geld. Im Krankenhaus mit DRG-Pauschalen – böse Zungen sagen: Kein Patient verlässt ohne 5 Diagnosen die Klinik. Draußen rechnen sich Disease Management Programme. Chronisch kranke Versicherte sparen an ihrer Zuzahlung. Ergo: je kränker – desto besser?

Krankheiten lassen sich messen. Wie misst man eigentlich Gesundheit?

## Inhalt

### Editorial

- Chronisch krank oder lieber chronisch gesund –  
sind wir nicht alle ein bisschen Chroniker? **113**

### Praxis

- Gesunde Arbeitsbedingungen schaffen  
vom Büro bis zur Werkhalle **114**  
Mehr Arbeit – mehr Unfälle **115**  
Betriebliche Gesundheitsvorsorge  
am Beispiel des Diabetes mellitus **116**  
Praxisbeispiel: das Projekt Arbeitsbewältigungsindex **119**  
Mit abba gegen psychische Belastungen und Gewalt **123**  
„Mein Haus, mein Auto, meine Yacht...“ **124**

### Meldungen

- Insolvenzverwalter lassen Betriebsärzte  
oft leer ausgehen **126**  
Übersichtlich gestalteter Impfkalender **127**

### Industrieinformationen

- Positiver Einfluss von Sitagliptin auf Lipidprofil  
und Betazellfunktion bei Typ-2-Diabetikern **128**

### Impressum

**128**

In seinen Betrachtungen „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ kommt der Philosoph Hans-Georg Gadamer zu dem Schluss, dass „man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, ... weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann“. Gesundheit – so Gadamer, sei ein „Gleichgewichtszustand“, ein „Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig und freudig erfüllt sein“. Aber dem Fortschritt der krankheitsfixierten medizinischen Wissenschaft sei „der Rückschritt der allgemeinen Gesundheitspflege und der Prävention auf dem Fuß gefolgt“.

In diesem ganzheitlichen Sinne wollen wir betriebsärztliche Prävention betrachten. Wir starten eine neue Reihe zu „Chronischen Krankheiten in der Arbeitswelt“ mit dem Artikel von Prof. Martin „Betriebliche Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Diabetes mellitus“.

*Wir gehen dabei auf dem schmalen Grad zwischen ärztlicher Gesundheitsberatung und Prävention einerseits und medizinischer Früherkennung andererseits, dabei stürzen wir hoffentlich nicht in vermeintliche Messwertgläubigkeit ab. Früherkennung macht nur Sinn, wenn sie zur „inneren Angemessenheit“ beiträgt und der Arzt damit auf dem Lebensweg Hilfestellung geben kann. Der ganzheitlich agierende Arzt hat nach Einschätzung des Arztes und Philosophen Karl Jaspers „die Sorge für die Natürlichkeit des Menschen in seiner Umwelt. Er lässt die Untersuchung des Kranken sich nicht auflösen in ein Aggregat der Untersuchungsergebnisse von Laboratorien, sondern vermag dies alles abzuschätzen, zu nutzen und unterzuordnen. Er lässt diese diagnostischen Methoden in ihren Grenzen zur Geltung kommen, aber verliert sein Urteil nicht an sie.“*

*Wir sollten immer daran denken: Auch – nach medizinisch-wissenschaftlicher Messwert-Skala – chronisch Kranke können im Sinne Gadamer's und Jasper's so chronisch gesund sein, dass sie in ihrer Arbeit glücklich erfüllt und erfolgreich tätig sind,*

*völlig in „Übereinstimmung mit sich selbst“. Unsere Aufgabe ist es immer sogenannte chronisch Kranke allenfalls einzugliedern, niemals auszugliedern.*

*Martin Lütz kommt in seinem sehr lesenswerten Büchlein „LebensLust“ zu dem Schluss, dass „wer Krankheit ... bloß als bedauerliches Defizit wahrnimmt, ...dem entgeht die Tiefe und der volle Geschmack des Lebens“.*

*Dr. med. U. Hein-Rusinek*

*Zum Weiterlesen:*

- Jaspers, Karl, Philosophie und Welt, R. Piper & Co. Verlag München, 1958*
- Gadamer, Hans-Georg, Über die Verborgenheit der Gesundheit, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1993*
- Lütz, Manfred, LebensLust – wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, Pattloch Verlag München 2002*

## Gesunde Arbeitsbedingungen schaffen vom Büro bis zur Werkhalle

Innenraumarbeitsplätze finden sich in vielfältigen Arbeitsumgebungen: vom Büro über die Schule bis hin zum öffentlichen Verkehrsmittel. Ebenso vielfältig sind die Faktoren, die an diesen Arbeitsplätzen zu Belastungen der Arbeitnehmer führen können: Raumluftqualität, Lärm und Beleuchtung spielen eine Rolle, aber auch Fragen der Arbeitsplatzgestaltung oder psychosoziale Aspekte und vieles mehr. Ein neues Internetportal des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) hilft, gesundheitlichen Problemen und Befindlichkeitsstörungen an Innenraumarbeitsplätzen systematisch auf den Grund zu gehen und praxistaugliche Lösungen zu finden.

Tränende Augen, verstopfte Nase, schmerzender Kopf: Diese und ähnliche Symptome sind keine Seltenheit an Arbeitsplätzen in Innenräumen. Häufig haben diese Probleme mehr als eine Ursache, und sie zu bestimmen ist schwierig: Die von den Betroffenen geäußerten



Foto: DGUV

Vermutungen über Ursachen können schnell in die falsche Richtung führen und teure, aber letztlich erfolglose Messungen zur Folge haben. Um dem Problem erfolgreich auf die Spur zu kommen und gezielt Abhilfe zu schaffen, müssen eine Vielzahl von Arbeitsplatzfaktoren umfassend und systematisch analysiert werden: Baumaterialien, Raumlüftung, Beleuchtung, Arbeitsmittel, chemische und biologische Einwirkungen, Ergonomie, Raumklima, Lärm, elektromagnetische Felder, ionisierende Strahlung und psychische Arbeitsbelastung.

Alle dafür erforderlichen Informationen enthält das neue IFA-Internetportal „Innenraum“: Es beschreibt ein Konzept zur stufenweisen Ursachenermittlung, erläutert alle zu berücksichtigenden Belastungsfaktoren und enthält zahlreiche Links und Downloadangebote zu aktuellen Informationsschriften und Praxishilfen. Außerdem findet der Nutzer die Kontaktdaten fachkundiger IFA-Ansprechpartner.

Ein besonders ausführlicher Bereich des Portals ist den chemischen Einwirkungen gewidmet. Neben Informationen zur Ermittlung, Messung und Beurteilung gesundheitsgefährlicher Stoffe in der Atemluft gibt es eigene Rubriken zu häufigen Problemstoffen wie Kohlendioxid, Formaldehyd, Ozon und Staub. Darüber hinaus werden auch Sonderfälle, wie die Belastung in Callcentern behandelt.

Im Internet: <http://www.dguv.de/ifa/de/pr/innenraeume> □

DGUV

# Mehr Arbeit – mehr Unfälle

*Gesetzliche Unfallversicherung muss mehr für Heilbehandlung und Rehabilitation aufwenden*

Mehr Unternehmen, mehr Beschäftigte, mehr Arbeitsstunden, aber auch mehr Arbeitsunfälle: Die Eckdaten der gesetzlichen Unfallversicherung für 2010 spiegeln die sich erholende deutsche Wirtschaftsleistung wider. Parallel zu dieser Entwicklung ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, leicht gestiegen. Das geht aus den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hervor, die die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) heute in Berlin vorgelegt hat. Danach hat sich das Risiko von 24,3 Unfällen je 1.000 Vollarbeiter auf 25,8 Unfälle erhöht. Trotz dieser Erhöhung liegen die Unfallzahlen aber immer noch unter dem Niveau des Jahres 2008 (26,8 Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter).

In absoluten Zahlen bedeutet das: Die gesetzliche Unfallversicherung bot 2010 75,5 Millionen Menschen Versicherungsschutz – darunter Schüler, ehrenamtlich Tätige und Arbeitnehmer. Das sind 0,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Parallel hat sich die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden erhöht: um 3,2 Prozent auf 59,106 Milliarden Stunden. Die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle ist 2010 um 7,7 Prozent auf 954.459 gestiegen. 519 Arbeitsunfälle endeten tödlich, das sind 63 mehr als im Vorjahr.

„Wenn die Wirtschaft brummt, dann lässt das leider nicht nur die Kasse klingeln“, sagt Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV. „Ein höheres Arbeitstempo lässt auch das Unfallrisiko steigen.“ Als Gegenmittel empfehle die gesetzliche Unfallversicherung Investitionen in den Arbeitsschutz, vor allem die Integration des Arbeitsschutzes in alle Betriebsabläufe. „Gerade kleinere und mittlere Betriebe tun gut daran, auf die kostenfreien Angebote der Unfallversicherung in der Prävention zurückzugreifen. Sonst geht der Auf-

schwung auf Kosten der Gesundheit und damit auch zu Lasten des langfristigen Unternehmenserfolgs.“

Ein weiterer Grund für den Anstieg der Unfallzahlen war der schnee- und eisglatte Winter zu Beginn und Ende des vergangenen Jahres. Gerade Branchen wie die Logistik und Verkehrswirtschaft, aber auch Postboten oder Zeitungsträger waren stark betroffen. Auch die deutliche Zunahme der Wegeunfälle auf dem Weg von und zur Arbeit erklärt sich durch die winterliche Rutsch- und Sturzgefahr. Ihre Zahl stieg 2010 um 25,4 Prozent auf 223.973. 367 Wegeunfälle endeten tödlich, das sind fünf Fälle mehr als 2009.

## Berufskrankheiten

Die Zahl der bestätigten Berufskrankheiten ist signifikant gestiegen – und zwar um 22,1 Prozent. Der Grund dafür liege in einer veränderten Verwaltungspraxis, so Breuer. „Bei einem Großteil der bestätigten Berufskrankheiten handelt es sich um Hautkrankheiten. Bislang wurden erfolgreich behandelte Hautkrankheitsfälle als abgelehnte Berufskrankheiten gezählt. Diese Praxis wurde jetzt korrigiert.“ Bei einer bestätigten Berufskrankheit ist die berufliche Verursachung zwar festgestellt, es fehlen aber die gesetzlich festgelegten Voraussetzungen für eine Anerkennung – zum Beispiel die Aufgabe des Berufs. Die Betroffenen erhalten jedoch Leistungen zur Heilbehandlung und Individualprävention.

Die Anerkennung einer Berufskrankheit ist Voraussetzung für die Zahlung einer Rente. Eine Rente wird ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent gezahlt. Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten ging 2010 auf 15.461 leicht zurück (um 3,8 Prozent). 6.123 Versicherte er-

hielten erstmals eine Rente aufgrund einer Berufskrankheit. 2.486 Menschen verloren infolge einer Berufskrankheit ihr Leben. Das sind 10,2 Prozent weniger als im Vorjahr. Der größte Teil der gemeldeten Todesfälle (2.092) wurde durch anorganische Stäube, insbesondere Asbest verursacht.

## Rehabilitation und Renten

Die gesetzliche Unfallversicherung hat 2010 3,676 Milliarden Euro für die Heilbehandlung und Rehabilitation ihrer Versicherten ausgegeben. Das sind 6,5 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Aufwendungen für finanzielle Entschädigungen stiegen um ein Prozent auf 5,628 Milliarden Euro. Für Prävention wendete die gesetzliche Unfallversicherung rund 911 Mio. Euro auf.

In der gewerblichen Wirtschaft mussten die Arbeitgeber 2010 9,8 Milliarden Euro für das Umlagesoll der Berufsgenossenschaften aufbringen. Das sind 352 Mio. Euro (3,7 Prozent) mehr als im Vorjahr. Hintergrund dieses Anstiegs sind die höheren Aufwendungen für Heilbehandlung und Rehabilitation. Als Konsequenz daraus hat sich für die Unternehmen der durchschnittliche Beitragssatz zu den Berufsgenossenschaften im Jahr 2010 von 1,31 auf 1,32 Prozent je 100 Euro beitragspflichtiges Entgelt erhöht.

Der Umlagebeitrag der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand ist leicht gestiegen (+1,3 %) und liegt bei 1,238 Milliarden Euro.

### Hintergrund:

#### Meldepflicht von Unfällen

In der allgemeinen Unfallversicherung sind Arbeits- und Wegeunfälle meldepflichtig, wenn sie zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder zum Tode führen. □

DGUV

# Betriebliche Gesundheitsvorsorge am Beispiel des Diabetes mellitus

Der **Diabetes mellitus** stellt eine Volkskrankheit mit steigenden Patientenzahlen dar, bei der die beiden Hauptformen der Typ 1 und 2 Diabetes unterschieden werden. Beiden Krankheitsbildern ist gemeinsam, dass es zu einer chronischen Erhöhung des Blutzuckers kommt. Zusätzlich gibt es weitere Diabetesformen, wobei neben dem pankreopriven Diabetes, der bei Erkrankungen des Pankreas auftritt, es einige primär genetisch bedingte Diabetesformen (MODY) gibt, die jedoch sehr selten sind.

## Hauptformen des Diabetes

Der **Typ 1 Diabetes** entsteht durch eine Zerstörung der Insulin-produzierenden Zellen durch das Immunsystem, so dass sich ein Insulinmangel entwickelt. Früher wurde diese Form des Diabetes auch „jugendlicher Diabetes“ bezeichnet, da er sich in der Mehrzahl der Fälle im Kindes- und Jugendalter manifestiert. Jedoch ist heute bekannt, dass diese Diabetesform in jedem Lebensalter auftreten kann, wobei in fortgeschrittenem Alter die Differential-

diagnose zum Typ 2 Diabetes manchmal sehr schwer fällt. In der Regel sind die vom Typ 1 Diabetes Betroffenen nicht übergewichtig und verspüren bei der Manifestation die klassischen Symptome wie Durst, vermehrtes Wasserlassen und Gewichtsverlust. Meist haben diese Personen keine weiteren Erkrankungen, wie Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen. Aufgrund des sich entwickelnden Insulinmangels muss diese Form des Diabetes früher oder später mit einer Insulintherapie behandelt werden.

Der **Diabetes mellitus Typ 2** wurde früher auch „Altersdiabetes“ bezeichnet, tritt aber heute auch schon bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Bei dieser Form des Diabetes produziert der Körper in der Frühphase wesentlich höhere Mengen an Insulin, als bei entsprechend Gesunden. Der Körper ist aber gegen dieses Insulin resistent, da seine Wirksamkeit durch körperliche Inaktivität und Übergewicht herabgesetzt wird. Reicht die kompensatorische Mehrproduktion von Insulin nicht mehr aus, kommt es zum langsamen Anstieg des Blutzuckers.

Insofern spielen die geänderten Lebensbedingungen in Form von Technisierung in Beruf und Freizeit, in Kombination mit einer zu kalorienreichen Ernährung die Hauptursache für den dramatischen Anstieg des Diabetes mellitus Typ 2. Zusätzlich finden sich bei den Betroffenen weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen, wie erhöhter Blutdruck und erhöhte Blutfette, die ebenfalls durch die zuvor genannten Lebensstilfaktoren ausgelöst werden. Die primäre Therapie des Typ 2 Diabetes besteht somit aus einer vermehrten körperlichen Aktivität sowie einer Gewichtsreduktion. Reicht dies nicht aus, kommen unterschiedliche Antidiabetika zum Einsatz.

Die **Diagnose des Diabetes mellitus** kann entweder durch erhöhte Nüchternblutglukosewerte (venöse Plasmaglukose  $> 126 \text{ mg/dl}$  bzw.  $> 7,0 \text{ mmol/l}$ ) oder durch einen Blutglukosebelastungstest (2 Stundenwert  $> 200 \text{ mg/dl}$  bzw.  $> 11,1 \text{ mmol/l}$ ) gestellt werden. Seit kurzem wurde durch die amerikanische und deutsche Diabetesgesellschaft auch der HbA1c als Diagnosekriterium akzeptiert, wobei bei Werten  $< 5,7\%$  ein Diabetes ausgeschlossen und bei  $> 6,5\%$  ein Diabetes diagnostiziert ist. Im Graubereich bei Werten zwischen  $> 5,7$  und  $< 6,5\%$  ist weiterhin ein Blutzuckerbelastungstest durchzuführen.

## Diabetes im Beruf

Im beruflichen Alltag wird der Diabetes mellitus primär im Zusammenhang mit der Arbeitssicherheit und unter **versorgungsmedizinischen Aspekten** gesehen. Alle bisherigen Vorgaben für die Bewertung der Diabeteserkrankung in den Anhaltspunkten



für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht waren auf die Einstellbarkeit, insbesondere auf die Hypoglykämierate fokussiert. Aufgrund eines Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 2008, nachdem der Therapieaufwand bei der Bewertung des Diabetes mellitus mit berücksichtigt werden muss, wurde im Jahr 2010 im Rahmen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizinverordnung neue Bewertungsvorgaben festgelegt:

- Personen mit Diabetes, deren Therapie keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erhalten eine GdB/GdS von 0.
- Bei einer Therapie, die Hypoglykämien auslösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, wird eine GdS von 20 angesetzt. Hierzu gehört eine Therapie mit Sulfonylharnstoff-Präparaten, aber auch mit ein- bis zweimaliger Insulininjektion ohne zwingend erforderlicher tägliche Blutzuckerkontrollen.
- Personen, die eine Hypoglykämie auslösende Therapie erhalten und die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen, erhalten eine GdS zwischen 30 bis 40. Diese Bewertung gilt auch für Personen mit Typ 2 Diabetes mit häufigen Insulininjektionen, bei denen die Dosis nur selten variiert wird.
- Wird eine Insulintherapie durchgeführt mit täglich mindestens vier Insulininjektionen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbstständig variiert werden muss, ist eine GdS von 50 anzusetzen. In diese Gruppe gehören Personen mit Typ 1 Diabetes, die eine intensiviertere Insulintherapie oder eine Insulinpumpentherapie durchführen.

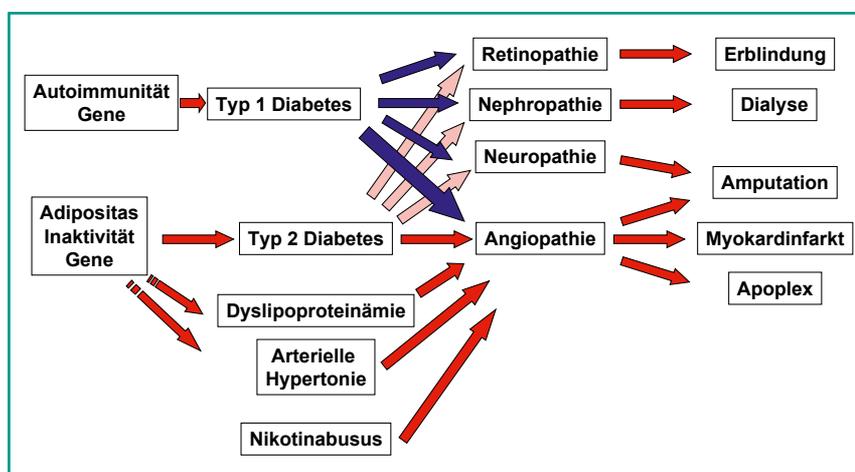
### Wirtschaftliche Bedeutung

Die Zunahme an Diabeteserkrankungen in den vergangenen Jahren wird hauptsächlich auf die steigenden Zahlen an Personen mit Typ 2 Diabetes zurückgeführt. So geht man heute in Deutschland von 7–8 Mio. diagnostizierten Typ 2 Diabetesfällen aus, wobei es noch eine hohe Dunkelziffer von bisher unentdeckten Erkrankungen gibt. Zusätzlich tritt der Typ 2 Diabetes mellitus in immer jüngerem Lebensalter auf, so dass im zunehmenden Maße auch Personen im erwerbstätigen Alter davon betroffen sind. Neben Komplikationen an Augen, Nerven und Nieren, führt der Diabetes mellitus zu Herz-Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall (Abbildung). Insofern stellt der **Typ 2 Diabetes ein ökonomisches Problem** dar, nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern auch für die Wirtschaft generell. Auf der Grundlage von Berechnungen aus Krankenkassendaten im Jahr 2001 sind 188 € für Lohnfortzahlung und 1.140 € für Frühverrentung pro Jahr und Patient als reine Mehrkosten aufgrund von Diabetes mellitus entstanden [1]. Bei den zuvor genannten Erkrankungszahlen handelt es sich bundesweit um einen jährlichen Schaden über 10 Mrd. € (1,5 Mrd. € für Lohnfortzahlungen und 9,1 Mrd. € für Frühverrentungen), der hauptsächlich zu Lasten der Betriebe gehen. Hinzu kommen noch die Produktionsausfälle von 150–400 € pro

Tag, je nach Beschäftigung, die in dieser Rechnung nicht berücksichtigt sind, so dass nur für den Typ 2 Diabetes von 20–25 Mio. Lohnnebenkosten auszugehen ist. Da in den kommenden Jahren die Lebensarbeitszeit steigen wird, ist das Thema Diabetes mellitus für die Sicherung des Wirtschaftsstandortes Deutschland von entscheidender Bedeutung.

### Vorsorgekonzepte

Da beim Typ 2 Diabetes zum Zeitpunkt der Diagnose keine Beschwerden vorhanden sind, wird er häufig zu spät diagnostiziert und lange von den Betroffenen nicht als ernste Erkrankung wahrgenommen. Zusätzlich sind die geänderten Arbeitsbedingungen in Form von Computerarbeitsplätzen und Technisierung der Arbeitswelt, die zu körperlicher Inaktivität und Übergewicht führen, für den Anstieg des Typ 2 Diabetes mit verantwortlich. Somit wird in den kommenden Jahren der **betrieblichen Gesundheitsvorsorge** eine wichtige Aufgabe nicht nur bei der Diagnose des Diabetes mellitus zukommen. Da neben Typ 2 Diabetes die wesentlichen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem hohen Prozentsatz durch körperliche Inaktivität und Übergewicht ausgelöst werden, ist die Änderung des Lebensstils Grundlage dafür, die Erkrankungen zu verhindern (Primärprävention) oder den Verlauf von bestehenden



Erkrankungen zu stoppen oder abzumildern (sekundär und tertiär Prävention). Ganz im Vordergrund – quasi als die **erste Säule der Gesundheitsvorsorge** – steht die Eigenverantwortung, sich durch eine vernünftige Lebensweise gesund zu halten. Die aktuelle Entwicklung von zunehmendem Körpergewicht und abnehmender körperlicher Aktivität zeigt, dass mit keiner spontanen Gegenentwicklung in unserer Gesellschaft zu rechnen ist. Bereits heute sind bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr und bei den Männern bereits ab dem 35. Lebensjahr mehr Personen übergewichtig als normalgewichtig. Die tägliche körperliche Aktivität in Deutschland entspricht im Mittel einer Wegstrecke von 400 Metern. Die **zweite Säule der gesundheitlichen Vorsorge** sollte durch das Gesundheitssystem bestehend aus Krankenversicherung und Ärzten gewährleistet werden. Hier bestehen aufgrund verschiedener Strukturprobleme erhebliche Defizite, so dass bei einer nüchternen Betrachtung aus diesem Bereich in den kommenden Jahren keine wesentlichen und nachhaltigen Impulse für präventive Ansätze entstehen werden. Somit besteht die Herausforderung für die Betriebe darin, sich selbst vermehrt um die Gesundheitsvorsorge der Mitarbeiter zu kümmern und somit eine **dritte Säule der Gesundheitsvorsorge** zu schaffen. Um die internationale Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten sollten Betriebe in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren und somit eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe übernehmen. Gesundere Mitarbeiter tragen dazu bei, dass Lohnnebenkosten reduziert und erfahrene Fachkräfte nicht vorzeitig krankheitsbedingt ausfallen.

### Maßnahmen im Betrieb

Wie können Betrieben diese neue Aufgabe angehen und spezielle Angebote für vermehrte Bewegung und gesündere Ernährung anbieten? **Betriebliche Sportprogramme** werden von einigen

Firmen zwar angeboten, werden meist aber nur von den sowieso sportlich interessierten und meist gesunden Mitarbeitern angenommen. Hier könnten neue Bewegungsangebote auch für die Gruppen geschaffen werden, die solche Maßnahmen im Rahmen der Primär- oder Sekundärprävention von Erkrankungen benötigen. Parallel müssen Anreizsysteme geschaffen werden, diese Angebote anzunehmen. So könnten spezielle Punkteprogramme – vergleichbar dem PAYBACK-System – für regelmäßige Teilnahme an Sportprogrammen oder für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme eingeführt werden, die mit Einkaufsgutscheinen oder zusätzlichen Urlaubstagen belohnt werden. Im Bereich der Ernährung haben Betriebe durch **gesundheitsfördernde Angebote in Kantinen** eine hervorragende Möglichkeit, den Lebensstil der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Auch hier müssen finanzielle Anreize im Vordergrund stehen. So könnte die Salatbar zu den günstigsten Nahrungsmitteln gehören, die angeboten werden – der Staat könnte im Übrigen hier durch Erlass der Mehrwertsteuer auch positiv regulativ eingreifen. Ungünstige Nahrungsmittel wie Currywurst-Pommes sollten entweder komplett eliminiert werden oder erheblich teurer sein. Sämtliche Nahrungsmittel sollten eine Kalorienangabe haben, deren Summe, neben dem Preis an der Kasse, ermittelt wird. Auch bei den Getränken sollte durch das Angebot von kostenfreiem Mineralwasser ein Anreiz geboten werden, kalorienhaltige Getränke zu meiden. Die Wasserqualität in Deutschland ist meist so gut, dass durch spezielle Soda-Anlagen sehr kostengünstig Mineralwasser vor Ort hergestellt werden kann.

Als weitere Maßnahme könnten Betriebe in **freiwillige systematische medizinische Check-up** ihrer Mitarbeiter investieren, so wie es in der Regel dem Top-Management angeboten wird. Die Nutzung dieser Angebote sollte aber mit besonderen Anreizen versehen werden, denn das Beispiel der Führungskräfte zeigt, dass

diese kostenlosen Angebote in nur sehr geringem Masse genutzt werden. Ein entsprechender Gesundheitscheck wird durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum angeboten. Innerhalb von 90 Minuten werden bei Mitarbeitern von Firmen die wesentlichen metabolischen und kardiovaskulären Parameter (Blut-, Urin-, Ultraschalluntersuchungen und Belastungs-EKG) bestimmt und die Ergebnisse in Form eines medizinischen Gutachtens den Probanden zur Verfügung gestellt. Aufgrund der bisherigen Datenlage werden entsprechende Maßnahmen im Zeitalter der steigenden Lebensarbeitszeit und des bereits vorhandenen Fachkräftemangels die Kosten der Betriebe senken. Studien aus den USA zeigen, dass jeder in die Gesundheit der Mitarbeiter investierte Dollar durch Reduktion von Krankheitstagen zu einer Einsparung von 5 \$ – in einigen Studien sogar bis zu 15 \$ – führt [2]. Eine dritte Säule der Gesundheitsvorsorge – neben privater Vorsorge und Krankenversicherung – wäre somit für die Mitarbeiter kostenneutral und würde einen Beitrag zur Senkung der Lohnnebenkosten sein. □

Verbund der Katholischen Kliniken  
Düsseldorf (VKKD)  
Prof. Dr. Stephan Martin  
Chefarzt für Diabetologie und Direktor  
des Westdeutschen Diabetes-  
und Gesundheitszentrum (WDGZ)  
Hohensandweg 37  
40591 Düsseldorf  
Telefon 02 11-5 66 03 60-70  
Telefax 02 11-5 66 03 60-72  
E-Mail: Stephan.Martin@vkkd-kliniken.de

- [1] Köster, I., von Ferber, L., Ihle, P., Schubert, I., Hauner, H., *The cost burden of diabetes mellitus: the evidence from Germany – the CoDiM study.* *Diabetologia.* 2006; 49: 1498–504
- [2] Aldana, S. G., Merrill, R. M., Price, K., Hardy, A., Hager, R., *Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program.* *Prev Med.* 2005; 40 (2): 131–7.

Gesundheitsmanagement bei Henkel

# Praxisbeispiel: das Projekt Arbeitsbewältigungsindex

## Einleitung

Parallel zur demographischen Entwicklung und längeren Lebensarbeitszeiten werden sich zukünftig im Gesundheitswesen, bei den gesundheitlichen Risikofaktoren und innerhalb der Unternehmen dramatische Veränderungen ergeben (Abb. 1).

Diese zeitgleich verlaufenden Prozesse werden dazu führen, dass sich die Unternehmen verstärkt mit ihrem Gesundheitsmanagement beschäftigen müssen.

langer Atem und viel Geduld, viele Gespräche mit Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung, Überzeugungskraft und Beachtung emotionaler Befindlichkeiten herausgestellt werden. Ferner sollte man darauf achten, externe Erfahrungen einfließen zu lassen, Mitstreiter zu finden, seine Flexibilität zu erhalten, „nichts übers Knie zu brechen“ und die Zeit arbeiten zu lassen. Mittlerweile konnten in zwei Firmen weit über 1.000 Mitarbeiter in das ABI-Projekt aufgenommen werden.



Abb. 1

## Die Vorbereitung des ABI-Projektes

Vor dem Hintergrund zukünftiger Entwicklungen (Abb. 1) regte der Werksärztliche Dienst bereits 2003 bei Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite ein Projekt mit dem Arbeitsbewältigungsindex an. Die Verhandlungen bis zum Projektbeginn zogen sich über Jahre hin. Als Erfolgsfaktoren können ein

## Die Projektziele

Als Ziele des Projektes wurden definiert:

- Die Integration des Arbeitsbewältigungsindex sowohl in die betriebliche und individuelle Gesundheitsförderung als auch in die arbeitsmedizinische Vorsorge.
- Die nachhaltige Erhaltung und Verbesserung der „Work Ability“ der Mitarbeiter



## Autor

Dr. med. Toni Reifferscheid  
Leiter Werksärztlicher Dienst  
Henkel AG & Co. KGaA Düsseldorf  
Der überzeugte Rheinländer ist seit über 25 Jahren engagierter Arbeitsmediziner. Seine Lieblingsthemen sind betriebliches Gesundheitsmanagement und psychische Gesundheit.

- Die Verbesserung von Arbeitsbedingungen an Arbeitsplätzen und im Arbeitsumfeld (Verhältnisprävention).

## Der Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index)

Das Instrument wurde in den 1980er Jahren von Prof. Juri Ilmarinen entwickelt und in größeren Studien erprobt. Es ist ein arbeitsmedizinisches Instrument zur Erfassung der Arbeitsbewältigung. Hierbei wird die Arbeitsbewältigung als die Summe von Faktoren definiert, die einen Mitarbeiter in die Lage versetzen, seine Aufgaben erfolgreich zu bewältigen.

Die Qualität der Arbeitsbewältigung durch den Mitarbeiter ist im Wesentlichen von vier Faktoren abhängig:

- Gesundheit,
- Qualifikation,
- Arbeitsumgebung und
- betriebliche Organisation.

Diese vier Bereiche werden durch sieben Dimensionen im Rahmen eines Fragebogens erfasst (Abb. 2). Durch eine Skalierung von maximal 49 bis minimal 7 Punkten können verschiedene Klassifikationen des Arbeitsbewältigungsindex identifiziert werden (Abb. 3).

ALLE INFORMATIONEN UNTERLIEGEN DER **ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT** UND WERDEN NUR FÜR ARBEITSMEDIZINISCHE ZWECKE VERWENDET.

Datum: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Genaue Bezeichnung Ihrer Tätigkeit:

Glauben Sie, dass Sie bis zum 67. Lebensjahr arbeiten können?

ja  nein  weiß ich nicht  will ich nicht

**1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, jemalsten Arbeitsfähigkeit**

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkte bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
völlig arbeitsunfähig derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

**2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Anforderungen der Arbeitstätigkeit**

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

- sehr gut 5  
- eher gut 4  
- mittelmäßig 3  
- eher schlecht 2  
- sehr schlecht 1

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?

- sehr gut 5  
- eher gut 4  
- mittelmäßig 3  
- eher schlecht 2  
- sehr schlecht 1

**Meine Arbeit fordert mich**  
stärker körperlich als psychisch 1  
stärker psychisch als körperlich 2  
In gleichem Maße körperlich wie psychisch 3

**3. Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten**

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten und Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat. Für jede Krankheit können Sie daher 2 oder 1 oder gar nichts ankreuzen.

	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Ja
Unfallverletzungen	2	1	
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	2	1	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2	1	
Atemwegserkrankungen	2	1	
Psychische Erkrankungen	2	1	
Neurologische, Augen-, Ohrenkrankungen	2	1	
Erkrankungen des Verdauungssystems	2	1	
Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	2	1	
Hautkrankheiten	2	1	
Tumore	2	1	
Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	2	1	
Blutkrankheiten	2	1	

**4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten**

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung/ich habe keine Erkrankungen	0
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	5
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	4
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	3
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	2
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	1

**5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)**

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

- überhaupt keinen	5
- höchstens 9 Tage	4
- 10-24 Tage	3
- 25-99 Tage	2
- 100-354 Tage	1

**6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in drei Jahren**

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 3 Jahren ausüben können?

- unwahrscheinlich	1
- nicht sicher	4
- ziemlich sicher	7

**7. Psychische Leistungsreserven**

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- häufig	4
- eher häufig	3
- manchmal	2
- eher selten	1
- niemals	0

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und reger?

- immer	4
- eher häufig	3
- manchmal	2
- eher selten	1
- niemals	0

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

- ständig	4
- eher häufig	3
- manchmal	2
- eher selten	1
- niemals	0

Abb. 2

Arbeitsbewältigungsindex Workability index - Klassifikation -		
Punkte	Arbeitsbewältigung	Ziel von Maßnahmen
7-27	kritisch	workability wiederherstellen
28-36	mittelmäßig	workability verbessern
37-43	gut	workability unterstützen
44-49	sehr gut	workability erhalten

Abb. 3

**Durchführung des Projekts**

Ein äußerst wichtiger und entscheidender Schritt ist die Information aller beteiligten Mitarbeiter vor dem Start. In Mitarbeiterversammlungen oder Schichtbesprechungen werden alle Mitarbeiter über das anstehende Projekt, seine Ziele und Hintergründe informiert. Zusätzlich wird jedem Mitarbeiter eine schriftliche Information ausgehändigt (Abb. 4)

Der Arbeitsbewältigungsindex wird in die routinemäßig stattfindenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen integriert. Diese beinhaltet Arbeits- und allgemeine Anamnese,

körperliche Untersuchung, diagnostische Tests (Laborwerte, Sehtest, Hörtest, Lungenfunktionsprüfung) und eine Besprechung aller Ergebnisse sowie Hinweise zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit.

Anschließend wird der Arbeitsbewältigungsindex mit dem Mitarbeiter diskutiert. Die Beantwortung der Fragen geschieht auf freiwilliger Basis. Jeder Mitarbeiter wird mit der Frage konfrontiert: „Wie können Sie sich vorstellen, bis zum 67. Lebensjahr zu arbeiten?“. Zudem werden die Aspekte Arbeitsplatzumgebung, Qualifikation und organisatorische Rahmenbedingungen (z. B. Information, Kommunikation und Be-

triebsklima) mit dem Mitarbeiter besprochen und sowohl positive als auch kritische Aspekte in einer Maßnahmenbedarfsmatrix festgehalten.

Arbeitsbewältigungsindex und Maßnahmenbedarfe werden datentechnisch erfasst und ausgewertet. Allen teilnehmenden Mitarbeitern werden die Laborwerte, das Ergebnis des Arbeitsbewältigungsindex und die persönlichen Ratschläge zur Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsbewältigung ausgehändigt.

Sämtliche Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ergebnisse**

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Projekt sind in beiden Firmen äußerst positiv.

Die anonymisierten Ergebnisse werden der Betriebsleitung, dem Personalmanagement, dem Betriebsrat und allen Mitarbeitern vorgestellt.

Sie werden als Ampeldarstellung des Gesamt-ABI und der sieben Items hinterlegt

(sehr gut und gut = grün, mittelmäßig = gelb, kritisch = rot) (Abb. 5).

### Was ist der Arbeitsbewältigungsindex?

Der Arbeitsbewältigungsindex ist ein arbeitsmedizinisches Instrument zur Erfassung der Arbeitsbewältigung und wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt. Er wurde in den 80er Jahren von finnischen Arbeitswissenschaftlern entwickelt und in größeren Studien erprobt. Darin wurde nachgewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern in Betrieben erhalten, wiederhergestellt oder gesteigert werden kann.

Arbeitsbewältigung ist die Summe von Faktoren, die einen Mitarbeiter in die Lage versetzen, seine Aufgaben erfolgreich zu bewältigen.

Die Qualität der Arbeitsbewältigung durch den Mitarbeiter ist im Wesentlichen von vier Faktoren abhängig: Gesundheit, Qualifikation, Arbeitsumgebung und der betrieblichen Organisation. Diese 4 Bereiche werden in einem Punktwert, dem Arbeitsbewältigungsindex, zusammengefasst. Je höher dieser Punktwert ist, desto besser die Arbeitsbewältigungsqualität.

Der Arbeitsbewältigungsindex wird im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vom Werksärztlichen Dienst mit dem Mitarbeiter festgestellt. Aus den Ergebnissen eines Fragebogens und der Untersuchung ermitteln der Werksarzt und der Mitarbeiter gemeinsam den Arbeitsbewältigungsindex. Die Beantwortung der Fragen geschieht auf freiwilliger Basis. Die Ermittlung des Arbeitsbewältigungsindex wird alle 4 Jahre wiederholt. Der Mitarbeiter hat dadurch die Chance, seine gesundheitliche Entwicklung regelmäßig mit dem Werksarzt auszuwerten und zu beeinflussen. Die medizinischen Befunde, der Fragebogen und alle Gespräche mit dem Werksarzt unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind Bestandteil der arbeitsmedizinischen streng vertraulichen Unterlagen.

### Was wollen wir mit dem Arbeitsbewältigungsindex erreichen?

Ziel der Anwendung des Arbeitsbewältigungsindex im Unternehmen ist die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter. Dabei spielen neben der Gesundheit auch die Faktoren berufliche Qualifikation, Arbeitsumgebung und Arbeitsabläufe sowie das Betriebsklima eine große Rolle.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung dient der Arbeitsbewältigungsindex der gesundheitlichen Beratung des Mitarbeiters durch den Werksarzt im Hinblick auf die Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit. Auch Aspekte zur Verbesserung des Arbeitsplatzes und Arbeitsumfeldes sind Gegenstand der Untersuchung.

Zur Bewertung von Arbeitsplatz, Arbeitsumfeld und betrieblicher Organisation werden Betriebseinheiten von mindestens 50 Mitarbeitern unter Wahrung der Anonymität des Einzelnen statistisch ausgewertet. Unter Beteiligung von Betriebsrat, Vorgesetzten, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Werksarzt werden Maßnahmen zur Verbesserung im Betrieb erarbeitet.

### Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat bei Henkel einen hohen Stellenwert. Jeder Mitarbeiter ist für seine Gesundheit verantwortlich. Die Gesundheitsförderung soll zur Steigerung des Wohlbefindens und der Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter ebenso beitragen, wie zur Erhöhung des Gesundheitsstandes, zur Qualitätsoptimierung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Aus diesem Grunde wollen wir den Arbeitsbewältigungsindex in den Produktionsbetrieben als Ergänzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge einführen, um die gesundheitliche Vorsorge der Mitarbeiter im Betrieb weiter zu verbessern.

Sowohl das positive und kritische Feedback der Mitarbeiter als auch die Maßnahmenbedarfe in den vier Bereichen Mitarbeiter, Arbeitsplatz, Qualifikation und betriebliche Organisation werden vorgestellt (Abb. 6, 7, 8).

Die aussagekräftigen, übersichtlichen und konkreten Ergebnisse werden von allen Beteiligten sehr geschätzt.

### Fazit

Dank der guten und ausführlichen Vorbereitung, insbesondere der durchgängigen Kommunikation des Projektes gegenüber den Mitarbeitern, konnten sehr hohe Beteiligungsquoten von 95 %–100 % erzielt werden.

Der Zeitaufwand für den Termin von Mitarbeiter und Werksarzt wurde im Vergleich zur „normalen“ arbeitsmedizinischen Untersuchung verdoppelt. Insgesamt war dieser Zeitaufwand sehr lohnend, da sich in der Praxis deutlich zeigte, dass der Arbeitsbewältigungsindex in erster Linie ein Dialoginstrument (Mitarbeiter-Werksarzt) und nicht nur ein reines Erhebungsinstrument ist.

Wesentlich war auch die Konfrontation der Mitarbeiter mit dem Thema „Arbeiten bis 67“. Kaum ein Arbeitnehmer hat diese Thematik konkret für sich realisiert. Durch die Beschäftigung mit dieser Frage und den Fragen zur Erhebung des Arbeitsbewältigungsindex wurde auch ein persönlicher Denk- und, zumindest teilweise, Veränderungsprozess in Gang gesetzt.

Weiterhin können auch arbeitsmedizinische Unterstützungsmöglichkeiten, wie z. B. ergonomische Optimierungen, Rehabilitationsmaßnahmen, integrierte Versorgungsverträge, Kooperation mit Haus- und Fachärzten integriert werden.

Sehr aufschlussreich und interessant wird es, wenn – wie bei einem Unternehmen – eine Organisationseinheit zum zweiten Mal das ABI-Projekt durchläuft. Hierbei zeigen sich sowohl bei den Mitarbeitern und auch in der Organisation im Vergleich so-

Abb. 4

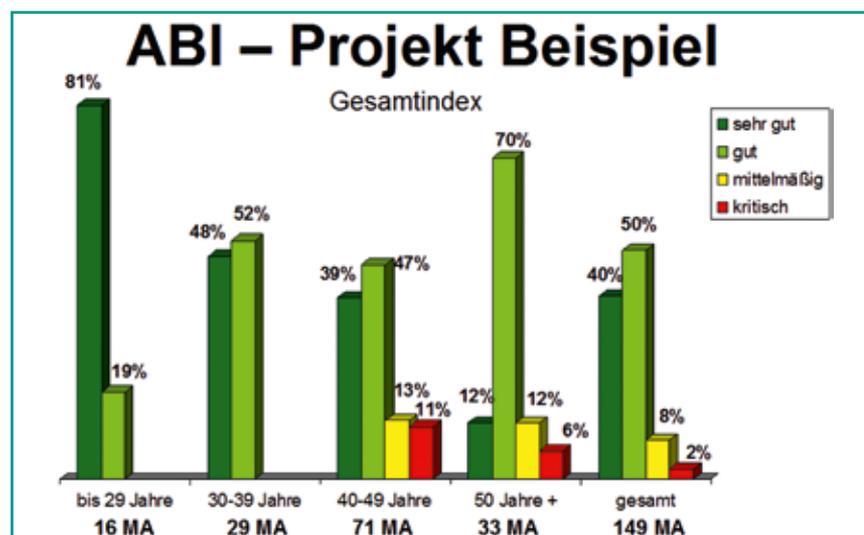


Abb. 5

## Das Unternehmen

### Das Unternehmen Henkel

Henkel ist weltweit mit Marken und Technologien in den drei Geschäftsfeldern Wasch- / Reinigungsmittel, Kosmetik / Körperpflege und Adhesive Technologies (Klebstoff-Technologien) tätig. Das 1876 gegründete Unternehmen hält heute mit bekannten Marken wie Persil, Schwarzkopf oder Loctite global führende Marktpositionen im Konsumenten- und im Industrie-geschäft. Von rund 48.000 Mitarbeitern sind 80 Prozent außerhalb Deutschlands tätig. Im Jahr 2010 verzeichnete Henkel einen Umsatz von mehr als 15 Milliarden Euro. Das Dax 30-Unternehmen, das seinen Sitz in Düsseldorf hat, zählt zu den Fortune Global 500.

### Der Werksärztliche Dienst

Der Werksärztliche Dienst betreut in Düsseldorf ca. 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Firma Henkel und anderer am Standort ansässigen Unternehmen.

Ca. 20 Mitarbeiter (Ärzte und Assistenzpersonal) sind für die Gesundheit tätig.

Die Aktivitäten erstrecken sich auf vier ganzheitlich vernetzte Leistungsfelder: Konzernaufgaben, Arbeitsmedizin, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung. □

wohl Verbesserungen als auch neue Maßnahmenbedarfe.

Durch eine solche kontinuierliche Durchführung des Programms kann ein sehr guter Beitrag zur Nachhaltigkeit geleistet werden.

### Weiterführende Informationen zum Arbeitsbewältigungsindex

Deutsches WAI-Netzwerk  
<http://www.arbeitsfaehigkeit.net>

### ABI Projekt Beispiel Meinungsbild (positiv)

- Insgesamt gutes Betriebsklima und guter Zusammenhalt
- Ausreichend große Handlungsspielräume
- Abwechslungsreiche Arbeit, die Spaß macht
- Technische Veränderungen werden als Herausforderung aufgefasst
- Leasingkräfte wurden gegen junge festangestellte Mitarbeiter ausgetauscht
- Junge Mitarbeiter werden im Team angeleitet
- Die Mitarbeiter können sich teilweise bei der Schichtplanung mit einbringen
- Speziell in der Schlosserei gute Atmosphäre, Anlässe werden gefeiert, auch private Aktivitäten

Abb. 6

### ABI Projekt Beispiel Meinungsbild (kritisch)

- Messwerte: Zu kleine Monitore, Klimaanlage nicht gut funktionierend, alte Arbeitsstühle.
- Schichtarbeit: Durch Wechsel von 37,5 auf 40 Stunden/Woche bis zu 7 Nachtschichten am Stück, auch 10 Tage Schicht am Stück z. B. Frühschicht/ Nachtschicht, dabei zu kurze Wechsel. Schichtübergabe klappt nicht bei allen Schichten gut, es gibt keine eindeutigen Standards.
- Arbeitszeit: Die tägliche Arbeitszeit werde länger (auch im Führungskräftebereich), somit kürzere Regenerationszeiten. Tarif-Mitarbeiter mit bis zu 200 Überstunden.

Abb. 7

### Beispiel Maßnahmenbedarf – Top 5

1. 62 x Mitarbeiterpflege (Wertschätzung/Anerkennung)
2. 59 x Verbesserung der körperlichen Aktivität
3. 52 x Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten
4. 35 x Motivation
5. 34 x Nikotinabstinenz

Abb. 8

#### ■ Why WAI?

Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis

1. Auflage (2007), baua (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

132 Seiten

<http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAIBroschuere.pdf>

#### ■ Der Work Ability Index – ein Leitfaden

H. M. Hasselhorn, G. Freude:

2007, 56 Seiten, 12 Abb., 3 Tab.,

ISBN: 3-86509-702-2, Preis: 10,00 €

Dr. med. Toni Reifferscheid,  
 Facharzt für Arbeitsmedizin,  
 Umweltmedizin

## Kommentare der Projektleiterin Dr. Claudia Suchanek, des Betriebsleiters Daniel Kleine, der Betriebsrätin Sabine Friedrich und eines Mitarbeiters

### **Dr. med. Claudia Suchanek, Health Services, Projektleiterin:**

„Der Vorteil des ABI-Projektes liegt darin, dass ich eine ganze Abteilung in einem zeitlich überschaubaren Rahmen untersuche und so ein umfassendes Bild von allen Faktoren erhalte, die die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter und der Führungskräfte beeinflussen. Da mit jedem Teilnehmer ein standardisierter Maßnahmenkatalog besprochen wird, kann ich einerseits ganz individuell beraten, aber im Rahmen der Abschlussrunde die Ergebnisse auch mit der gesamten Abteilung diskutieren. Das ABI-Projekt verbessert nachhaltig die betriebliche Kommunikation, was meines Erachtens wiederum eine Voraussetzung für Wertschätzung und Motivation ist.“

### **Daniel Kleine, Betriebsleiter Henkel:**

„Aus meiner Sicht als Leiter der Organisationseinheit Utilities/Energiever-

sorgung war das ABI-Projekt eine tolle Möglichkeit mit den Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen und zu verstehen, welche Umstände bei der täglichen Arbeit hinderlich sind. Mir ist es wichtig, diesen Dialog auch in persönlichen Gesprächen mit der Mannschaft und Kollegen fortzusetzen. Auch wenn sich nicht alle der rund 600 Vorschläge umsetzen lassen, haben wir doch die Top-Themen inzwischen nachhaltig bearbeitet.“

### **Sabine Friedrich, Betriebsrätin Henkel:**

„Die Mitarbeiter aus dem Bereich Utilities/Energieversorgung konnten sich freiwillig an dem Projekt beteiligen. Es sollte festgestellt werden, welche Maßnahmen die Mitarbeiter brauchen, um fit für den Job zu bleiben. Zwar ist das Thema „Rente mit 67“ noch in weiter Ferne, aber es muss jetzt der Grundstein für eine gesunde Zukunft gelegt werden. Die Mannschaft im Bereich VSU ist zwar zukunfts-

fähig aufgestellt, dennoch brauchen wir Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit. Der Betriebsrat unterstützt die Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit.“

### **Peter Jessen, Betriebsmeister Henkel:**

„Für mich als betrieblichen Vorgesetzten ist es sehr wichtig, dass die Arbeitsbedingungen für meine Mitarbeiter so optimal wie möglich gestaltet werden. Deshalb war ich direkt von dem ABI-Projekt begeistert, weil das Projekt eine zusätzliche Möglichkeit war, Probleme die den Mitarbeitern „unter den Nägeln“ brennen zu sammeln, anschließend nach Wichtigkeit zu klassifizieren und dann in Teams abzuarbeiten.“

Die hohe Zahl der Mitarbeiterbeteiligung zeigt, dass eine Gute Information und „Mitnahme“ der Mitarbeiter zu sehr guten Ergebnissen durch das ABI-Projekt geführt haben.“

# Frust und volle Flure. Mit abba gegen psychische Belastungen und Gewalt

Die Beschäftigten in Jobcentern sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt: das Fallaufkommen ist hoch, die Rechtslage kompliziert. Der Entscheidungsspielraum der Beschäftigten ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gering, die Erwartungen der Kunden hingegen sind hoch. Die Sorgen und die Verzweiflung mancher Kunden führen auch zu Aggressionen und Gewalt gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Jobcentern.

Diese schwierige Arbeitssituation hat die Unfallkasse des Bundes in dem Modellprojekt „abba“ untersucht. Ziel war es, geeignete Präventionsmaßnahmen zu ermitteln und zu erproben,

die die Arbeitsbelastungen verringern können. Kooperationspartner in dem Projekt waren die Unfallkassen Nordrhein-Westfalen, Rheinlandpfalz und Berlin, der Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover sowie die Deutsche Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Die Ergebnisse zeigen: Die Beschäftigten in den Jobcentern sind überdurchschnittlich stark belastet. Auch die emotionale Erschöpfung, eine Vorstufe von Burnout, ist außergewöhnlich hoch. Gewalt ist in allen JobCentern ein Thema: Knapp 63 % der Befragten fühlten sich an ihrem Arbeitsplatz gelegentlich oder oft unsicher oder bedroht.

Doch auch das zeigt das Projekt: Mit gezielter Prävention kann die Belastung der Beschäftigten reduziert werden. Und: ein gut organisiertes Anti-Gewalt-Programm kann Übergriffe reduzieren und den Beschäftigten helfen, besser mit solchen Ereignissen zurecht zu kommen. □

Hier finden Sie die Ergebnisse zum Projekt:

Hinweis: Der folgende Link führt zu einem Dokument, dessen Inhalt Ihr Bildschirm-Vorlese-Programm unter Umständen nicht wiedergeben kann. Ergebnisse Projekt abba



# „Mein Haus, mein Auto, meine Yacht...“



## Autor

Dr. med. Manfred Albrod,  
Großhansdorf  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Facharzt für Arbeitsmedizin,  
Umweltmedizin, CDMP,  
Fachkraft für Arbeitssicherheit  
Psychische Gesundheit  
am Arbeitsplatz e. V.

...meine Mitarbeiter“. Diese Variante eines viel zitierten Werbespots dürfte eher selten sein, obwohl es dazu Anlass genug gäbe. Schließlich versprechen doch viele Unternehmensgrundsätze in Hochglanzbroschüren, dass die Mitarbeiter im Mittelpunkt stehen, dass sie wertgeschätzt werden und sich entfalten können. Und dass sie die wertvollste Ressource sind.

Die Realität hat diese unternehmerischen PR-Trivialitäten längst eingeholt. Krankenkassenstatistiken verkünden einen Anstieg psychomentaler Erkrankungen und stellen einen Zusammenhang zur Erwerbstätigkeit der Versicherten her. Zeitungen berichten von Fachkräftemangel, der die Firmen vor ernste Probleme stellt. Die demographische Entwicklung, über die auch nicht erst seit gestern diskutiert wird, gefährdet betriebliche Wissenskontinuitäten und stellt geschäftliche Ziele und Auftragskapazitäten in Frage.

## Ressource Mitarbeiter

Aktuell zeigen uns die Nachrichten, welche Auswirkungen knappe Personalressourcen haben können: Ein privater Bahnbetreiber muss planmäßige Zugverbindungen zwischen zwei Großstädten ausfallen lassen, weil nicht genügend Lokführer zur Verfügung stehen. Die Begründung lautet, es sei Urlaubszeit und zusätzlich seien Lokführer erkrankt – so ist das dann!

Der War for Talent und die Pflege der vorhandenen „wertvollsten Ressource“ erfordern daher, Mitarbeitergesundheit als strategische Kernaufgabe der Betriebe und der Vorgesetzten zu definieren. Gesundheitsschutz ist Füh-

rungsaufgabe. Betriebsärztliche Aufgabe ist dagegen die Unterstützung, so ist es im Arbeitssicherheitsgesetz nachzulesen.

Apropos Gesetz: „Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen... Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben“. Nicht nur das Arbeitsschutzgesetz lässt in seinem § 3 keinen Zweifel an den Verantwortlichkeiten.

## Konkurrent Unfallschutz

Der Gesundheitsschutz konkurriert jedoch immer noch mit dem Unfallgeschehen. Hier ist der Unternehmer mit betriebsöffentlich sichtbaren Ereignissen konfrontiert, Unfälle sind mehr oder weniger spektakulär und erzeugen Betroffenheit, ihre Ursachen und die gesundheitlichen Folgen scheinen auf der Hand zu liegen, zumindest legt der enge zeitliche Zusammenhang den entsprechenden Verdacht nahe. Nicht zuletzt stellen Unfälle im Benchmark des Wettbewerbs einen Key Performance Factor dar und ihre Kosten werden betrieblich spürbar.

Anders bei den Krankheiten: Sie „ereignen“ sich primär in der geschützten Privatsphäre, Beschäftigte müssen ihre Erkrankungen nicht reporten und im Medizinbetrieb greift aus guten Gründen die ärztliche Schweigepflicht. Teilweise werden Krankheiten auch tabuisiert oder sogar als Leistungsschwäche beurteilt, die den Arbeits-

platz gefährden könnte. Krankheitsursachen liegen „natürlich nicht im Betrieb“ und die Kosten trägt die Krankenkasse. Ein betrieblicher Handlungsbedarf ist den Vorgesetzten also oft schwer vermittelbar.

Gesundheitsschutz wird allerdings dann als Führungsaufgabe plausibel, wenn es gelingt, den Vorgesetzten auch den Added Value für das Unternehmen zu veranschaulichen. Es dürfte unstrittig sein, dass die betrieblichen Krankenquoten in „gesunden Unternehmen“ niedriger sind. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass die Krankenquote lediglich die Spitze des Eisbergs darstellt. Lange bevor kranke Beschäftigte arbeitsunfähig werden und lange, bevor man das medizinische Problem zum medizinischen Experten, dem Betriebsarzt, verweisen kann, wird ein erfahrener Vorgesetzter im eigenen Betrieb „Symptome“ feststellen, für die er selbst der Experte ist. Und der Verantwortliche.

Diese Symptome können unsichere Verhaltensweisen und Beinaheunfälle ebenso sein wie nachlassende Leistungsbereitschaft, Fehler in Produktion und Prozessabläufen, Qualitätsmängel von Produkten und Geschäftsvorgängen oder defizitäres Engagement, beeinträchtigte Loyalität und beschädigtes Betriebsklima. All das Faktoren,

die sich im wirtschaftlichen Ergebnis niederschlagen und auch die externe Reputation eines Unternehmens beeinflussen.

Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe zu verstehen wird somit auch zu einem Gebot wirtschaftlicher Vernunft. Wenn die Beschäftigten nicht auf Kostenfaktoren, Humankapital oder Full Time Equivalents reduziert werden, sondern als Menschen geführt werden, dann werden sie diese Fürsorge mit qualitativ und quantitativ guter Performance rechtfertigen. Analysten, Shareholder und Investoren sollten das als Return on Investment zur Kenntnis nehmen.

Auch fünfzehn Jahre nach Erlass des Arbeitsschutzgesetzes haben sehr viele Betriebe nicht einmal die dort verankerten Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt. Gesundheitsschutz wahrzunehmen bedeutet aber nicht nur, gesetzliche Vorgaben konsequent



umzusetzen, sondern auch, ihre Sinnhaftigkeit zu verstehen und den Nutzen für den eigenen Betrieb zu realisieren. Verantwortliches Handeln setzt die Analyse der Gefährdungen voraus und leitet die gebotenen Präventivmaßnahmen daraus ab. Vorgesetzte müssen akzeptieren, dass es in ihrer eigenen gesetzlichen Verantwortlichkeit liegt, Optimierungspotential in sämtlichen Bereichen betrieblicher Tätigkeit zu erfassen. Das beginnt mit der Gestaltung der Arbeitsplätze und geht über physikalische, chemische oder biologische Einwirkungen, Arbeitsmittel und Geräte bis zur Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Qualifizierung und Unterweisung.

### Schuldfragen gegenstandslos

Auch die Prävention psychischer Erkrankungen darf nicht an der Frage nach betrieblicher „Schuld“, Zuständigkeit oder Kosten scheitern. Vielmehr ist den Vorgesetzten ins Bewusstsein zu rufen, dass diese Erkrankungen zwar tatsächlich überwiegend eine multifaktorielle Genese haben, aber dessen ungeachtet das betriebliche Setting einen wesentlichen Manifestationsort darstellt. Außerdem: Wo wären erwerbstätige Menschen besser für Präventionsmaßnahmen zu erreichen als im Betrieb?

Es wäre auch darauf hinzuweisen, dass die Krankheitsdauer bei psychischen Erkrankungen in der Regel weit über den durchschnittlichen Fehlzeiten liegt und somit in den meisten Fällen ein signifikantes personales Vakuum am Arbeitsplatz entstehen lässt, das von anderen Beschäftigten zu kompensieren ist – was in Zeiten der Arbeitsverdichtung



nicht selbstverständlich sein dürfte. Zweifelsfrei wird die Krankheit des Individuums so zum Gesundheitsproblem des Betriebs.

Einen unternehmerischen Beitrag zur Prävention leisten Vorgesetzte, indem sie gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen schaffen und ein Klima sozialer Unterstützung erzeugen. Sie müssen Dialogbereitschaft statt Harmoniesucht, Offenheitskultur statt Angstkultur demonstrieren. Sie haben sich auf Sozialkompetenz, Führungskultur und professionelle Kommunikation zu stützen. Letztlich lassen das Gratifikationskrisenmodell und das Anforderungs-Kontroll-Modell grüßen. Sie sind wissenschaftlich erprobt und weltweit

bewährt. Gesundes Führen heißt daher, diese Prinzipien in die Praxis des Unternehmens zu transferieren. Damit wird gewährleistet, dass Organisationsform, Strukturen und Kultur im Betrieb zum Schutz der Gesundheit der Beschäftigten beitragen.

Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe wahrzunehmen bedeutet schlussendlich, Expertise in Anspruch zu nehmen und vertrauensvoll mit Betriebsärzten zu kooperieren. Nein, dem sollte nicht die abgegriffene Frage nach den Kosten des Betriebsarztes im Wege stehen. Weitsichtig ist vielmehr die Frage, welchen langfristigen Nutzen eine angemessene betriebsärztliche Betreuung verspricht. Für solche Art Betreuung gibt es einen Baukasten mit dem Namen „DGUV Vorschrift 2“. Aus den dort genannten, umfangreichen Themenfeldern des Gesundheitsschutzes hat der Unternehmer das richtige Menü für seinen Betrieb zusammenzustellen. Das hat selbstkritisch,



bedarfsgerecht und mit professioneller Beratung zu geschehen, wenn ein nachhaltiger Gesundheitsschutz im Betrieb etabliert werden soll.

Der Schutz der Gesundheit der Beschäftigten ist also zweifelsfrei eine Führungsaufgabe. Die Betriebe in Deutschland werden im globalen Wettbewerb zunehmend auf Effizienz, Qualität, Visionen, Innovation, Konzepte und Kreativität angewiesen sein. Dazu bedarf es nicht primär der Maschinen, Computer oder Prozeduren. Dazu müssen an erster Stelle motivierte, gesunde Beschäftigte zur Verfügung stehen. Nur die können dann voller Stolz berichten: „Mein Haus, meine Familie, mein Betrieb, mein Chef“. □

# Insolvenzverwalter lassen Betriebsärzte oft leer ausgehen

*Schutzmaßnahmen für freiberufliche Ärzte als Dienstleister und Tipps zur aktuellen Rechtslage*

**Die gute Nachricht vorweg: Ein Betriebsarzt hat Möglichkeiten sein Honorar zu retten, sollte eines der Unternehmen, das er betreut, insolvent werden. Einzige Voraussetzung: Als freiberuflicher Dienstleister muss er vorausschauend handeln, betont der Berliner Insolvenzspezialist Jörg Franzke und rät, zu einem so genannten Bargeschäft, sobald das Unternehmen in die Krise gerät.**

Hat der Arzt dies versäumt – und das ist die schlechte Nachricht – hat er Pech gehabt, wenn der Betrieb Insolvenz anmeldet. Dem Mediziner bleibt dann nur noch, sein offenes Honorar beim Insolvenzverwalter als Masseforderung anzumelden. Dann heißt es einige Jahre

warten und was er dann bekommt, ist kaum mehr als zehn Prozent seiner ursprünglichen Forderung. „Das Honorar des freiberuflichen Dienstleisters wird vom Gesetzgeber nicht gleichermaßen geschützt wie das Arbeitsentkommen der Arbeitnehmer“, erklärt Rechtsanwalt Jörg Franzke. Der Arzt sei gegenüber dem Betrieb ganz normaler Gläubiger, sein Honorar wird behandelt wie die Rechnung eines Lieferanten.

Noch schlimmer kommt es, wenn der Insolvenzverwalter die kurz vor der Insolvenz gezahlten Honorare anfecht, das heißt der Arzt muss die empfangenen Honorarzahlsamts Zinsen zurückzahlen. Dies ist bis zu drei Monate vor Insolvenzeröffnung möglich.

Wusste der Arzt um die Schieflage des Unternehmens, hat er offene Rechnungen angemahnt, sich durch ein Sonderhonorar oder alle rückständigen Forderungen auf einen Schlag abfinden lassen, ist es schlecht bestellt um sein Geld. Der Insolvenzverwalter hat nun das Recht, das Honorar zurück zu verlangen. Der Mediziner, so meint die Rechtsprechung, habe sich gegenüber den anderen Gläubigern, die leer ausgehen, weil er sein gesamtes Geld bekommen hat, einen Vorteil verschafft. Besonders erfolgreich kann der Insolvenzverwalter Rechtsgeschäfte anfechten, die im letzten Monat vor dem Insolvenzantrag getätigt wurden. Die kleinste Abweichung von der vertraglich vereinbarten Leistung – beispielsweise dass Zahlungen bis zum 15. jeden Monat geleistet werden müssen, tatsächlich aber erst zehn Tage später beglichen wurden, macht das Honorar anfechtbar.

Damit dem freiberuflichen Betriebsarzt die genannten Untiefen nicht zum Verhängnis werden, gibt es das sogenannte Bargeschäft gemäß § 142 InsO. Das bedeutet: Leistung und Gegenleistung müssen in engem zeitlichen Zusammenhang liegen. Idealerweise erhält er noch am selben Tag, an dem er gearbeitet hat, sein Geld – bar auf die Hand oder durch Überweisung. Dies muss in jedem Fall schriftlich vereinbart sein und beide Parteien müssen sich stur daran halten. Der Bundesgerichtshof gesteht zwar bis zu 30 Tage als engen zeitlichen Zusammenhang zu, doch wenn der Betriebsarzt von einer Unternehmenskrise erfährt, sollte er sich, wenn nicht täglich, zumindest wöchentlich, auszahlen lassen. □

## Zahlungsausfall vermeiden

*Herr Franzke, als Spezialist für Insolvenzen raten Sie freiberuflichen Betriebsärzten, von Anfang an klare Verhältnisse zu schaffen, damit sie ihr Honorar stets erhalten. Wie muss das formuliert werden?*

Franzke: Im Dienstleistungsvertrag vereinbaren Sie unter dem Punkt „Honorar“ die Höhe, Wegekosten u. a. Hier können Sie beispielsweise festlegen: Das Honorar wird jeweils am selben Tag meiner erbrachten Dienstleistung fällig, die Zahlung ist mit sofortiger Wirkung auf folgendes Konto vorzunehmen:...

Noch eines gehört unbedingt ins schriftliche Vertragswerk: Dass Sie Ihre Dienstleistung sofort einstellen, sollte der Vertragspartner in Zahlungsverzug geraten!

*Viele Verträge bestehen natürlich schon lange...*

Auch dann kann der Arzt monatlichen, wöchentlichen oder täglichen Vorschuss in bar oder als Überweisung für zukünftige Leistungen verlangen. So lange der Vorschuss nicht erbracht ist, steht dem Arzt ein Leistungsverweigerungsrecht für die über den Vorschuss abzugelenden Leistungen zu.



*Rechtsanwalt Jörg Franzke, Spezialist für Insolvenzen*

*Ines Franzke-Stahl, Besigheim*

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission veröffentlicht

## Übersichtlich gestalteter Impfkalender

„Impfungen schützen. Sie gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der Medizin“. Daran erinnert Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts, anlässlich der Veröffentlichung der aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) im Epidemiologischen Bulletin (Ausgabe 30/2011). Die Impfempfehlungen sind gegenüber dem Vorjahr inhaltlich unverändert. Hingegen wurde die Darstellung der Empfehlungen im Impfkalender übersichtlicher gestaltet. Zusammen mit einer redaktionellen Überarbeitung des Empfehlungstexts ist dadurch die Nutzerfreundlichkeit verbessert worden. Zuletzt hatte die STIKO im Jahr 2010 die Influenza-Schutzimpfung für alle Schwangeren und eine generelle Masern-Schutzimpfung für junge Erwachsene empfohlen.

Grund für die Erweiterung der Masern-Impfempfehlung im Jahr 2010 waren die immer wieder auftretenden Masernausbrüche in Deutschland und Impflücken vor allem in der Gruppe der jüngeren Erwachsenen. Auch bei Jugendlichen gibt es deutliche Lücken im Masernschutz; bei ihnen greift aber die schon seit Jahren bestehende generelle Empfehlung der STIKO, alle im Kleinkind-

alter versäumten Impfungen vor dem 18. Geburtstag nachzuholen. Die Zahl der dem RKI übermittelten Masernfälle ist bereits jetzt deutlich höher als in den Vorjahren. Nach 571 Fällen im Jahr 2009 und 780 Fällen in 2010 wurden dem RKI im ersten Halbjahr 2011 bereits 1.318 Masernfälle übermittelt. Die meisten Fälle im laufenden Jahr wurden aus Baden-Württemberg (493), Bayern (322) und Berlin (122) übermittelt.

Die Empfehlungen der STIKO sind Grundlage der öffentlichen Impfempfehlungen der obersten Landesgesundheitsbehörden und der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Mitglieder der STIKO sind ehrenamtlich tätige Experten aus unterschiedlichen Disziplinen der Wissenschaft und Forschung, aus dem Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Ärzteschaft.

Die STIKO-Mitglieder werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden alle drei Jahre neu berufen, zuletzt Anfang 2011. Neuer Vorsitzender der STIKO ist seither Jan Leidel, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln. Stellvertretender Vorsitzender ist Rüdiger von Kries,

Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die weiteren STIKO-Mitglieder sind Hilke Bertelsmann, Christian Bogdan, Edeltraut Garbe, Ulrich Heininger, Hartmut Hengel, Eva Hummers-Pradier, Stefanie Klug, Thomas Ledig, Thomas Mertens, Hanna Oppermann, Marianne van der Sande, Frank Falkner von Sonnenburg, Martin Terhardt, Sabine Wicker und Fred Zepp (ausführliche Informationen zu den Mitgliedern sind im Internet abrufbar).

Die STIKO, unterstützt von ihrem Wissenschaftlichen Sekretariat am RKI, analysiert kontinuierlich neue Daten und Fakten zu impfpräventablen Erkrankungen, Impfquoten und Impfstoffen, und passt ihre Empfehlungen bei Bedarf an. Großen Wert legt die STIKO auch auf die weitere Standardisierung der Entscheidungsprozesse bei der Entwicklung ihrer Impfempfehlungen, um die Transparenz und den wissenschaftlichen Standard der Empfehlungen zu gewährleisten. Dabei arbeitet sie eng mit Impfkommissionen in anderen Ländern sowie mit internationalen Organisationen wie WHO und ECDC zusammen. □

Robert Koch-Institut



**terre des  
hommes**  
Hilfe für Kinder in Not



## Sonnige Zeiten?

Nur in einer intakten Umwelt können Kinder sich entfalten und positive Zukunftsperspektiven entwickeln: terre des hommes hilft Kindern in Not weltweit mit Projekten zum Schutz ihrer Gesundheit und der Umwelt.

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit – mit Ihrer Spende!

Weitere Informationen unter  
Telefon 0541/7101-128

[www.tdh.de](http://www.tdh.de)

# Positiver Einfluss von Sitagliptin auf Lipidprofil und Betazellfunktion bei Typ-2-Diabetikern

Studie zu möglichem Zusatznutzen der DPP-4-Hemmung

Der DPP-4-Hemmer Sitagliptin (Januvia) senkt nicht nur effektiv erhöhte Blutzuckerspiegel, sondern kann möglicherweise auch die typische Dyslipidämie bei Typ-2-Diabetikern verbessern, wie eine aktuelle placebo-kontrollierte Crossover-Studie zeigt, an der 36 Patienten mit Typ-2-Diabetes teilnahmen, die seit mindestens drei Monaten Metformin in stabiler Dosis einnahmen. Als Ursache wird eine verbesserte Insulinsensitivität vermutet. Zudem liefert die Studie Hinweise, dass Sitagliptin Marker der Betazellfunktion verbessern kann.

Der Typ-2-Diabetes wird heute zunehmend als komplexe Stoffwechsellage verstanden, zu der nicht nur blutzuckerassoziierte Störungen gehören, sondern auch eine charakteristische Dyslipidämie mit einer Erhöhung hoch atherogener kleiner dichter LDL-Partikel, erniedrigtem HDL-Cholesterin und erhöhten Triglyzeriden. Hinzu kommt, dass die Insulinresistenz häufig mit einer erhöhten hepatischen Sekretion Apo-B100-reicher VLDL-Partikel und einer verstärkten intestinalen Produktion Apo-B48-haltiger Chylomikronen einhergeht.

Ergebnisse von Tierversuchen sowie eine kurze Studie mit einem DPP-4-Hemmer ließen hoffen, dass diese Substanzklasse das postprandiale Lipidprofil verbessern könnte. Eine internationale Arbeitsgruppe um A. J. Tremblay, CHUL Research Centre, Quebec, hat nun die Lipideffekte von Sitagliptin in einer Crossover-Studie

an 36 Typ-2-Diabetikern geprüft. Die Patienten mussten seit mindestens drei Monaten stabil auf Metformin eingestellt sein und mussten während des Studienverlaufs andere Antidiabetika und lipidsenkende Medikation gegebenenfalls absetzen.

Behandelt wurde mit 100 mg/Tag Sitagliptin oder Placebo über sechs Wochen, nach einer vierwöchigen Auswaschphase wurde die Medikation gewechselt. Am Ende jeder Behandlungsphase wurde ein oraler Lipidtoleranztest mit 35 g Fett pro m<sup>2</sup> Körperoberfläche durchgeführt. Die Blutabnahmen erfolgten nüchtern und postprandial alle zwei Stunden über einen Gesamtzeitraum von acht Stunden.

Nach sechswöchiger Therapie verbesserte Januvia das postprandiale Lipidprofil nach einer fettreichen Mahlzeit in einem Lipidtoleranztest im Vergleich zu Placebo signifikant: Die Area under the curve (AUC) von Apo B sank um 5,1 % (p = 0,002), die von Apo-B48 um 7,8 % (p = 0,03), die der Triglyzeride um 9,4 % (p = 0,001), die von VLDL um 9,3 % (p = 0,001) und die der freien Fettsäuren um 7,6 % (p = 0,005). Die Nüchternwerte für Gesamtcholesterin sanken um 5,1 % (p = 0,002), für Apo B um 4,7 % (p = 0,003) und für LDL-Cholesterin um 5,2 % (p = 0,003). Die Triglyzeridwerte blieben unverändert. Zugleich verbesserte sich der HOMA-IR-Index, ein Maß für die Insulinresistenz, um -14,6 % (p = 0,03), die Betazellfunktion nahm um fast ein Drittel zu (+32,3 %, p = 0,007).

## 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](http://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](mailto:asu@gentner.de)

„Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Sitagliptin sowohl die Glukose- als auch Lipidwerte positiv beeinflusst. Dies unterstützt die Hypothese, dass das kardiovaskuläre Risiko bei Patienten mit Typ-2-Diabetes, die Sitagliptin erhalten, verbessert wird“, kommentieren die Autoren. Obwohl die Studie nicht dazu angelegt war, zugrunde liegende Mechanismen zu untersuchen, könnten die hier beobachteten günstigen Wirkungen möglicherweise auf die inkretininduzierte Steigerung der Insulinsekretion und Reduktion der Glukagonsekretion aus den Inselzellen zurückzuführen sein. □

### Quelle:

Tremblay AJ et al.: *Effect of sitagliptin therapy on postprandial lipoprotein levels in patients with type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab* 13: 366–373; 2011.

Weitere Informationen: [www.msds.de](http://www.msds.de)