

Editorial

Heilige Krankheit oder Gewitter im Gehirn

Dem Thema Epilepsie und Arbeit widmen wir im Februar unsere ASUpraxis.

Epilepsie, eine der häufigsten chronischen Krankheiten hat die Menschen schon immer beschäftigt. Spirituelle Ekstase spielte im religiösen Kult alter Kulturen eine große Rolle und so galten von Epilepsie betroffene Menschen, denen der scheinbare Übergang in Trancezustände leicht fiel, als von göttlicher Macht Besessene. Die Epilepsie galt als „heilige Krankheit“. Überlieferungen aus der Antike beschreiben die gleichzeitige Faszination und das Erschrecken beim Anblick eines Anfalls. Im Folgenden sei mir die Beschreibung historischer Größen unter arbeitsmedizinischen Aspekten gestattet.



Bei der trojanischen Seherin Cassandra, deren Anfallsleiden sehr plastisch in der Orestie von Aischylos beschrieben ist, vermischen sich priesterliche Trancezustände mit Zeichen epileptischer Anfälle. Aus arbeitsmedizinischer Sicht litt Cassandra an der mangelnden Wertschätzung ihres sozialen Umfeldes gegenüber ihren seherischen Qualitäten, sie ist quasi der antike Prototyp einer Gratifikationskrise. Dies mag eher zu ihrem tragischen Ende als missbrauchte und schließlich ermordete Sklavin in Griechenland geführt haben als ihr epileptisches Anfallsleiden.

Im antiken Rom mussten Anwarter auf eine Soldatenlaufbahn bei der Einstellungsuntersuchung in ein vor der Sonne rotierendes Rad blicken. Kam es zu einem Anfall, wurden sie ausgemustert. Bei höheren Rängen gab es solche Arbeitsbeschränkungen offenbar nicht. So ist Julius Caesar trotz seines bekannten epileptischen Anfallsleidens als erfolgreicher Feldherr und Politiker in die Geschichte eingegangen. In Anlehnung an die Beschreibungen Plutarchs skizziert Shakespeare den epilepsiekranken Caesar als willensstarke Persönlichkeit – Wille dominiert die Schwäche des Körpers. Sein Anfall vor der Volksmenge beim Angebot der Kaiserkrone wird von seinem Gefolge als hämische Metapher für die menschliche Schwäche des Tribuns gewertet. Schließlich stirbt er

Inhalt



Editorial

Heilige Krankheit oder Gewitter im Gehirn 17

Praxis

Ein Grand-mal-Anfall im Unterricht 19

Epilepsien sind häufig, ihre Ursachen vielfältig 22

Selbstgefährdungen minimieren,
Rechtssicherheit herstellen 26

Berufliche Integrationsprozesse wissenschaftlich
begleiten und auswerten 28

Stressmedizin 30

Industrieinformationen

Leukotrienrezeptor-Antagonisten zeigten
unter Real-life-Bedingungen Äquivalenz
zur Leitlinien-konformen Vergleichstherapie 32

am Arbeitsplatz während einer Senatsitzung an einem gewalttätigen Übergriff eines unzufriedenen Mitarbeiters. Auslöser dafür war eher sein charismatisch-bedingungsloser Führungsstil bei mangelnder empathisch-kommunikativer Mitarbeiterorientierung und nicht Zweifel an seiner gesundheitlichen Eignung.

Viele historische Persönlichkeiten wären noch zu beschreiben. Während der folgenden Jahrhunderte scheint die „Fallsucht“, wie die Epilepsie im Deutschen noch immer genannt wird, eine eher dämonische Zuordnung zu erhalten. Während der Inquisition wollte man den Teufel austreiben, im Nationalsozialismus die chronisch Epilepsie-Kranken durch Zwangssterilisation aus der Volksgemeinschaft ausgrenzen.

Wenden wir uns der Jetztzeit zu: Wie Dr. Kniess im folgenden Artikel beschreibt, ist Epilepsie die dritthäufigste Erkrankung in der Neurologie des Erwachsenenalters. Rund 5 % aller Menschen erleiden einmal im Leben einen epileptischen Anfall ohne zwingend an einer Epilepsie leiden zu müssen. 1 % der Bevölkerung erleben mehrere Anfälle und sind als Epilepsiekranke meist ein Leben lang behandlungsbedürftig – das sind etwa 800.000 Menschen in Deutschland. Bemerkenswert ist, dass

Arbeitsunfälle bei den Betroffenen nicht häufiger sind als bei Gesunden. Erschreckend sind dagegen in dieser großen Bevölkerungsgruppe die Arbeitslosenquote von 30 % und das dreifach erhöhte Frühverrentungsrisiko!

Ist die „Versäulung der Hilfssysteme“ statt ihrer nötigen Vernetzung, wie es Peter Brodich, Organisator des „Netzwerks Epilepsie und Arbeit“ kritisiert, die Ursache für diesen Missstand?

Die Fallbeispiele der Erzieherin, des Berufsschullehrers, des Maklers und des Sprengmeisters, die Dr. Eller und Dr. Knies beschreiben, zeigen, dass bei guter Netzwerkunterstützung eine differenzierte Krankheits- und Arbeitsplatzbeschreibung mit individueller Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden können, die in der Mehrzahl der Fälle einen Arbeitsplatzverlust vermeiden.

Gerhard Kreis betont aus seiner Sicht als Fachkraft für Arbeitssicherheit die Bedeutung der Berufsgenossenschaften und der Beachtung der BGI 585, der Empfehlung zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie. Wichtig sind die frühzeitige Beteiligung der Integrationsfachdienste und Integrationsämter. Dies gelingt natürlich nur, wenn ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt und anerkannt wurde.

Darin liegt aus meiner Sicht ein erhebliches Manko. Keiner der von mir betreuten Epileptiker hat einen Schwerbehindertenstatus. Viele Betroffene und besonders ihr Umfeld stigmatisieren die Erkrankung nach wie vor. Erkrankte scheuen sich einen Antrag auf GdB zu stellen und sich mit ihrer Erkrankung so zu „outen“, immer noch wird Epilepsie verschämt verborgen. Am Arbeitsplatz genauso wie von betroffenen Jugendlichen, die von Klassenfahrten und internationalem Schüleraustausch ausgeschlossen werden. Während Gleichaltrige stolz ihren Führerschein präsentieren, scheuen sie die Fahrschule.

Eine kontinuierliche Beratung und Begleitung durch alle Lebens- und Berufsphasen, wie es das Netzwerk Epilepsie und Arbeit, das in Bayern seine Aktivität erfolgreich begonnen hat und nun über ganz Deutschland ausgerollt werden soll, ist dringend nötig.

Nur eine gute und frühzeitige Vernetzung von Neurologen, Arbeitsmedizinerinnen, Sicherheitsfachkräften mit externen Experten aus Berufsgenossenschaften, Integrationsämtern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern können das leisten. Vielleicht gelingt uns dann eine von Brodich gewünschte „Horizontverschmelzung“ im Sinne Gadamers zur besseren Inklusion Epilepsiekranker.

Wir Betriebsärzte können dabei eine entscheidende Rolle als Spezialisten der frühen Prävention spielen und sollten uns am „Netzwerken“ beteiligen.

Ich wünsche Herrn Brodich als Netzwerk-Leiter und seinem Team viel Glück und Erfolg!

Dr. Ulrike Hein-Rusinek

Zum Weiterlesen:

Waller, F., Waller, H. D., Marckmann, G. (Hg.), Gesichter der „Heiligen Krankheit“, die Epilepsie in der Literatur, Tübingen 2004

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

über Ihre Kommentare und Leserbriefe würden wir uns freuen. Senden Sie diese bitte an: erens@asupraxis.de. Falls Sie sich am Netzwerk „Epilepsie und Arbeit“ beteiligen wollen, können Sie unter folgendem Link direkt Kontakt aufnehmen: pbrodich@im-muenchen.de.

Von Rechtsfragen bis zum Gesundheitsmanagement

Seminarangebot der BAuA 2012 veröffentlicht

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bietet 2012 zahlreiche Seminare an. Das Programm ist Ende Dezember 2011 erschienen. Im Mittelpunkt stehen Informationen zur Recht- und Regelsetzung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Seminare wenden sich in erster Linie an Akteure im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die an der Praxis ausgerichteten Seminare der BAuA befassen sich mit Rechtsfragen des Arbeitsschutzes, ge-

ben aktuelle Informationen zum neuen Produktsicherheitsgesetz und bieten vertiefende Einblicke in die neue Fassung der Maschinenrichtlinie, in das Gefahrstoffrecht sowie in die Betriebssicherheitsverordnung. Zudem findet ein Erfahrungsaustausch für Fachkräfte für Arbeitssicherheit, der SIFA-Workshop 2012, Anfang Mai in Dresden statt.

Die „Weiterbildung zum Gesundheitsmanager im Betrieb“, für die Grundkurse und Aufbaukurse angeboten

werden, und Seminare zum Thema „Psychische Belastungen und Beanspruchungen“ runden das BAuA-Angebot im Jahr 2012 ab. Die Kurse richten sich an Personal, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Betriebsräte, Aufsichtspersonen, Gewerbeaufsichtsbeamte und Führungskräfte.

Weitere Informationen zu Kosten, Inhalten, Terminen, Ort und Anmeldung sind auf der BAuA-Homepage zu finden: www.baua.de/termine □

Einen epilepsiekranken Lehrer weiter beschäftigen?



Ein Grand-mal-Anfall im Unterricht



Peter Brodich
aus München leitet
das Netzwerk
Epilepsie und Arbeit

Der epilepsiekranke Berufsschullehrer Frank Berfahn (Name geändert) ist verzweifelt. Seine Frau ist aus dem gemeinsamen Haus ausgezogen und hat die Scheidung eingereicht. Es folgt eine depressive Phase mit Schlafmangel – und nach zehn Jahren Anfallsfreiheit erleidet Berfahn wieder einen epileptischen Grand-mal-Anfall, ausgerechnet im Praxisunterricht. Die angehenden Mechatroniker reagieren umgehend und verständigen die Schulleitung. Der Anfall verläuft glimpflich, der Notarzt kann lediglich Prellungen feststellen. Der behandelnde Neurologe schreibt den engagierten Lehrer arbeitsunfähig.

Frank Berfahn macht sich ernsthafte Sorgen um seine berufliche Zukunft: Bekomme ich meine Anfälle wieder in den Griff? Wie schätzt der Betriebsarzt im Kfz-Werkstattbereich die anfallsbedingten Risiken ein? Kann die Frage der Aufsichtspflicht positiv beantwortet werden? Wie reagieren die Schüler, wie das Lehrerkollegium? Wird die Schulleitung mögliche Einschränkungen mittragen? Droht schon bald das berufliche Aus?

Jeder dritte Epilepsiekranke ist arbeitslos

Dank moderner Antiepileptika bleiben heute 70 % der epilepsiekranken Beschäftigten dauerhaft anfallsfrei und dürfen häufig ohne Einschränkungen in Risikoberufen arbeiten. Auch die Arbeitswelt und mit ihr die Arbeitssicherheit entwickelten sich positiv. Trotzdem ist noch heute jeder dritte epilepsiekranke Mensch arbeitslos, geschätzt betrifft das 100.000 Menschen in der Bundesrepublik. Auch die Zahl der Frühberentungen ist gegenüber der Nor-

malbevölkerung um das dreifache erhöht.¹ Oft führen Arbeitgeber anfallsbedingte Unfälle und Haftungsrisiken als Kündigungsgründe an. Vorurteile oder Unsicherheiten im Umgang mit Anfällen spielen sicher auch eine Rolle. Aber das allein erklärt die hohe Arbeitslosenquote Epilepsiekranker (30%) nicht.

Das Netzwerk Epilepsie und Arbeit (NEA) sieht in der Versäulung der Hilfesysteme eine Ursache für die Arbeitslosigkeit bei Epilepsie, die beteiligten Experten arbeiten also aus strukturellen Gründen selten gemeinsam an Lösungen. Eine fächerübergreifende Beurteilungsroutine auf der Grundlage definierter Standards ist in Deutschland kaum zu finden. Und genau an diesen Punkten setzt das NEA an, indem es bis 2013 bundesweit regionale Fachteams entwickelt, die sich ausschließlich mit epilepsierelevanten Fragen im Arbeitsleben befassen. In den Fachteams arbeiten Neurologen, Betriebsärzte, Experten für Arbeitssicherheit, Integrationsberater und Mitarbeiter aus Epilepsie-Beratungsstellen regelmäßig zusammen.

Das Netzwerk will damit verhindern, dass „die AdressatInnen von einer Stelle zur nächsten irren, ohne dass ihnen geholfen wird.“² Vielmehr sollen benachbarte Handlungsfelder integriert werden, die Kooperation unter den beteiligten Experten eröffnet flexible Reaktionsmöglichkeiten auf unterschiedliche Problemlagen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat den Bedarf und den Nutzen des Netzwerks Epilepsie und Arbeit anerkannt und fördert dessen bundesweite Entwicklung gemeinsam mit der Inneren Mission München, dem Träger des spezialisierten Netzwerks.

Ein Case-Manager organisiert die Betriebsbegehung

Ab wann ist ein epilepsiekranker Berufsschullehrer nicht mehr für seinen Beruf geeignet? Eine Frage mit hoher Tragweite, die nicht nach einem einsamen Entscheider verlangt, sondern nach der interdisziplinären Erörterung durch verschiedene Experten. Frank Berfahn war froh, denn die Berufsschule bemüht sich um eine rasche Klärung und betraut den Schwerbehindertenvertreter mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement. Denn bei einer mehr als sechswöchigen Erkrankungsdauer soll der Arbeitgeber Maßnahmen ergreifen, die dem Erhalt des Arbeitsplatzes dienen (betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX). Da Herr Berfahn eine anerkannte Schwerbehinderung hat, können Integrationsamt und Integrationsfachdienst gemeinsam helfen (Beratung, finanzielle Hilfen zur Schaffung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes).

Die Schulleitung möchte mit Blick auf das neue Schuljahr die offenen Fragen rasch klären. Frank Berfahn und der Schwerbehindertenvertreter rufen das regionale Fachteam Epilepsie und Arbeit des Netzwerks Epilepsie und Arbeit zur Mitberatung an. Es wird eine Betriebsbegehung organisiert, an der sich der Betroffene selbst, die Schulleitung, der Arbeitsmediziner, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Schwerbehindertenvertreter, die örtliche Epilepsie-Beratungsstelle und das Integrationsamt beteiligen. Schon im Vorfeld informiert der behandelnde Neurologe von Herrn Berfahn über dessen Anfallsphänomenologie, Behandlungsstand und Anfallsprognose.

Die arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilung – was muss rein?

Die berufsgenossenschaftlichen „Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie vom Januar 2007“ bilden die Grundlage für die Gefährdungsbeurteilung. Es wird empfohlen, epileptologische und arbeitsmedizinische Fragestellungen detailliert schriftlich auszuwerten. Die **Abbildung** zeigt auf, welche zentralen Fragen bei der Ermittlung der arbeitsmedizinischen Schwere der Epilepsie zu beachten sind.

Der Neurologe steuert eine genaue Beschreibung der Anfallsphänomenologie und Aussagen zur Dauer, Häufigkeit und tageszeitliche Bindung der zu erwartenden Anfälle bei. Einschätzungen zur Behandlungs- und Anfallsprognose geben Hinweise darauf, ob und in welchem Umfang mit Anfällen am Arbeitsplatz zu rechnen ist. Bei Bedarf sind auch Aussagen zu medikamentösen Nebenwirkungen oder zu bekannten, die Arbeitsleistung betreffenden Komorbiditäten (zum Beispiel Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme), bekannte Anfallsauslöser (z. B. Schlafentzug) schriftlich beizubringen. Schließlich legt der Neurologe die Gefährdungskategorie fest. Die Gefährdungskategorien sind abgestuft (0, A, B, C, D). „D“ beschreibt die arbeitsmedizinisch problematischste Anfallsphänomenologie: Anfälle mit Bewusstseinsbeeinträchtigung und unangemessenen Handlungen, zum Beispiel bei komplex-fokalen Anfällen oder nach Grand-mal-Anfällen mit postiktaler Verwirrung (Abbildung). In den berufsgenossenschaftlichen Empfehlungen BGI 585 wird abhängig von der Anfallshäufigkeit dargestellt, ob der epilepsiekranke Arbeitnehmer „grundsätzlich ohne Bedenken“, „in der Mehrzahl der Arbeitsplätze“ oder lediglich „in besonderen Fällen“ tätig bleiben darf.

Der Arbeitsmediziner beschreibt gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitsplatz detailliert. Gemeinsam mit dem Arbeitgeber und dem Betroffenen wird bei einer Betriebsbegehung erörtert, welche Verlet-

- Behandlungsstand
- Art und Häufigkeit der Anfälle
- Präzise Anfallsbeschreibung
- Verfügbarkeit Hände, Arme
- Haltungskontrolle
- Verhalten nach dem Anfall
- Dauer
- Protektive Faktoren
- Bekannte Anfallsauslöser
- Tageszeitliche Bindung
- Anfallsprognose
- Nebenwirkungen
- Komorbiditäten (Gedächtnis, Tempo, Verhalten)
- Compliance

zungsrisiken bestehen, welche Tätigkeiten mit niedrigen Gefahrenrisiken noch akzeptabel sind und welche Aufgaben nicht mehr in Frage kommen. Konkret wird bei der Risikobewertung unterschieden, ob bei einem Anfall am Arbeitsplatz mit reparablen oder irreparablen gesundheitlichen Folgen zu rechnen ist und ob die Risikotätigkeiten berufsbestimmend sind oder nicht. Schließlich werden bei Bedarf Arbeitssicherheitsmaßnahmen festgelegt. Für Frank Berfahn fällt die Gefährdungsbeurteilung positiv aus. Denn in den Berufsschulen wird Arbeitsschutz groß geschrieben. Zum Beispiel lassen sich die Kfz-Hebebühnen nicht absenken, wenn sich eine Person im Gefahrenbereich befindet. Davon profitieren Auszubildende und Lehrkräfte. Lediglich der Umgang mit Brennstoffen wird Herrn Berfahn verboten, bis dieser eine zweijährige Anfallsfreiheit nachweist. Denn dann ist nach neurologischer Beurteilung davon auszugehen, dass das Rezidivrisiko für einen epileptischen Anfall so gering ist wie bei einem gesunden Menschen.

Und die Frage der Aufsichtspflicht? Sind die Schüler gefährdet, wenn der Berufsschullehrer einen epileptischen Krampfanfall erleidet? Unmittelbare und konkrete Gefährdungen der jugendlichen und jungen erwachsenen Berufsschüler sind nicht vorstellbar. Dennoch muss die Berufsschule eine angemessene Aufsicht sicherstellen und sorgt generell vor für

- **Selbstgefährdungen**
Tod oder Verletzung durch rotierende Maschinenteile, Absturz, Hitze, Kälte, Verätzung, Fahr- und Steuerunfall usw.
- **Fremdgefährdungen** bei Pflege und Betreuung, Fahr- und Steuertätigkeiten, Personenbeförderung, Überwachungstätigkeiten
- **Risikobemessung:** Unfallrisiken, Grenzzrisiken, Restrisiken
- **Arbeitssicherheit:** Schutzkleidung, Maschinensicherheit, Absturzsicherung, Anfallsalarm (Sturzmelder)
- **Ökonomische Risiken**

den Fall, dass eine Lehrkraft kurzfristig ausfällt. Festgelegt wird, dass der Klassensprecher bei einem epileptischen Anfall des Lehrers Meldung bei der Schulleitung macht. Herr Berfahn leistet einen besonderen Beitrag, indem er seine Auszubildenden auf mögliche epileptische Anfälle vorbereiten möchte. Darüber hinaus werden Hinweistafeln zur Ersten Hilfe bei Epilepsie in den Klassenzimmern aufgehängt. Auch hier gilt: Nach zwei Jahren Anfallsfreiheit können diese besonderen Vorsichtsmaßnahmen entfallen, wenn der Neurologe eine günstige Anfallsprognose bescheinigt.

Die Schulleitung kommentierte das Ergebnis der gemeinsamen Betriebsbegehung mit den Worten „Wir beschulen hier auch epilepsiekranken Schüler – warum nicht auch einen epilepsiekranken Lehrer integrieren?“ Wohl wahr. Hätte der Arbeitsplatz erhalten werden können, wenn Herr Berfahn als Grundschullehrer oder als Kfz-Mechatroniker ohne Fahrtauglichkeit beschäftigt gewesen wäre? Wo verläuft die „rote Linie“?

Wie löst man kontroverse Standpunkte konstruktiv auf?

Die Berufsschule hat bei der Betriebsbegehung den interdisziplinären Dialog gesucht und genutzt. Nicht immer gelingen Fachdialoge so reibungslos. Denn die berufsgenossenschaftlichen Empfehlungen BGI 585 geben eine

grobe Orientierung, abschließende Antworten auf Fragen und Probleme der Einzelfallbeurteilung müssen im Betrieb „vor Ort“ gefunden werden. Je kontroverser die Standpunkte der beteiligten Experten, desto wichtiger ist eine gelingende Kommunikation. Wie gelingt es, kontroverse Standpunkte in gemeinsame, fachlich belastbare Entscheidungen zu überführen? Kommunikation gelingt nach Habermas dort gut, wo alle Gesprächspartner die gleiche Chance haben, den Diskurs durch Rede, Gegenrede, Frage und Antwort zu eröffnen. Ferner steht allen Beteiligten die Möglichkeit offen, Deutungen, Behauptungen und Empfehlungen aufzustellen und diese zu begründen und zu widerlegen. Schließlich müssen auch Gefühle, Wünsche und Hoffnungen zum Ausdruck gebracht werden können. Kommunikatives Handeln bezeichnet nach Habermas „diejenigen sozialen Interaktionen, für die der verständigungsorientierte Gebrauch der Sprache eine

handlungskoordinierende Rolle übernimmt.“³ Wenn sich die Gesprächspartner aktiv aufeinander einlassen, dann können sie ihre „jeweils verschiedenen hermeneutischen Ausgangslagen reflexiv überschreiten und zu intersubjektiv geteilten Auffassungen über eine strittige Sache gelangen. Das beschreibt Gadamer als ‚Horizontverschmelzung‘.“⁴ Durch die Mitberatung der Fachteams des Netzwerks Epilepsie und Arbeit bleiben mindestens zwei von drei krankheitsbedingt gefährdeten Arbeitsplätzen erhalten, darunter Schreiner, Haustechniker, Industriearbeiter, Staplerfahrer, Erzieherinnen und Altenpflegehelfer. Fazit: Der multidisziplinäre Fachdiskurs, die Anwendung der arbeitsmedizinischen Richtlinien BGI 585, die notwendigen Betriebsbegehungen sowie Gespräche mit Arbeitgebern und epilepsiekranken Arbeitnehmern wirken sich positiv auf die Weiterbeschäftigung aus. Das gilt ausdrücklich auch für Mitarbeitende, die nicht anfallsfrei sind.

Auch der Berufsschullehrer Frank Berfahn unterrichtet wieder. Das Netzwerk Epilepsie und Arbeit hat bereits in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland Fachteams aufgebaut – weitere Bundesländer folgen. Kontakt: Netzwerk Epilepsie und Arbeit, Seidlstraße 4, 80335 München, Telefon: 0 89-53 88 66 30, E-Mail: epilepsie-arbeit@im-muenchen.de, Internet: www.epilepsie-arbeit.de □

Peter Brodisch

1 Die Zahlen sind den Jahrbüchern der Deutschen Rentenversicherung entnommen, Zusammenstellungen durch Rupprecht Thorbecke, Medizinsoziologie am Epilepsiezentrum Bethel.

2 Santen / Seckinger 2005, S. 204, zitiert in Noack, M.: Soziale Dienstleistungen in Kooperationen, in *Blätter der Wohlfahrtspflege* 2/2011, S. 65

3 Habermas, J.: *Kommunikatives Handeln und detranszendentalisierte Vernunft*. Stuttgart 2001. S. 50.

4 Habermas, J.: *ebd.*, S. 35.

MBA Health Care Management

Akademie für Management in der Arbeitsmedizin in gemeinsamer Trägerschaft von VDBW und DGAUM

Der Master of Business Administration (MBA) ist der international anerkannte akademische Abschluss für Manager. Er ist einerseits eine zielführende Vorbereitung auf Managementaufgaben, andererseits ermöglicht er eine systematische Vertiefung bereits vorliegender Managementenerfahrungen. Der MBA-Studiengang Health Care Management ist für Betriebsärzte hervorragend geeignet, Managementkompetenzen zu erwerben. Dabei werden Wissen, Methoden und Qualifikationen für die Aufgaben als Manager im Gesundheitswesen vermittelt. Zielsetzung des Studiengangs ist es, die Doppelanforderung an Betriebsärzte, gleichzeitig „Arzt des Beschäftigten“ und „Berater der Unternehmen“ zu sein, basierend auf den erworbenen fachärztlichen Qualifikationen mit einem modular aufgebauten Fortbildungs- und Studien-

konzept zu bewältigen und Managementqualifikationen zu vermitteln. Die Teilnehmer sollen für die laufenden und anstehenden Veränderungen im Gesundheitswesen generell qualifiziert werden. Ihnen werden die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesundheitswesen, betrieblichem Gesundheitsschutz und Management vermittelt. Der Fokus liegt dabei auf marktwirtschaftlichen Strukturen und Berücksichtigung gesundheitspolitischer Neuausrichtungen. Inhalt und Aufbau des Studiengangs sind auf Erwartungen und Bedürfnisse von Führungskräften mit arbeitsmedizinischem Hintergrund zugeschnitten. Im Mittelpunkt stehen unternehmerisches Denken, Entscheiden und Handeln. Das Studienangebot richtet sich an arbeitsmedizinisch tätige Ärzte, die im VDBW oder in der DGAUM organi-

siert sind und sich an der Schnittstelle zwischen Management und Medizin weiter qualifizieren möchten. Zulassungsvoraussetzung ist ein abgeschlossenes Studium der Medizin und eine abgeschlossene Weiterbildung als Facharzt für Arbeitsmedizin oder als Arzt mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, sowie zweijährige berufliche Praxis und ausreichende Englischkenntnisse (TOEIC, TOEFL). Angeboten wird das Studium zunächst in Köln und Hamburg, beginnend ab Februar 2012. Grundsätzlich werden Kurse bundesweit dort durchgeführt, wo eine entsprechende Teilnehmergruppe zustande kommt. In jedem Semester findet eine Blockwoche direkt an der Hochschule Deggendorf statt. □

Weitere Infos: www.vdbw.de

Gefährdungsbeurteilungen nur für Sprengmeister?

Epilepsien sind häufig, ihre Ursachen vielfältig



Dr. Tobias Knieß
ist Oberarzt und Leiter
der Epilepsiestation
an der Neurologischen
Klinik Bad Neustadt



Epilepsie ist die dritthäufigste Erkrankung in der Neurologie im Erwachsenenalter. Zirka 5 % aller Menschen erleiden einmal im Leben einen epileptischen Anfall, ohne zwingend an einer Epilepsie zu erkranken. Es handelt sich um sogenannte provozierte epileptische Anfälle (Gelegenheitsanfälle). In der Regel ist eine antikonvulsive Therapie auf Grund eines zukünftig sicher vermeidbaren anfallsprovozierenden Auslösers nicht erforderlich. Zirka 1 % aller Menschen erkranken an einer Epilepsie nach einem zweiten, spontan aufgetretenen Anfallsereignis. Rund 800.000 Menschen in Deutschland leben mit der Diagnose Epilepsie.

Die Ursachen einer Epilepsie können vielfältig sein. Im Kindes- und Jugendalter finden sich als Ursache neben angeborenen Hirnsschädigungen zunehmend genetisch bedingte Störungen. Im höheren Lebensalter sind strukturelle Läsionen häufig, vor allem sind die Epilepsien nach Schädelhirntraumen, Hirntumoren, Hirnhautentzündungen oder Schlaganfällen anzuführen. Abzugrenzen von den Epilepsieursachen sind Anfall auslösende Faktoren, die sogenannten Provokationsfaktoren wie zum Beispiel massiver Schlafentzug, starker psychosozialer Stress, Infektionen, bestimmte Medikamente oder Drogenkonsum.

Die Fremdanamnese epileptischer Anfälle ist unerlässlich

Der Ablauf eines epileptischen Anfalls, zum Beispiel bei einer fokalen Epilepsie, ist interindividuell häufig sehr unterschiedlich. Die klinische Ausprägung der Anfälle ist bei gleicher Ursache also von einem Epilepsiepatienten zum An-

deren sehr variabel. Hingegen sind die Anfallsabläufe bei dem Betroffenen selbst meist sehr ähnlich oder monomorph.

Eine genaue fremdanamnestiche Anfallsbeschreibung zur Klassifikation des Anfallstyps und Diagnosestellung ist unerlässlich, da Epilepsiepatienten sehr häufig amnestische Lücken zum Ereignis haben. Insbesondere vor dem Hintergrund möglicher weitreichender sozial-, und arbeitsmedizinischen Folgen ist eine weitere Kategorisierung entsprechend der BGI 585 (Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie) zu empfehlen (Abbildung). Wichtige Faktoren zur Beurteilung der Anfallschwere sind hierbei vor allem, ob es im Anfall zu einem Sturz, unangemessenen Handlungen und / oder Bewusstseinsstörung bzw. Bewusstlosigkeit kommt (Tabelle).

Die Therapie umfasst auch sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte

Wird die Diagnose einer Epilepsie gestellt, wird in der Regel in einem ersten Schritt eine antikonvulsive Therapie mit Medikamenten eingeleitet. Es stehen eine Vielzahl, von nachweislich wirksamen Medikamenten, sogenannter Antiepileptika (AE) oder Antikonvulsiva, zur Verfügung. Bei der Auswahl sollte besonderes auf mögliche Langzeitnebenwirkungen, Nebenerkrankungen und andere Medikamente, aber auch auf das Geschlecht und das Alter geachtet werden. Häufig ist eine lebenslange Therapie erforderlich.

Neben einer pharmakologischen Therapie bedürfen Menschen, die an einer Epilepsie erkranken, meist zusätzlich einer ergänzenden sozial-, und arbeitsmedizinischen Unterstützung und Be-

„O“: erhaltenes Bewusstsein, erhaltene Haltungskontrolle und Handlungsfähigkeit

Kommentar: Anfälle ausschließlich mit Befindlichkeitsstörungen ohne arbeitsmedizinisch relevante Symptome; möglicherweise wird eine Handlung bewusst unterbrochen bis zum Ende der subjektiven Symptomatik

„A“: Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit bei erhaltenem Bewusstsein mit Haltungskontrolle

Kommentar: Anfälle mit Zucken, Versteifen oder Erschlaffen einzelner Muskelgruppen

„B“: Handlungsunterbrechung bei Bewusstseinsstörung mit Haltungskontrolle

Kommentar: plötzliches Innehalten, allenfalls Minimalbewegungen ohne Handlungscharakter

„C“: Handlungsunfähigkeit mit/ohne Bewusstseinsstörung bei Verlust der Haltungskontrolle

Kommentar: plötzlicher Sturz ohne Schutzreflexe, langsames in sich zusammensinken, Taumeln und Sturz mit Abstürzen

„D“: Unangemessene Handlungen bei Bewusstseinsstörung mit / ohne Haltungskontrolle

Kommentar: unkontrollierte komplexe Handlungen oder Bewegungen, meist ohne Situationsbezug

ratung. Die Diagnose einer Epilepsie hat in der Regel eine nachhaltige Auswirkung auf das Selbstbildnis (wie beispielsweise Krankheitsverarbeitung, Stigmatisierungserleben), das soziale Umfeld (z. B. Familie, Freunde, Hobbys) und das Erwerbsleben bei Berufstätigen. Besonders problematisch sind berufliche Tätigkeiten, die mit der Diagnose einer Epilepsie nicht mehr ausgeübt werden können. Dies sind vor allem Tätigkeiten, die eine über das alltägliche Maß hinausgehende Eigen- oder Fremdgefährdungen beinhalten, zum Beispiel ungesicherte Tätigkeiten mit Absturzgefahr auf Leitern, Gerüsten und Dächern, Fahr- und Steuerungstätigkeiten für Kraftfahrzeuge, Stapler, Baumaschinen sowie die Pflege und Betreuung beaufsichtigungspflichtiger Personen.

mal-Anfälle und wurde bei unauffälligem EEG und MRT mit 2 x 300 mg Valproinsäure (VPA) eingestellt. Trotz aller Bemühungen gelang es Herrn H. bis 2011 nicht, eine neue Arbeit zu finden. Seitdem lebt er von Harzt IV. 2011 habe er einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeit gestellt, worauf hin das Amt für Arbeit und Soziales den 47-jährigen im April 2011 an die Rehabilitationsklinik überwies. Ziel: Klärung der Gewährung von Leistungen zur psychosozialen Betreuung nach SGB II §16, Abs. 2, Nr. 3 und Bitte um „Überprüfung der Erkrankung G40.3 (Generalisierte Epilepsie) sowie Klärung der Erwerbsfähigkeit“.

Bis zur Reevaluation 2011 erwachte Herr H. am Morgen mit Muskelkater und körperlicher Erschöpfung und Abgeschlagenheit, die er sich nicht erklä-

Das 3-Tesla-MRT zeigte Läsionen im Gehirn

Herr H. zeigte neurologisch und internistisch einen unauffälligen Befund, psychiatrisch imponierte eine mittelgradig depressive Störung. In der epileptologischen Diagnostik fanden sich im 3-Tesla-MRT mit temporallappenangulierter Dünnschichtung vereinzelte kleine unspezifische gliöse Läsionen bihemisphärisch. Im Video-EEG-Monitoring konnte ein nächtlicher, von links temporal eingeleiteter automotorischer Anfall aufgezeichnet werden. In der orientierenden neuropsychologischen Diagnostik fanden sich keine pathologischen Auffälligkeiten.

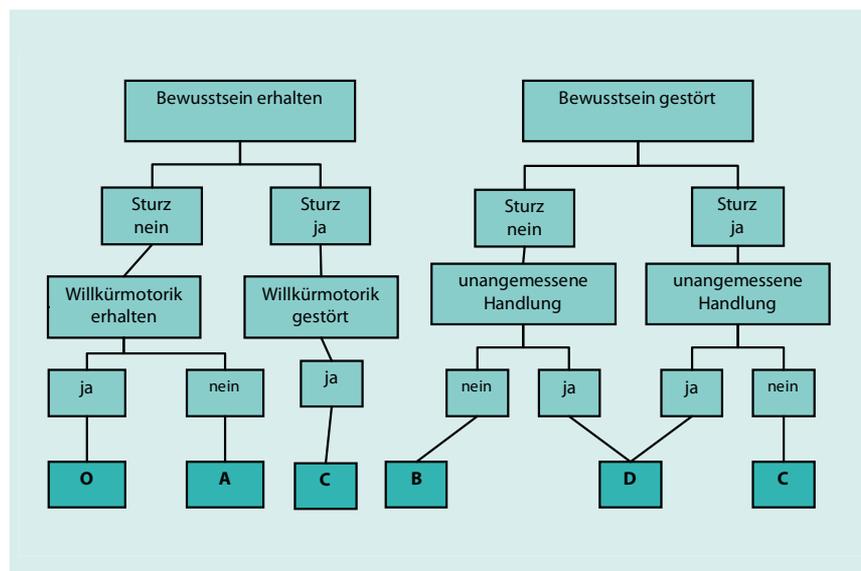
Es wurde die Diagnose einer Temporallappenepilepsie links mit automotorischen und bilateral konvulsiven Anfällen (Nomenklatur der ILAE 2009) gestellt. Entsprechend der BGI 585 lag der Anfallstyp „C“ vor. Die antikonvulsive Therapie wurde auf Levetiracetam (LEV) mit einer Zieldosis von 3000 mg umgestellt. Die zeitnahe Aufnahme einer stationären epileptologisch/neurologischen Rehabilitation zur Prüfung der Leistungsfähigkeit dringend empfohlen.

Die Rehabilitationsmaßnahme erbrachte Klarheit

Zu Beginn der siebenwöchigen epileptologischen Rehabilitation beklagte Hr. H. reduzierte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen. Seine physische und psychische Belastbarkeit sei sehr reduziert. Seit der Krankheit sei er sehr verunsichert und wisse nicht wie es beruflich weitergehen solle. Er würde gerne wieder finanziell unabhängig und selbständig sein.

Nach Absprache der Rehabilitationsziele erfolgte ein interdisziplinäres, integratives Therapiekonzept mit Physio- und Ergotherapie, physikalischen Anwendungen und eine störungsspezifische, erweiterte neuropsychologische Diagnostik und Therapie.

Es zeigten sich Defizite in den Aufmerksamkeits-, und Konzentrationsleistungen, sowie Einschränkungen im



Der vermeintlich „leichte“ Fall des Maklers

Herr H. stieg nach Abbruch seines Jura-Studiums als freier Mitarbeiter in das Maklerbüro seines Vaters ein, später war er als Makler bei einer Bauträgergesellschaft angestellt. Er pendelte täglich 300 km zu seinem Arbeitsplatz. Nach der Insolvenz seines Arbeitgebers 2007 litt Herr H. unter starken psychosozialen und finanziellen Belastungen. Er erlitt in seinem Krisenjahr 2007 innerhalb von zwei Monaten zwei Grand-

ren konnte. Seine Eltern berichten, dass er gelegentlich plötzlich starr vor sich hinblicke und nicht adäquat auf Ansprache reagiere. VPA wurde zwischenzeitlich auf 1250 mg aufdosiert. Es kam hierunter zu einem ausgeprägten Tremor und Gewichtszunahme über 5 kg. Seine Eltern nahmen Herrn H. nach dem Verlust des Arbeitsplatzes und der Trennung der Familie wieder zu sich. Wegen der emotionalen Belastungen wurde 2011 die Diagnose eines Burnout gestellt, eine ambulante Psychotherapie begonnen.

Gedächtnis bei Textverarbeitung. Es bestand zudem eine erhöhte Ablenkbarkeit durch externe Reize. Im Verlauf der Rehabilitation erfolgte eine 14-tägige, auf das bisherige Tätigkeitsfeld bezogene, berufliche Belastungserprobung am kooperierenden Berufsbildungswerk, mit überwiegend PC-Arbeit, mit vier Stunden pro Tag.

Teilhabe statt Rente

Herr H. blieb nach medikamentöser Umstellung über den gesamten Behandlungszeitraum anfallsfrei. Die körperliche und psychische Belastbarkeit war leicht eingeschränkt. Nach Belastungserprobung konnte eine maximale Belastbarkeit von vier Stunden mit erhöhtem Pausenbedarf festgestellt werden. Das positive Leistungsbild wurde mit einer Leistungsfähigkeit für drei bis sechs Stunden täglich, für leichte Arbeiten, bewertet. Im negativen Leistungsbild wurden neben den epilepsiespezifischen Einschränkungen (epileptologische Gefährdungsbeurteilung nach BGI 585 bei Anfällen der Kategorie „C“) Einschränkungen bei Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Publikumsverkehr, Konzentrationsleistungen, sowie körperlicher Ausdauer und Belastung festgestellt. Herr H. traute sich zum Zeitpunkt der Entlassung noch keine berufliche Tätigkeit zu. Mit dem Rehabilitationsberater der Deutschen Rentenversicherung wurde ein beruflicher Reintegrationsversuch in einem halben Jahr nach Stabilisierung beziehungsweise nach erneuter Rehabilitation, insbesondere der assoziierten depressiven leistungsmindernden Symptomatik, vereinbart. Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben und auf Anerkennung einer Schwerbehinderung wurde gestellt.

Der vermeintlich „schwierige“ Fall des Sprengmeisters

Herr G. hat Familie und ist Alleinernährer. Er arbeitet in einem Steinbruch. Dort steuert er große Tieflager (60 t), lenkt Abbruchbagger und übt regelmä-

ßig Sprengtätigkeiten aus. Auf Grund der hohen Belastung und überwiegenen Saisonarbeit (im Winter wird der Steinbruch geschlossen) beabsichtigt er eine berufliche Neuorientierung mit Wechsel des Arbeitgebers in einen Industriebetrieb in die 3-Schichtproduktion.



Der 37-jährige, kräftige und bisher völlig gesunde Hr. G. erlitt im September 2011 nach mäßigem Alkoholkonsum (zwei Bier) einen ersten fokal eingeleiteten, bilateral tonisch-klonischen Anfall. In der erweiterten Epilepsiediagnostik fanden sich eine parieto-okzipitale kortikale Dysplasie rechts mit korrelierendem pathologischem EEG mit erhöhter Epileptogenität. Es wurde die Diagnose einer strukturell bedingten Epilepsie mit erstmaligem bilateral konvulsiven Anfall (Nomenklatur der ILAE 2009) gestellt. Entsprechend der BGI 585 lag der Anfallstyp „C“ vor. Bei erhöhtem Anfallsrezidivrisiko erfolgte eine antikonvulsive Einstellung. Bei voller körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit bestand bei Herrn G. keine Indikation für eine stationäre medizinisch-epileptologische Rehabilitation.

Die Gefährdungsbeurteilung ergab, dass die Tätigkeit im Steinbruch in keinem Falle mehr ausgeübt werden kann, da eine erhebliche, über das alltägliche Ri-

siko hinausgehende, Eigen-, und Fremdgefährdung anzunehmen war. Ein Antrag auf Schwerbehinderung wurde über den in der Klinik ansässigen Sozialdienst gestellt. Mit einer Grad der Behinderung von 50–60 ist zu rechnen. Damit wird Herr G. der Zugang zum Integrationsamt ermöglicht. Zudem wird der besondere Kündigungsschutz wirksam. Von einer Kündigung beim bisherigen Arbeitgeber wurde dringend abgeraten. Eine Beratung durch die Epilepsieberatung Unterfranken, bzw. bei Gefahr des Verlusts der Erwerbsfähigkeit, die Aufnahme in das Projekt „Netzwerk Epilepsie und Arbeit“ (NEA), wurde angeregt. Herr G. besprach mit seinem Arbeitgeber und Betriebsarzt die Möglichkeiten einer innerbetrieblichen Umsetzung, die unter Berücksichtigung der Gefährdungsbeurteilung komplikationslos umgesetzt werden konnte.

Je früher die Rehabilitation, desto später die Rente

So heterogen wie die Ursachen einer Epilepsie, der assoziierten Anfälle und der individuelle Verlauf der Erkrankung, so vielfältig sind die sozialen und beruflichen Folgen. Wie oben dargestellt, muss ein Beruf mit geringem Gefahrenpotential (Makler) nicht zwingend mit geringen Problemen am Arbeitsplatz verbunden sein. Dagegen kann bei einer hohen Gefährdungslage (Sprengmeister) bei optimalen Begleitumständen die Erwerbsfähigkeit ohne größere Einschnitte erhalten bleiben.

Durch eine fehlende frühe optimierte Diagnostik, Therapie, Leistungs-, und Gefährdungsbeurteilung, sowie eine ungünstige interpersonelle Disposition, mit im Vordergrund stehendem Einbruch der sichernden sozialen Kontextfaktoren und Entwicklung einer leistungsmindernden Depression, kann sich eine schwierige berufliche Situation, mit Verlust der Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, entwickeln. Ziel sollte daher eine frühe, umfassende sozialmedizinische Beratung mit Einbindung von Betriebsärzten sein, um entsprechende Maßnahmen zur Arbeitsplatz-

sicherung einzuleiten. Zum Beispiel ist durch eine frühe epileptologisch orientierte Rehabilitationsmaßnahme, an Einrichtungen mit entsprechender Expertise, eine berufliche (Wieder-)Eingliederung zu erreichen. Es sollte mit den Betroffenen früh die Möglichkeit einer anerkannten Schwerbehinderung besprochen werden, um Dienste und Hilfen der Integrationsämter und der Integrationsfachdienste in Anspruch

nehmen zu können. Ohne anerkannte Schwerbehinderung können Betroffene Hilfen unter anderen der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzliche Unfallversicherung, die lokale Epilepsieberatungsstelle und dem „Netzwerk Epilepsie und Arbeit“ erhalten. Zur besseren medizinischen Einschätzung der Epilepsie sowie daraus möglicherweise resultierenden Einschränkungen und

Gefährdungspotentialen sollte generell für alle an Epilepsie erkrankten eine Gefährdungsbeurteilung erfolgen. Es wird damit für alle in der weiteren Beratung oder Behandlung involvierten Berufsgruppen eine objektive und nachvollziehbare Einschätzung bereit gestellt um dem Ziel des Erhalts der Erwerbsfähigkeit näher zu kommen. □

Dr. Tobias Knieß

Führungsstil mitverantwortlich für die Entstehung von Mobbing

Mobbing ist einer Studie von Organisationspsychologen der Freien Universität Berlin zufolge ein Gruppenphänomen. Wie Jens Eisermann und Elisabetta De Costanzo vom Arbeitsbereich Wirtschafts- und Sozialpsychologie der Universität erstmals empirisch belegten, beruht die Wahrnehmung von Mobbing nicht allein auf der subjektiven Einschätzung einzelner Personen; es tritt in betroffenen Abteilungen objektivierbar gehäuft auf.

Eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Mobbing spielt den weiteren Ergebnissen zufolge der Führungsstil von Vorgesetzten. So trete das Phänomen seltener in Abteilungen auf, in denen sich die Führungskräfte gesprächsbereit zeigten und Mitarbeitern bei den für sie relevanten Entscheidungen ein Mitspracherecht hätten. In diesen Abteilungen sei zudem die allgemeine Arbeitszufriedenheit höher.

Als unerwartet hoch erwies sich der Studie zufolge die Rate von Depression unter Mobbing-Betroffenen. So müsse von einem Anstieg der Chance für Depression um mehr als das Doppelte ausgegangen werden, wenn Mobbing vorliege, hieß es. Zwar könne auf der Basis dieses Zusammenhangs noch nicht auf eine Wirkrichtung von Mobbing zu Depression geschlossen werden, und es gebe weiteren Forschungsbedarf, beton-



ten die Autoren. Dennoch sei es ratsam, bei Anzeichen für Mobbing zu klären, ob Betroffene depressiv seien.

Für ihre Studie werteten die Wissenschaftler die Antworten von mehr als 4.300 Beschäftigten zweier Landesbehörden verschiedener Bundesländer aus einer Online-Befragung aus. Die Autoren verglichen für ihre Analyse jene beiden Verfahren, die im deutschsprachigen Raum bei der Erhebung im Zusammenhang mit Mobbing bevorzugt Verwendung finden. In einem der Verfahren werden Teilnehmer gemäß

der Methode des sogenannten „Leymann Inventory of Psychic Terrorization“ (LIPT) gefragt, welche unsozialen Verhaltensweisen sie gegenwärtig erleben. Im anderen Verfahren sollen sie angeben, ob sich als Mobbing-Opfer einstufen. Eine Auswertung nach der LIPT-Methode ergab, dass jeder fünfte Teilnehmer der Studie von Mobbing betroffen war. Dagegen bezeichneten sich lediglich vier Prozent als Mobbingopfer. Beim Vergleich der beiden Erhebungsmethoden erwies sich den Ergebnissen zufolge das LIPT-Verfahren als besser geeignet, um die Ursachen und möglichen Folgen von Mobbing zu erkennen. Die Selbsteinstufung allein schätzen die Autoren als weniger gut geeignet ein, sie könne jedoch einer zusätzliche Überprüfung dienen.

EU-weit sind nach Schätzungen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz etwa zwölf Millionen Menschen von Mobbing betroffen. Derzeit geht man davon aus, dass in Deutschland rund 1,5 Millionen Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz gemobbt werden.

Für Beschäftigte und Führungskräfte, die Rat oder Hilfe zum Thema Mobbing suchen, bietet die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) auf ihrer Website www.inqa.de eine Übersicht über bundesweite Beratungsstellen. □



Mit epileptischen Anfällen arbeiten

Selbstgefährdungen minimieren, Rechtssicherheit herstellen

Oft werden behandelnde Neurologen aufgefordert, Auskunft zu den beruflichen Möglichkeiten ihrer epilepsiekranken Patienten zu geben. Entsprechende Atteste können naturgemäß nur sehr global auf zu vermeidende Risikotätigkeiten hinweisen („Arbeiten an gefährlichen Maschinen sind zu vermeiden“). Globale Aussagen ohne Kenntnis der konkreten Arbeitssituation schränken die berufliche Situation oft mehr als nötig ein.

Wann sind globale Tätigkeitsverbote gefährlich?

Richtig wäre, wenn der Neurologe in erster Linie Aussagen über den Behandlungsstand, die Behandlungs- und Anfallsprognose und über die Art und Häufigkeit der Anfälle trifft. Auf dieser Grundlage kann dann von den beteiligten Fachkräften im Betrieb beurteilt werden, welche konkreten Tätigkeiten noch ausgeführt werden dürfen und welche nicht mehr. Im Betrieb prüfen in erster Linie die betrieblichen Funktionsträger wie Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit (gegebenenfalls mit Unterstützung von externen Beratern von Berufsgenossenschaften, Integrationsämtern und anderen), inwieweit der Mitarbeiter die Tätigkeit noch ausführen kann. Kommt es durch die Epilepsie zu problematischen Situationen am Arbeitsplatz, muss geprüft werden, ob der Mitarbeiter ggf. umgesetzt wird oder ob durch arbeitsgestalterische Maßnahmen die Risiken soweit reduziert werden können, dass nur noch ein akzeptables Restrisiko übrigbleibt.

Risiken können sich beispielsweise ergeben durch:

- offen rotierende Teile
- scharfe / schneidende Arbeitsmittel
- Arbeiten in Höhen über einem Meter ohne Absturzsicherung

- offene Elektrizität
- Fahr- und Steuertätigkeiten
- Arbeiten mit Gefahrstoffen

Wie werden Entscheidungen nachvollziehbar?

Welche Tätigkeiten durch den Mitarbeiter nicht mehr ausgeführt werden können, ergibt sich aus der genauen Analyse seiner Anfallsform und der Häufigkeit und deren Kombination mit den Tätigkeiten des Mitarbeiters und deren Gefährdungen. Immer wieder werden hierbei Entscheidungen zu beruflichen Einsetzbarkeit auf Grundlage von nicht nachvollziehbaren Gründen getroffen. Dabei ist vielen der in diesen Entscheidungsprozessen Beteiligten, wie den behandelnden Ärzten, Neurologen, den Betriebsärzten und den Fachkräften für Arbeitssicherheit das Vorgehen nach den berufsgenossenschaftlichen Informationen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit BGI 585 nicht bekannt, sodass Arbeitnehmer mit Epilepsie ihren Arbeitsplatz ungerechtfertigt verlieren.

Dabei führt das Bundessozialgericht in der Urteilsbegründung zu einer Klage über die Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung vom 12. 12. 2006 unmissverständlich aus: „Nur auf dieser Grundlage (gemeint sind die BGI 585, Anm. des Verf.) werden Feststellungen zur beruflichen Einsetzbarkeit eines Epilepsiekranken nachvollziehbar“. In der BGI 585 wird die Art der epileptischen Anfälle in eine Gefährdungskategorie eingeordnet und ins Verhältnis zur Art der Tätigkeit gesetzt. So lässt sich erkennen, ob mit einer bestimmten Art und Häufigkeit von Anfällen eine Tätigkeit möglich ist oder nicht. Kann der Arbeitnehmer seine Tätigkeit nicht mehr ausführen und ist eine andere Arbeit ist im

Gerhard Kreis ist als Diplom-Ingenieur und technischer Berater beim Integrationsamt in München beschäftigt



Unternehmen für ihn nicht verfügbar, wird er seinen Arbeitsplatz verlieren.

Wann muss das Integrationsamt beteiligt werden?

Ist der Arbeitnehmer mit Epilepsie als Schwerbehinderter anerkannt, muss der Arbeitgeber einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung beim Integrationsamt stellen, bevor er dem Mitarbeiter die Kündigung aussprechen darf. In diesem Kündigungsschutzverfahren prüft der Sachbearbeiter des Integrationsamts, ob der Mitarbeiter mit Epilepsie trotz seiner Anfälle seine Arbeit ausführen kann oder welche Maßnahmen zur Arbeitssicherheit durchgeführt werden müssen, damit der Arbeitsplatz erhalten bleiben kann oder ob gegebenenfalls eine Umsetzung innerhalb des Betriebes möglich ist. Hierbei werden die Kündigungssachbearbeiter durch die technischen Berater der Integrationsämter unterstützt. Die technischen Berater entwickeln zusammen mit dem betrieblichen Fachkräften für Arbeitssicherheit und den Betriebsärzten Maßnahmen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes und zur Arbeitssicherheit. Hierbei wird der Arbeitsplatz auf seine Arbeitssicherheit untersucht.

Wie kann die Sicherheit am Arbeitsplatz optimiert werden?

In einem Optimierungsprozess wird die Sicherheit am Arbeitsplatz soweit verbessert, bis das Restrisiko akzeptiert werden kann. Folgende Ansätze werden

dabei auf Notwendigkeit und Umsetzbarkeit mit den betrieblichen Fachleuten diskutiert:

- Gefahrenquelle beseitigen;
- Abschirmen vor der Gefahrenquelle;
- räumlich und zeitliche Trennung von der Gefahrenquelle;
- persönliche Schutzausrüstung;
- sicherheitsgerechtes Verhalten.

Gemeinsam werden Möglichkeiten entwickelt, die Risiken, wenn möglich, so weit zu reduzieren, dass der Mitarbeiter an seinem bisherigen Arbeitsplatz verbleiben kann. In keinem Lebensbereich ist es möglich, das Risiko auf Null zu reduzieren. Zu prüfen bleibt, ob das Risiko höher als das alltägliche Gefahren-

risiko ist und ob bestehende Risiken akzeptiert werden können, weil die Schadensfolgen nicht schwerwiegend und reversibel sind.

Eine zentrale Rolle im Prozess der Beurteilung der beruflichen Einsetzbarkeit eines Mitarbeiters mit Epilepsie kommt der Kenntnis der Vorgehensweise nach BGI 585 zu. Besonders die Betriebsärzte können als fachliche Instanz in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten mit dafür Sorge tragen, dass eine adäquate Beschreibung der Epilepsie als Grundlage für die Beurteilung zur Verfügung steht.

Handelt der im Betrieb für die Arbeitssicherheit Verantwortliche nicht grob

fahrlässig und wird die Einsetzbarkeit des Mitarbeiters mit Epilepsie im Rahmen der BGI 585 überprüft, können die Risiken minimiert und gegenüber dem Arbeitgeber also keine Haftungsansprüche geltend gemacht werden. Der Weiterbeschäftigung des epilepsiekranken Mitarbeiters steht dann nichts mehr im Wege.

Häufig stellt sich heraus, dass der epilepsiekranken Mitarbeiter trotz bestehender Anfälle an seinem Arbeitsplatz verbleiben kann oder an einen adäquaten anderen Arbeitsplatz umgesetzt werden kann. □

Gerhard Kreis

Passivrauch am Arbeitsplatz

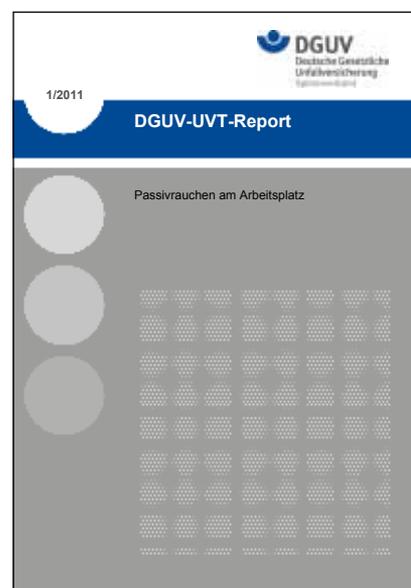
Die Belastung durch rauchende Kollegen kann so hoch sein wie bei einem Kneipenbesuch

Die öffentliche Diskussion um die Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen am Arbeitsplatz konzentriert sich vor allem auf die Beschäftigten in der Gastronomie. Dass es eine Vielzahl anderer, ähnlich oder ebenso stark belasteter Arbeitsbereiche gibt, die die gleiche Aufmerksamkeit verlangen, belegt ein neuer Report der Unfallversicherungsträger und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Er ist das Ergebnis einer Kooperation zwischen dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA), Vertretern der Berufsgenossenschaften und des Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA). Erstmals liegt damit eine umfassende Bestandsaufnahme zur Belastung durch Passivrauchen an Arbeitsplätzen in Deutschland vor.

Nichtraucherschutz, ob am Arbeitsplatz oder in der Freizeit, ist in aller Munde. Aus Sicht des Arbeitsschutzes fehlten bislang jedoch verlässliche Angaben über Vorkommen und Ausmaß von Tabakrauchexpositionen an Arbeitsplätzen. Mithilfe von Arbeitsplatzmessungen und auf der Basis von Modellrechnungen hat das Projektteam belastete

Arbeitsbereiche identifiziert und in vier Klassen eingestuft: Bereiche ohne Exposition, z. B. unter Tage, Bereiche, für die eine Exposition weitgehend auszuschließen ist, z. B. in der chemischen Industrie, Bereiche mit geringer Exposition, z. B. in Werkhallen mit technischer Lüftung und Bereiche mit Exposition, z. B. Fahrerkaabinen im gewerblichen Transportwesen. Die Expositionsberechnungen berücksichtigen neben der Grundfläche des Raumes und seinem Volumen den Luftwechsel im Raum, die Anzahl der rauchenden und nicht rauchenden Mitarbeiter, die Anzahl der Zigaretten pro Raucher und Stunde sowie die Dauer der Tabakrauchbelastung. Die berechneten Szenarien unterscheiden außerdem zwischen der Belastungssituation im Sommer und im Winter, da unterschiedliches Lüftungsverhalten zu erheblich veränderten Belastungswerten führen kann.

„Alle reden von Gaststätten und Diskotheken. Unsere Untersuchungen zeigen allerdings, dass zum Beispiel auch in einem Zweimannbüro, in dem ein Kollege raucht, vor allem in den Wintermonaten Tabakrauchkonzentrationen erreicht werden, die denen in einer Raucher-



kneipe in nichts nachstehen.“, sagt Professor Dr. Helmut Blome, Gefahrstoffexperte und Direktor des IFA. In Sachen Passivrauch gälte es folglich, den Blick zu weiten und für einen konsequenten Schutz an allen Arbeitsplätzen einzustehen, wie dies die DGUV fordert.

Der DGUV-UVT-Report „Passivrauchen am Arbeitsplatz“ ist auf <http://www.dguv.de> zu finden. □



Berufliche Integrationsprozesse wissenschaftlich begleiten und auswerten

Ein Ziel des Netzwerks Epilepsie und Arbeit

Die 25-jährige Erzieherin Sabine S. hat ihren Traumjob gefunden – in einem wohnortnahen Kindergarten macht ihr die Arbeit mit den Kindern und netten Kolleginnen sehr viel Spaß. Doch aufgrund von gehäuft aufgetretenen komplex-fokalen Anfällen, bei denen Frau S. das Bewusstsein verliert, stellt der Arbeitgeber die Frage, ob die junge Frau diese Tätigkeit noch weiter ausüben darf. Er weist auf das mögliche Risiko für die Kinder hin, falls Frau S. während der Arbeit einen Anfall erleidet. Für diese Fälle bietet das Netzwerk Epilepsie und Arbeit (NEA) seine Unterstützung an, indem es den intensiven Dialog mit den Betroffenen und Experten sucht.

Um die medizinische Prognose von Frau S. besser einschätzen zu können, fordert das NEA-Team – unter Einhaltung der Schweigepflicht – einen Befundbericht vom behandelnden Neurologen von Frau S. an. Aus diesem werden medizinische

Daten wie etwa die genaue Anfallsphänomenologie sowie das Datum des letzten Anfalls ersichtlich. Die Anfälle treten etwa alle acht Wochen mit einer Dauer von zirka zwei Minuten auf. Frau S. ist währenddessen ohne Bewusstsein, aber nach dem Anfall sofort wieder ansprechbar und orientiert.

Zur weiteren Beurteilung der arbeitsmedizinischen Relevanz der Anfälle zieht das NEA-Team die BGI 585 heran, nach der die komplex-fokalen Anfälle in diesem Fall der Gefährdungskategorie „C“ zugeordnet werden, da es während eines Anfalls zu einer Störung des Bewusstseins und sehr selten zum Sturz kommt. Die aktuelle berufliche Tätigkeit von Frau S. ist in der BGI 585 als staatlich anerkannte Erzieherin (Hinweistafel 14) beschrieben; so ist bei einer mittleren Anfallshäufigkeit von bis zu elf Anfällen pro Jahr und der Gefährdungskategorie „C“ die Tätigkeit „möglich in der Mehrzahl der Fälle“.

Die Soziologin und Humanbiologin Dr. Martina Eller ist Projektmitarbeiterin beim Netzwerk Epilepsie und Arbeit in München.



Nach Sichtung der Materialien und Vorgesprächen mit den relevanten Personen begutachtet der zuständige Betriebsarzt sowie ein Mitarbeiter des Netzwerks Epilepsie und Arbeit den Arbeitsplatz bei einer Betriebsbegehung eingehend: Frau S. betreut die drei- bis sechsjährigen Kinder in der Regel nicht alleine. Da der Kindergarten mehrere Gruppen beherbergt, sind auch in den Nebenräumen Kolleginnen anwesend und damit in Hör- und Rufnähe. Nur im Früh- oder Spätdienst ist Frau S. mit den Kindern alleine in einem Gruppenraum und für alle Kinder verantwortlich. Weiters gestaltet die Betroffene regelmäßig die Turnstunden im Bewegungsraum zusammen mit einer Kollegin.

Die alleinige Betreuung der Kinder im Früh- und Spätdienst sowie die Hilfestellung bei Übungen an der Sprossenwand in den Turnstunden schließt die Betriebsärztin aufgrund einer möglichen Fremdgefährdung in ihrem Gutachten aus. Falls jedoch keine weiteren Anfallsereignisse vorkommen, kann Frau S. diese vorerst ausgeschlossenen Tätigkeiten nach einer zweijährigen Beobachtungszeit wieder aufnehmen. Einer Weiterführung der anderen Tätigkeiten steht nichts im Wege, da durch die überwiegende Anwesenheit von Kolleginnen – unmittelbar anwesend oder in Rufnähe – keine anfallsbedingten Gefährdungen der Kinder ermittelt werden konnten.

Zusätzlich informiert ein Mitarbeiter des NEA-Teams im Rahmen eines runden



Darf eine Erzieherin nach gehäuft aufgetretenen komplex-fokalen Anfällen ihre Tätigkeit noch weiter ausüben?

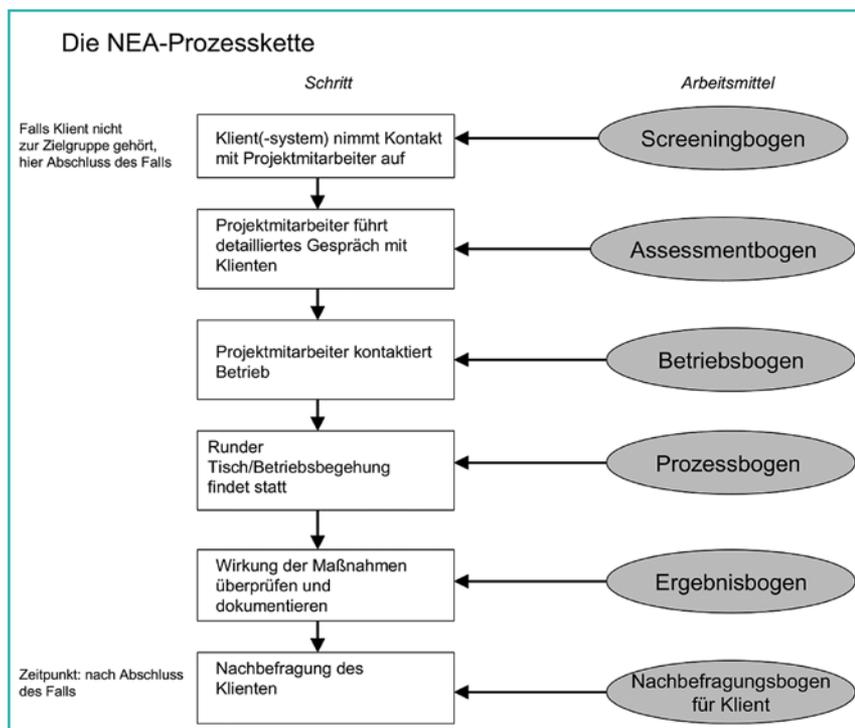
Tisches zwei direkte Kolleginnen und die Kindergartenleitung über die Krankheit Epilepsie und entsprechende Notfallmaßnahmen.

Wie an dem oben dargestellten Fallbeispiel gezeigt, fördert das Netzwerk Epilepsie und Arbeit eine einzelfallbezogene und praxisnahe Herangehensweise bei der Beurteilung von Arbeitsplätzen. Der Einbezug der berufsgenossenschaftlichen Informationen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen unterstützen den Erhalt von prekären Arbeitsverhältnissen.

Wie kommt es vom Einzelfall zu Gesamtaussagen über die Zielgruppe?

In dem Projekt werden sowohl der Praxisbezug als auch die Wissenschaftlichkeit großgeschrieben. Über hinderliche bzw. förderliche Variablen für den Erhalt von Beschäftigungsverhältnissen von epilepsiekranken Arbeitnehmern gibt es im deutschsprachigen Raum bislang keine Daten. Mithilfe von eigens für das Projekt entwickelten, standardisierten Instrumenten sollen Analysen ermöglicht werden, die Aussagen über besonders gefährdete Gruppen innerhalb der Klientengruppe zulassen. Diese Instrumente beinhalten Fragebogenreihen, die vom ersten Kontakt mit dem Klienten bis hin zum Abschlussgespräch eingesetzt werden.¹ Das standardisierte Vorgehen orientiert sich dabei modellhaft an den Prozessschritten eines Case Managements, indem alle Phasen vom Screening des Klienten über das Assessment, die Planung und Vernetzung bis hin zur Evaluation des Falles in die Praxis umgesetzt und dokumentiert werden (**Abbildung**).

¹ Die datenschutzrechtlichen Erfordernisse sind mit dem Datenschutzbeauftragten der Inneren Mission München abgestimmt. Die Befragten werden mit Hilfe eines standardisierten Informationsschreibens über das Projekt unterrichtet; mit ihrer Unterschrift auf der Einwilligungserklärung bestätigen sie die Teilnahme am Projekt.



Prozesskette für die NEA-Dokumentation

Auch im Fall von Sabine S. ist man in standardisierter Weise instrumentengestützt vorgegangen: Ein Projektmitarbeiter prüfte beim ersten Kontakt mit Sabine S. mithilfe des Screeningbogens, ob sie überhaupt zur projektrelevanten Zielgruppe gehört (erwerbstätig und an Epilepsie erkrankt?); bei einem detaillierten Gespräch wurden im Rahmen des Assessmentbogens eine Fülle von relevanten Daten über die Erkrankung sowie die Arbeitssituation von Frau S. erhoben. Die Datenerhebung erfolgt natürlich immer im Einverständnis mit dem Klienten und unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Prozessspezifische Faktoren wie etwa die Betriebsbegehung, der runde Tisch und der Kontakt mit dem Neurologen von Frau S. wurden vom Projektteam ebenfalls in den Daten festgehalten. Betriebsspezifische Faktoren (beispielsweise die Größe des Betriebs) werden in dem Betriebsbogen erfasst. Zum Zwecke der Evaluation wird zum Abschluss des Falles ein Ergebnisbogen ausgefüllt, der als wichtigstes Outcome festhält, ob der Arbeitsplatz erhalten werden konnte (wie es bei Sabine S. erfreulicherweise der Fall ist) bzw. in

welcher anderen Situation sich der Klient befindet. Falls er arbeitslos ist oder Rente bezieht, wird dies ebenfalls vermerkt. In einer schriftlichen Nachbefragung wurde Frau S. zusätzlich über die Zufriedenheit mit der momentanen Arbeitsplatzsituation sowie die Zufriedenheit mit der beruflichen Begleitung befragt.

Die Daten werden in Form von gedruckten oder elektronischen Fragebögen von den bundesweit tätigen Fachteams gesammelt und an das Projektteam in München verschickt, das zum Projektende im Frühjahr 2013 hin alle Daten auswertet und die Ergebnisse publiziert.

Auf diese Weise lassen sich aussagekräftige Angaben über die Versorgung von epilepsiekranken Arbeitnehmern machen. Besonders gefährdete Gruppen innerhalb der projektrelevanten Zielgruppe können identifiziert und auf Versorgungsmängel aufmerksam gemacht werden. So profitieren langfristig alle epilepsiekranken Arbeitnehmer im gesamten Bundesgebiet – und Arbeitsplätze wie der von Sabine S. bleiben erhalten. □

Dr. Martina Eller

Stressmedizin

Im Oktober und Dezember 2011 fand erstmalig eine curriculäre Fortbildung zur Stressmedizin mit dem Titel *Diagnostik und Therapie stressbedingter Erkrankungen* statt, ausgerichtet von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Die Kursleitung hatte Herr Dr. Weniger, Oberarzt der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie, Leiter der Abteilung für Psychokardiologie, Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH in Gelsenkirchen. Alleine der Ankündigungsflyer hatte mich schon neugierig gemacht, da er einen kompletten Überblick über den derzeitigen Stand der Stressmedizin versprach. Es begann mit dem Thema:

- Was ist Stress?
- Wie wirkt Stress auf den Körper und das Verhalten?
- Stress und HNO-Erkrankungen
- Stress und Erkrankungen in der Orthopädie
- Psychiatrische Diagnostik und Therapie
- Psychosomatik
- Gesprächsführung
- Körperliche und psychologische Diagnostik
- Entspannungsverfahren
- Sport
- Entscheidungsfindung in belasteten Situationen
- Selbstorganisation bis hin zum
- Stressmanagement im Führungsprozess

Es waren fast durchweg erstklassige Referenten und Referentinnen eingeladen worden, die interessant und kurzweilig die verschiedenen Aspekte darstellten. Einleuchtend fand ich das Erklärungsmodell von Dr. Weniger, dass unsere Reaktionen nach wie vor wie in der Steinzeit ablaufen. Kommt der Säbelzahn tiger, dann müssen wir in kürzester Zeit von Null auf Hundert sein. Dies erlangen wir

durch Adrenalin mit einer Halbwertszeit (HWZ) von drei Minuten. Darunter sind wir in der Lage zum Angriff oder zur Flucht. Unsere Schmerzempfindlichkeit wird herabgesetzt oder, da Fressfeinde bewegte Objekte eher wahrnehmen, wir nutzen die Möglichkeit des Totstellens. So kann auch der Blackout in Prüfungssituationen erklärt werden. Wenn wir dann den Tiger erlegt haben, können wir aber nicht wieder völlig ruhig werden, da ja eventuell andere Mitglieder des Rudels noch in der Nähe sind. Hierzu benötigen wir Cortisol mit einer HWZ von 8 bis 12 Stunden, was unseren Fokus eingrenzt, damit wir nur noch die Bedrohung wahrnehmen.

Das war eine sehr sinnvolle Regelung in der Steinzeit, aber in der heutigen Zeit, wo eventuell unser Chef der Tiger ist, der auch noch mehrfach am Tage vorbei kommt, belastet uns das sehr. Wir können das Cortisol nicht mehr abbauen, weshalb es uns beispielsweise am Schlafen in der Nacht hindert. Das Hormon DHEA sorgt dann in der Entspannungsphase wieder dafür, dass wir zur Ruhe kommen. BDNF, ebenfalls ein Stresshormon, wird durch Sport vermehrt produziert, hat eine zentrale Wirkung aufs Gehirn und baut dort z. B. Adrenalin ab, weshalb Sport einen effektiven Stressminderer darstellt. DHEA wird aber im Alter weniger produziert, weshalb wir im Alter auch immer weniger mit Stress umgehen können. Unsere „inneren Antreiber“ machen uns dann noch zusätzlich Stress. Dabei ist ein gewisses Stresslevel für ein Optimum an Leistung notwendig. Dr. Christoph Haurand, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie, Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH, Gelsenkirchen, referierte über die Folgen fürs Herz. Er berichtete, dass unter anderem eine Depression als unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung von Arteriosklerose identifiziert wurde. In einem zweiten Vortrag sprach er dann über die Möglichkeiten der

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



Stress-Diagnostik. Dr. Weniger übernahm den Part der psychologischen Diagnostik.

PD Dr. Christian Jakobeit, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden, stellte den Zusammenhang zwischen Stress und Magen-Darm-Erkrankungen dar. Stress reduziert unter anderem die Anzahl der Milchsäurebakterien und verändert dadurch auch die Zusammensetzung der Darmflora, was wiederum ein Risiko für Reizdarmerkrankungen darstellt. Patienten mit Reizdarmsyndrom würde er beispielsweise fragen, wann sie zuletzt ein erfreuliches Ereignis gehabt hätten und ob sie in der Zeit auch unter Verdauungsproblemen gelitten hätten. Patienten mit einer Reizdarmsymptomatik hätten nämlich in der Zeit keine Beschwerden.

Dr. Heiko Ullrich, Chefarzt der Psychiatrie am Kreisklinikum Siegen gGmbH, bereitete das Thema Diagnostik und Therapie der Depression auf. Die unipolare Depression ist weltweit der häufigste Grund für Erwerbsunfähigkeit. Die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen ist 2010 in 27 Ländern der EU um 30% angestiegen.

Herr Driesch aus Münster erklärte sehr anschaulich, wie die verschiedenen Patiententypen (der gesunde, der neurotische, der strukturelle und der traumatisierte Patient) mit dem eingetretenen Stress umgehen. Jeder dieser Typen nimmt den Stress wahr, muss ihn abwehren und bewältigen. Eine Stressbewältigung auf hochadaptivem Niveau kann auf fünf verschiedene Arten vonstatten gehen:

1. Affiliation – aktive Suche nach Unterstützung durch Dritte und Hilfe auch annehmen können
2. Altruistische Abtretung – trotz Stress wird auf die Bedürfnisse Dritter (Ehemann, Kinder) geachtet
3. Humor – Überwinden von Unzulänglichkeiten

4. Selbstbehauptung – nicht mit untergehen und dennoch auf sich achten können

5. Sublimation – Stress in Kreativität ummünzen, indem man beispielsweise nachts anfängt zu malen

Ein gesunder Patient kann sich in den anderen Menschen hinein versetzen. Ein neurotischer Patient kann sich nicht abgrenzen. Die Stressbewältigung erfolgt bei ihm auf leicht verzerrtem Niveau. Sich als Arzt in diese neurotische Welt hinein zu versetzen ist sehr schwierig, da die Welt nicht real ist. Die Patienten haben aber ein Bedürfnis verstanden zu werden.

- Der strukturell gestörte Patient hat emotional wenige Reaktionsmöglichkeiten die unabhängig vom IQ sind, da sie ein gestörtes Selbst haben.
- Der traumatisierte Patient wurde dagegen als Erwachsener singulär traumatisiert und hat das Trauma unverarbeitet abgespeichert.

Es war hoch interessant, die verschiedenen Patiententypen und ihre Reaktionsmuster und -fähigkeiten auf eine so anschauliche Art und Weise näher gebracht zu bekommen.

PD Dr. rer. nat. Ralf Demmel führte uns in die motivierende Interviewtechnik ein. Der Patient wird dabei abgeholt, wo er steht. Dr. Demmel sprach von der „Hebammentechik“ – etwas heraus holen und nichts hinein geben und immer auch die Wertschätzung zum Ausdruck bringen. Was der Patient sagt, wird vom Arzt kurz zusammengefasst. Insgesamt soll der Patient mehr reden als der Arzt und sich selber überzeugen. Er wies darauf hin, dass Narzisten schnell und schlecht über andere reden, weshalb man sie nicht auch noch zusätzlich loben sollte. Da wäre es besser, wenn man sagen würde: „Da habe ich sie unterschätzt“.

Dr. Weniger berichtete über mögliche Entspannungsverfahren und den Einsatz der Herzratenvariabilität in der Stressme-

dizin. Dr. Juliane Vollmer-Haase, Oberärztin der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Knappschafts-Krankenhaus Recklinghausen, führte dann in die gesundheitsorientierte Gesprächsführung ein. Man stützt sich dabei auf die vier Beziehungsmuster: unverbindliche und suchende Beziehung, die Consulting-Beziehung und die Expertenbeziehung. Bei Kontakt mit einem Patienten sollte man sich fragen, ob es sich um ein Problem oder eine Einschränkung handelt und in welchem Beziehungsmuster man zu dem Patienten steht, um das weitere Vorgehen festzulegen.

Dies ist insgesamt nur ein kleiner Auszug aus dem umfangreichen Wissen, was uns in den vier Tagen in Gelsenkirchen in sehr angenehmer Atmosphäre vermittelt wurde. Ich kann jedem uneingeschränkt die Teilnahme empfehlen, wenn das Seminar erneut stattfinden wird. □

Dr. Monika Stichert

52. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.

Vom 14. bis 17. März 2012 findet in Göttingen der DGAUM-Kongress statt. Im akademisch und studentisch geprägten Umfeld der traditionsreichen Universitätsstadt wird die Tagung der kurzen Wege, bei der die Fußgängerzone in der Innenstadt und der Bahnhof vom Tagungsgebäude aus innerhalb von zehn Minuten zu Fuß zu erreichen sind, ein hervorragendes Ambiente bieten.

Hauptthemen der Tagung richten den Blick auf die großen Forschungsaufgaben der kommenden Jahre vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Deutschland und Europa. Allergien in Beruf und Umwelt bedrohen auch bei optimierter Gruppenprävention die Gesundheit vieler einzelner Beschäftigter und machen eine maßgeschneiderte individualisierte arbeitsmedizinische und umweltmedizinische Betreuung erforderlich. Auch die allergischen Atemwegserkrankungen, welche viele Menschen zur vorzeitigen Berufsaufgabe zwingen, stehen im Fokus der Vortrags- und Posterveranstaltungen.

Neben der Prävention ist die medizinische und berufliche Rehabilitation eine zentrale Aufgabe der Arbeitsmedizin der Zukunft. Der Nachwuchs- und Fachkräftemangel wird die Unternehmen und die gesetzliche Sozialversicherung zwingen, ihr Augenmerk stärker als bisher auf den Erhalt

und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erkrankter und unfallgeschädigter Leistungsträger zu richten.

Viele weitere Themengebiete der Arbeitsmedizin und der Umweltmedizin werden das Spektrum der Tagung abrunden, darunter Berufsdermatosen, Betriebsallergien, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Allergische Atemwegserkrankungen, Gefahrstoffe und Biomonitoring, Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung, Psychomentele Belastungen am Arbeitsplatz, Gesundheitsförderung und Prävention, Arbeitsorganisation, Arbeitspsychologie oder Ergonomie.

Im Jahr 2012 feiert die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) ihr 50-jähriges Bestehen. Anlässlich der Jubiläumsveranstaltung blickt sie zurück auf Jahrzehnte intensiver und erfolgreicher Arbeit, in denen die Kenntnisse über die Ursachen und Auswirkungen arbeits- und umweltbedingter Gesundheitsstörungen auf ein international beachtetes wissenschaftliches Fundament gestellt werden konnten. □



Weitere Infos: www.dgaum.de

Aktuelle nichtinterventionelle Studie zur Initial- und Add-on-Therapie bei Asthma

Leukotrienrezeptor-Antagonisten zeigten unter Real-life-Bedingungen Äquivalenz zur Leitlinien-konformen Vergleichstherapie

Unter Praxisbedingungen war bei Ersteinstellung von erwachsenen Asthmatikern auf eine Controller-Therapie ein Leukotrienrezeptor-Antagonist (LTRA) einem inhalativen Steroid (ICS) äquivalent: Beide Therapieoptionen zeigten in einer unabhängigen nicht-interventionellen Studie unter Alltagsbedingungen nach zwei Monaten keine Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualitäts-Verbesserung sowie verschiedener sekundärer Zielparameter. In einer zweiten Real-life-Studie bei bereits vorbehandelten Asthmatikern verbesserte die Zugabe von Montelukast zu einem inhalativen Steroid unter Praxisbedingungen die Lebensqualität ebenso wie eine Kombination von einem langwirksamen Beta₂-Agonisten und einem ICS.

Ziel dieser Studien war die Prüfung der Effektivität eines LTRA als Controller bei erwachsenen Asthmatikern unter Alltagsbedingungen im Vergleich zu den in Leitlinien empfohlenen Therapieoptionen. Beide Studien wurden von einem britischen Forscherteam unter Leitung von Prof. David Price, Aberdeen, in 53 britischen Hausarztpraxen durchgeführt und aktuell im New England Journal of Medicine publiziert.¹

In der ersten Studie erhielten Patienten, bei denen nach dem Urteil ihrer behandelnden Ärzte die Einleitung einer Controller-Therapie indiziert war, entweder einen LTRA (n = 148) oder ein ICS (n = 158). Bezüglich des primären Endpunktes, Verbesserung des durchschnittlichen Gesamtscores erhoben mittels Fragebogen zur asthmaspezifischen Lebensqualität (MiniAQLQ, Mini Asthma Quality of Life Questionnaire), erwiesen sich beide Therapieformen nach zwei Monaten Therapie als äquivalent, nicht jedoch nach zwei Jahren. Bei

den sekundären Messparametern zur Beurteilung der auf Rhinokonjunktivitis bezogenen Lebensqualität, der Asthmakontrolle und der Häufigkeit von Asthma-Exazerbationen ergaben sich nach zwei Monaten wie auch nach zwei Jahren keine signifikanten Unterschiede. Die bedarfsmäßige Anwendung von Bronchodilatoren nahm während des zweijährigen Studienzeitraums in einem vergleichbaren Ausmaß ab.

In der zweiten Studie wurde die Zugabe eines LTRA (n = 170) oder eines langwirksamen Beta₂-Agonisten (LABA, n = 182) bei Asthmapatienten, die unter einem inhalativen Steroid eine Intensivierung der Therapie benötigten, verglichen. Auch in dieser Studie erwiesen sich beide Therapieoptionen bezüglich des primären Endpunktes, MiniAQLQ nach zwei Monaten als gleichwertig, nicht jedoch nach zwei Jahren. Die sekundären Endpunkte zeigten in beiden Gruppen keine Unterschiede, sowohl nach zwei Monaten als auch nach zwei Jahren – mit einer Ausnahme: Im Rhinitis-Score MiniRQLQ (Mini Rhinokonjunktivitis Quality of Life Questionnaire) nach zwei Monaten schnitten die Patienten der LTRA-Gruppe signifikant besser ab als die der LABA-Gruppe.

Therapieadhärenz ein wichtiger Einflussfaktor

Nach Ansicht der Autoren wurden die Ergebnisse nicht zuletzt durch den Unterschied in der Therapie-Adhärenz beeinflusst: In der Monotherapie-Studie lag die Adhärenz bei 65 Prozent in der LTRA-Gruppe versus 41 Prozent in der ICS-Gruppe (n.s.), in der Kombinationstherapie-Studie betrug der Unter-

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

Dr. med. O. Erens (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 GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

schied in der Adhärenz 74 Prozent für die LTRA-Gruppe versus 46 Prozent in der LABA-Gruppe (p = 0,007). Darüberhinaus gibt es noch weitere Gründe für die guten Ergebnisse der LTRA-Therapie im Real-life-Setting: Bei Patienten, die in kontrollierte Studien eingeschlossen werden, handelt es sich um ein stark selektiertes Kollektiv. Bei Asthmastudien führen die Ein- und Ausschlusskriterien nach Schätzungen zum Ausschluss von etwa 95 Prozent der Patienten. Die Einbeziehung eines heterogenen Patientengutes, spiegelt jedoch die Bedingungen der täglichen Praxis wider. Die Ergebnisse von Studien unter Praxisbedingungen sollten deshalb nach Meinung der Autoren neben klinischen Studien bei der Behandlung von Asthmapatienten ebenfalls berücksichtigt werden. □

MSD Sharp & Dohme GmbH

Quelle:

¹ Price D. et al.: Leukotriene Antagonists as First-Line or Add-on Asthma-Controller Therapy. *NEJM* 2011; 364: 1695–707