

Editorial

Prävention ist ein entscheidendes Handlungsfeld

Liebe Leserinnen und Leser,

leistungsfähige Arbeitnehmer, die sich im globalen Wettbewerb behaupten, sind eine entscheidende Säule der Wirtschaft. Trotzdem lassen wir es zu, dass viele Arbeitnehmer vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden – aufgrund von Erkrankungen, die durch einfache Präventionsmaßnahmen vermeidbar sind. Wegen zahlreicher chronischer „Volkskrankheiten“ – darunter Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychosomatische und psychische Belastungen, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, bestimmte Krebserkrankungen, chronische Bronchitis und Atemwegserkrankungen – werden derzeit zahlreiche Arbeitnehmer erwerbsunfähig und in der Folge Frührentner. Diese Entwicklung muss gestoppt werden.

Das Wissen um eine wirksame Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ist vorhanden und wissenschaftlich abgesichert – allerdings bedarf dieses Wissen einer breiten Umsetzung. Während die unmittelbar arbeitsbezogenen Aspekte betrieblicher Prävention bereits Erfolge zeigen, gibt es dringenden Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Individualprävention.

Die Erfolgsgeschichte des klassischen Arbeitsschutzes demonstriert, wie effektiv Prävention Abhilfe schaffen kann. Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) möchten ihre Erfahrung und Expertise mit in die Diskussion einbringen. Sie ermutigen die politisch Gestaltenden dazu, Prävention und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt der Reform des Gesundheitswesens zu stellen.

Ein erster wichtiger Schritt wäre die Ausweitung der Unterstützungsmöglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen. Gleichzeitig sollte sich die öffentliche Forschungsförderung auf einige Kernbereiche konzentrieren: interdisziplinäre Arbeitsforschung, Präventionsforschung, Gesundheitspädagogik, Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin. Ergänzt durch eine bessere Kooperation zwischen Unternehmen, Rentenversicherungsträgern und Krankenversicherungen ließe sich so die Effektivität unseres Gesundheitssystems erheblich steigern. Darüber hinaus liegt es nahe, die positiven Erfahrungen aus der Arbeitswelt auf andere Lebensbereiche zu übertragen. Wünschenswert ist eine Kultur des lebenslangen Lernens, die neben der beruflichen Qualifizierung auch gesund-

heitliche Aspekte vermittelt – unabhängig von Bildungsniveau und sozialem Status.

Daher müssen förderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Menschen besser zu einem kompetenten und eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu befähigen.

Nutzen Sie die laufende Initiative des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Gesellschaft und unterstützen Sie die Intressenvertreter der Arbeitsmedizin. Unterstützen Sie den Appell zu einer präventiv orientierten Umgestaltung des Gesundheitssystems unter www.job-fit.net

M. Wochner

Inhalt

Editorial

Prävention ist ein entscheidendes Handlungsfeld 145

Praxis

Neue Therapieoption mit Fluticason / Formoterol in der Asthmatherapie 146

Gute Arbeit bei jedem Klima 147

Wo drückt die Dame denn der Sicherheitsschuh? 148

Erwerbsminderung: Niedrig Qualifizierte tragen bis zu 10-mal höheres Risiko als Akademiker 150

Arbeitsplatz Krankenhaus frustriert (nicht nur) Ärzte und Pflegekräfte 151

Serie „Prävention von Psychischen Belastungen“ 152

Leitmerkmalmethode „Manuelle Arbeit“ verbessert 155

Anbieter profitieren von Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Produkten 156

Zehn Verkehrstote täglich auf Deutschlands Straßen 157

Müssen Motorsägenführer für Baumarbeiten nicht mehr regelmäßig zur H9 Untersuchung? 158

VDBW-Präsidium neu gewählt: Gemischtes Doppel an der Spitze des Betriebsärzte-Verbandes 159

Industrieinformationen

Positive Stellungnahme zur Reduzierung der Infusionsdauer 160

Impressum

160

Asthma-bedingte Probleme am Arbeitsplatz oft unterschätzt

Neue Therapieoption mit Fluticason / Formoterol in der Asthmatherapie

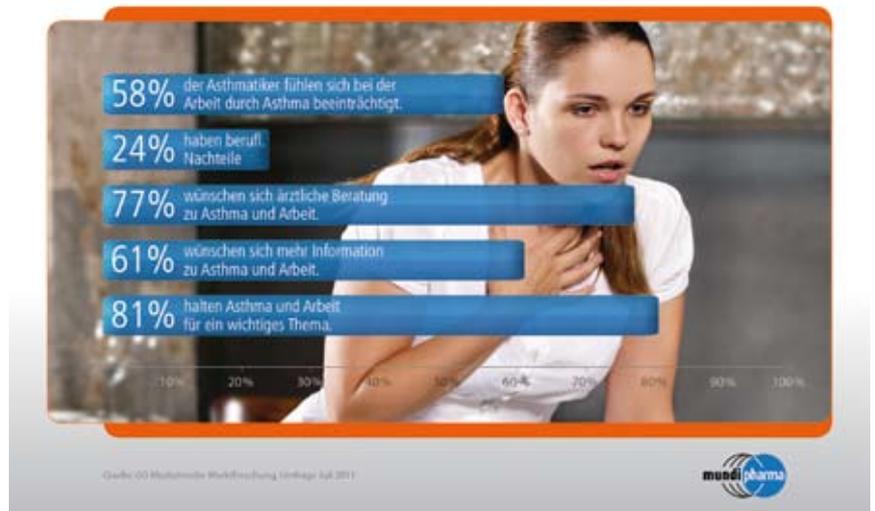
Dass bei vielen Patienten mit Asthma noch keine ausreichende Symptomkontrolle erreicht wird, kann zu einem nicht unerheblichen Teil auch an belastenden Faktoren im Arbeitsumfeld liegen. Diese werden häufig in ihrer Bedeutung unterschätzt. Darauf wiesen Experten für Arbeitsmedizin und Pneumologie bei einem von Mundipharma unterstützten Pressegespräch im Rahmen des Kongresses der European Respiratory Society (ERS) in Amsterdam hin. Patienten benötigen daher mehr Informationsangebote und ärztliche Beratung zum Thema Asthma am Arbeitsplatz, so das Fazit der Experten. Darüber hinaus seien weitere Therapieoptionen für die Asthmatherapie zur Erreichung einer guten Symptomkontrolle wünschenswert. Eine neu entwickelte Fixkombination aus Fluticason und Formoterol biete hier nach Ansicht der Experten das Potenzial zur weiteren Optimierung der Asthmatherapie.

„Berufstätige Asthmatiker haben einen hohen Leidensdruck hinsichtlich erkrankungsbedingter Probleme an ihrem Arbeitsplatz“, erklärte Dr. Dieter Donner, Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Singen. Dies geht aus einer von Donner vorgestellten bundesweiten Repräsentativbefragung* des Instituts Go Medizinische Marktforschung vom Juli 2011 hervor. Bei dieser Umfrage unter Asthmatikern und behandelnden Ärzten gaben 58% der Berufstätigen mit Asthma an, dass sie sich durch ihre Erkrankung in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt fühlen. Fast jeder Vierte (24%) musste in Folge seines Asthmas bereits beruf-

* Go Medizinische Marktforschung, Umfrage Juli 2011

Asthma und Arbeit:

Asthmatiker fühlen sich bei der Arbeit beeinträchtigt – mehr Beratung gewünscht



liche Nachteile wie Arbeitsplatzverlust, Karrierestopp oder Mobbing hinnehmen. Die Mehrzahl der befragten Patienten wünschten sich daher mehr Informationsangebote oder Beratungsstellen, an die sie sich bei Asthma-bedingten Problemen am Arbeitsplatz wenden könnten, wie Donner erläuterte. „Vielen Patienten fällt es offenbar schwer, dieses Thema mit dem behandelnden Arzt zu besprechen“, berichtete Donner, denn fast 60% der Befragten hatten das Thema weder beim Pneumologen noch beim Hausarzt zur Sprache gebracht.

Asthma am Arbeitsplatz – selten ein Thema bei der Konsultation

Auch von ärztlicher Seite besteht hier nach Ansicht von Donner ein Defizit. Denn obwohl 95% der befragten Ärzte das Thema als wichtig ansahen, boten nur 24% von ihnen routinemäßig Beratung zu Asthma am Arbeitsplatz an. „Um die Situation der betroffenen Arbeitnehmer zu verbessern, sind einfach

zu erreichende Informationsangebote notwendig“, forderte Donner. Gleichmaßen sei es wichtig, den Patienten zu helfen, über ihre Probleme am Arbeitsplatz zu reden, indem Ärzte das Thema bei berufstätigen Asthmatikern routinemäßig ansprechen, so der Experte.

Unterstützung auch bei nicht berufsbedingtem Asthma erforderlich

Bei Beschäftigten mit Asthma wird zwischen berufsbedingtem Asthma und nicht berufsbedingtem Asthma unterschieden. „Obwohl beide Gruppen durch ihre Erkrankung bei der Arbeit erheblich beeinträchtigt sein können, ist die sozialrechtliche Situation für Patienten mit berufsbedingtem Asthma deutlich besser“, erläuterte Dr. Werner Tilling, in Sindelfingen angestellter Facharzt für Arbeitsmedizin und Pneumologe. Diese Patienten haben nach Anerkennung ihres Antrags Anspruch auf verschiedene Leistungen wie Umschulung und Rente. Dies gilt nur in den wenigsten Fällen für Berufstätige mit

nicht berufsbedingtem Asthma, die jedoch rund 90 % der Betroffenen ausmachen. „Umso wichtiger ist es, ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten, indem man belastende Faktoren wie bestimmte Substanzen, falsch eingestellte Klimaanlage oder auch Stress weitestgehend aus ihrem Arbeitsumfeld entfernt“, so Tilling. Bei der Prävention von Beschwerden kommt dem Betriebsarzt nach Ansicht von Tilling eine wesentliche Rolle zu. So könne dieser den Mitarbeiter über gesundheitsgerechtes Verhalten aufklären und ihn bei der Umgestaltung des Arbeitsplatzes unterstützen. Wichtig sei auch eine gute Kooperation des Betriebsarztes mit dem behandelnden Pneumologen oder Hausarzt, damit dieser rasch über Veränderungen im Krankheitsbild oder der Medikation des Patienten informiert ist.

Neue Fixkombination aus Fluticason und Formoterol mit Potential für Therapieoptimierung

„Wesentlich für eine künftig bessere Kontrolle der Asthma-Symptomatik ist die weitere Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten“, sagte Dr. Harald Mittfessel, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie am Ärztezentrum Remscheid-Mitte. Derzeit sei die Kombination eines inhalativen Kortikosteroids mit einem langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum die wirksamste Therapieoption ab Stufe 3 der Behandlung. Doch obwohl bereits mehrere solcher Kombinationen zur Verfügung stehen, erreichten viele Patienten nach wie vor keine ausreichende Asthmakontrolle, wie Mittfessel erläuterte. Eine neue Therapieoption ist zukünftig die im Zulassungsver-

fahren befindliche Kombination aus dem derzeit wirksamsten inhalativen Kortikosteroid Fluticason und dem sowohl schnell- als auch langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum Formoterol. Die neue Fixkombination verbesserte in Studien über 12 Wochen hinweg die Lungenfunktion in vergleichbarer Weise wie die etablierte Kombination aus Fluticason und Salmeterol, wobei die bronchodilatatorische Wirkung unter der neuen Kombination schneller eintrat. „Diese neue Kombination besitzt somit das Potential zur weiteren Optimierung der Asthma-therapie“, schloss der Pneumologe. □

Quelle:

Pressekonferenz im Rahmen des ERS-Kongresses „Unzureichende Asthmakontrolle: Asthma am Arbeitsplatz als unterschätzter Faktor“, 25.9.2011, Amsterdam

Gute Arbeit bei jedem Klima

BAuA-Broschüre gibt Tipps für Wohlbefinden am Arbeitsplatz

Egal, ob bei der Arbeit im Büro, am Hochofen oder im Kühllager: Wer arbeitet, sollte dabei weder besonders schwitzen noch frieren müssen. Dennoch lassen sich Belastungen aus dem Umgebungsklima nicht immer vermeiden. Mit der Broschüre „Gutes Klima und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ gibt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wichtige Hilfestellungen, um ein behagliches Klima am Arbeitsplatz herzustellen. Neben wertvollen Praxistipps enthält sie weiterführende Angaben zu Regelungen im Arbeitsschutz für jede „Klimazone“. Schließlich lassen sich angemessene klimatische Bedingungen am Arbeitsplatz durch die unterschiedlichsten Maßnahmen herstellen.

Ob sich ein Behaglichkeitsgefühl in Bezug auf das Klima einstellt, hängt von den verschiedensten Faktoren ab. Zu den wichtigsten gehören neben den Klimaparametern die Schwere der anfallenden Arbeit, die Bekleidung der Be-

schäftigten und ihre persönliche Konstitution sowie die Qualität der Raumluft. So friert beispielsweise die Schreibkraft am PC bei 18 Grad im Büro während der Packer, der schwere Kisten hebt, bei gleicher Temperatur schon ordentlich ins Schwitzen kommt.

Angesichts der verschiedenen Faktoren ist es wichtig, das Klima zu beurteilen, um die richtigen Maßnahmen ergreifen zu können. Dabei spielen die Klimafaktoren Temperatur, Feuchte und Geschwindigkeit der Luft sowie die Wärmestrahlung eine bedeutende Rolle. Die Broschüre zeigt auf, wie sich durch die Beeinflussung dieser Faktoren Behaglichkeit herstellen lässt. Dabei bleibt sie nicht beim theoretischen und regulativen Hintergrund stehen, sondern gibt auch praktische Tipps für die Heizperiode oder den Sommerfall im Büro. Dazu nennt sie unter anderem angemessene Temperaturbereiche oder geht auf das richtige Lüften ein.

Zwei weitere Kapitel gehen auf die Themen Hitzearbeit, wie sie beispielsweise am Hochofen stattfindet, und die Arbeit in der Kälte, wie beispielsweise in Kühllagern, ein. Hierbei zeichnet sie die Risiken und Schutzmaßnahmen auf, angefangen bei Technik und Organisation bis hin zu persönlicher Schutzausrüstung. Hinweise auf das Regelwerk und eine Literaturzusammenstellung runden das kompakte Informationsangebot ab.

Die Broschüre „Gesundes Klima und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ kann in kleinen Mengen kostenlos über das Informationszentrum der BAuA telefonisch, 02 31-90 71-20 71, per Fax, 02 31-90 71-20 70 oder E-Mail, info-zentrum@baua.bund.de, bezogen werden. Eine Version im PDF-Format gibt es zum Herunterladen unter der Adresse www.baua.de/publikationen auf der BAuA-Homepage. □

BAuA

Wo drückt die Dame denn der Sicherheitsschuh?

Wieso Fußschutz für Frauen oft schlecht sitzt – und was sich ändern muss

Perfekter Sitz, hoher Tragekomfort, das Gefühl von Barfußlaufen – die Versprechen der Sicherheitsschuhhersteller sind groß. Und tatsächlich investieren einige von ihnen gezielt in Forschungsprojekte, damit moderner Fußschutz nicht nur sicher, sondern auch bequem und modisch ist. Denn längst gewinnt man Kunden nicht mehr nur mit dem Argument der Sicherheit am Arbeitsplatz, sondern ebenso mit modernen Designs und originellen Komforttechnologien. Eine der größten Kundengruppen wird dabei jedoch vernachlässigt: Sicherheitsschuhe für Frauen sind oft alles andere als bequem, sitzen zum Teil nicht einmal richtig. Warum das so ist und welche Unfallgefahren damit verbunden sein können, verrät Dr. Inga Krauß. Sie ist Wissenschaftlerin in der sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen und untersucht die Unterschiede zwischen der männlichen und weiblichen Fußform.

Weibliche Angestellte – keine Zielgruppe für Sicherheitsschuhe?

Tragegefühl und Aussehen spielen bei der Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) heute eine wichtige Rolle. Denn nicht selten zeigt die Praxis: Nur bequeme und modische Schutzkleidung wird von den Beschäftigten gerne und vor allem regelmäßig getragen. Gerade bei Sicherheitsschuhen zeigen Produzenten sich daher bemüht, möglichst angenehme Passformen und Designs zu entwickeln, die den Kunden auch ansprechen. Die Bedürfnisse von weiblichen Arbeitnehmern werden dabei jedoch bisher noch übergangen: Hersteller haben allzu oft die in vielen Arbeitsfel-

dern unterrepräsentierten Frauen nicht als Ziel- und Kundengruppe erkannt, und so gab es lange Zeit kaum Sicherheitsschuhe für Damen am Markt. Die Befragungen unter den potentiellen Kundinnen haben dabei häufig auf die gleiche Problematik hingewiesen: Viele Trägerinnen von Sicherheitsschuhen klagten über Blasen, Druckstellen und wund Stellen am Fuß. Der Arbeitsalltag wird da leicht zur Tortur. Heute ist das Angebot an Sicherheitsschuhen für



Dr. Inga Krauß erforscht an der Universitätsklinik Tübingen die weibliche Fußform (© Inga Krauß)

Damen zwar deutlich größer, doch fühlen sich viele Schuhträgerinnen mit vielen der als Damenschuh deklarierten Fußschutzlösungen längst nicht angemessen versorgt. Eine der wenigen Ausnahmen: Der niederrheinische Sicherheitsschuhhersteller Elten hat schon vor einigen Jahren den Damenfuß ins Visier genommen und Damensicherheitsschuhe mit spezieller Passform entwickelt. Doch damit gibt man bei Elten nicht zufrieden. In Zusammenarbeit mit der Uni Tübingen will man nun das Portfolio im Bereich Damenschuhe weiter ausbauen.

Forschen für den Damenschuh

Seit rund acht Jahren erforscht Dr. Inga Krauß an der medizinischen Universitätsklinik Tübingen die Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Fußform, Bandapparat und Muskulatur. Ihr Fokus liegt dabei auf den geschlechterspezifischen Anforderungen an Schuhe. „Eine häufige Ursache für die Probleme der Schuhträgerinnen ist, dass sie im Beruf Sicherheitsschuhe tragen müssen, die zu locker sitzen und keinen Halt geben“, erklärt die Wissenschaftlerin. Mögliche Folgen: Die weiblichen Beschäftigten konzentrieren sich auf die Beschwerden und Schmerzen am Fuß – und nicht auf ihre Arbeit. Dadurch kann es schneller zu Fehlern und Unfällen aufgrund mangelnder Aufmerksamkeit kommen. Wählen Arbeitnehmerinnen sogar die scheinbar einfachere Alternative und ziehen die Sicherheitsschuhe aufgrund der Beschwerden gar nicht erst an, riskieren sie damit nicht nur Unfälle und Verletzungen, sondern setzen im schlimmsten Fall auch noch den Versicherungsschutz aufs Spiel.

Männliche contra weibliche Fußform

Eine der häufigsten Ursachen für die Fußbeschwerden weiblicher Beschäftigter ist: Sie tragen Sicherheitsschuhe, die eigentlich für Herren entwickelt worden sind – auch, wenn „Damenschuh“ auf der Verpackung steht, handelt es sich oft nur um herunter gradierte Herrenschuhe in weiblicher Optik. „Dabei haben unsere Untersuchungen ergeben, dass Damenschuhe auf der Grundlage von anderen Leisten konzipiert und hergestellt werden müssen als Herrenschuhe – und das gilt auch für den Fußschutz“, sagt Dr. Inga



Frauen sind in vielen Arbeitsfeldern auf Sicherheitsschuhe angewiesen (© ELTEN GmbH)

Krauß. Um die frauenspezifischen Leistenkonzeption für Sicherheitsschuhe weiter voranzutreiben, hat Hersteller und Entwickler Elten im vergangenen Jahr eine Studie an der medizinischen Universitätsklinik Tübingen in Auftrag gegeben. Verantwortung für das Forschungsprojekt trägt Dr. Inga Krauß. Sie weiß: „Die höchste Herausforderung ist dabei die richtige Gradierung der Leisten.“ Denn dadurch wird definiert, welche Daten des Schuhs sich in welchem Maße in Abhängigkeit zur Schuhgröße verändern. „Für den Herrenfuß, auf den sich viele Hersteller lange Zeit konzentriert haben, gibt es diesbezüglich viele Untersuchungen“, berichtet die Forscherin. „Damenmodelle wurden dann oftmals auf der Grundlage der Herrenleisten heruntergerechnet.“ Allerdings ist ein Frauenfuß nicht einfach nur ein kleiner Herrenfuß – ganz im Gegenteil: Ein größerer Damenfuß ab Größe 41 hat beispielsweise andere Proportionen als der Herrenfuß in der gleichen Größe – und bei den anderen Größen sieht es nicht anders aus.

Klein und breit, groß und schmal

Damen- und Herrenfüße sind dabei eigentlich gar nicht so unterschiedlich, so Dr. Inga Krauß: „Bei Frauen werden die Füße mit aufsteigender Schuhgröße verhältnismäßig schmal, während die klei-

nen Größen in Relation zur Länge eher breit sind. Und bei Männern ist das prinzipiell ähnlich.“ Doch während die Schuhgröße 42 bei Herren dem Durchschnitt entspricht, ist diese bei Damen eine eher große Größe, die in der Regel mit einem entsprechend schmalen Bau des Fußes einhergeht. Die Folge: Der Herrenschuh ist zu weit, da der Herrenfuß in Größe 42 breiter ist als das Pendant bei der Dame – die Passformen stimmen hier nicht überein. Für die Trägerin des Schuhs heißt das: Der Fuß hat Platz – zu viel Platz. Die Ferse rutscht, der Fuß findet nicht die nötige Stabilität. „Und dieses Problem findet sich in allen Größen“, berichtet Krauß. Für ihr Forschungsprojekt hat sie die Fußform von mehr als 1.100 männlichen und weiblichen Probanden untersucht. „Wir haben dabei Länge, Breite und Höhe des Fußes sowie die Winkelmaße des Ballens, der Groß- und Kleinzehen gemessen“, berichtet die Tübinger Wissenschaftlerin. „Dabei konnten wir zum Beispiel auch feststellen, dass Damenfüße spitzer zulaufen als Herrenfüße. Ein Grund dafür kann das häufige Tragen spitzer High Heels sein.“

Passformen für Frauen

Nach der Erhebung der empirischen Daten und der Auswertung ist nun die Umsetzung in der Praxis der entscheidende Schritt: Seit Beginn dieses Jahres arbeitet Sicherheitsschuhspezialist



Eine der wenigen Lösungen am Markt mit damenspezifischer Passform – Sicherheitsschuh Luna von Elten (© ELTEN GmbH)

Elten fleißig daran, die Erkenntnisse aus der Forschung in konkreten Passformen umzusetzen. Die Konzeption von Damenschuhen ist dabei durchaus noch einmal eine echte Herausforderung, weiß auch Dr. Inga Krauß: „Es gibt viele Parameter, die berücksichtigt werden müssen – beispielsweise Fußbreite, Zehen- und Ballenwinkel. Aber auch die Bettung, Sohlen, Sicherheitskappen und Obermaterialien müssen ja stimmen, um den weiblichen Beschäftigten den gleichen Schutz und Komfort zu bieten wie den Herren.“ □

Dr. Markus Bremers

www.malteser-helfen.de

»Hungersnot Ostafrika: Malteser helfen in der Not!«

Um Leben zu retten, verteilen die Malteser Lebensmittel, insbesondere an Kinder, Schwangere und stillende Frauen. **Retten Sie Leben – spenden Sie jetzt!**

Spendenkonto: ADH e.V., Kto.-Nr. 10 20 30, BLZ 370 205 00 (BfS, Köln)
Stichwort: Hunger Ostafrika

Die Malteser sind Mitglied von
Aktion Deutschland Hilft

Malteser
...weil Nähe zählt.

Erwerbsminderung: Niedrig Qualifizierte tragen bis zu 10-mal höheres Risiko als Akademiker

Beschäftigte mit niedriger Qualifikation tragen ein erhebliches Risiko, durch Krankheit dauerhaft arbeitsunfähig zu werden. Die Wahrscheinlichkeit, eine Erwerbsminderung zu erleiden, ist bei ihnen bis zu 10-mal so hoch wie unter Akademikern. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler vom Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin, des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA), des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW). Ein Aufsatz zu ihrer Untersuchung ist in den WSI Mitteilungen erschienen, der Fachzeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung.

Fast jeder fünfte Deutsche, der heute in Rente geht, hat sein Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig beenden müssen. Knapp 20 Prozent der Neu-Ruheständler beziehen eine Erwerbsminderungsrente, nachdem in einem strengen Verfahren festgestellt wurde, dass sie zu krank sind, um regulär weiterzuarbeiten. Meist tritt eine teilweise oder vollständige Erwerbsminderung bei Beschäftigten jenseits der 50 auf. So bezogen beispielsweise im Jahr 2008 unter 1.000 aktiv Versicherten der Gesetzlichen Rentenversicherung im Alter von 45 Jahren weniger als fünf erstmals eine Erwerbsminderungsrente. Unter den 58-Jährigen waren es schon gut dreimal so viele.

Nicht nur das Alter

Das Alter ist jedoch keineswegs der einzige Faktor, macht die aktuelle Studie von Dr. Christine Hagen, PD Dr. Ralf K. Himmelreicher, Daniel Kempfner und Dr. Thomas Lampert deutlich. Die vier Wissenschaftler haben erstmals auf umfassender empirischer Grundlage unter-

sucht, welche Personengruppen unter abhängig Beschäftigten häufig von Erwerbsminderung betroffen sind, und welche seltener. Dazu werteten sie die anonymisierten Daten von gut 127.000 Menschen aus, die 2008 als Neuzugänge in der Erwerbsminderungsrente registriert wurden und verglichen sie mit denen der übrigen Versicherten.

Kernergebnis der Datenanalyse: Vor allem die Qualifikation, aber auch Geschlecht und Wohnort beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, aus Gesundheitsgründen nicht bis zum regulären Rentenalter arbeiten zu können. Haupt- oder Realschulabschluss, keine Berufsausbildung, männlich, wohnhaft in Ostdeutschland – Beschäftigte mit diesem Profil tragen das höchste Risiko, arbeitsunfähig zu werden. Es liegt gut zehnmal so hoch wie bei männlichen Akademikern, die in den alten Bundesländern leben.

Faktor Qualifikation

Je höher die Bildung, desto geringer das Risiko einer Erwerbsminderung – die Qualifikation erweist sich in der Feinanalyse der Forscher als wichtigster Einflussfaktor. Das gilt in allen Altersgruppen, besonders weit öffnet sich die Bildungs-Schere aber bei den Älteren. Unter Frauen und Männern mit (Fach-) Hochschulabschluss gehen auch mit Ende 50 lediglich rund 5 von 1.000 Versicherten in die Erwerbsminderungsrente. Dagegen sind es bei niedrig qualifizierten Männern fast 25, bei niedrig qualifizierten Frauen 19. Beschäftigte mit mittlerer Qualifikation, das heißt mit abgeschlossener Berufsausbildung, liegen dazwischen. Hier verzeichnet die Statistik bei Männern rund 15 Zugänge, bei Frauen 13.

Die Forscher haben auch die Risikoverteilung bei drei Krankheitsbildern be-

rechnet, die sehr häufig zu Erwerbsminderungen führen. Besonders hoch fallen die qualifikationsspezifischen Unterschiede bei Muskel-Skelett-Erkrankungen aus. Hier tragen Männer mit niedrigem Qualifikationsniveau ein 14-fach höheres Risiko als Akademiker. Unter Frauen liegt der Faktor je nach Qualifikation maximal beim Achtfachen. Auch bei Erkrankungen von Herz und Kreislauf ist die Differenz erheblich. Spürbar kleiner fällt der Unterschied dagegen bei psychischen Leiden aus, die insgesamt immer häufiger zu Erwerbsminderungen führen. Die Wissenschaftler erklären das so: Während vor allem Beschäftigte mit einfacher Qualifikation schwere körperliche Arbeiten leisten müssen und dadurch Schäden davontragen, könnten „durch Arbeitsverdichtung und Stress verursachte psychische Erkrankungen“ wohl „bei Beschäftigten aller Qualifikationsniveaus vorkommen.“

Männer und Frauen

Insgesamt sind Erwerbsminderungen unter Männern deutlich weiter verbreitet als unter Frauen. Und: Unter niedrig qualifizierten Beschäftigten ist die Differenz zwischen den Geschlechtern größer als bei Arbeitnehmern mit hohem Bildungsabschluss. Das ist für die Forscher ein weiteres Indiz dafür, wie sich körperliche Belastungen in eher von Männern ausgeübten Arbeiterberufen auf die Gesundheit auswirken. Zusätzlich ließen sich aber auch Befunde aus der Epidemiologie heranziehen: Frauen ignorieren beispielsweise seltener Gesundheitsbeschwerden. Höher Gebildete vermeiden eher bestimmte Risikoverhalten, sind etwa seltener Raucher. In einem wichtigen Punkt kehrt sich das Verhältnis zwischen den Geschlechtern allerdings um: Frauen müssen häufiger

als Männer wegen einer psychischen Erkrankung ihre Berufstätigkeit aufgeben. Die Studienautoren halten zwei Faktoren zur Erklärung für plausibel: Frauen sind häufiger in „emotional belastenden Berufen“ tätig, etwa in der Pflege. Zum anderen gingen Frauen und Männer unterschiedlich mit psychischen Problemen um. Letztendlich ließen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede

bei der Erwerbsminderung aber derzeit nicht abschließend erklären.

Ost und West

Ein ähnliches Muster beobachteten die Wissenschaftler bei den Differenzen zwischen alten und neuen Bundesländern. Ostdeutsche tragen unter dem Strich ein spürbar erhöhtes Risiko, von

einer Erwerbsminderung betroffen zu sein. Das gilt insbesondere für niedrig Qualifizierte und mit Blick auf Herz-Kreislauf-Leiden und Erkrankungen des Skelett- und Muskelsystems. Mit zunehmender Qualifikation gleichen sich die Werte in Ost und West dann jedoch tendenziell an. □

WS/

Aus der Fachpresse

Arbeitsplatz Krankenhaus frustriert (nicht nur) Ärzte und Pflegekräfte

Die Betreuung kranker Menschen ist nicht einfach. Beschäftigte sind im Krankenhaus besonderen Belastungen ausgesetzt. In einer Umfrage, die jetzt in der Fachzeitschrift „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“ (Georg Thieme Verlag, Stuttgart) veröffentlicht wurde, klagten Pflegepersonal und Ärzte jedoch nicht nur über körperliche Beschwerden. Auch der psychische Stress ist höher als in anderen Berufen. Der Frust am Arbeitsplatz war selbst in der Verwaltung spürbar.

Die Arbeit im Krankenhaus hat viel von ihrem früheren Reiz verloren. Während die Leitung der privatisierten Kliniken versucht, die Effizienz zu steigern, empfinden viele Beschäftigte ein steigendes Missverhältnis zwischen den beruflichen Anforderungen und der erhaltenen Anerkennung, berichtet Privatdozent Klaus Schmid vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg. Der große Unmut habe sich auch bei den Ärztestreiks im Jahre 2006 gezeigt.

Um zu untersuchen, ob die Arbeit im Krankenhaus tatsächlich mit vermehrten Belastungen verbunden ist, haben Dr. Schmid und Mitarbeiter in den Jahren 2005 bis 2007 dreimal Fragebögen an Pflegepersonal, Ärzte und Verwaltungsangestellte einer Universitätsklinik geschickt. Zum Vergleich wurden Beschäftigte zweier nicht im Gesundheitswesen tätiger Firmen befragt. In

einer Firma waren Akademiker mit einem vergleichbaren Ausbildungsstand wie approbierte Ärzte beschäftigt. Die andere Firma war ein Finanzdienstleister, dessen Angestellte ohne Leitungsaufgaben den Beschäftigten der Klinikverwaltung vergleichbar waren.

Die Antworten bestätigten die bekannte hohe körperliche Belastung. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte klagte über Rückenschmerzen. Hautprobleme, eine Folge der häufigen Verwendung von Desinfektionsmitteln, wurden auch von Ärzten häufig genannt. Für die Mediziner überwog allerdings der psychische Stress: Über 70 Prozent gaben an, häufig unter Zeitdruck arbeiten zu müssen, was allerdings auch den Akademikern der Vergleichsfirma nicht unbekannt war. Auch eine erhöhte nervliche Anspannung war in den Führungspositionen der anderen Firma verbreitet.

Im Unterschied zu ihren Akademikerkollegen gaben Ärzte im Krankenhaus aber häufiger an, bei der Arbeit „erschöpft“ zu sein. Dieses Problem nannte 2005 fast die Hälfte aller Ärzte (47,4 Prozent), während es unter den anderen Akademikern nur jeder fünfte (19,7 Prozent) war. Für Dr. Schmid ist dieser Befund eine mögliche Erklärung für das vermehrte Auftreten von Burn-out bei Ärztinnen und Ärzten. Einen möglichen Grund fand der Arbeitsmediziner in den Antworten der Ärzte zu ihrer Arbeitssituation: In der Befragung 2005

beklagten sich 84 Prozent der Mediziner darüber, bei der Arbeit häufig gestört und unterbrochen zu werden. Auch das Gefühl „übergangen“ oder „nicht ernst genommen“ zu werden, kannten Ärzte, aber auch Pflegepersonal häufiger als die Beschäftigten der beiden Vergleichsfirmen. Dr. Schmid fordert deshalb Konsequenzen bei der Arbeitsorganisation, der Arbeitszeitgestaltung und der Pausenregelung. Vor allem die Ärzte hatten hierzu in den Fragebögen einige Anregungen gegeben.

Dass das Betriebsklima in Krankenhäusern grundsätzlich verbessert werden muss, zeigt sich für Dr. Schmid auch in den Antworten der Verwaltungsangestellten aus der Klinik. Sie klagten wie das Pflegepersonal häufig über Rückenschmerzen. Frustration und Demotivation wurden deutlich häufiger angegeben als von den Angestellten des Finanzdienstleisters, obwohl beide von der Aufgabenstellung her den gleichen Büro-Job haben. Auch in der Klinikverwaltung besteht für Dr. Schmid deshalb ein Handlungsbedarf zur Verbesserung des Betriebsklimas und der Wertschätzung der Arbeit. □

K. Schmid et al.:

Welche Berufsgruppen an einem Klinikum sind besonders beansprucht? Ein Vergleich mit anderen Branchen. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2011; 136 (30/31): S. 1517–1522

„Prävention von Psychischen Belastungen“

dargestellt an Fallbeispielen aus der betriebsärztlichen Praxis

Im letzten Heft haben wir unsere Serie von Fallbeispielen aus der Praxis begonnen. An diesen Beispielen, die der Alltagswirklichkeit entstammen und nicht gerade „Best Practice-Beispiele“ sind, soll innerbetriebliche Prävention als Handlungsfeld verschiedener Akteure gezeigt werden: Arbeitgeber, Betriebsrat, Beschäftigte und innerbetriebliche Experten wie die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte.

Im letzten Fallbeispiel der Renovierung einer Patientenaufnahme wurden Gefährdungsbeurteilungen, Unterweisungen und Begehungen als Instrumente der Primärprävention beleuchtet.

In dem nun dargestellten Fallbeispiel eines Patientenübergreifens gehen wir einen Schritt weiter und betonen die sekundäre Prävention als Maßnahmenkatalog zur Frühintervention und Krankheitsvermeidung.

Fallbeispiel 2: Patientenübergreif – wie es nicht sein sollte:

Die Stationsleiterin der Notaufnahme kommt in die Sprechstunde der Betriebsärztin. Sie macht sich Sorgen um einen ihrer Mitarbeiter, der sich in der letzten Zeit verändert hat. Er wirkt verschlossen und bedrückt. Gegenüber den Patienten verhält er sich zwar korrekt, wirkt dabei aber neuerdings recht interesselos, ja geradezu abweisend. Allen Kolleginnen ist sein seit einigen Wochen verändertes Verhalten aufgefallen. In einer Teamsitzung haben sie ihn darauf angesprochen. Nach einem Vorfall in der Notaufnahme habe er keine Lust mehr zur Arbeit. Die Betriebsärztin verabredet mit dem betroffenen Pfleger ein Gespräch. Krankenpfleger Michael arbeitet seit 15 Jahren in der Klinik, seit 6 Jahren ist er in der Notaufnahmestation eingesetzt.

Bisher hat ihm die Arbeit Spaß gemacht, Krankenpfleger war immer sein Berufsziel, Fortbildungen hat er regelmäßig und motiviert besucht.

Die Arbeit in der Notaufnahme fand er bisher abwechslungsreich und anspruchsvoll. Gelegentliche Reibereien und Wortgefechte mit den manchmal schwierigen Notfallpatienten gehören zum Alltag der Station und haben ihn bisher nicht belastet. Häufig werden vom Rettungsdienst Alkoholisierte oder verwirrte Patienten gebracht. Auch die Angehörigen sind manchmal recht angespannt und schwierig. Damit kam er eigentlich immer gut zurecht.

Aber nach einem Vorfall, der sich vor vier Wochen abspielte, spürte er, dass „das Maß nun einfach voll“ war. Seine Gedanken kreisen auch zuhause um diesen Vorfall und ähnliche Übergriffe, die er vorher besser toleriert und eigentlich vergessen hatte, tauchen aus der Erinnerung ebenfalls wieder bedrückend auf. Er schildert das Ereignis:

An einem Samstagabend wurde ein Patient vom Rettungsdienst aus einer Kneipe in die Notaufnahme gebracht, da er über „Herzschmerzen“ klagte. Er war stark alkoholisiert und wurde in ein Bett der Notaufnahme gelegt. Der Arzt legte eine Infusion an und verordnete strikte Bettruhe, bis der Verdacht auf einen Herzinfarkt ausgeschlossen werden könnte. Michael hatte schon Schwierigkeiten bei dem unruhigen und uneinsichtigen Patienten ein EKG abzuleiten. Kurz darauf wollte er zur Toilette, er hatte ja reichlich Bier getrunken. Michael verwehrte ihm das und wies auf die Anordnung des Arztes hin. Er gab ihm eine Urinflasche. Es kam zu einem heftigen Wortgefecht zwischen den beiden. Eine im gleichen Zimmer liegende Mitpatientin verließ fluchtartig den Raum. Die Urinflasche war bald gefüllt der Patient machte sich nun auf den Weg



Dr. Ulrike Hein-Rusinek
Fachärztin
für Innere Medizin,
Betriebsmedizin
und Notfallmedizin.
Mitglied im Düsseldorf-
er Bündnis gegen
Depressionen e. V.

zur Toilette. Michael wollte ihn daran hindern, bei dem Gerangel riss die Infusion heraus, Blut verspritzte im Raum. Der Patient schüttete die Urinflasche über mehrere Geräte, warf den Nachttisch um und bedrängte Michael nun tätlich. Michael rief um Hilfe. Zwei Ärzte im benachbarten Stationszimmer leisteten keine Hilfe, sondern verließen schnell den Raum. Durch ein Glasfenster zum Flur wurden draußen stehende Patienten und Angehörige Zeugen des Vorganges, leisteten aber keine Hilfe, sondern verfolgten das ganze lachend wie Zuschauer eines Spektakels. Erst eine Krankenschwester, die zur Dienstablöse erschien, eine Praktikantin und schließlich eine zufällig vorbeikommende junge Ärztin konnten den nun am Boden liegenden Michael von dem aggressiv zuschlagenden Patienten befreien. Erst nach Injektion eines Beruhigungsmittels ließ sich der Patient beruhigen. Michael war bespritzt mit Blut und Urin, er hatte zum Glück nur Rippenprellungen davongetragen. Da tauchten die beiden Ärzte wieder auf und meinten als einziges zum Pflegepersonal, sie sollten jetzt aber mal aufräumen und sauber machen! Michael hat, nachdem er sich geduscht und die Kleidung gewechselt hatte, seinen Dienst die ganze Nacht fortgesetzt, merkte aber schon, dass er „wie in Trance“ arbeitet, am nächsten Tag fühlte er sich völlig kaputt. Seitdem geht er nicht mehr gerne zur Arbeit, er muss sich überwinden, morgens früh aufzustehen und dann zu Ärzten und Patienten weiterhin korrekt und freundlich zu sein. Er mache jetzt nur noch „Dienst nach Vorschrift“. Bei

der Arbeit, die ihm früher großen Spaß gemacht habe, fühle er sich innerlich „kalt und leer“.

Was ist alles schief gelaufen?

Analysieren wir den Vorfall mit Blick auf unser Präventionskonzept:

Maßnahmen der primären Prävention, dem Vorbeugen und vorausschauenden Verhindern von psychischen Belastungen, sind in dieser Notaufnahme nicht konsequent umgesetzt worden.

- Bauliche Planung und Ausstattung
- Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen
- Schulung des Personals

Sekundäre Präventionsmaßnahmen, also Frühintervention um Krankheitsentstehung zu verhindern, sind nur ansatzweise vorhanden.

- Freistellung von der Arbeit
- Nachsorge: Vorgesetztengespräche, Psychologische Ersthelfer
- Etablierung eines Meldesystems
- Nachsorgeservice beim Betriebsärztliche Dienst
- Möglichkeit weiterer professioneller Hilfe wie psychotherapeutischer Unterstützung, Kostenübernahme über den Unfallversicherungsträger

Bauliche Planung und Ausstattung der Aufnahmestation weisen Mängel auf. Die notwendige räumliche Abschirmung der Primärversorgung ist nicht gegeben. Eine andere Patientin verfolgt im selben Raum die Vorgänge, durch ein zum Flur offenes Fenster werden Außenstehende Zeugen des Geschehens. Das führt eher zu Eskalation von Gewalt statt zu mehr Sicherheit. Der betroffene Patient fühlt sich in seiner Integrität und Intimsphäre bedrängt, am Ende geht es dem Pfleger Michael genauso. Die unfreiwilligen Zeugen leisten keine Hilfe, sie nehmen nur neugierig am Spektakel teil. Ein am Körper zu tragender Notfallknopf wäre notwendig gewesen, er hätte professionelle Hilfe heranzurufen müssen.

Hausaufgabe also für innerbetriebliche Akteure: Schon bei der Bauplanung ist an die spätere Bestimmung der Räume

zu denken und sie sind entsprechend zu gestalten und einzurichten. Betriebsrat und Betriebsarzt sollten in die Bauplanung rechtzeitig eingebunden werden. Bei Gefährdungsbeurteilungen und späteren Begehungen sind psychische Belastungen der Arbeitsplätze zu beachten.

Organisation und Kooperation

Eine gute Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen sind gerade in Notaufnahmen ein unerlässliches Qualitätsmerkmal. Die Verordnung von Bettruhe und Gebrauch einer Urinflasche - und das noch im Zimmer mit fremden Mitpatienten, sind Regelungen, die auch bei verständigen Menschen auf größte Akzeptanzprobleme

den. Ein Grundproblem des beschriebenen Übergriffes ist die mangelnde Kooperation, ja schon Solidarität der Berufsgruppen. So hat der betroffene Pfleger Michael es erlebt: Ärzte erteilen fragwürdige Anordnungen, in der Übergriffssituation schauen sie weg, anstatt Hilfe zu leisten und fordern ihn am Ende auf, sauber zu machen.

Bei der Lösung dieser Probleme, die auf eine tiefe Vertrauenskrise hinweisen, kann der Betriebsarzt nur beraten, der Betriebsrat ist gefordert, den Betriebsfrieden zu sichern. Wege zur Lösung können nur die Beschäftigten vor Ort finden, die gemeinsam mit ihren Vorgesetzten und letztendlich dem Arbeitgeber die Initiative ergreifen müssen. Der Weg kann über Supervision, Coaching und Qualitätsmanagementprozessen führen.



Verbale Gewalt am Arbeitsplatz Krankenhaus, Zeichnung einer Schülerin, Krankenpflegeschule Mittelkurs 07/2010 im Rahmen der Projektarbeit „Gewaltprävention“

stoßen können. Erst recht bei einem schon aggressiven Alkoholisierten. Solche Vorschriften müssen ständig auf ihren Sinn hin reflektiert werden, ggf. sehr professionell kommuniziert werden. Das bedeutet, dass die Berufsgruppe der Ärzte die Einhaltung fragwürdiger Regeln nicht auf Pflegekräfte abschieben darf. Pflegekräfte und auch Ärzte sollten sich auf vorher festgesetzte Regeln – also betriebsinterne Verfahrensleitungen verlassen können, die im Vorfeld von allen beteiligten Berufsgruppen sachlich festgelegt worden sind und nicht im Notfall ausprobiert wer-

Professionelle Deeskalation

Schulung des Personals, um professionell mit Deeskalation umgehen zu lernen, scheint dringend erforderlich. Entsprechende Seminare hätten den betroffenen Beschäftigten die oben beschriebenen Mängel vielleicht früher vor Augen führen können. Sie sind ein wichtiger Weg zu mehr Professionalisierung und damit Qualität der Arbeit. Bei Planung von innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen hat der Betriebsrat ein Mitsprache- und Initiativrecht.

Sekundäre Prävention findet zum Glück statt, aber bisher völlig individuell und damit unstrukturiert. Der Stationsleitung fällt der Zustand ihres Mitarbeiters auf, sie kommt in die Sprechstunde des Betriebsarztes. Der Betriebsarzt verabredet Gesprächstermine mit Michael, er prüft, ob weitere Maßnahmen, wie psychotherapeutische Gespräche notwendig sind. Er trifft sich mit den anderen Stationsmitarbeitern, um die Erlebnisse gemeinsam aufzuarbeiten. Was fehlt ist eine im Betrieb etablierte Leitlinie, nennen wir sie ruhig mal Leitlinie Übergriffsmanagement. Was müsste in dieser Leitlinie stehen?

- Sofortige Freistellung nach dem Übergriff. Der Betroffene muss möglichst rasch aus dem traumatisierenden Umfeld herausgebracht werden. Möglichst sollte er von einem Kollegen nach Hause in die Obhut eines Angehörigen begleitet werden. Das muss betriebsintern im Vorfeld geklärt werden.
- Meldung an den Vorgesetzten, der nachbereitende Gespräche führt. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Schulung der Vorgesetzten, entsprechende Module sollten in die Vorgesetztenqualifizierungen implementiert werden.
- Meldung des Übergriffes an die Unfallversicherung des Betriebes als Arbeitsunfall.
- Eine „Kollegiale Nachsorge“ sollte im Betrieb in gefährdeten Bereichen etabliert sein. Dafür gibt es keine allgemein gültigen Rezepte. Damit ist kein aufdringliches Gesprächsangebot gemeint, was den Verarbeitungsprozess bei dem Betroffenen oft eher behindert, sondern ein freiwilliges Angebot, was dem Betroffenen rücksichtsvoll und sensibel aber auch selbstverständlich in bestimmten Zeitabständen nach Übergriffen angeboten werden sollte. Es geht um kollegialen Beistand und Solidarität und nicht um Ursachenklärung für Übergriffe oder gar Diagnosestellung. Eine direkte Kontaktaufnahme von Kollege zu Kollege hat sich bei Verkehrsbetrieben, Psychiatrischen Kli-

Gewalttätige Übergriffe haben einen erheblichen Anteil an den Arbeitsunfällen im Gesundheitsdienst. Diese können nicht nur zu körperlichen Verletzungen, sondern auch zu gravierenden psychischen Folgen führen, die die Gesundheit, Lebensqualität und Persönlichkeit der Betroffenen über lange Zeit beeinträchtigen und hohe Behandlungskosten sowie Ausfallzeiten verursachen. Auf der DVD „Risiko Übergriff - Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst“ geht es um die Frage, warum es in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes zu Übergriffen kommt, und wie man ihnen präventiv begegnen kann.

In einer übersichtlichen, interaktiven Menüstruktur finden Sie vielfältige Handlungshilfen sowie umfangreiches Informationsmaterial zu den verschiedenen Themenbereichen. Die DVD soll auch ein Appell sein, dem Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst stärkere Beachtung zu schenken und die Beschäftigten durch regelmäßige Schulungen und Fortbildungen auf die Gefährdungen durch Übergriffe von Patienten und Heimbewohner vorzubereiten. Die DVD kann bei der Unfallkasse NRW bestellt werden. □



niken und anderen Einrichtungen, die solche Leitlinien bereits entwickelt haben, bewährt.

- In das Meldesystem sollte auch der Betriebsrat und Betriebsarzt eingebunden werden, um mögliche Schwachstellen und besonders gefährdete Betriebsteile zu erkennen und Gefährdungsbeurteilungen und eventuelle Maßnahmen anzupassen.
- Gespräch und Untersuchung in der Sprechstunde des Betriebsärztlichen Dienstes sollte sich im Bedarfsfall anschließen, dabei geht es dann darum, eventuell notwendige psychotherapeutische Betreuung rechtzeitig in die Wege zu leiten und die dafür mögliche Kostenübernahme durch den zuständigen Unfallversicherungsträger zu beantragen. In der Regel werden bis zu fünf Stunden sogenannte probatorische Psychotherapie gewährt, in denen weiterer Therapiebedarf vom Facharzt abgeschätzt werden kann.

Gewaltprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Wir sehen, in unserem Beispiel wurde die Prävention und damit die Maßnahmenkaskade vom Ende aus aufgerollt! Erst das Gespräch bei der Betriebsärztin lässt die Versäumnisse erkennen und zeigt, wie notwendig strukturierte Handlungsanweisungen wie eine Leitlinie

Übergriff in solch gefährdeten Arbeitsbereichen sind. Alle innerbetrieblichen Akteure sind gefordert und stehen vor großen Aufgaben:

Der Arbeitgeber hat die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. „Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.“ Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.“ (ArbSchG § 4.2 und 7)

Der Beschäftigte hat als Experte in eigener Sache selbst auch die Pflicht initiativ zu werden und auf entsprechende Gefährdungen hinzuweisen. In Kooperation mit anderen Kollegen auf die Abstellung von Gefahren hinzuwirken. Dabei ist der Betriebsrat als Interessenvertretung natürlich besonders gefordert, von seinem Initiativrecht und Kontrollrecht Gebrauch zu machen.

Vorgesetzte und Kollegen stehen in der Verantwortung der möglichst individuellen und sensiblen Nachsorge für den betroffenen Kollegen.

Der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin können die medizinische Betreuung übernehmen und ggf. steuern, indem sie Kontakte zu anderen Fachärzten und zur Unfallversicherung bahnen. Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements können sie als interne Experten durch ihre Beratung dazu beitragen, dass notwendige Leitlinien und Maßnahmen rechtzeitig geplant werden. □

Leitmerkmalmethode „Manuelle Arbeit“ verbessert

Belastung durch manuelle Arbeit einfach und verlässlich bewerten

Rund jeder zehnte Bundesbürger klagt über Beschwerden im Ellbogen-Unterarmbereich, im Hand-Arm-Bereich schmerzt es sogar zwölf Prozent der Menschen. Nicht nur an Arbeitsplätzen in der Montage beanspruchen sich ständig wiederholende Arbeitsabläufe das Hand-Arm-System sondern auch in der Textilindustrie, bei der Herstellung von Nahrungsgütern und in vielen anderen Bereichen. Damit geht ein hohes Risiko für Muskelskeletterkrankungen einher. Doch mithilfe einer einfachen und praktischen Methode lässt sich ab sofort bewerten, wie belastend die manuellen Arbeitsschritte für die Beschäftigten sind. In der Broschüre „Manuelle Arbeit ohne Schaden“ stellt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine verbesserte und wissenschaftlich abgesicherte Fassung der Leitmerkmalmethode vor. Damit ergänzt die BAuA die bereits erarbeiteten Leitmerkmalmethoden „Heben und Tragen“ sowie „Ziehen und Schieben“.

Mit der Leitmerkmalmethode „Manuelle Arbeit“ lässt sich der Grad der körperlichen Belastung durch Beobachtung und leicht zugängliche Informationen erheben. Sie eignet sich deshalb besonders für Praktiker. Schließlich kommt dieses Instrument ohne aufwändige Berechnungen aus und kann mit Formblatt und Bleistift durchgeführt werden. Beurteilt werden Tätigkeiten, die unter anderem mit überwiegender Belastung des Finger-Hand-Arm-Bereichs, mit häufigen Wiederholungen und Geschicklichkeit verbunden sind.

Die Bewertung ist einfach, aber sehr aussagekräftig: Mithilfe eines Fragebogens wird beispielsweise erfasst, welche Handgriffe wie oft ausgeführt werden,

um welche Art der Kraftausübung es sich handelt, wie die Hand-/Arm-Stellung sowie die Körperhaltung ist. Je nach Eintrag ergibt sich am Schluss ein Punkt-Wert. Wer unterhalb der 25-Punkte-Grenze bleibt, muss keine körperliche Überbeanspruchung fürchten. Für trainierte und physisch höher belastbare Beschäftigte ist auch die Überschreitung dieser Grenze akzeptabel.

Ab einem Punktwert von 50 besteht jedoch für alle Beschäftigten die Gefahr von gesundheitlichen Schäden. Die Leitmerkmalmethode ist ein Ampelmodell, das in den Farben Grün, Gelb und Rot eine verlässliche Aussage über das gesundheitliche Risiko von manueller Tätigkeit liefert. Im Jahr 2007 erstmals entwickelt, wurde die Leitmerkmalmethode in der jetzigen Fassung überarbeitet und ist sowohl wissenschaftlich bestätigt als auch erfolgreich betrieblich erprobt.

Die Beurteilung erfolgt grundsätzlich für Teiltätigkeiten am Arbeitsplatz. Es ist jedoch wichtig, die zu beurteilende Teiltätigkeit sehr gut zu kennen, weil nur dann eine Beurteilung mithilfe der Leitmerkmalmethode gemacht werden darf. Grobe Schätzungen oder Vermutungen würden dagegen zu falschen Ergebnissen führen.

Die Broschüre gibt zudem weitere, wichtige Hinweise zum Thema manuelle Arbeit. Wer beispielsweise über einen längeren Zeitraum hinweg kraftvolle und einseitige Bewegungen bei manuellen Tätigkeiten macht, erhöht die Gefahr, dass es zu Beschwerden und Erkrankungen im Bewegungsapparat kommt. Unzureichende Erholung und gleichartige Belastungen sowohl im Arbeits- als auch im Freizeitbereich können diesen Prozess beschleunigen, war-

nen die Fachleute der BAuA. Wer bei der Arbeit eine „ruhige Hand“ einsetzen muss, dessen Rumpf- und Nackenmuskulatur leidet häufig unter Symptomen wie Verspannungen, mangelnde Durchblutung und Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich. Dagegen helfen Bewegungspausen, Ausgleichsbewegungen sowie die Vermeidung von einseitigen Belastungen.

Abwechslung bei der Arbeit ist zwar gut – aber Tätigkeiten, die viel Kraftaufwand erfordern, sollten nicht mit solchen abgewechselt werden, für die es großer Geschicklichkeit bedarf. Sonst steigt das Verletzungsrisiko, weil es zu einem Geschicklichkeitsverlust kommen kann. Darüber hinaus kann eine übermäßige Erweiterung und Abwechslung von Tätigkeitsbereichen bei Arbeitnehmern zu einer psychischen Überforderung führen. Akkordarbeiter sollten den sogenannten Richtsatz außerdem nicht übermäßig überschreiten, weil damit die Ermüdung und die Gefahr von Fehlern zunehmen. Außerdem sollten Arbeitnehmer Werkzeuge benutzen, die ergonomisch gut gestaltet und für die Arbeitsaufgabe geeignet sind. Halte- und Haltungsarbeit sollten sie darüber hinaus durch Abstützungen vermeiden.

Die Broschüre „Manuelle Arbeit ohne Schaden“ kann in kleinen Mengen kostenlos über das Informationszentrum der BAuA telefonisch, 02 31-90 71-20 71, per Fax, 02 31-90 71-20 70 oder E-Mail, info-zentrum@baua.bund.de, bezogen werden. Eine Version im PDF-Format gibt es zum Herunterladen unter der Adresse www.baua.de/publikationen. □

BAuA

A+A 2011 schließt mit starkem Besucher-Plus – mehr als 60.000 kamen nach Düsseldorf

Anbieter profitieren von Nachfrage nach qualitativ hochwertigen Produkten

Mit einem Aussteller- und Flächenbuchungsrekord war die A+A 2011 in Düsseldorf gestartet und nach vier Tagen Laufzeit (18. – 21. Oktober) kann die international führende Fachmesse mit Kongress für Persönlichen Schutz, betriebliche Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit auch einen neuen Besucher-Spitzenwert verzeichnen. 60.100 Fachbesucher, so viele wie nie zuvor in der Veranstaltungshistorie (2009: 55.800), informierten sich bei den gut 1.600 Ausstellern aus 54 Nationen über aktuelle Trends und Produktinnovationen rund um sicheres und gesundes Arbeiten und die Realisation störungsfreier Betriebsabläufe. Jeder vierte Besucher kam aus dem Ausland. Ein deutlicher Zuwachs ergab sich insbesondere aus Ländern Süd- und Mittelamerikas.

„Mit diesem Ergebnis hat die A+A ihre weltweit hervorgehobene Stellung als 'Safety's No. 1-Event' weiter ausgebaut. Keine andere Branchenveranstaltung bietet einen derart kompletten Produkt-Überblick und setzt durch den intensiven Expertenaustausch so viele fachliche Impulse“, bilanziert Joachim Schäfer, Geschäftsführer der Messe Düsseldorf, das Ergebnis und die Neuheiten-Vielfalt.

Von guten Gesprächen zwischen Anbietern und ihren Kunden weiß ebenfalls Klaus Bornack, Vorsitzender des Messebeirates und Geschäftsführer der Bornack GmbH & Co. KG, zu berichten: „An der Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter wird nicht gespart. Qualitativ hochwertige Schutzartikel schützen nicht nur besser, sie erfreuen sich auch einer höheren Anwender-Akzeptanz und sind deshalb aktuell immer stärker nachgefragt. Der intensive Austausch mit Kunden bei der A+A lieferte auch wertvolle Erkenntnisse im Hinblick auf die weitere Produktentwicklung.“



Foto: Messe Düsseldorf/constanze tillmann

Bestätigung finden Bornacks positive Einschätzungen durch aktuelle Marktzahlen, die im Rahmen der A+A präsentiert wurden. Einer Studie von macrom Marketingresearch & Consult folgend befindet sich der deutsche Markt für Persönliche Schutzausrüstungen (PSA) im Aufwind und weist derzeit ein Volumen von etwas mehr als 1,6 Milliarden Euro auf. Die größten Marktsegmente sind hierbei Schutzbekleidung (633 Mio. Euro), Handschutz (371 Mio. Euro) und Fußschutz (224 Mio.). Im ersten Halbjahr 2011 konnten die Hersteller je nach Segment teils Umsatzzuwächse gegenüber dem Vorjahreszeitraum von bis zu 15 Prozent verzeichnen, wobei allerdings gut ein Drittel des Wachstums auf Preissteigerungen in Folge von Rohstoffpreiserhöhungen basiert. Im Zeitraum von 2004 bis 2010 ist der Markt um 27 Prozent gewachsen. Das weltweite Marktvolumen für PSA wird auf mindestens 17 Milliarden Euro geschätzt (Quelle: Matrix insight).

Der neu ins Programm der A+A Fachmesse aufgenommene Bereich „spezielle Ausrüstungen für den betrieblichen Katastrophenschutz“ wurde von den Besuchern gut angenommen. Die Stände der Aussteller u. a. mit Angebo-

ten zu entsprechenden persönlichen Schutzausrüstungen, ABC-Schutz, technischen Hilfsmitteln, Dekontamination oder auch Leit-, Melde- und Informationstechnik, waren auch hier stark frequentiert.

„Nach der erfolgreichen Premiere des Forums Katastrophenschutz mit Kongressvorträgen und Präsentationen im Jahr 2009 war dieser zweite Schritt die logische Fortsetzung. Die A+A richtet sich an ein breites Fachpublikum für Arbeitsschutz und Sicherheitsmanagement – Bereiche, die auf Grund veränderter Gefährdungslagen weltweit immer mehr an Einfluss gewinnen. Und bei Großschadenereignissen müssen alle Akteure eng zusammenarbeiten: Polizei, Feuerwehr, Katastrophenschutz, andere Behörden und betroffene Firmen“, betont Albrecht Broemme, Präsident der Bundesanstalt Technisches Hilfswerks (THW), die Bedeutung des Themas und der A+A.

A+A Kongress mit mehreren tausend Teilnehmern

Der A+A Kongress zählte mehr als 5.000 Teilnehmer und bot mit seinen 60 Veranstaltungsreihen eine Bandbreite aktu-

eller Themen zu gesellschaftlichen Entwicklungen, Reformvorhaben der nationalen und europäischen Politik, technischen und organisatorischen Innovationen sowie neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. So diskutierte zum Beispiel die in den A+A Kongress eingebettete Herbstkonferenz der Gesellschaft für Arbeitswissenschaften (GfA), inwieweit mit neuen Konzepten zur Arbeitszeitaufteilung und Arbeitsorganisation den zunehmenden Anforderungen an Mitarbeiter in Bezug auf Flexibilität und Mobilität begegnet werden kann.

„Die demografische Entwicklung und der Fachkräftemangel sind schon jetzt spürbar. Hinsichtlich des Kampfes um die besten Köpfe gewinnen in den Unternehmen dabei Fragen der Qualität der Arbeit immer mehr an Bedeutung. Durch eine effektive und effiziente Prävention können Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter verbessert und ein Großteil der sonst erforderlichen Krankheits- und Krankheitsfolgekosten verringert werden“, unterstreicht Bruno Zwingmann, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Basi e.V., die Bedeutung präventiven Handelns. Vielfältige Unternehmensbeispiele seien Belege dafür, dass Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einen Rückgang der Mitarbeiterfluktuation bewirkten, die Prozess- und Produktqualität und somit auch das Image steigerten.

Einer besonders starken Beteiligung erfreuten sich im Rahmen des A+A Kongresses der Tag der Sicherheitsbeauftragten mit gut 700 Teilnehmern, der Tag der Betriebs- und Personalräte mit 300 Teilnehmern oder auch der Unternehmertag mit fast 300 Unternehmern vorrangig aus Kleinbetrieben.

Internationale Akzente setzten die Konferenz der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO/Unterorganisation der UN) mit mehreren hundert Teilnehmern und der „deutsch-polnische Arbeitsschutzdialog“. Im Mittelpunkt standen hier die jeweiligen nationalen Arbeitsschutzstrategien und das Zusammenwachsen der Märkte für Persönliche

Schutzausrüstungen, etwa mit Bezug auf übergeordnete Normen und Richtlinien im Europäischen Binnenmarkt. Polen war Partnerland der A+A 2011.

Viele Produkthighlights der Aussteller

Die Aussteller präsentierten sich im Rahmen der A+A 2011 äußerst innovationsfreudig mit einer Fülle an neuen Produkten und Services. Zu den Produkthighlights zählten dieses Mal u. a. Schutzbekleidung und -artikel speziell für Frauen (z. B. Schutzüberschuhe mit Stahlkappe für „High Heels“, feminine „Blaumänner“ oder auch Schutzhelme in modischen Farben mit Schmuckapplikationen), der ergonomisch perfekte Büro- oder Montagearbeitsplatz – ab-

stimbar auf die individuellen physischen, akustischen und visuellen Bedürfnisse – sowie auch kompakte und doch sehr leistungsstarke Messgeräte zur Bestimmung von Schadstoffbelastungen.

Angesagte Trends und Funktionsaspekte auf dem Gebiet der Berufs- und Schutzbekleidung standen im Mittelpunkt der A+A Modenschau in Halle 5. Ergonomie-Lösungen in Büro und Produktion bildeten die Schwerpunkte des Themenparks WorkplaceDesign (Halle 7a). In Halle 9 informierte der gut besuchte „Innovationspark Gefahrstoffe“ über neue Produkte, Konzepte und Services für das Handling von Stoffgemischen mit hohem Gefährdungspotenzial für Mensch & Gut.

Die nächste A+A findet in Düsseldorf vom 5. – 8. November 2013 statt. □

Zehn Verkehrstote täglich auf Deutschlands Straßen

Berufstätige in Verkehrsbranchen sind besonders gefährdet

3.648 Menschen kamen 2010 durch Verkehrsunfälle ums Leben. Trotz dieses historischen Tiefstands starben damit jeden Tag rund zehn Personen auf deutschen Straßen. Besonders gefährdet sind Berufstätige in der Verkehrswirtschaft. Knapp ein Viertel aller tödlichen Arbeitsunfälle entfällt auf diese Branche.

Berufsbedingte Belastungen haben erheblichen Einfluss auf das Unfallgeschehen. Unter anderem wirken sich die hohe Verkehrsdichte, Störungen der Schlafruhe, Stress und Lärm negativ auf Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen aus. So werden etwa 20 Prozent aller Verkehrsunfälle maßgeblich durch Müdigkeit verursacht. Weitere negative Einflüsse auf die Verkehrssicherheit können unzureichendes Sehvermögen, ungeeignete Nahrungszufuhr, psychosoziale Belastungssituationen, aber auch die Wirkung von Medikamenten sein.

Der Verkehrsmedizin kommt bei der Beurteilung von Gefährdungen im Verkehr und der Reduzierung von negativen Belastungen eine wichtige Rolle zu. Sie ist damit eine entscheidende Stütze des Arbeitsschutzes und sollte bei der Gefährdungsbeurteilung im Verkehrsbereich berücksichtigt werden.

Das „Praxishandbuch Verkehrsmedizin“, herausgegeben von Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) und stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), und Dr. Jörg Hedtmann, Präventionsleiter der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft, zeigt die Bedeutung der Verkehrsmedizin für den Arbeitsschutz. Es richtet sich als Handlungs- und Entscheidungshilfe an verkehrsmedizinische Gutachter und Betriebsärzte ebenso wie an Hausärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Unternehmer und betriebliche Führungskräfte.

Das „Praxishandbuch Verkehrsmedizin“ wurde als Vorabausgabe auf der Fachmesse A+A in Düsseldorf vorgestellt. Gleichzeitig gab es dabei die Gelegenheit zum Gespräch mit den Herausgebern zu den Themen des Buches. □

Müssen Motorsägenführer für Baumarbeiten nicht mehr regelmäßig zur H9 Untersuchung?

Aufgrund der neuen Rechtslage für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen ist die Grundlage der Untersuchungen auch hier die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (Arb-MedVV). Dies führte dazu, dass die H-Sätze der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften entfallen sind. Stattdessen werden nun alternativ die bekannten G-Sätze für die Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft und im Gartenbau angewendet und entsprechend als Pflicht- oder Angebotsuntersuchungen bzw. Wunschuntersuchungen angeboten.

Unter www.lsv.de findet man eine informative Auflistung und Gegenüberstellung der alten H-Sätze und der nun erforderlichen G-Sätzen.

Lärm (H1) Untersuchung, die z. B. bei Aufenthalt im Schweinestall oder schon bei wenigen Minuten Motorsägearbeiten am Tag notwendig wird, ist im Grundsatz G 20 inhaltlich vorhanden. Der Grundsatz (H2) beim Umgang mit Pflanzenschutzmitteln unterteilt sich



nun je nach den Arbeitsverfahren und Arbeitsbereichen in G 29 (Toluol und Xylol), G 33 (aromatische Nitro- und Aminoverbindungen) oder G 40 (krebs-erzeugende und erbgutverändernde Gefahrstoffe).



Dr. Monika Stichert,
arbeits- und reise-
medizinische Praxis,
Erkrath



Für die Arbeiten im Forst (H8) und die Baumarbeiten (H9) kommen nun Untersuchungen nach G 8 (Benzol), wenn nicht Sonderkraftstoffe verwendet werden, G 20 Lärm, G 46 für die Belastungen des Muskel- und Skelettsystems oder den Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen (G 42) wie z.B. Infektionsgefährdung durch FSME oder Borrelien in Frage.

Ergänzt wird durch die Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen für das Besteigen von Bäumen und das Arbeiten mit der Motorsäge, also G 25 (Fahr- und Steuertätigkeiten) und G 41 (Arbeiten mit Absturzgefährdung).

Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen dienen neben dem Schutz des Beschäftigten im Sinne der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und der sich aus BGR A1 folgender Verpflichtung zur Berücksichtigung der Befähigung auch dem Schutz Dritter und dem Schutz von Sachgütern. Hinsichtlich gefährlicher Baumarbeiten und Forstarbeiten, die früher Bestandteil der H8- bzw. H9 Untersuchung waren, wird auch weiterhin empfohlen, diese Untersuchungen zur Feststellung der Eignung/ Tauglichkeit in Anlehnung an die Grundsätze G 41 und G 25 durchzuführen. Bewährt haben sich in diesem Zusammenhang die Untersuchungsabstände von drei Jahren sowie von zwei Jahren bei Anwendung der Seilklettertechnik. □

Dr. Monika Stichert

VDBW-Präsidium neu gewählt: Gemischtes Doppel an der Spitze des Betriebsärzte-Verbandes

*Präsident Dr. Panter bestätigt / Neu: Vizepräsidentin Dr. Wahl-Wachendorf /
Drei Arbeitsmedizinerinnen im sechsköpfigen Präsidium*

Erfahrung und frische Tatkraft im neu gewählten Präsidium des Verbands deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW): Der bisherige VDBW-Präsident Dr. Wolfgang Panter wurde einstimmig in seine vierte Amtszeit gewählt. Ihm an die Seite wurde Arbeitsmedizinerin Dr. Anette Wahl-Wachendorf gestellt, die sich bereits seit 2003 im Verband als Präsidiumsmitglied und als Pressesprecherin engagiert.

Dr. Panter: „In den nächsten Jahren sind Veränderungen im gesamten Gesundheitssystem notwendig.“ Einen besonderen Impuls setzt er mit der Präventionskampagne *jobfit* (www.job-fit.net), ein öffentlicher Appell für eine präventiv orientierte Umgestaltung des Gesundheitssystems. Der Facharzt für Arbeitsmedizin ist leitender Betriebsarzt der Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH und darüber hinaus auch Mitglied des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

Die neue Vizepräsidentin Dr. Wahl-Wachendorf ergänzt: „Die Arbeitsmedizin als reizvolle Zukunftsperspektive für junge Mediziner zu etablieren, ist in den kommenden Jahren erklärtes Ziel unserer Verbandsarbeit. Außerdem müssen wir uns Herausforderungen wie dem demografischen Wandel und psychischen Belastungen aktiv und strategisch stellen.“ Die leitende Ärztin des arbeitsmedizinischen Dienstes der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) in Berlin übernimmt den Staffelposten von Detlef Glomm, der seit 1999 Vizepräsident war und dessen Einsatz für die Arbeitsmedizin 2009 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande



Das neue VDBW-Präsidium, das während des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses im ehemaligen Bonner Plenarsaal des Deutschen Bundestags gewählt wurde: Präsidiumsmitglied Dr. Peter Egler, Vizepräsidentin Dr. Anette Wahl-Wachendorf, Präsident Dr. Wolfgang Panter sowie die Präsidiumsmitglieder Dr. Uwe Gerecke, Dr. Rana Jurkschat und Dr. Wiete Hirschmann (v.l.n.r.).

der Bundesrepublik Deutschland gewürdigt wurde.

Neuzugänge im sechsköpfigen Präsidium sind Dr. Wiete Hirschmann und Dr. Rana Jurkschat. Dr. Hirschmann ist seit 2007 als Regionalleiterin Ost im IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung in Berlin tätig. Die auf das Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ spezialisierte Dr. Jurkschat ist seit 2000 Vorsitzende des VDBW-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern und arbeitet für das B.A.D.-Gesundheitsvorsorge-Zentrum in Berlin. Beide Arbeitsmedizinerinnen sind seit vielen Jahren VDBW-Mitglie-

der und werden die Verbandsarbeit künftig an entscheidender Stelle mitgestalten. In ihrem Amt als Präsidiumsmitglieder bestätigt wurden Dr. Uwe Gerecke aus Hannover und Dr. Peter Egler aus Reinbek, Schleswig-Holstein. In der neuen Aufstellung wird der Verband weiterhin erfolgreich agieren und sich für Gesundheit am Arbeitsplatz einsetzen. Die Mitglieder des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben ihr Präsidium während des Deutschen Betriebsärzte-Kongresses 2011 neu aufgestellt. □

VDBW

INFLIXIMAB erhält Zulassungserweiterung
für mäßiggradigen aktiven Morbus Chron

Positive Stellungnahme zur Reduzierung der Infusionsdauer

Die Europäische Kommission hat eine Zulassungserweiterung von REMICADE für die Behandlung von mäßiggradigem aktiven Morbus Crohn genehmigt. Es können nun auch Patienten mit mäßiggradiger Erkrankung behandelt werden, die trotz eines vollständigen und adäquaten Therapieregimes mit einem Kortikosteroid und/oder einem Immunsuppressivum nicht auf die Behandlung ansprechen, oder bei denen eine Unverträglichkeit bzw. Gegenanzeige für diese Therapien vorliegt. Die Genehmigung erfolgt im Anschluss an eine positive Stellungnahme seitens des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur.

REMICADE erhielt zudem vor kurzem vom CHMP eine positive Stellungnahme für die Verkürzung der Infu-

sionsdauer auf eine Stunde bei erwachsenen Patienten aller Indikationen, die drei initiale REMICADE-Infusionen vertragen haben.

„Die Verfügbarkeit von Infliximab für Patienten mit mäßiggradigem Morbus Crohn ist eine erfreuliche Nachricht für Kliniker“, meint Prof. Paul Rutgeerts von der Universität Leuven (Belgien).

„Die Ärzte können jetzt die Erkenntnisse aus der SONIC-Studie, welche die Vorteile eines früheren Therapiebeginns mit REMICADE® entweder alleine oder in Kombination mit Azathioprin bei der Behandlung von mäßiggradigem bis schwergradigem Morbus Crohn aufzeigte, weiter in die Praxis umsetzen.“

Die Europäische Kommission hat die Zulassung auf der Grundlage einer Überprüfung von Daten aus mehreren relevanten Studien zu Infliximab einschließlich der SONIC-Studie (Study of Biologic and Immunomodulator Naive Patients in Crohn's Disease) erteilt, in der REMICADE bei Patienten mit mäßiggradigem bis schwergradigem Morbus Crohn mit Azathioprin verglichen wurde. Die klinische Prüfung zeigte, dass ein signifikant größerer Anteil von Patienten, die Infliximab in Kombination mit Azathioprin oder nur Infliximab erhielten, im Vergleich zu Patienten unter Azathioprin eine steroidfreie Remission und vollständige Mukosaheilung erreichte.

„Gastroenterologen haben jetzt eine neue Option, um bei Patienten mit mäßig aktivem Morbus Crohn eine kortikosteroidfreie Remission zu erzielen und eine Mukosaheilung zu begünsti-

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. M. Konner
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

Über Morbus Crohn

Morbus Crohn ist eine entzündliche Darmerkrankung, die gewöhnlich den unteren Teil des Dünndarms sowie den Dickdarm betrifft und typischerweise im späten Kindesalter oder frühen Erwachsenenalter beginnt. Die Erkrankung ruft eine Entzündung des Magen-Darm-Traktes hervor, die gewöhnlich zu Symptomen wie Durchfall, Fieber, Unterleibsschmerzen und Gewichtsverlust führt. In Europa und Kanada leiden schätzungsweise mehr als 400.000 Menschen an dieser Magen-Darm-Erkrankung. □

gen“, sagt der leitende Prüfartz der SONIC-Studie, Prof. Jean-Frédéric Colombel vom Centre Hospitalier Universitaire in Lille (Frankreich).

REMICADE hat derzeit die umfassendste Zulassung eines biologischen Arzneimittels für chronisch entzündliche Darmerkrankung in Europa und ist das einzige Biologikum, das zur Anwendung bei Colitis ulcerosa, mäßiggradigem bis schwergradigem aktiven Morbus Crohn, Morbus Crohn mit Fistelbildung und Morbus Crohn bei Kindern im Alter von 6 bis 17 Jahren zugelassen ist.

Die Zulassungserweiterung für die mäßiggradige Crohn-Erkrankung stützt sich auf eine mehr als 12-jährige praktische klinische Erfahrung in der Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen.

Die Zulassung von REMICADE für schwergradigen aktiven Morbus Crohn in der Europäischen Union erfolgte 1999. □

Weitere Informationen: www.msd.de