

Editorial

Zitronenbäumchen pflanzen – ein Jahresrückblick

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun ist das Jahr 2011 auch schon wieder vorbei und in besinnlicher Stunde (die wir hoffentlich noch finden!) bei Plätzchen und Glühwein denkt man zurück: Wie war es eigentlich? Was hat mich richtig gefreut?

Als Betriebsärztin war mir die größte Freude und Überraschung, meine ehemalige Praktikantin als Preisträgerin im docs@work-Gewinnertrio beim Deutschen Betriebsärzte-Kongress in Bonn gefeiert zu sehen.

Von der Allgemeinmedizin kommend wollte sie im Vorjahr mal „Arbeitsmedizin“ kennenlernen. Ich nahm sie gerne als Praktikantin an und hatte gute Ideen, wie ich ihr in zwei Wochen strukturiert unser – meiner Meinung nach – spannendes Fach näherbringen könnte. Es kam ganz anders als geplant: Wegen eines akuten Personalengpasses musste ich mit meiner Praktikantin meinen Betriebsärztlichen Dienst an einem Klinikum alleine „schmeißen“. Am ersten Tag wurden wir förmlich überrannt von Grippe-Impfwilligen, zum Glück konnte sie sehr gut impfen. Dann folgten Hautuntersuchungen mit Hautarztbericht, jede Menge G 42-Untersuchungen, Mobbing-Gespräche, Begehungen, Schulungen und BEM-Planungen (BEM: Betriebliches Eingliederungsmanagement), psychische Kriseninterventionen – das ganze Programm - Einführungen in die Thematik und Erklärungen in Kurzform und Schnelldurchgang auf dem Weg von einem Termin zum nächsten. Meine Praktikantin hat wacker mitgehalten und ich hatte ein schlechtes Gewissen: Welch chaotischen Eindruck muss sie bekommen haben! Wie habe ich ihre Arbeitskraft – zwar notgedrungen, aber deutlich über 8 Stunden täglich ausgenutzt. Die siehst Du nie wieder – habe ich gedacht, sie ist froh, wenn sie wieder in einer gut organisierten Arztpraxis sitzt.

Wie überrascht war ich dann bei der Preisverleihung und der offenbar ehrlichen Erklärung, in ihrem Praktikum bei mir habe sie ihre Begeisterung für Arbeitsmedizin entdeckt.

Was macht eigentlich ein Betriebsarzt?

Welche Schlüsse kann man aus diesem Erlebnis ziehen? Einmal natürlich sollten wir ermuntert werden, Praktikanten aufzunehmen. Sicher ist es wichtig, Praktika-Plätze Studierenden und junge Ärzten/Ärztinnen anzubieten.

Sie müssen erleben können, wie hautnah dran wir an vermeintlich Gesunden sind und welche spannende Bereiche unser Arbeitsfeld umfasst. Was macht eigentlich ein Betriebsarzt? Das müssen sie bei uns praxisnah lernen und die Begeisterung für unser Fach erleben dürfen.

Was macht eigentlich ein Betriebsarzt? Das werde ich oft bei meinen Seminaren sehr unverhohlen gefragt. Ein Passauer Betriebsratsvorsitzender sagte mir lapidar in breitestem Bayrisch, zwischen ihm und seinem Betriebsarzt sei „ein Festmeter Holz“ – er meinte dessen Schreibtisch. Das darf nicht sein! Und noch weniger sollten wir die Barriere noch erhöhen, indem wir – um im Bild zu bleiben – auf den Festmeter Holz noch Aktenberge mit Gesetzestexten und Verordnungen häufen. Nein, wir müssen „ran an den Puls“ der Beschäftigten und an den des Betriebes. Im besten Falle sind wir Arzt/Ärztin der Beschäftigten (ohne in Konkurrenz zu den Niedergelassenen treten zu wollen!) und gleichzeitig Arzt/Ärztin des Betriebes, den wir auch als funktionierenden oder manchmal etwas krankeleiden Organismus erleben und ärztlich beraten können.

Inhalt

Editorial

Zitronenbäumchen pflanzen – ein Jahresrückblick 161

Praxis

Der Tauchunfall, auch ein Thema der Arbeitsmedizin 162

Ein Nanopartikel kommt selten allein 163

Frau ! Müller 164

Felix Burda Stiftung – Darmkrebsvorsorge 168

Serie „Prävention von Psychischen Belastungen“ 170

Liebe Leserinnen, liebe Leser 173

Bestimmung des kardiovaskulären Risikos mit dem PROCAM-Score und Ultraschall 174

Notfallmedizinisches Symposium „Höhen und Tiefen in der Notfallmedizin“ 175

Industrieinformationen

Boceprevir jetzt in Deutschland verfügbar 176

Impressum

176

In diese Richtung wiesen viele Beiträge bei den verschiedensten Kongressen in diesem Jahr: vom DGAUM-Kongress in Heidelberg, Symposium der Betriebsärzte im Gesundheitswesen in Freiburg, VDBW-Kongress in Bonn bis zum A+A-Kongress in Düsseldorf. Unsere Aufgabe ist es, Unternehmen bei einer „Potenzialentfaltungskultur“ zu unterstützen. „Man kann nicht ewig Zitronen auspressen, sondern man muss anfangen, Zitronenbäumchen zu pflanzen“, meinte der Neurobiologe Prof. Dr. Gerald Hüther in Bonn.

Die Betriebsärzte sind nah dran an Menschen, die gesund sind und in Gesundheit ihr Rentenalter erreichen wollen. Dieses Rentenalter wird steigen mit unserer steigenden Lebenserwartung. Im Betrieb können Beschäftigte leicht erreicht werden und gerade Menschen mit Migrationshintergrund, die unser Gesundheitssystem und besonders präventive Angebote noch zu wenig nutzen, können dort niedrigschwellig erreicht werden. Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung muss zu einer Säule des Gesundheitswesens werden.

Wir Betriebsärzte sind die Fachleute für Präventivmedizin, wir können die Menschen dabei unterstützen, bei der Arbeit nicht nur nicht krank, sondern gesund zu bleiben. Arbeit darf nicht krank machen, sie soll gesund erhalten.

Gute Arbeit kann sogar gesund machen!

Also wollen wir beim Pflanzen der Zitronenbäumchen gerne helfen, anstatt ausgepressten Zitronen am Schreibtisch gegenüber zu sitzen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen ein gesegnetes Weihnachtsfest und gute Vorsätze für's Neue Jahr 2012.

Viel Glück und Erfolg mit Inspiration und Begeisterung!

Ihre Ulrike Hein-Rusinek

Der Tauchunfall, auch ein Thema der Arbeitsmedizin

Spektakulär war ein berufsbedingter Tauchunfall am 25. August 2011 in der Münchner Fußgängerzone, also inmitten der City. Der 46-jährige Berufstaucher hatte in einem mit Grundwasser gefüllten Entwässerungsschacht des U- und S-Bahnsystems in 23 m Tiefe Schweißarbeiten durchgeführt. Nach Verrichtung der Arbeiten stieg er unter Einhaltung der vorgeschriebenen Dekompressionszeiten ordnungsgemäß auf. An der Oberfläche klagte er über



sen. Zu der gewerblichen Durchführung von Taucharbeiten und Arbeiten unter Überdruck zählen u. a. Bauarbeiten, Reparatur- und Instandsetzungsarbeiten, Überprüfung von Wasserläufen, baulichen und technischen Anlagen, Bergungs- und Rettungsarbeiten (Polizei, Feuerwehr), Forschungstauchen, militärische Aufgaben.

Allen gemeinsam sind übliche handwerkliche und Transporttätigkeiten, wie sie problemlos an Land ausgeführt wer-



vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig gecheckt (Untersuchung nach G 31). Die Tauchtauglichkeitsuntersuchung beschäftigt sich dabei mit den Einflüssen auf den Körper des Probanden bei Aufenthalt im und unter Wasser. Entscheidend sind dabei die Effekte des erhöhten Umgebungsdrucks auf Körper und Tauchausrüstung sowie der Atemgase unter erhöhtem Druck und Berücksichtigung des aktuellen Status des zu Untersuchenden.



Übelkeit, Schwindel und Kribbeln in den Gelenken. Die herbeigerufene Feuerwehr rief wg. des Verdachts auf Taucherkrankheit den Notarzt. Die Rettungskette lief an. Ein Rettungshubschrauber konnte im Zentrum Münchens nicht eingesetzt werden. Der Rettungswagen brachte den Mann ins nächste Krankenhaus. Gleichzeitig wurde die Druckkammer der Feuerwache „Ramersdorf“ benachrichtigt. Die Polizei ermittelte, ob die Sicherheitsauflagen eingehalten wurden. Die Ermittlungen sind lt. Berufsfeuerwehr München noch nicht abgeschlossen.

In den Portalen zum Thema Tauchen wird regelmäßig über Tauchunfälle vor allem von Sporttauchern, teilweise auch mit tödlichem Ausgang berichtet. Bei Berufstauchern, die für Unternehmen und Institutionen tätig sind, ist aufgrund ihrer Ausbildung und klarer Richtlinien das Unfallrisiko wesentlich geringer, wenngleich nicht ausgeschlos-

den, jedoch eine andere Dimension erreichen, da sie unter extremen, lebensfeindlichen Bedingungen unter Wasser, unter Druck, ohne natürlichen Sauerstoff, häufig ohne Sicht, in absoluter Dunkelheit, bei tiefen Wassertemperaturen, in Strömungsgewässern u. ä. ausgeführt werden. Berufstaucher müssen entsprechend spezifisch für ihre Berufssparte ausgebildet sein. Diese Ausbildung wird auf einen bereits erlernten und der Sparte entsprechend ausgeübten Beruf aufgesattelt. Sie wird durch die „Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluß Geprüfter Taucher/Geprüfte Taucherin“ v. 25. Febr. 2000 geregelt.

Die tauchmedizinischen Anforderungen umfassen allgemein einen guten Gesundheitszustand, ausreichende Leistungsfähigkeit und psychische Stabilität. Um diese Vorgaben sicherzustellen, wird der Gesundheitszustand von Berufstauchern im Rahmen der gesetzlich

Arbeitsmediziner, die diese Berufsgruppen bei Feuerwehr und Polizei, Rettungsdiensten, maritime Forschung und Militär betreuen, benötigen selbst die notfallmedizinischen Kenntnisse über die Tauchunfall-Prävention sowie die präklinische und klinische Versorgung von verunfallten Berufstauchern. Im Vordergrund steht die Prävention, doch der „Tauchunfall im Betrieb“ kann unmittelbar auch vom Betriebsarzt schnelles und situationsgerechtes Verhalten abfordern, um das Notfallmanagement zu organisieren.

Eine hocheffiziente und inzwischen etablierte zweitägige Fortbildungstagung zu diesem Thema bietet der Feuerwehr-Lehrtaucher und Autor diverser Tauchfachbücher, Hubertus Bartmann, an. Sein Intensivseminar Tauchunfall findet im Mai 2012 zum achten Mal statt, wendet sich vor allem an Ärzte und ist regelmäßig überbucht (Näheres siehe www.tauch-unfall.de).

Die Bayerische Landesärztekammer zertifiziert diese Fortbildung regelmäßig mit 16 Punkten. Tauchmedizinisch wird die Tagung von PD Dr. med. C.-M. Muth (Ulm) und Dr. med. T. Piepho (Mainz) geleitet. Die theoretischen, methodisch sehr eingängig behandelten Themen des ersten Tages umfassen Notfallmanagement des Tauchunfalls, Physiologie und Pathophysiologie des Tauchunfalls, Grundlagen der Tauchunfallbehandlung und ein Praxistraining Sauerstoffsysteme. Der zweite Tag ist ausgesprochen variantenreich und praxisorientiert organisiert. Im Vordergrund steht die praktische Umsetzung des theoretischen Teils vom Vortag. Die Themen sehen vor den Lufttransport des akuten Tauchunfalls, die Grundlagen der Hy-

perbaren Oxygenation (HBO), zwei Outdoor-Praxistrainings mit Einsatz der Rettungskette, die Prüfung des Fortbildungserfolgs sowie den Einsatz von Druckkammern zur Therapie des Tauchunfalls. Spektakulär für die Teilnehmer ist das Miterleben der Rettung und Erstbehandlung von Tauchunfall- opfern in der Donau durch die Berufsfeuerwehr Regensburg, der Einsatz von Notärzten und Rettungsassistenten der Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), der Einsatz eines Polizeihubschraubers mit Abwischen eines Rettungshelfers und Aufwischen des Unfallopfers und dessen Transport zum nächsten Akutkrankenhaus bzw. Druckkammer. Fachgespräche mit den Beteiligten der Rettungskette inkl. der Hubschrauberpiloten sind eingeplant.

Gerade für Ärzte und vor allem auch Arbeitsmediziner ist diese Tagung ausgesprochen lehrreich und anspruchsvoll. Die Teilnahme lohnt sich vor allem für diejenigen, die sich Notfallmedizinisch und tauchmedizinisch fortbilden wollen. □

G. Keuchen

Literatur

- Tetzlaff, K., et al, *Checkliste Tauchtauglichkeit*, Hrsg. im Auftrag der GTÜM und ÖGTHM, 2. korrigierter Nachdruck, Gentner, Stuttgart 2012
- Bartmann, H., Muth, C.-M. (Hrsg.), *Notfallmanager Tauchunfall – Praxishandbuch für Taucher, Tauchmediziner, Rettungsdienste*, 4. vollst. überarbeitete Auflage, Gentner, Stuttgart, 2012
- Klingmann, Ch., Tetzlaff, K. (Hrsg.), *Moderne Tauchmedizin – Handbuch für Tauchlehrer, Taucher und Ärzte*, 2. vollst. überarbeitete Auflage, Gentner, Stuttgart 2012

Ein Nanopartikel kommt selten allein

Nanomaterialien liegen in der Regel nicht als einzelne Partikel vor, sondern bestehen aus größeren Einheiten in Form von Agglomeraten oder Aggregaten. Zu diesem Ergebnis kommt der englischsprachige Bericht „Dispersion and Retention of Dusts Consisting of Ultrafine Primary Particles in Lungs“ (Dispersion und Retention von Ultrafeinstaub/Nanopartikeln in der Lunge), den die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jetzt veröffentlicht hat. Im Auftrag der BAuA untersuchte das Fraunhofer Institut für Toxikologie und experimentelle Medizin das Verhalten von Stäuben, die aus Nanopartikeln bestanden, in der Lunge und in Zellkultur. Die Experimente zeigen, dass die untersuchten Nanomaterialien nicht in ihre Einzelbestandteile zerfallen – ein Nanopartikel kommt selten allein. Im Mittelpunkt des Projektes stand die Frage, ob die Agglomerate oder Aggregate der Nanopartikel in der Lunge wie-

der in einzelne Partikel zerfallen, nachdem sie eingeatmet wurden. Dazu untersuchten die Forscher unterschiedliche Nanomaterialien in verschiedenen Testsystemen. Sie führten sowohl Versuche mit Zellkulturen als auch mit Ratten durch. In den Analysen und elektronenmikroskopischen Untersuchungen ließ sich kein relevanter Zerfall der größeren Einheiten in einzelne Nanopartikel feststellen. Gleichwohl änderte sich die Größe der Agglomerate oder Aggregate nach Kontakt mit biologischem Material. Ein deutlicher Zerfall in mehrheitlich kleinteilige Einheiten mit Durchmessern unter 100 Nanometern ließ sich bei den untersuchten Nanomaterialien jedoch nicht beobachten. Zudem zeigten Studien mit Ratten für ein aus Europium(III)oxid bestehendes Nanomaterial, dass nur sehr geringe Mengen des eingeatmeten Materials über die Lunge hinaus in andere Organe des Körpers gelangten. Aufge-

nommen wurde etwa ein Prozent der in der Lunge vorhandenen Stoffmenge. Dabei war die durchschnittliche Größe der Agglomerate oder Aggregate im Aerosol allerdings mit rund 1300 Nanometern relativ groß.

Ein Zerfall der Aggregate oder Agglomerate in mehrheitlich einzelne Nanopartikel, die sich eventuell frei im Körper bewegen können, wurde mit den untersuchten Materialien nicht beobachtet. Deshalb kann die Lunge als primärer Wirkort der Nanomaterialien betrachtet werden.

F 2133 „Dispersion and retention of dusts consisting of ultrafine primary particles in lungs“; O. Creutzenberg; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2011; 141 Seiten; PDF. Der Bericht in englischer Sprache befindet sich als PDF-Datei unter www.baua.de/publikationen im Internet. □

BAuA

Frau ! Müller

Eine betriebsärztliche Anamnese

Veränderungen der Geschlechtsidentität sind in Deutschland bei einigen tausend Menschen bekannt, wobei Tabuisierung und gesellschaftliche Resentiments zu einer hohen Dunkelziffer beitragen dürften.

F 64.0 ist die zugehörige Klassifizierung des ICD (Kasten). Das Thema kann nicht auf anatomische Aspekte und körperbezogene Einschränkungen reduziert werden, vielmehr stehen geschlechtliches Selbstverständnis und soziale Rollenwahrnehmung im Fokus von Transidentität. Die biologischen Zusammenhänge sind weiterhin Gegenstand der Forschung.

Für die amtliche Änderung des Geschlechtseintrags bedarf es der medizinisch-gutachterlichen Feststellung, dass

- die/der Betroffene sich auf Grund ihrer/seiner transsexuellen Prägung nicht mehr dem im Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und
- seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, diesen Vorstellungen entsprechend zu leben und
- mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sich das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird.

Das Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz – TSG) sieht entweder nur die Änderung des Vornamens oder zusätzlich auch die vollständige Anpassung des Geschlechtseintrages im Geburtsregister und der Geburtsurkunde vor. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 11. Januar 2011 (1 BvR 3295/07) die Bestimmung für verfassungswidrig erklärt, die hierfür einen die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff zur Voraussetzung gemacht hat, durch den

eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

Betrieblich ist die Transidentität Beschäftigter oftmals nicht publik und sowohl im betriebsärztlichen Routinebetrieb als auch in der arbeitsmedizinischen Fachdiskussion spielt sie keine nennenswerte Rolle.



Allerdings müssen auch transidentische Personen sich mit ihren spezifischen Fragestellungen betriebsärztlicher Aufmerksamkeit und Betreuung sicher sein können, denn diese Beschäftigten sind vielfach einem erheblichen Leidensdruck ausgesetzt, der insbesondere im Betrieb als wesentlicher sozialer Umgebung wirksam werden kann.

Eine stabile Vertrauensbasis zwischen Patient/in und Betriebsarzt stellt daher eine Basis für klärende Gespräche dar. Der Betriebsarzt kann in der Rolle des betrieblichen Multiplikators Einfluss auf die Kommunikation zum Thema und die Akzeptanz durch die anderen Beschäftigten nehmen. Damit trägt er nicht zuletzt zur praktischen Umsetzung des allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bei, dessen Ziel (§ 1) es ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen.



Autor

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

Die Auszüge aus einer authentischen Anamnese mit einer transidentischen Patientin sollen einen Beitrag dazu leisten, im betriebsärztlichen Umfeld in diesem Sinne auf das Thema Transidentität aufmerksam zu machen und auf mögliche Handlungsfelder der Betriebsmedizin hinzuweisen.

Dr. Albrod: Frau Müller, in unserer betriebsärztlichen Praxis führen wir Sie nunmehr als Patientin. Bekannt waren Sie mir jedoch über Jahre als – männlicher – Patient. Ist es korrekt, wenn man Sie als „transsexuell“ bezeichnet?

Frau Müller: Transsexualität ist medizinisch eng definiert. Diese Diagnose ist auch die Voraussetzung für die Namens- und die Personenstandsänderung. Im Transsexuellen-Gesetz waren auch ursprünglich die Fortpflanzungsunfähigkeit und die operative Änderung der äußeren Geschlechtsmerkmale Voraussetzung für die formale Personenstandsänderung. Im Januar dieses Jahres hat das Bundesverfassungsgericht diesen Passus jedoch „gekippt“. Ich präferiere für mich den Ausdruck „transidentisch“. Ich bin organisch als Junge geboren und habe auch eine männliche Sozialisierung erfahren. Ich werde nie hundertprozentig eine Frau sein, ich habe keine Gebärmutter, kenne keine Menstruation und keine Wechseljahre und die Erfahrung einer Schwangerschaft werde ich natürlich auch nie machen.

Dr. Albrod: Welche praktische Bedeutung in Ihrem Leben hat für Sie die Personenstandsänderung, was ändert sich dadurch?

Frau Müller: Bei der Beschränkung auf eine Namensänderung, die bislang auch schon möglich war, hätte sich mein soziales Äußeres, mein Auftreten in der Gesellschaft natürlich auch sichtbar geändert. Ich wäre als Frau erkannt, angesprochen und behandelt worden. Aber durch die Personenstandsänderung bin ich mit allen Konsequenzen auch juristisch eine Frau. Mein Geburtsregistertrag ist weiblich, ich unterliege nicht mehr der Wehrpflicht, versicherungsrechtlich bin ich eine Frau und ich darf auch einen Mann heiraten.

Dr. Albrod: Apropos: Sie sind ja verheiratet...

Frau Müller: Das stimmt. Ich bin tatsächlich mit einer Frau, meiner Frau verheiratet, was eigentlich rechtlich so gar nicht gehen dürfte.

Dr. Albrod: Können denn Ihre Frau und Ihre Familie damit umgehen, dass Sie nun selbst eine Frau sind? Kommt es da am Ende nicht zu einer emotionalen Distanzierung? Haben sie psychologische Unterstützung?

Frau Müller: Eine komplexe, vielschichtige Frage. Das Grundlegende ist, dass ich in erster Linie nach wie vor derselbe Mensch bin und nur mein Äußeres sich anpasst. Mit der durch den Wechsel erforderlichen Ehrlichkeit ist die emotionale Bindung zu meiner Tochter eher noch intensiver geworden. Das Verhältnis zu meiner Frau unterliegt natürlich schon einem größerem Wandel, wobei hier auch

hineinspielt, dass nach über 30 Jahren Ehe vor allen Dingen persönliche Werte eine ganz wesentliche Rolle spielen. Wir wollen uns beide darum bemühen, unsere gute Beziehung aufrecht zu erhalten. Dafür haben meine Frau und ich jeweils die Hilfe einer Fachpsychologin in Anspruch genommen und darüber hinaus eine begleitende Paartherapie. Aber selbstverständlich ist auch dies keine Garantie, dass es nicht irgendwann doch noch zur Trennung kommt.

Dr. Albrod: Lassen Sie mich noch einmal auf die Personenstandsänderung zurückkommen. Was bringt Sie denn konkret außer bürokratischen Formalismen? Die Wehrpflicht gibt es ja de facto nicht mehr, sozialrechtliche Unterschiede bestehen nicht mehr, geschlechterspezifische Regelungen verstoßen vielfach gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Und auch unter Arbeitsschutzaspekten ergeben sich in Ihrem Bürojob ja keine Konsequenzen.

Frau Müller: Das stimmt, aktuell hat diese Formalie wirklich keine konkreten Auswirkungen auf mein Leben. Aber für mich, in mir drin ist alles nur stimmig, wenn ich auch juristisch eine Frau bin. Außerdem befinde ich mich ja in einem fortschreitenden Prozess, dessen Richtung und Umfang ich noch gar nicht abschätzen kann. Auch nicht das Ende, beispielsweise die Frage, ob ich mich noch operieren lassen werde.

Dr. Albrod: Müssten Sie eine geschlechtsanpassende Operation nicht auf jeden Fall anstreben, sozusagen als logische Konsequenz Ihrer Transidentität? Es wäre schließlich denkbar, dass Sie die fehlende Kongruenz zwischen Anatomie und Psyche als Belastung empfinden.

Frau Müller: Die Frage der geschlechtsanpassenden Operation steht natürlich durchaus im Raum. Die Entscheidung wird in der Tat davon abhängen, wie ich auf Dauer diesen Punkt der Körperunstimmigkeit und die Einschränkungen in sozialen Bereichen wie z. B. beim Sport empfinde. Es gibt heute aber wesentlich mehr transidentische Personen, die aufgrund der erreichten sozialen Akzeptanz und Integration versuchen diese Operation zu vermeiden.

Dr. Albrod: Eine solche Operation wird ja nicht mal eben im Vorbeigehen gemacht. Stehen aus Ihrer Sicht Nutzen und Risiken in einem vernünftigen Verhältnis zueinander?

Frau Müller: In dem Moment, wo der innere psychische Druck entsprechend hoch ist, auf jeden Fall. Und sicherlich auch bei der zunehmend größer werdenden Gruppe derer, die in jungen Jahren den Wechsel vollziehen und bei denen somit der Aufbau einer entsprechenden Partnerschaft einfacher wird.

Dr. Albrod: Vermutlich sind Sie mit den politischen Diskussionen zur Transidentität vertraut. Wie wirkt es auf Sie, wenn Sie, vielleicht hinter vorgehaltener Hand, als krank bezeichnet werden? Zumindest waren Sie ja auf ein ärztliches, also medizinisches Gutachten angewiesen. Und den ICD kennen Sie auch.

Frau Müller: Ich denke fast, dass man in den letzten Monaten vor meinem Comingout mehr über mich getuschelt und gelästert hat als heute, da nun der Hintergrund meiner Veränderungen bekannt ist. Aber im Ernst, es macht mir eigentlich nichts aus, weil ich ein unerwartet hohes Maß an positiven Reaktionen erfahren habe und ich sogar gestärkt aus dem ganzen Veränderungsprozess herausgehe. Was die Gutachten und den ICD angeht, muss man be-



denken, wie das Transsexuellengesetz entstanden ist. Transidentität ist nicht als Krankheit eingestuft, sondern als Eigenschaft mit krankmachender Wirkung. Damit werden Kostenübernahmen für die Hormontherapie, Bartepilation, die geschlechtsangleichende Operation sowie in einigen Fällen für Logopädie, den Brustaufbau und die Kehlkopfoperation durch die Krankenkassen überhaupt erst möglich.

Dr. Albrod: Transidentität hat zunächst nichts mit sexuellen Neigungen zu tun, sondern kann eher als geschlechtstypisches Muster im Denken, im Fühlen, im Verhalten verstanden werden. Haben sich diese Eigenschaften im beruflichen Umfeld ausgewirkt?

Frau Müller: Der Rolle als Mann konnte ich innerlich nie wirklich entsprechen. Vielleicht hat das auch dazu beigetragen, dass ich mehr Qualifikationen, die traditionell eher Frauen zugesprochen werden, anwenden konnte. Ich habe mich immer ganz aktiv für meine Mitarbeiter eingesetzt und für sie gekämpft. Im 360°-Feedback haben mir die sogenannten Soft Skills immer eine hohe Punktzahl erbracht. Andererseits war ich nie fanatisch karriere- oder businessorientiert, was man ja primär den Männern zuschreiben würde.

Dr. Albrod: Welchen Einfluss hat umgekehrt die berufliche Tätigkeit auf Ihre Identität genommen?

Frau Müller: Zunächst hatte ich einen Job im Labor, wo ich fast nur mit Frauen zusammenarbeitete. Es war dadurch leicht, auch eher weibliche Dinge mitzumachen, etwa in der Pause gemeinsam Modekataloge anzusehen. Später war ich dann in anderen, eher männlich strukturierten Jobs tätig und hatte auch Personalverantwortung. Da wurde eine andere Rolle von mir verlangt und das hat den Wechsel zur Frau durchaus gebremst. Im Rahmen eines externen Arbeitssicherseminars in Hessen bin ich dann aber später erstmals als Frau in die Öffentlichkeit gegangen. Das war anonym, niemand hat mich überhaupt beachtet. Dadurch ist eine Schranke weggefallen.

Dr. Albrod: Sie hatten mich als Betriebsarzt schon vor langer Zeit in Ihre Situation eingeweiht. Sie sind 55 Jahre alt, wie lange haben Sie sich denn schon als Frau gefühlt?

Frau Müller: Im Rückblick muss ich feststellen, dass ich mit einer weiblichen Psyche im falschen Körper schon geboren wurde. Es lässt sich durchaus rekonstruieren, dass ich als Kind und Jugendlicher bereits eher zu weiblichen Interessen und Verhaltensweisen geneigt habe. Es war ein fließender Prozess, eingestanden habe ich es mir dann mit Ende Zwanzig.



Dr. Albrod: Als ich Sie vor zehn Jahren erstmals untersucht habe, waren Sie im betrieblichen Umfeld aber noch ein Mann.

Frau Müller: Am Arbeitsplatz wollte ich die Fassade aufrecht erhalten, schließlich war das sozial gewünscht. In meinem engeren Umfeld aber schon über Jahrzehnte als Frau leben zu können hat mir Kraft für den Arbeitsplatz gegeben.

Dr. Albrod: Die Verhältnisse am Arbeitsplatz spielen ja in Ihrer weiteren Entwicklung eine sehr bedeutsame Rolle. Inwieweit haben sie Ihre Entscheidung beschleunigt, sich auch im Betrieb zu outen?

Frau Müller: Sie wissen, dass ich vor drei Jahren ganz große Probleme mit meinem Vorgesetzten im Ausland hatte. Ich war durch die Arbeitsplatzprobleme psychisch wirklich völlig am Ende. In diesem Tiefpunkt war mir plötzlich egal, was andere denken. Ich spürte, dass ich Vieles ändern musste und hatte auch nicht mehr die Energie, im Betrieb

die Fassade aufrecht zu halten. Ich habe mich zu einer dauerhaften Hormontherapie entschlossen. Bei deren Erfolg wollte ich mich auch im Betrieb öffnen. Es war mir immer wichtig, einen Schritt nach dem anderen zu tun, um alles verarbeiten zu können. Aber auch, um das Heft in der Hand zu behalten. Wenn ich plötzlich im Minirock am Arbeitsplatz aufgetaucht wäre, hätte ich meine Kollegen doch nur verstört.

Dr. Albrod: Wir haben vor einiger Zeit gemeinsam in einem Gespräch mit Personalabteilung und Betriebsrat eine Strategie festgelegt, Ihre neue Identität im betrieblichen Umfeld zu kommunizieren. Welche Schritte haben Sie daraufhin unternommen?

Frau Müller: Alle Teilnehmer der Gesprächsrunde waren sehr aufgeschlossen und hilfsbereit. Der Betriebsrat hatte in seinem privaten Umfeld sogar schon Erfahrung mit einem transidentischen Menschen. Ich bin danach zusammen mit der Personalleiterin persönlich zu jedem Manager gegangen und habe zusätzlich einige mir wichtige Personen informiert, die in der Firma gut vernetzt sind. Der Betriebsrat hat die Information in seinem Kreis weitergegeben. So war es von Beginn an ein koordiniertes Vorgehen, das ich selbst unter Kontrolle hatte.

Dr. Albrod: Den Endpunkt der Kommunikation hat sicher Ihr offener Brief an alle Mitarbeiter der Firma gesetzt. Ihr Appell darin ist, zu bedenken, dass der Mensch in Ihnen geblieben ist und sich nur Ihr Aussehen verändert hat.

Frau Müller: Die Personalabteilung hat diesen Brief von mir an „all staff“ gesendet und mit einem unterstützenden Kommentar versehen. Kurz darauf gab es dann zusätzlich eine englischsprachige Information an meine Kollegen im Ausland.

Dr. Albrod: Wie war das Echo? Betretenes Schweigen? Verlegenheit?

Frau Müller: Ganz im Gegenteil: An unserem Standort arbeiten ca. 200 Personen. Ich hatte geschätzt 100 schriftliche Antworten, Telefonate oder persönliche Gespräche. Alle von Wohlwollen

und Sympathie geprägt. Aus dem Ausland haben mir sogar Menschen, die sonst nur englisch mit mir kommunizieren, in gebrochenem Deutsch ihre Solidarität erklärt.

Dr. Albrod: Ist demnach das Werben in Ihrer Firma für Toleranz und Diversity im Arbeitsleben an der Basis tatsächlich angekommen?

Frau Müller: Was mich betrifft, auf jeden Fall. Ich bin in meinem Team weiterhin ohne Einschränkung integriert und respektiert. Aus der Isolation von früher bin ich vollständig raus. Der große Respekt, der mir entgegengebracht wird, hat mich positiv überrascht.

Dr. Albrod: Fühlen Sie sich nach der betrieblichen Kommunikation in Ihrer Identität stabilisiert?

Frau Müller: Ich fühle mich wohl und sehe im Moment keinen weiteren Handlungsbedarf am Arbeitsplatz. Mit meinem Leben und dem chronologischen Weg zur Frau bin ich im Reinen. Es wird sicher nie eine Revision meiner Identität geben. Auch die ärztlichen Gutachter bestätigen diese Stabilität. Aber in mir wird trotzdem immer ein Rest Mann übrig bleiben. Meine Umgebung wird auch immer Männliches von mir einfordern.

Dr. Albrod: Für den „Mann in der Frau“ haben Sie sicher ein Beispiel?

Frau Müller: Beispielsweise habe ich mir als Mann bestimmte handwerkliche Fähigkeiten angeeignet, die ich – jedenfalls in meiner Generation – möglicherweise als Frau nie erworben hätte. Das wissen natürlich alle Leute in meinem Umfeld und fragen mich dann ganz schnell, ob nicht mal eben dieses oder jenes für sie reparieren könne. Dies stört mich.

Dr. Albrod: Wäre das denn nicht einfach nur Emanzipation?

Frau Müller: Generell sicherlich ja. Aber bei mir führt es zur Zeit eher zu dem Empfinden, nicht als Frau gesehen zu werden, sondern nach wie vor als der Mann, dessen handwerkliche Fähigkeiten gefragt sind. Aber ich hoffe, dass ich auch an den Punkt komme,

wo ich diese Fähigkeiten in mich als Frau integrieren kann.

Dr. Albrod: Nach vielen Jahren beruflichen Kontaktes rede ich Sie nunmehr als Frau an. Ungewöhnlicher war es allerdings, Sie kürzlich im Rahmen der FeV erstmals als Frau auch zu untersuchen.

Frau Müller: Ich fand es richtig, dass dabei Ihre arbeitsmedizinische Assistentin anwesend war. Denn natürlich habe ich dasselbe Schamempfinden wie jede andere Frau. Auch sonst verhalte ich mich ja wie eine Frau, z. B. benutze ich die Sanitäranlagen für die Frauen.

Dr. Albrod: Sie haben sich bereit erklärt, unser Gespräch in einer Fachzeitschrift auszugsweise zu veröffentlichen. Eigentlich eine gute Gelegenheit, Ihre Erwartungen an uns Betriebsärzte zu äußern.

Frau Müller: Ich möchte mit einer Veröffentlichung keine Sensationslust bedienen und vertraue auf den seriösen Umgang mit meinen Angaben. Es gibt mehr transidentische Menschen in Deutschland, als man gemeinhin denkt und in den Medien publiziert wird. All denen würde es helfen, wenn sich auch Betriebsärzte zu dem Thema ein Basiswissen aneignen könnten. Sie könnten dann Prozesse wie meinen begleiten, eine betriebliche Mittlerrolle einnehmen, Beteiligte coachen und bei Konflikten mit Kollegen oder dem Management kompetent intervenieren. □

Der Familienname der Patientin wurde redaktionell geändert.

*Dr. med. Manfred Albrod
Großhansdorf
M.Albrod@gmx.net*

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2012

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)

Dieser Abschnitt enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

F 64.- Störungen der Geschlechtsidentität

F64.0 Transsexualismus

Der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen. □

Darmkrebsvorsorge ist heute ein gesellschaftlich anerkanntes Thema und hat mehr als 150.000 Leben gerettet

Das erklärte Ziel der im November 2001 von Verleger Dr. Hubert Burda und Dr. Christa Maar gegründeten Felix Burda Stiftung lautete: Darmkrebs zu besiegen. In zehn Jahren entstand aus der persönlich motivierten Stiftungs-Initiative eine der bekanntesten, gemeinnützigen Institutionen im Bereich Prävention in Deutschland. Die Felix Burda Stiftung gilt heute als wichtiger Impulsgeber in der Marketing-Kommunikation der Chancen der Darmkrebsvorsorge und als international anerkannte, treibende Kraft in diesem Bereich.

Die Gründung der Stiftung war die Reaktion auf ein erschütterndes Ereignis: Ende Februar 2001 starb der gemeinsame Sohn von Hubert Burda und Christa Maar, Felix Burda, im Alter von 33 Jahren an Darmkrebs. „Von einem zum anderen Tag stand fest: Mein Sohn Felix, der Vater zweier kleiner Kinder, dessen Erwachsenenleben gerade erst begonnen hatte, war todkrank“, erinnert sich Christa Maar. „Es gab tatsächlich bereits Darmkrebs in unserer Familie, und damit zählte Felix automatisch zu den Hochrisikopersonen. Aber weder seinem Vater noch mir war bewusst, dass es so etwas wie ein familiär erhöhtes Risiko für Darmkrebs gibt. Kein Arzt hatte uns jemals nach Krebserkrankungen in der Familie gefragt. Rückblickend schmerzt diese Ahnungslosigkeit, dieses Unwissen sehr.“

Der Startschuss der dann folgenden, erfolgreichen Aufklärungsarbeit der Felix Burda Stiftung gelang 2001 mit einer von der Agentur Leo Burnett entwickelten Anzeigenkampagne und dem bis

heute bekannten Fernsehspot des Filmregisseurs Wim Wenders. Das Motto: „Auch wenn Sie sich gesund fühlen: Gehen Sie zur Darmkrebsvorsorge!“ Das Ergebnis: Die Zahl der durchgeführten Darmspiegelungen stieg binnen weniger Monate um mehr als 30 Prozent.

Die Stiftung setzt seit 10 Jahren auf unkonventionelle Kommunikationsstrategien, Wissensaustausch in Netzwerken und politische Arbeit. 2002 zeigt die Stiftung zusammen mit stern TV zum ersten Mal im deutschen Fernsehen eine Live-Koloskopie. Susan Stahnke erlebt die Vorsorge-Untersuchung bei vollem Bewusstsein und zeigt, dass die Darmspiegelung sicher und schmerzfrei ist. Im gleichen Jahr machte Nina Ruge auf der festlichen Galaveranstaltung zum Abschluss des ersten deutschen „Darmkrebsmonat März“ den entscheidenden Schritt, das Tabu Darmkrebsvorsorge aufzubrechen: Sie fragt zahlreiche Galagäste direkt von der Bühne

herab, ob sie bereits bei der Darmkrebsvorsorge waren.

Ein Jahr später entwickelte die Felix Burda Stiftung zusammen mit Bambi-Produzent Werner Kimmig die ARD Primetime-Sendung „Stars mit Mut“ und verband 2003 erstmals das ernste Thema Darmkrebsvorsorge mit Unterhaltungselementen.

2004 wird Darmkrebs auf Initiative der Stiftung zum folgenschweren Thema in der TV-Serie Lindenstraße. Millionen Fans verfolgen den Leidensweg einer erkrankten Mutter und kommen wohl erstmals auf diesem Weg mit dem Thema in Berührung.

Die betriebliche Prävention als Schlüssel zur effizienten Ansprache entdeckt die Felix Burda Stiftung 2006. Dank eines Leitfadens für Unternehmen und der erfolgreichen Kooperation mit unter anderem den Betriebskrankenkassen, können rund 1,6 Millionen Arbeitnehmer in diesem Jahr die kostenfreie Darmkrebsvorsorge in Anspruch nehmen.

2008 erweitert die Stiftung ihr Kommunikationskonzept um den Bereich der Live-Kommunikation. „Faszination Darm“ – das größte Darmmodell Europas – vermittelt den Besuchern auf spielerische Weise die Entstehung von Darmkrebs und zeigt die Chancen der Vorsorge auf.

2011 entwickelt die Felix Burda Stiftung in Zusammenarbeit mit der Assmann-Stiftung für Prävention Deutschlands erste umfassende Präventions-App „APPzumARZT“.

Mediale Unterstützung erhält die Felix Burda Stiftung nicht nur aus dem eigenen Haus der Hubert Burda Media.





**FELIX BURDA
STIFTUNG**

Zahlreiche deutsche Medienhäuser schlossen sich dem Engagement an. „Vor zehn Jahren, nach dem Tod meines Sohnes Felix, stand für mich fest: Als Verleger eines großen Publikationshauses muss ich etwas zur öffentlichen Aufklärung über die Darmkrebserkrankung unternehmen“, betont Hubert Burda. „Bei meinem Sohn – das war die erschütternde Einsicht – wurde der Darmkrebs zu spät entdeckt. Daher die Botschaft der Felix Burda Stiftung: Jeder kann etwas gegen das Darmkrebsrisiko unternehmen. An Darmkrebs muss man heute nicht mehr sterben – früh erkannt ist er heilbar. Die Menschen müssen aber über die Chancen der Vorsorge informiert werden – das ist auch Aufgabe der Medien.“

Die redaktionelle Berichterstattung vor allem rund um den jährlichen Darmkrebsmonat März sowie die pro-bono Einbindung der Werbekampagnen sorgen jedes Jahr bundesweit für große Aufmerksamkeit. Zahlreiche prominente Schauspieler, Sportler und Fernsehgrößen, die in Anzeigen, Radio- und Fernsehspots über die Vorsorge aufklären, haben dazu beigetragen Darmkrebs aus der Tabuzone zu holen und den Menschen die Angst vor der Vorsorgeuntersuchung zu nehmen.

Rund 150.000 gerettete Leben. Dank der intensiven Zusammenarbeit mit zahlreichen Organisationen, Ärzteverbänden und der Gesundheitspolitik ist Darmkrebs heute ein Thema über das man spricht. Die Zahlen belegen den Erfolg der Stiftungsarbeit: Bis 2010, so der Epidemiologe Prof. Hermann Brenner vom deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg, konnten 98.734 Fälle von Darmkrebs verhindert und 47.168 Fälle in einem heilbaren Frühstadium entdeckt werden.

Das Engagement geht weiter. Gegenwärtiges Hauptaugenmerk des Stif-

tungengagements liegt auf der Einführung eines Einladungsverfahrens für die Darmkrebsvorsorge. „Nur die direkte Ansprache stellt sicher, dass alle Bürger von der Möglichkeit der Darmkrebsvorsorge Kenntnis nehmen und dementsprechend die Chance zur Teilnahme erhalten“, erklärt Stiftungs-Vorstand Christa Maar.

Die zweite große Aufgabe ist es, die Benachteiligung der Gruppe der Menschen mit familiär erhöhtem Darmkrebsrisiko aufzuheben. In Deutschland betrifft dies rund 4 Millionen Menschen. „Dazu ist es notwendig“, so Maar, „familiär belastete Menschen früh zu identifizieren und über risikangepasste Vorsorgemaßnahmen aufzuklären.“

Zu der dritten Herausforderung zählt der Ausbau der betrieblichen Prävention zur zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland. „Nirgendwo sonst sind Menschen besser für Prävention zu begeistern als am Arbeitsplatz“, so Christa Maar. „Noch dazu ist die betriebliche Prävention von Krankheiten für alle Beteiligten eine lukrative Idee: Jeder Euro der hier investiert wird, zahlt sich für die Volkswirtschaft mit fünf bis 16 Euro aus.“

Die Jubiläums-Biographie „listen, talk, ACT – 10 Jahre Felix Burda Stiftung“ zeigt auf rund 200 Seiten die umfangreiche Arbeit und die Erfahrungen aus einer Dekade des Engagements für Prävention. Statements von Angela Merkel, Hubert Burda, Verona Pooth, Markus Söder, Günther Jauch, Maria Furtwängler, Harald zur Hausen, Kai Diekmann, Gerd Nettekoven, uvm. spiegeln das breite Netzwerk der Felix Burda Stiftung wieder. □

Die Biographie steht zum kostenfreien download auf www.felix-burda-stiftung.de

Professionelle Tauchfortbildung mit Zertifizierung



Foto: Oskar Schad

Taucher-Tage

**27. und 28. April 2012
München**

www.taucher-tage.de

Intensivseminar Tauchunfall

**11. und 12. Mai 2012
Regensburg**

www.tauch-unfall.de



Infos & Anmeldung:

Hubertus Bartmann
Traubenweg 6
D-93309 Kelheim
Tel. +49 (0) 94 41/42 22
Fax +49 (0) 94 41/42 30
E-Mail: tauch@t-online.de

„Prävention von Psychischen Belastungen“

dargestellt an Fallbeispielen aus der betriebsärztlichen Praxis

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

Im letzten Beitrag wurde die sekundäre Prävention, d.h. Maßnahmen zur Frühintervention und Krankheitsvermeidung am Fallbeispiel eines Patientenübergreifendes thematisiert. Strukturen der Gewaltprävention müssen in ein effektives Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) implementiert sein. Zu solch einem leistungsfähigen BGM gehören natürlich auch Maßnahmen der tertiären Prävention, d.h. Wiederherstellung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Erkrankten und Vermeidung von Krankheitsrückfällen. Dies ist Aufgabe des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), das im SGB IX, §84 definiert ist. Diese Strukturen der Tertiären Prävention sind Thema des letzten Fallbeispiels in der Serie „Prävention von psychischen Belastungen“.

Fallbeispiel 3: Psychosomatische Störungen und Depression

Frau Schmitt hat einen Gesprächstermin mit dem betriebsärztlichen Dienst verabredet. Als Stichwort hinterlässt sie nur die Bemerkung, sie sei bald wieder da.

Die Betriebsärztin hat dann lange nichts mehr von ihr gehört.

Die langjährige Vorarbeiterin einer externen Reinigungsfirma war früher stets außerordentlich kooperativ und sorgfältig, ihre eigenen Vorsorgeuntersuchungen waren ihr immer sehr wichtig. Frau Schmitt war auch äußerst bedacht darauf, für ihre Mitarbeiter Termine für Untersuchungen und Impfungen zu organisieren. Beschäftigte, die sich in den Strukturen des Betriebes nicht zu Recht fanden – manchmal auch aufgrund von Sprachproblemen –, begleitete sie selbst zum betriebsärztlichen Dienst. Auf sie war also immer Verlass. Dann aber verschwand Frau Schmitt für einige Zeit von der Bildfläche, und von ihren Vertreterinnen war schließlich zu hören, sie sei wiederholt krank. Vor einem halben Jahr aber erschien sie plötzlich in völlig aufgelöstem Zustand bei der Betriebsärztin. Frau Schmitt erklärte, sie sei aufgrund unterschiedlichster Beschwerden wie Magen- und Schlafstörungen sowie Wirbelsäulenbeschwerden immer wieder arbeitsunfähig. Sie erschien der Betriebsärztin psychisch akut dekompenziert. Auf Nachfrage nannte sie Probleme am Arbeitsplatz, über die sie momentan aber nicht reden könne. Frau Schmitt ist Motorradfahrerin. Sie sagte, in letzter würde ihr immer wieder der Gedanke kommen, mit ihrer Maschine einfach gegen einen Brückenpfeiler zu rasen! Nun war der Betriebsärztin klar, Frau Schmitt gehörte in geeignete psychiatrische Behandlung – und zwar sofort! Zum Glück ließ sie sich davon überzeugen, diese Hilfe anzunehmen. Ein Termin in einer psychiatrischen Ambulanz konnte noch für denselben Tag verabredet werden. Frau Schmitts Ehemann begleitete sie. Am nächsten Tag, als er das Motorrad abholte, berichtete er, seine Frau sei stationär aufgenommen worden.



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

Wie mag es ihr in der Zwischenzeit ergangen sein?

Zum verabredeten Termin bei der Betriebsärztin erscheint Frau Schmitt pünktlich und wirkt stabil. Sie legt einen Arztbrief aus einer Rehabilitationseinrichtung vor. Nach der stationären Akuttherapie wurde sie von einem Psychiater ambulant behandelt, der die Rehabilitationsmaßnahme beantragte.

Drei Wochen wurde sie nun in einer Psychosomatischen Klinik betreut. Obwohl noch immer arbeitsunfähig, ist sie aus der Klinik entlassen worden, eine stufenweise Wiedereingliederung wurde beantragt.

Frau Schmitt gibt an, sie habe an einer schweren Depression gelitten, ausgelöst durch Mobbing am Arbeitsplatz.

Ihre Lage im letzten Jahr immer schwieriger geworden:

Sie wurde mit ständig wechselnden Vorgesetzten konfrontiert, von der letzten Vorgesetzten fühlte sie sich nur noch schikaniert. Sie erhielt einander widersprechende Aufträge, Absprachen wurden nicht eingehalten, Informationen vorenthalten und schließlich Gerüchte über ihre mangelnde Arbeitsleistung gestreut. Stammpersonal ihrer Reinigungsgruppe wurde zum Teil überraschend gekündigt, ohne dass sie hinzugezogen worden wäre, erzählt Frau Schmitt. Viele zuverlässige Mitarbeiter hätten von selbst gekündigt, neue Mitarbeiter zu schlechteren Bedingungen und auf Basis sehr kurz befristeter Verträge eingestellt. Fluktuation und Krankenstand wuchsen.

Schließlich hatte Frau Schmitt kaum mehr verlässliche Mitarbeiter und konnte nur noch kurzfristig improvisieren. Kunden seien mit der immer schlechteren Dienstleistung zu Recht unzufrieden gewesen.

Frau Schmitt sagt, sie sehe die Vorgänge jetzt klarer und distanzierter, vor der Therapie dagegen habe sie alles als ihre eigenen Fehler empfunden und sich deshalb nicht zur Wehr gesetzt.

Was ist nun zu tun? Kurzfristig muss die Betriebsärztin mit den behandelnden Ärzten und der Krankenkasse einen Wiedereingliederungsplan entwerfen und der Arbeitgeber damit einverstanden sein. Aber ist eine Weiterbeschäftigung am alten Arbeitsplatz überhaupt sinnvoll? Hat Frau Schmitt an diesem Arbeitsplatz eine langfristige gute Prognose? Könnten sich die Probleme vielleicht wiederholen und damit ein Krankheitsrückfall riskiert werden? Wäre das Mobbing-Geschehen nicht vorher aufzuarbeiten gewesen?

Ein Fall von Mobbing?

Unter Mobbing versteht man destruktive Handlungen zumeist in der Arbeitswelt, die

- von einer Person oder Gruppe ausgehen
- über einen längeren Zeitraum und wiederholt gezielt gegen eine Person gerichtet sind, um sie auszugrenzen.

Typische Mobbing-Handlungen wurden von Heinz Leymann erstmals 1993 aufgelistet.¹ „Klassisches“ Mobben besteht darin, Gerüchte zu säen, sinnlose und ständig wechselnde Aufgaben anzuordnen, die das Opfer nicht erfüllen kann, Kontakte zu verweigern und Informationen vorzuenthalten. Mobbing in der oben definierten Form ist ein für die Betroffenen äußerst belastender Vorgang, der schließlich zu schweren Krankheitssymptomen, in manchen Fällen sogar zur Berufsunfähigkeit führen kann. Da der Mobbing-Prozess sich über Jahre hinziehen kann und die Opfer ihn anfangs nicht rich-

tig einordnen, ja, wie zunächst Frau Schmitt, sich häufig selbst schuldig fühlen und mit Selbstvorwürfen reagieren, ist Mobbing ein identitätsbedrohender Vorgang.

Man sollte den Begriff Mobbing aber nicht inflationär gebrauchen.

Nicht jeder Betriebsklatsch ist Mobbing, denn unter Mobbing verstehen wir einen ein planmäßiges Vorgehen, um eine Person gezielt auszugrenzen.

Vieles an der Falldarstellung von Frau Schmitt deutet auf Mobbing hin. Aber war es auch gezielt gegen sie als Person gerichtet? Wollte man sie bewusst loswerden oder fertigmachen?

Sind die Arbeitsbedingungen, die nach Einschätzung der behandelnden Psychiater mit dazu beitragen, bei Frau Schmitt eine Depression auszulösen, nicht einfach Ausdruck einer insgesamt schlechten Arbeitsorganisation und Personalführung? Die beschriebenen Arbeitsplatzmängel hätten den Betriebsrat schon früher hellhörig werden lassen müssen. Die Beschäftigten hätten sich selbst frühzeitiger an den Betriebsrat oder die Betriebsärztin wenden sollen. Damit hätten Kündigungswellen oder weitere Depressionen bei den Mitarbeitern vielleicht vermieden werden können.

Im Betrieb gibt es eine Betriebsvereinbarung zum Thema „Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz“, worin auch das Vorgehen bei Mobbing-Verdacht beschrieben wird. Es bedarf der sensiblen Analyse durch eine etablierte betriebsinterne Gruppe, um den Mobbing-Verdacht zu erhärten oder zu verwerfen. In jedem Falle benötigt man schriftlich festzuhaltende Tatbestände. Hier könnte an ein „Mobbing-Tagebuch“ gedacht werden, um die Vorwürfe prüfen zu können. In jedem Falle muss die Gegenseite ebenfalls zu Wort kommen können.

Schlechte Arbeitsbedingungen alleine sind kein Mobbing, wenn sie auch Betriebsrat und Beschäftigte schon im Rahmen der primären und sekundären Prävention zum Handeln veranlassen sollten, um Missstände rechtzeitig abzuwenden.

Die Forderung nach fehlerfreier und pünktlicher Arbeit ist ebenfalls kein Mobbing. Manchmal wird selbst berechtigte Kritik als „Mobbing“ hingestellt. Beschäftigte und Betriebsrat müssen aber darauf achten, dass die Arbeitsaufgaben auch korrekt geleistet werden können. Arbeitsorganisation, Fortbildungsmaßnahmen, auch die Erhaltung der eigenen Fitness, gehören hierbei zu den präventiven Maßnahmen.

BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement

Im Falle von Frau Schmitt stehen wir unversehens am Endpunkt einer langen Entwicklung. Die Erkrankung muss nachhaltig überwunden, Rückfällen muss vorgebeugt werden. Das sind die Ziele der **Tertiären Prävention**.

Ein Instrument dazu ist die medizinische Rehabilitation. Frau Schmitt hat eine Rehabilitationsmaßnahme in einer psychosomatischen Klinik bereits abgeschlossen. Wenn schon in dieser Phase die behandelnden Ärzte Kontakt zur Betriebsärztin aufgenommen hätten, wären die weiteren Schritte besser zu planen gewesen. Die nächste Phase ist nun die stufenweise Wiedereingliederung, die berufliche Rehabilitation.

Dies alles sollte auf der Basis einer Betrieblichen Eingliederungsmanagements geplant werden. Es hat den Vorteil, innerbetrieblich Beteiligte und bei Bedarf auch externe Experten an einen Tisch zu bringen.

Zum Team des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) gehören:

- der Beschäftigte
- ein Betriebsratmitglied
- ein Vertreter des Arbeitgebers, zum Beispiel Personalleiter
- die Betriebsärztin
- ggf. die Vorgesetzte
- ggf. die Fachkraft für Arbeitssicherheit

Je nach Sachlage des Eingliederungsfalles können auch externe Experten hilfreich sein und hinzugezogen werden: Sachbearbeiter der Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen, der Integrationsämter und

¹ Liste der 45 Mobbing-Handlungen nach Prof. Heinz Leymann

gelegentlich – natürlich nur auf Wunsch des Beschäftigten – auch einmal sein behandelnder Arzt oder Rechtsbeistand.

In einer BEM-Leitlinie, es kann auch eine Betriebsvereinbarung sein, sollte vorher das Verfahren verabredet werden: Dokumentation, Datenschutz, Struktur der Gruppe und Zuständigkeiten sowie schließlich der Ablauf des Prozesses, Diskretion und Schweigepflicht sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfolgreiches Verfahren. In der Regel sollten nicht Diagnosen und Krankheitsbeschwerden besprochen, sondern die Leistungsfähigkeit und das Entwicklungspotenzial des Beschäftigten analysiert werden. Welche Hilfen benötigt er, um wieder vollintegriert an seinem Arbeitsplatz eingesetzt werden zu können? Muss der bestehende Arbeitsplatz angepasst werden? Oder, falls das nicht aussichtreich erscheint, ist eine Versetzung nötig? Welche Maßnahmen sind dafür erforderlich? Fortbildungen, Umschulungen oder anderes? Wie man erkennen kann, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement ein sehr komplexes Geschehen mit äußerst individueller Ausgestaltung. Dafür gibt es keine einfachen Rezepte, Handlungshilfen erleichtern den Einstieg in das Thema und die Bewältigung damit verbundener Probleme.²

Im Falle von Frau Schmitt stehen nun auch noch Mobbing-Vorwürfe im Raume. Das kompliziert die Wiedereingliederung. Es wird ratsam sein, diese Vorwürfe sehr ernst zu nehmen, denn anders ist nicht zu klären, ob der bisherige Arbeitsplatz für Frau Schmitt überhaupt noch gesundheitsgerecht ist. Vielleicht ist die Versetzung der gerade wieder psychisch ausbalancierten Beschäftigten in einen nicht belasteten Bereich für ihre Gesundheitsprognose günstiger. Solche Überlegungen sind sensibel zu formulieren und in einer engagierten Unterstützer-Gruppe, wie es im besten Falle das BEM-Team sein kann, zu diskutieren und zu klären. Man wird sich im „Fall Frau Schmitt“ sicher nicht nur einmal zusammensetzen müssen. □

² http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_199.pdf

Die 45 Mobbing-Handlungen nach Leymann

Bekannt in der heutigen Bedeutung wurde der Begriff Mobbing durch den aus Deutschland ausgewanderten schwedischen Arzt und Psychologen Heinz Leymann. Er sprach von „Mobbing“ in Bezug auf das Arbeitsleben. Seine Forschungen über direkte und indirekte Angriffe in der Arbeitswelt begannen gegen Ende der siebziger Jahre. Anfang der neunziger Jahre veröffentlichte er seine erste Arbeit, welche die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammenfasste. Leymanns Berichte weckten zunächst nur Interesse in den nordeuropäischen Staaten. Später fanden sie im mitteleuropäischen Raum Beachtung. Veröffentlichungen, eindringliche Fallschilderungen, öffentliche Diskussionen, die Aufnahme der Thematik durch Unternehmensberater, Gewerkschaften, Arbeitgeber und andere Verbände sowie in der Medizin machten das Thema Mobbing zunehmend einer breiteren Öffentlichkeit bekannt.

Heinz Leymann klassifizierte die 45 verschiedenen, von ihm beobachteten Mobbing-Handlungen in die folgenden fünf Gruppen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass oftmals eine Mobbing-Handlung allein noch kein Mobbing ausmacht.

Nach Leymann geht es um:

1. Angriffe auf die Möglichkeiten, sich mitzuteilen:

- Der Vorgesetzte schränkt die Möglichkeiten ein, sich zu äußern.
- Man wird ständig unterbrochen.
- Kollegen schränken die Möglichkeiten ein, sich zu äußern.
- Anschreien oder lautes Schimpfen.
- Ständige Kritik an der Arbeit.
- Ständige Kritik am Privatleben.
- Telefonterror.
- Mündliche Drohungen.
- Schriftliche Drohungen.
- Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke oder Gesten.
- Kontaktverweigerung durch Andeutungen, ohne dass man etwas direkt ausspricht.

2. Angriffe auf die sozialen Beziehungen:

- Man spricht nicht mehr mit dem Betroffenen.
- Man lässt sich nicht ansprechen.
- Versetzung in einen Raum weitab von den Kollegen.
- Den Arbeitskollegen / innen wird verboten, den / die Betroffenen anzusprechen.
- Man wird „wie Luft“ behandelt.

3. Auswirkungen auf das soziale Ansehen:

- Hinter dem Rücken des Betroffenen wird schlecht über ihn gesprochen.
- Man verbreitet Gerüchte.
- Man macht jemanden lächerlich.
- Man verdächtigt jemanden, psychischkrank zu sein.
- Man will jemanden zu einer psychiatrischen Untersuchung zwingen.
- Man macht sich über eine Behinderung lustig.
- Man imitiert den Gang, die Stimme, oder Gesten, um jemanden lächerlich zu machen.
- Man greift die politische oder religiöse Einstellung an.
- Man macht sich über das Privatleben lustig.
- Man macht sich über die Nationalität lustig.
- Man zwingt jemanden, Arbeiten auszuführen, die das Selbstbewusstsein verletzen.
- Man beurteilt den Arbeitseinsatz in falscher od. kränkender Weise.
- Man stellt die Entscheidungen des Betroffenen in Frage.
- Man ruft ihm / ihr obszöne Schimpfworte o. a. entwürdigende Ausdrücke nach.
- Sexuelle Annäherungen oder verbale sexuelle Angebote.

4. Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation:

- Man weist dem Betroffenen keine Arbeitsaufgaben zu.
- Man nimmt ihm jede Beschäftigung am Arbeitsplatz, so dass er sich nicht einmal selbst Aufgaben ausdenken kann.
- Man gibt ihm sinnlose Arbeitsaufgaben.
- Man gibt ihm Aufgaben weit untereigentlichem Können.
- Man gibt ihm ständig neue Aufgaben.
- Man gibt ihm „kränkende“ Arbeitsaufgaben.
- Man gibt dem Betroffenen Arbeitsaufgaben, die seine Qualifikation übersteigen, um ihn zu diskreditieren.

5. Angriffe auf die Gesundheit:

- Zwang zu gesundheitsschädlichen Arbeiten.
- Androhung körperlicher Gewalt.
- Anwendung leichter Gewalt, zum Beispiel um jemandem einen „Denkzettel“ zu verpassen.
- Körperliche Misshandlung.
- Man verursacht Kosten für den / die Betroffene, um ihm / ihr zu schaden.
- Man richtet physischen Schaden im Heim oder am Arbeitsplatz des / der Betroffenen an.
- Sexuelle Handgreiflichkeiten.



Michael Wochner, Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek, Dr. med. Annegret E. Schoeller,
Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, Dr. med. Monika Stichert, Dr. med. Mariam Konner (v.l.n.r.)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir wurden von einem warmen goldenen Oktober und einem schönen November verwöhnt, aber nun nähert sich mit Riesenschritten das Jahresende, mit kurzen kalten, mehr oder weniger trüben Tagen, aber gemütlichen Teeabenden zu Hause und anregenden Spaziergängen durch die Weihnachtsmärkte... Lassen Sie sich von dem Weihnachtsgeschenkestress nicht anstecken...

Diese Zeit ist ideal, darüber nachzudenken, was ist in diesem Jahr passiert, was ist gut gelaufen, was ist verbesserungsbedürftig... Ja in diesem Jahr ist einiges passiert. Die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV A2) ist seit 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Diese Unfallverhütungsvorschrift birgt viele gute Chancen für einen zeitgemäßen effektiven Arbeitsschutz/ eine effektive Arbeitsmedizin. Insbesondere dann, wenn alle Unternehmer, sich dieser Aufgaben annehmen. Viele Institutionen, wie die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung, die Berufsgenossenschaften, der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte etc. haben hierzu Handlungshilfen erarbeitet. Bald ist es an der Zeit ein Resümée zu ziehen, wie dieses neue Konzept umgesetzt wird...

Auch sind viele Akteure im Arbeitsschutz auf die Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ der Bundesärztekammer aufmerksam geworden, die besagt, dass von den rund 12.200 Ärztinnen und Ärzten mit arbeitsmedizinischer Fachkunde über 50% über 60 Jahre alt sind. Es wird derzeit durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Konferenz zur Förderung des Nachwuchses in der Arbeitsmedizin vorbereitet, bei der alle Akteure des Arbeitsschutzes beteiligt sind: Vertreter der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, der Landesämter für Arbeitsschutz, der Arbeitsministerkonferenz der Länder, der arbeitsmedizinischen Wissenschaft und Praxis und der Bundesärztekammer. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird hierzu eine Studie zum Bedarf an Arbeitsmedizinern beisteuern. Es ist zu hoffen, dass sinnvolle und effektive und verbindliche Konzepte zur Nachwuchssicherung in der Arbeitsmedizin in dieser Konferenz Mitte 2012 vorgestellt werden.

Wir werden uns in diesem Zusammenhang auch damit beschäftigen müssen, welche betriebsärztlichen Leistungen können an die medizinische Fachangestellte delegiert (unter der Verantwortung des Arztes) werden, damit Betriebsärzte entlastet werden. Dies darf nur unter der Prämisse geschehen: „Delegation ja, Substitution (Ersatz) von betriebsärztlichen Leistungen nein“.

In dem Artikel über die elektronische Gesundheitskarte (e-GK) haben wir erfahren, dass auch den Arbeitsmedizinern das Notfalldatenmanagement zugänglich gemacht werden muss, wenn die e-GK mal etabliert ist. Die Öffentlichkeit wird zunehmend sensibilisiert, dass betriebliche Prävention ein entscheidendes Handlungsfeld ist. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit wollen die betriebliche Prävention stärken. Es müssen aber noch förderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Auch beschäftigten wir uns in der ASUpraxis immer wieder mit der großen Herausforderung in der Arbeitsmedizin: „Prävention von psychischen Belastungen“. Dies wird auch im Jahr 2012 ein wichtiges Thema sein.

Wir berichteten, dass im Gesundheitsdienst die große Herausforderung zu bewältigen ist, wie gehe ich mit dem Beschäftigtenschutz und dem Patientenschutz im Hinblick auf MRSA Trägern (Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus-Isolate) um? Ferner stellen wir neue Analysemethoden für Alkohol im Urin vor, und, und, und...

Wir hoffen, unser Themenmix fand ihr Interesse. Auch für das nächste Jahr haben wir uns vorgenommen, aktuelle Themen zu bringen und Ihnen eine interessante Lektüre zu bieten.

Das Redaktionsteam wünscht Ihnen eine angenehme Adventszeit, ein besinnliches Fest und einen hoffnungsvollen Start ins Jahr 2012.

Hubertus Bartmann

Taucher-Handbuch digital



Preis: **98,- €**
inkl. 1 Jahr
kostenlose Updates

Buch trifft Stick

Als Informations- und Nachschlagewerk mit ca. 4.000 Seiten ist dieses umfassende Werk seit über zwei Jahrzehnten unentbehrlich für alle professionellen Taucher.

Mit dem neuen Medium Buch-Stick® und der Online-Update-Funktion sowie vielen Zusatzfunktionen ist es der Klassiker von morgen.

Die Vorteile

- ✓ Aktualität
- ✓ Benutzerfreundlichkeit
- ✓ Suchfunktion
- ✓ Farbabbildungen
- ✓ Ausdrucke
- ✓ Datenspeicher
- ✓ Ausgewählte Videoclips und Präsentationen
- ✓ Rechtssicherheit
- ✓ Zeitersparnis

www.Taucher-Handbuch.de

Bestimmung des cardiovascularen Risikos mit dem PROCAM-Score und Ultraschall

Hintergrund und Fragestellung:

Herz-Kreislaufkrankungen verursachen ca. 45 % aller Todesfälle. 66 % aller Herzinfarkte entstehen ohne Zeichen einer Vorerkrankung und auf dem Boden einer < 50 %-igen Koronarstenose. Herzinfarkt und chronisch ischämische Herzkrankheit sind bei den Männern unter 65 Jahren die häufigste Todesursache, bei den Frauen unter 65 Jahren die 3. häufigste. Nach einer Beobachtung über 10 Jahre zeigte sich, dass ca. zwei Drittel aller Infarkte der Männer und Frauen (Alter 35–65 J) in der Gruppe mit niedrigem und mittlerem Infarktrisiko nach PROCAM entstanden. Es wird untersucht, ob mit einer Kombination von PROCAM-Score und Bestimmung der total plaque area (TPA) mit Ultraschall an der A.carotis bds. eine bessere Risikostratifizierung gelingt.

Methoden:

Bei 336 Männern und 130 Frauen im Alter zwischen 35–65 Jahren wurde das Herzinfarktrisiko mit dem PROCAM-

Score bestimmt und die A. carotis bds. mit Ultraschall in der langen und kurzen Achse soweit wie möglich von caudal nach cranial nach Plaques untersucht. Als Plaque wurde eine Wandverdickung der Intima-media > 1 mm gewertet. Es wurde die Fläche aller Plaques im Längsschnitt ermittelt und mit dem Posttest-Calculator (www.scopri.ch) das Herzinfarktrisiko neu bestimmt.

Ergebnisse:

Die Häufigkeitsverteilung der Männer und Frauen aus der PROCAM-Studie sortiert nach Risikogruppen verglichen mit den eigenen Daten ist in Tabelle 1 dargestellt.

Die Prävalenz nach Risikogruppen bei den Männern ist bei PROCAM in der niedrig Risikogruppe 82,10 % (eigene 82,40 %) in der mittleren Risikogruppe 11,70 % (eigene 11,90 %) und in der Hochrisikogruppe 6,20 % (eigene 5,70 %). Überträgt man die Daten der 10 Jahre nachbeobachteten Männer auf die eigenen Daten, kann man abschätzen, wie viele Koronar-

ereignisse in der jeweiligen Risikogruppe zu erwarten sind. Sortiert man nun die Probanden in den Gruppen nach der TPA, findet man die entsprechenden Risikoprobanden. Bei einem cut off von 40 mm² kommen insgesamt 29 Probanden bei 20 zu erwartenden Infarkten in Frage. In mehreren Studien konnte der Zusammenhang zwischen Infarktrisiko und TPA nachgewiesen werden.

In einer Studie wurden 684 gesunde Probanden für 3 Jahre nachbeobachtet. Es traten 13 Infarkte auf. In der Gruppe 0–17mm² trat ein Infarkt auf, in der Gruppe 18–55mm² 4 und in der Gruppe 56–483mm² die übrigen 8 Infarkte. In einer weiteren Studie mit 10.000 Teilnehmern traten nach 10 Jahren in der Gruppe mit normaler Intima-media-Dicke ohne Plaques bei keinem ein Infarkt auf.

Zum Beispiel finden sich bei den Männern in der Gruppe mit einem PROCAM-Risiko < 10 % 14 Probanden mit einer TPA zwischen 47 und 230 mm², in der Gruppe mit einem Risiko 10–20 % 7 Probanden mit einer

Tabelle 1: Herzinfarkt * Risikogruppe * Geschlecht Kreuztabelle

Geschlecht		PROCAM-Risiko		< 10 %	10–20 %	> 20 %	gesamt
Männer	Koronarereignis	nein	Anzahl	4101	515	213	
		ja	Anzahl	128	89	104	321
			% Inzidenz in 10 J	3,00 %	14,70 %	32,80 %	6,20 %
	gesamt	Anzahl	4229	604	317	5150	
		Prävalenz %	82,10 %	11,70 %	6,20 %	100,00 %	
Eigene	gesamt		Anzahl	277	40	19	336
			Prävalenz %	82,40 %	11,90 %	5,70 %	100,00 %
			zu erwartende Ereignisse	8	6	6	20
	Frauen	Koronarereignis	nein	Anzahl	2063	45	13
ja			Anzahl	15	3	6	
			% Inzidenz in 10 J	0,70 %	6,30 %	31,60 %	1,10 %
gesamt		Anzahl	2078	48	19	2145	
		Prävalenz %	96,90 %	2,20 %	0,90 %	100,00 %	
Eigene	gesamt		Anzahl	126	3	1	130
			Prävalenz %	96,90 %	2,30 %	0,80 %	100,00 %
			zu erwartende Ereignisse	1	0	0	1

Samstag, 28. April 2012

Notfallmedizinisches Symposium „Höhen und Tiefen in der Notfallmedizin“

*Notfallmedizinisches Symposium
zum Abschied von Dr. Dr. Burkhard Dirks
„Höhen und Tiefen in der Notfallmedizin“*

TPA zwischen 46 und 90 mm² und in der Gruppe mit einem Risiko > 20 % 8 Probanden mit einer TPA zwischen 40 und 168 mm². Allen Probanden wurde geraten ihren Lebensstil zu ändern (mind. 3 x/Woche Ausdauersport über 30 min., Nikotinkarenz, gesunde Ernährung nach den DGE Regeln) und weiterhin ein Belastungs-EKG durchführen zu lassen und ggf. eine medikamentöse Therapie mit Statinen und ASS mit dem Hausarzt zu besprechen.

Bei den Frauen finden sich 4 Probandinnen mit einer TPA zwischen 40 und 90 mm².

Bisher erlitt bei den Männern ein Proband einen Hinterwandinfarkt, einer einen Apoplex, einer wurde mit 2 Stents versorgt und ein vierter mit 5 Koronarstenosen max. 50 % wird konservativ behandelt.

Schlussfolgerung:

Der PROCAM-Score und die Ultraschalluntersuchung der A.carotis sind einfache und kostengünstige Screeningmethoden. Die Darstellung der A. carotis communis, externa und interna gelingt in der kurzen Achse in wenigen Minuten und zeigt, ob Plaques vorhanden sind oder nicht. Es stellt sich die Frage, warum diese schnelle, kostengünstige und aussagekräftige Untersuchung nicht wie eine Blutdruckmessung beim Hausarzt z. B. ab 40 Jahren bei Männern und Frauen zur Routine gehört. Durch die Kombination von PROCAM-Score und TPA-Bestimmung können Infarkt gefährdete Männer und Frauen in den Gruppen < 10 % und 10–20 % PROCAM-Risiko besser identifiziert werden. Es ist zu hoffen, dass nach Einleitung einer entsprechenden Therapie und Lebensstiländerung zukünftige Infarkte vermieden werden können. □

Ausrichter:

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm in Zusammenarbeit mit der Abteilung X Anästhesie und Intensivmedizin, Bundeswehrkrankenhaus Ulm und in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn) und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn)

Wissenschaftliche Leitung:

PD Dr. Claus-Martin Muth,
(Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm)
Dr. Matthias Helm
(Abteilung X Anästhesie und Intensivmedizin, Bundeswehrkrankenhaus Ulm)

Organisation:

Dr. Björn Hossfeld,
(Abteilung X Anästhesie und Intensivmedizin, Bundeswehrkrankenhaus Ulm)
Dr. Ulrich Ehrmann
(Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm)

Tagungsort:

Hörsaal der Medizinischen Klinik, Klinikbereich Oberer Eselsberg,
Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Kongress-Sekretariat und Anmeldungen:

Frau Hellmann / Frau Stegmann
Sekretariat der Sektion Notfallmedizin
Klinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Ulm
89070 Ulm
Tel. +49 731 / 5 00-6 01 41
Fax +49 731 / 5 00-6 01 42
mail to: sekretariat.notfallmedizin@uni-ulm.de

Teilnahmegebühr:

Ärzte:	80,- €
Mitarbeiter Rettungsdienst:	60,- €

Zertifizierung:

Das Symposium „Höhen und Tiefen in der Notfallmedizin“ ist bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg als anerkannte Fortbildung mit 8 Fortbildungspunkten beantragt

Behandlung der chronischen Hepatitis C

Boceprevir jetzt in Deutschland verfügbar

Der Proteasememmer Boceprevir (Handelsname Victrelis) zur Behandlung der chronischen Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) vom Genotyp 1 ist ab sofort in Deutschland verfügbar. Boceprevir ist der erste Vertreter der neuen Substanzklasse der HCV-Proteaseinhibitoren. Es wird in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin bei erwachsenen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung eingesetzt, die therapienaiv sind oder bei denen eine vorausgegangene Behandlung nicht erfolgreich war. Basis für die Zulassung von Boceprevir waren zwei großangelegte Phase III-Studien bei therapienaiven bzw. erfolglos vorbehandelten Patienten. In beiden Studien führte die Zugabe von Bocepre-

vir zur Standardtherapie, bestehend aus Peginterferon alfa-2b und Ribavirin, zu einer signifikanten Verbesserung der Heilungsraten im Vergleich zur Standardtherapie.

Victrelis ist in Form von Hartkapseln erhältlich, die 200 mg Wirkstoff enthalten, und steht in der Packungsgröße N2 mit 336 Kapseln zur Verfügung (PZN 9071970). □

Literatur:

- [1] Bacon B R et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011;364:1207-17
- [2] Poordad F et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2001; 364:1195-206

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

Weitere Informationen: www.msdd.de



Praxishandbuch Verkehrsmedizin

www.universum.de/verkehrsmedizin

Prävention, Sicherheit, Begutachtung

Das Praxishandbuch gibt einen Überblick über alle wichtigen Themen der Verkehrsmedizin und ihre Bedeutung im Arbeitsschutz.

- » Schwerpunkte: Belastungen – Gefährdungen – Erkrankungen
- » Berücksichtigt Besonderheiten des Verkehrs auf der Straße, der Schiene, zu Wasser und in der Luft
- » Vermittelt neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft
- » Liefert Handlungsanleitungen für die praktische Anwendung

Herausgeber:

Dr. Walter Eichendorf (Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates und stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung)

Dr. Jörg Hedtmann (Präventionsleiter der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft)

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54 · 65183 Wiesbaden
Telefon 0611 90 30-501 · Bestell-Fax: 0611 90 30-277/-181
Internet: www.universum.de · E-Mail: vertrieb@universum.de
Registriert beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

UniversumVerlag 