

## Editorial

# Boreout

## Die andere Bürokrankheit

Das Meinungsforschungsinstitut Forsa befragte im vergangenen Jahr mehr als 1.000 Erwerbstätige zu ihren Anforderungen im Beruf. Fühlen sich Erwerbstätige richtig eingesetzt? Sehen sie sich eher über- oder unterfordert? Zudem wurden die Betroffenen nach den Gründen ihrer Über- oder Unterforderung gefragt und sie gaben Auskunft, wie sie mit dieser Situation umgehen.

Bemerkenswert sind die jetzt veröffentlichten Ergebnisse: Neben der „allgegenwärtigen“ Überforderung – Burnout ist ja inzwischen fast zur Modekrankheit geworden – gaben elf Prozent der Arbeitnehmer an, unterfordert zu sein. Damit ist diese Gruppe exakt gleich groß wie die der Überforderten. In Summe fühlt sich also jeder fünfte Erwerbstätige im Job fehl am Platz!

Unterforderte leiden unter anspruchlosen Aufgaben (53 Prozent), zu wenig Verantwortung (48 Prozent) und zu wenig Abwechslung (37 Prozent). Dagegen ist der häufigste Grund für Überforderung das Arbeitspensum (73 Prozent). Darauf folgen zu viel Verantwortung (35 Prozent) und zu wenig Routine (30 Prozent).

Analog zum Burnout geht beim Boreout durch dauerhafte Fehlbelastung das lustbetonte Gefühl des völligen Aufgehens in einer Tätigkeit – der sogenannte Flow – verloren. Mögliche Folgeerscheinungen der Unterforderung sind Müdigkeit, Lustlosigkeit, Gereiztheit und Frustration bis hin zu Anzeichen einer krankhaften Depression. Boreout ist aber nicht etwa nur eine höfliche Umschreibung für Faulheit, denn die Betroffenen möchten arbeiten, suchen Herausforderung und Anerkennung. Allerdings werden sie faul gemacht, etwa weil die Vorgesetzten ihnen keine oder nur langweilige Aufgaben übertragen. – Anders gesagt: „Gute“ Betriebe inspirieren ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erkennen deren Potential, „schlechte“



## Inhalt

### Editorial

Boreout	
Die andere Bürokrankheit	<b>33</b>

### Praxis

Wind of Change – Von der Pathogenese zur Salutogenese	<b>34</b>
Prävention psychischer Beschwerden in Betrieben: Welchen Beitrag kann Coaching leisten?	<b>36</b>
Genderaspekte im Arbeitsschutz	<b>38</b>
Abrechnung betriebsärztliche Leistungen nach der GOÄ	<b>40</b>
Reisemedizinischen Fachtagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e.V.	<b>42</b>
Erfolgsfaktor Arbeitsschutz? Ja!	<b>44</b>
Das Werks- und Betriebsarztverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Schwaben	<b>45</b>
Arbeitsmedizin 2.11	<b>47</b>

### Industrieinformationen

Therapieziel Remission für immer mehr Patienten erreichbar	<b>48</b>
---	-----------

### Impressum

**48**

Arbeitgeber schauen nur auf ihre Kennzahlen und treiben die Leute in Boreout oder Burnout.

Auch die Arbeitsmedizin muss sich mit Boreout befassen. Der Betriebsarzt hat unter anderem die Aufgabe, den Arbeitnehmer anzuleiten, das Zepter möglichst früh selbst in die Hand zu nehmen. Vertrauensvolle Gespräche des Arbeitsmediziners mit den Betroffenen sind wichtig, aber auch die Erkenntnis, dass Arbeit nicht nur nicht krank machen kann, sondern dass sie auch gesund erhalten oder sogar gesund machen kann, wenn sie „gute Arbeit“ ist, das heißt, wenn der/die Richtige am richtigen Arbeitsplatz mit inspirierenden Aufgaben betraut ist.

Noch steckt die Boreout-Forschung in den Kinderschuhen. Nicht zuletzt deshalb müssen Betriebsmediziner für die Symptome der krankhaften Unterforderung sensibilisiert werden. Dies um so mehr, als sich Boreout-Betroffene häufig gar nicht trauen, Hilfe zu suchen. Das mag daran liegen, dass es einfacher ist, ein Burnout durch Überforderung einzugestehen, als zu bekennen, dass man nichts zu tun hat.

Dr. med. Oliver Erens

# Wind of Change – Von der Pathogenese zur Salutogenese



Dr. Ulrike Hein-Rusinek  
Fachärztin  
für Innere Medizin,  
Betriebsmedizin  
und Notfallmedizin.  
Referentin beim  
DGB Bildungswerk

Moderne Arbeitsmedizin entwickelt die Idee des klassischen Arbeitsschutzes weiter zur aktiven Gesundheitsförderung und Gesundheitsentwicklung am Arbeitsplatz, nicht mehr nur arbeiten ohne Gesundheitsgefahr, sondern gesund arbeiten. Arbeit als gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Aktivität. Dieses Ziel kann nur nachhaltig in Kooperation mit dem Betriebsrat erreicht werden. Der Betriebsrat erweitert sein Aufgabenfeld, indem er zu seinen klassischen Aufgaben der Mitbestimmung die Initiativpflicht zur Prävention hinzunimmt.

Der Betriebsarzt ist nicht mehr nur ein „Onkel Doktor“ (oder eine „Tante Doktor“) für die Beschäftigten, Sicherheitsschuhe empfehlend und Daumen verbindend, die versehentlich vom Hammer getroffen wurden. Er „kuriert“ nicht im Nachhinein, er ist der Akteur auf dem erweiterten Feld der Prävention, der Kommunikation und der ganzheitlichen Sichtweise des Betriebes.

*Wind of Change – der große Song der Scorpions* zur Zeit der großen politischen Veränderungen Ende der 1980er Jahre. Die „Stürme der Veränderung“ haben unser gesamtes gesellschaftliches Leben erreicht. Im Zeichen der Globalisierung bleibt davon kaum ein Bereich ausgenommen – auch das Leben in den Betrieben nicht. Beschäftigte und Arbeitgeber in den Betrieben müssen sich diesen Veränderungen gemeinsam stellen.

Den bisherigen Lauf der Dinge war man gewohnt. Man hatte sich eingerichtet. Doch was wird die Zukunft bringen? Veränderungsprozesse erzeugen bei den Betroffenen oft Sorgen und Ängste.

*Winds of Change* sind turbulent, stürmisch und manchmal frostig. Veränderungsprozesse können aber besser beherrscht werden, wenn innerbetriebliche Akteure wie Betriebsräte und Betriebsärzte diese Prozesse voranbringen – und sie gemeinsam steuern.

Aber wissen wir genug von einander? Die betrieblichen Interessenvertretungen sind oftmals zu wenig über Rolle und Aufgaben informiert, die der Gesetzgeber den Betriebsärzten und Arbeitsmedizinern im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz seit langem schon zuordnet. Betriebsärzte und Betriebsärztinnen ihrerseits sind oftmals zu wenig damit vertraut, welche Rechte die Betriebsrat hat und welche Aufgaben von ihm wahrgenommen werden müssen. Dieses gegenseitige Nicht-Wissen führte bisher zu Reibungsverlusten in wenig effizienten Prozessen. Die Beschäftigten sind die Leidtragenden. Dabei geben Arbeitssicherheits-, Arbeitsschutz-, Betriebsverfassungsgesetz sowie Bundespersonalvertretungsgesetz mit ihren einzelnen Verordnungen schon seit den frühen 1970er Jahren den rechtlichen Rahmen für die Aufgaben von Betriebsräten und Betriebsärzten recht präzise vor. Betriebsräte und Betriebsärzte besitzen damit eine Grundlage für gemeinsames Handeln und für optimale Kooperation im Betrieb.

In Zeiten sich ändernder Arbeitsbedingungen und zunehmend verdichteter Arbeit bei gleichzeitiger Verlängerung der Lebensarbeitszeit stehen Beschäftigte und Betriebe vor völlig neuen Anforderungen. Erstes Ziel ist die Verbesserung von Kommunikation und Kooperation.

*Everything Changes:* Beschäftigte können nicht mehr schauen, wie sie sich durch Frühverrentung und andere allzu lang praktizierte Maßnahmen möglichst rasch dem Arbeitsprozess entziehen. Ihr Ziel muss es sein, länger und mit möglichst guter Lebens- und Arbeitsbalance standzuhalten und dabei gesund zu bleiben, um ein erfülltes, sinnvolles Leben führen zu können. Und die Unternehmensleitung? In Zeiten des demographischen Wandels muss auch sie alles daran setzen, die Arbeits- und Entwicklungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

*Change Your Mind:* Veränderte Bedingungen erfordern Verhaltensänderungen. Das Rad braucht dafür aber nicht neu erfunden zu werden: Gesetze liegen schon lange vor, Maßnahmenzenaria sind lange entworfen. Vielleicht waren sie der Zeit voraus und sind deshalb nicht entsprechend wahrgenommen worden. Vielleicht erschienen sie Vielen einfach noch nicht nötig. Holen wir die Gesetze und Maßnahmenzenaria aus den Schubladen heraus und verbessern wir die Instrumente zur Gesunderhaltung unserer Beschäftigten und unserer Betriebe.

*Gemeinsames Ziel:* Wohlergehen und Gesundheit der Beschäftigten, gute Produktivität und Qualität des Unternehmens, bessere Unternehmenskultur. Zur Unternehmenskultur gehören Betriebsklima und Arbeitsbedingungen. Voraussetzung dafür sind gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sowie gemeinsame Wertvorstellungen und Zielorientierungen.

Damit lässt sich unser gemeinsames Ziel erreichen, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bei verlängerten Lebensarbeitszeiten zu bewahren und zu fördern.

### Lebens-Arbeits-Balance – Situation in den Betrieben und Anforderungen der Zukunft

In den letzten Jahren haben sich die Belastungen der Beschäftigten merklich erhöht. Alle Beschäftigten spüren das, wie einschlägige Untersuchungen zeigen. Arbeitsschutz und technische Ergonomie haben zwar in der Vergangenheit viel geleistet. In einem Stahlwerk oder in der Automobilproduktion konnten die *körperlichen* Belastungen in den letzten Jahrzehnten reduziert werden. Überproportional angestiegen sind in dieser Zeit dagegen die *psychischen* Belastungen.

Während also in den Betrieben Belastungen wie Lärm oder ungünstige klimatische Bedingungen in der Tendenz zurückgegangen sind, klagt inzwischen jeder Zweite über zu hohen Zeitdruck und Arbeitsverdichtung.

Insgesamt sind also die Krankheitstage weiter gesunken, doch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen entwickeln sich gegen den Trend. Psychische Erkrankungen als Ursache für eine Frühverrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stehen damit an erster Stelle – und gleichzeitig wird das Rentenzugangsalter auf 67 Jahre erhöht. Das ist die große Herausforderung an uns alle.

Daher ist ein Prozess des Umlernens notwendig. Galt ein Arzt, der jemanden „krank schreibt“ oder gar – wie es im Jargon lange hieß – „kaputt schreibt“ vor Jahren noch als akzeptabler Ansprechpartner, so werden in Zeiten verschlechterter Frühberentungsbedingungen andere, neue Erwartungen geweckt. Gutachten von Betriebsärzten, die Arbeitsbeschränkungen wie „kann nicht schwer heben“ oder „ist nicht nachdiensttauglich“ attestieren, können den Weg in eine krankheitsbedingte Kündigung ebnen. Das läuft aber auf eine un-

gewisse Zukunft für den Beschäftigten hinaus. Lange war es anders. Teils wurden Krankheiten und Handikaps in unserer Gesellschaft jahrzehntelang wie Punkte angesammelt, weil damit Vorteile wie etwa Steuerbegünstigungen oder das frühe Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ohne große Einschränkungen erlangt werden konnten. Leiden, so wissen wir jetzt, bildet kein Punktekonto. Wir müssen umlernen, und dieses Umlernen kann ein schmerzhafter Prozess sein.

Wir alle müssen umdenken: Der Weg für uns Ärztinnen und Ärzten führt von der Pathogenese zur Salutogenese. Zu deutsch: *All zu lange haben wir uns nur damit auseinandergesetzt, wie Krankheit – pathos – entsteht und zu behandeln ist. Nun richten wir endlich unseren Blick auch darauf, wie Gesundheit – salus – entsteht und wie sie erhalten werden kann.* Auch das ist Teil der geforderten ganzheitlichen Sicht.

Eigentlich ist es trivial, aber das Triviale ist oftmals richtig: Bevor jemand sich Gedanken darüber macht, wie er sein Haus löschen wird, sollte er darüber nachdenken, was er tun kann, damit es nicht erst brennt. Das ist sogar allein zu schaffen, ohne die Ausrüstung einer Feuerwehr. Häufig ist Vorsorge – Prävention – also einfacher, unter Umständen kommt sie auch billiger. Das hoffen wir ja alle. Das Punktekonto wird von „minus“ auf „plus“ umgestellt. Der ganzheitlich funktionierende Betrieb ist der Zins. Aber soweit sind wir noch nicht.

Blicken wir nun auf unsere Betriebe. Jahrzehntlang wurden Beschäftigte frühzeitig aussortiert und mit „goldnem Handschlag“ verabschiedet. Nun gerät unsere gesamte Gesellschaft an die Grenzen von Finanzen und Ressourcen. Geld fehlt, und es fehlen die nachrückenden Fachkräfte.

Heben wir es noch einmal hervor: Der **Betriebsarzt** soll nicht „kaputt schreiben“, sondern Gesundheit und damit Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern. Der **Betriebsrat** soll nicht allein für Lohnsteigerungen und am Ende für Sozialpläne kämpfen, sondern die Qualität

der Arbeitsbedingungen als ureigenste Aufgabe begreifen. Der **Beschäftigte** muss sein Arbeitsleben aktiver und nachhaltiger gestalten. Körperliche und mentale Fitness sowie lebenslanges Lernen gehören dazu. Der **Arbeitgeber** muss sich daran gewöhnen, seine Beschäftigten als sein Hauptkapital zu wertschätzen. Personalplanung und Entwicklung erhalten bei alternden Belegschaften einen ganz neuen Stellenwert.

Der Handlungsbedarf ist groß. Alle betrieblichen Akteure sind gefordert, zielgerichtet und nachhaltig und mehr als bisher die physischen und eben auch die psychischen Gefährdungen am Arbeitsplatz zu verringern. Die Prävention von Gesundheitsstörungen erhält ein völlig neues Gewicht.

Die Herausforderungen sind groß und erfordern eine andere Orientierung, denn die Gefährdungen sind vielschichtiger geworden und nicht mehr so offensichtlich wie Hitze und Lärm. Zusätzlich werden die Beschäftigtengruppen heterogener. Ein 65-Jähriger verfügt über andere Ressourcen als ein 25-Jähriger, eine junge alleinerziehende Mutter benötigt andere Umfeldbedingungen als eine 50-jährige Single.

Die Beschäftigten selbst sind aufgerufen, mit den Belastungen und Anforderungen am Arbeitsplatz, schließlich mit ihrer Gesundheit sensibler umzugehen. Wenn erforderlich, müssen sie Hilfe und Unterstützung selbst organisieren – oder auch sich selbst Grenzen setzen. Arbeitsbelastungen erhalten einen anderen Stellenwert, wenn man weiß, dass bis 67 oder gar länger „durchzuhalten“ ist. Wir müssen lernen, unsere Kräfte und Reserven besser zu entwickeln und mit ihnen gut zu haushalten. Um bis 67 im Betrieb zu arbeiten, müssen wir an uns und an unserem Betrieb arbeiten. Nicht „durch-alten“ – sondern gestalten. Alles andere untergräbt die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit und damit all das, was die Existenz und die Freude an Leben und Beruf sichern kann. □

Dr. Ulrike Hein-Rusinek

# Prävention psychischer Beschwerden in Betrieben: Welchen Beitrag kann Coaching leisten?

Amelie Aengeneyndt lebt in Düsseldorf und arbeitet auf Basis jahrzehntelanger Führungserfahrung im Veranstaltungsmanagement als Business- und Management-Coach sowie als Beraterin in der Dienstleistungsbranche.



„... Muss nur noch kurz die Welt retten, noch 148 Mails checken...“ Der Song von Tim Bendzko bringt den Zeitgeist auf den Punkt: Viele Menschen sehen sich ständig zunehmendem Druck ausgesetzt, immer mehr Leistung erbringen, immer komplexere Aufgaben in immer kleineren Zeitfenstern erledigen zu müssen. Dieser Druck wird in den beruflichen wie auch privaten und familiären Lebensbereichen empfunden und hat Folgen: Viele Menschen haben zunehmend das Gefühl, den vielfältigen Anforderungen, die das Leben an sie stellt, nicht mehr Herr zu sein. Sie verlieren sich deshalb in unbefriedigendem Aktionismus oder im sozialen Rückzug.

Druck hat ebenso Einfluss auf den Umgang miteinander: Die Kommunikation wird unreflektierter, oftmals wird der Ton rauer – auch das erzeugt Druck und Unzufriedenheit. Diese Entwicklung macht vor Betrieben nicht halt, und es kann jeden treffen: Führungskräfte, Teams und einzelne Mitarbeiter, Männer und Frauen, Junge und Ältere. Die Fallzahlen von längerfristiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Beschwerden steigen kontinuierlich und mit erheblicher Geschwindigkeit. Welchen Beitrag kann Coaching hier leisten?

Nehmen wir dazu folgendes Beispiel: Betriebsärzte sind vielfach die erste Adresse, bei der ein Mitarbeiter seine Sorgen anspricht. Herr K. S., 37 Jahre alt, kommt zum Betriebsarzt. In den letzten Wochen hat er verstärkt Kopfschmerzen, vor allem in der zweiten Tageshälfte, fühlt sich dadurch erschöpft, müde und antriebslos. Er wünscht sich eine Bildschirmbrille, da

er selbst zunächst seine Beschwerden auf ein schlechteres Sehen zurückführt. Im Gespräch mit dem Betriebsarzt berichtet Herr S. „Ich fühle mich ständig überfordert. Dabei möchte ich so gern alles machen. Früher ist es mir nicht schwer gefallen, die an mich gestellten Erwartungen zu erfüllen. Aber jetzt habe ich das Gefühl, dass ich immer mehr leisten soll und es wird mir einfach zu viel.“

In seiner Kompetenz sieht der Arzt, dass der Gemütszustand des Patienten sich verschlimmert, wenn der beschriebene Konflikt nicht gelöst wird. Zu diesem Zweck führt er ein Gespräch zu Dritt zwischen Herrn S., dessen Vorgesetzten und ihm selbst herbei. Hier stellt sich heraus, dass der Vorgesetzte, der Herrn S. als wichtigen Leistungsträger im Team beschreibt, besorgt ist: Er bemerkt eine für ihn unerklärliche Veränderung bei seinem Mitarbeiter. Herr S. wirke bedrückt und nicht mehr so offen wie früher. Auch stelle er manchmal Fehler fest, die Herrn S. früher nie unterlaufen waren. Herr S. bleibt in diesem Gespräch verschlossen: Er traut sich nicht, über die Gründe für seine Befindlichkeit zu sprechen, die Ursache für die Überforderung bleibt weiter im Unklaren. Der Betriebsarzt schlägt deshalb Unterstützung in Form eines Coachings vor. Herr S. stimmt diesem Vorschlag zu. Der Vorgesetzte bittet daraufhin den Betriebsarzt, einen externen Coach zu beauftragen.

In der ersten Sitzung erarbeitet der Herr S. mit Unterstützung des Coachs sorgfältig und punktgenau die Gründe für die gefühlte Überforderung. Dabei wird deutlich, dass die wesentliche Ursache für die geäußerten Belastungen darin liegt, dass er als Leistungsträger im Team

mit „Geht nicht – gibt's nicht“ eine häufig angewandte Redewendung und ein Prinzip seines Vorgesetzten übernommen hat. Jedoch hat er nie mit seinem Chef darüber gesprochen, wie dieser den Satz interpretiert. Für Herrn S. bedeutet „Geht nicht – gibt's nicht“: „Ich darf nicht ‚Nein‘ sagen. Ich darf nicht sagen ‚Stopp – das wird mir zu viel‘. Ich allein muss alles schaffen, um die Ansprüche meines Chefs zu erfüllen.“

Der Klient lässt deshalb zu, dass sein Chef ihn laufend mit weiteren, immer anspruchsvolleren Aufgaben betraut und löst diese auch stets zu dessen Zufriedenheit. Als dann die Mutter des Klienten schwer erkrankt und er deren abendliche Versorgung zusätzlich übernimmt, kann er nicht mehr die inzwischen fest von ihm eingeplane (jedoch nie kommunizierte) Überstundenzahl leisten, die er benötigt, um alle beruflichen Aufgaben zu erfüllen. In diesem Konflikt wird die eigentlich geliebte Arbeit zur Last...

Nachdem Herr S. diese Zusammenhänge für sich erkannt hat, unterstützt ihn der Coach in einer zweiten Sitzung bei seinen Überlegungen, welches erste Schritte zu einer Problemlösung sein könnten und wie deren Umsetzung aussehen würde. Herr S. entwickelt für sich die Erkenntnis, dass sein Vorgesetzter ihm aufgrund seiner bisherigen Arbeitsergebnisse, der großen fachlichen Kompetenz und seiner Offenheit für Neues stets zusätzliche Aufgaben überträgt und dass er an diesen Herausforderungen wächst. Ihm wird klar, dass in der Übertragung dieser Aufgaben auch ein großer Vertrauensbeweis seines Vorgesetzten liegt – und nicht ein „Abwälzen“ von Aufgaben von „oben“ auf seinen Schreibtisch. Er sieht, dass er auch

stolz sein darf auf das bislang Erreichte und welches Entwicklungspotenzial für ihn in dieser Situation steckt.

Jedoch erkennt er auch, dass er genau dieses Potenzial aufs Spiel setzt, wenn er sich wie bisher nur bemüht, allen an ihn herangetragenen Anforderungen stets persönlich gerecht zu werden. Darüber will er unbedingt mit seinem Vorgesetzten sprechen.

Herr S. bereitet sich nun mit Unterstützung des Coachs in der dritten Sitzung auf dieses Gespräch vor. Ziel dieser Unterredung ist, seinem Chef zu sagen, wie gern er mit ihm zusammenarbeitet, dass er sich darüber freut, mit immer neuen, anspruchsvolleren Aufgaben betraut zu werden. Und wie wichtig es ihm ist, das in ihn gesetzte Vertrauen nicht zu enttäuschen. Dass er diese Leistungen auf Dauer jedoch nur dann erbringen kann, wenn er bei Routineaufgaben, die er aus früheren Zeiten bis heute zusätzlich erfüllt, Unterstützung erhält. Dass er bisher aus Angst, auf die Routineaufgaben zurückgeworfen zu werden, nicht mit seinem Vorgesetzten über dieses Dilemma gesprochen hat. Gemeinsam bereiten Herr S. und der Coach dieses Gespräch vor.

Bereits bei der Terminvereinbarung reagiert der Vorgesetzte erfreut auf die Gesprächsinitiative seines Mitarbeiters.

Nachdem Herr S. seine Situation geschildert hat, dankt der Chef ihm für seine Arbeit und das entgegengebrachte Vertrauen. Er wird veranlassen, dass ab sofort ein jüngerer Mitarbeiter der Abteilung Routineaufgaben von Herrn S. übernimmt – nach Einarbeitung durch Herrn S.. Gemeinsam überlegen der Vorgesetzte und Herr S. nun, welche Routineaufgaben künftig von dem Kollegen übernommen werden sollen.

Im Coaching-Prozess ist es Herrn S. gelungen, aus dem lähmenden Gefühl der Überforderung wieder in die Aktion zukommen: Im Bewusstsein seiner persönlichen Stärken, seines fachlichen Potenzials und seiner Prioritäten hat er eine Strategie entwickelt, die ihn nicht nur entlastet, sondern auch seinem Ziel der beruflichen Weiterentwicklung dient – ohne deswegen den guten Kontakt zu seinem Vorgesetzten und seinen Kollegen aufs Spiel zu setzen. Die selbstbewusste Umsetzung der Strategie und die große Zustimmung, die er mit seinen Überlegungen bei seinem Vorgesetzten erreichte, ist vor allem darauf zurückzuführen, dass er Ursachen, Zusammenhänge und Resultate selbstständig durchdacht und für sich erarbeitet hat.

Dieses einfache Beispiel zeigt, dass planvoll eingesetztes Coaching viel für

die Prävention von krankheitsbedingten Ausfällen aufgrund psychischer Beschwerden tun kann. Coaching kann Menschen darin unterstützen, wieder Meister ihres eigenen Lebens zu sein, klare Entscheidungen zu treffen und Vorgehensweisen zu entwickeln, die sie anschließend auch umsetzen. Gerade im beruflichen Umfeld ist ein Zusammenhang zwischen überfordernden Auslösern und den dazugehörigen Konsequenzen leichter zu erkennen. Coaching kann sehr rasch ein Gegensteuern zu krankmachenden Faktoren unterstützen, indem es erkennt, Kräfte bündelt und praktikable Lösungen erarbeitet. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass die Klienten die Entwicklung der Prozesse selbst in der Hand haben – der Coach unterstützt lediglich. Der Fokus liegt auf Stärken, zentralen Motiven und wesentlichen Zielen – das macht es leichter, Probleme anzupacken und übermäßigen Druck wieder vor die Tür zu stellen. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt und Coach kann in diesem Kontext sinnvoll sein. □

Amelie Aengeneyndt, Coach, Düsseldorf

Weitere Infos: [www.aabcoaching.de](http://www.aabcoaching.de)

## Wie lange dauert im Schnitt ein Arbeitsleben in der Europäischen Union?

Ein Arbeitsleben dauert in den 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) im Durchschnitt 34,5 Jahre. Dies teilt das Statistische Bundesamt (Destatis) auf der Basis des sogenannten Duration of Working Life Indicator (DWL) mit, der jährlich von Eurostat anhand von Bevölkerungs- und Arbeitsmarktdaten der EU-Mitgliedsstaaten ermittelt wird. Im Jahr 2010 war das erwartete Arbeitsleben in der EU mit durchschnittlich 40,1 Jahren in Schweden am längsten, in Ungarn mit 29,3 Jahren am kürzesten. In Deutschland nehmen die

Menschen im Schnitt 36,8 Jahre am Erwerbsleben teil, 2,3 Jahre länger als im EU-Mittel.

Die Lebensarbeitszeit nahm in den zehn Jahren zwischen 2000 und 2010 in fast allen Ländern der Europäischen Union im EU-Mittel um 1,6 Jahre und in Deutschland um 2,5 Jahre zu. Es wurde geschlussfolgert, dass dazu die höhere Lebenserwartung und die zunehmende Erwerbsbeteiligung insbesondere von Frauen beigetragen haben.

Sowohl die Zeiten der Erwerbstätigkeit als auch die Phasen der Erwerbslosigkeit

sowie die aktive Suche nach einer Beschäftigung sind in den DWL-Indikator einbezogen. Weitere Ergebnisse und ausführliche methodische Erläuterungen zum DWL-Indikator können über den Europäischen Datenservice des Statistischen Bundesamtes ([www.eds-destatis.de](http://www.eds-destatis.de)) in der Eurostat-Statistikdatenbank abgerufen werden. □

Dr. Annegret Schoeller

Quelle:

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

# Genderaspekte im Arbeitsschutz

Auf der letztjährigen Arbeitsschutzmesse A&A in Düsseldorf fand am 20. Oktober 2011 ein Workshop zum Thema „Arbeitsschutz zielgruppengerecht für Männer und Frauen“ unter der Federführung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg und dem Hessischen Sozialministerium statt. Es wurde berichtet, dass seit 1999 der Vertrag von Amsterdam zum Gender Mainstream auf allen Ebenen existiert. Die behördlichen Arbeitsschutzexperten in Deutschland haben nun den Auftrag erhalten, in der Zeit von 2013 bis 2018 eine gemeinsame Strategie zur Weiterentwicklung des Rechtsrahmens in Deutschland unter Genderaspekten zu entwickeln.

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist ein Grundrecht. Dennoch unterscheiden sich Frauen und Männer und auch ihre Arbeits- und Lebenswelten sind unterschiedlich. Was heißt das aber für die Praxis des Arbeitsschutzes? Es soll erarbeitet werden, wie geschlechtsbezogene Unterschiede und Rollenbilder in die Konzepte und Maßnahmen des Arbeitsschutzes einbezogen werden können.

Prof. Katja Nebe mit Professur im Arbeitsrecht / Schwerpunkt Arbeitsschutzrecht, Universität Bremen, und Marianne Weg, Abteilungsleiterin Arbeitsschutz im hessischen Sozialministerium, diskutierten darüber, wie und an welcher Stelle sich im Arbeitsschutzrecht und in Regelwerken Anhaltspunkte für geschlechtergerechte Praxis ergeben. Sie vertraten die Ansicht, dass nach wie vor betrieblicher Arbeitsschutz und auch die Aufsichtsbehörden vorrangig bei naturwissenschaftlich-technischen Gefährdungen ansetzen. Die Veränderungen der Arbeitswelt erforderten in der heutigen Zeit aber, dass die Geschlechter- und Zielgruppenperspektive in die Arbeitsschutzkonzepte mit einbezogen wird.

Im Arbeitsschutzrecht sind bereits Ansatzpunkte normiert: Das Arbeitsschutzgesetz mit dem Leitbild menschengerechter Arbeitsbedingungen



verlangt beispielsweise explizit, die speziellen Gefahren für besondere Beschäftigtengruppen bei sämtlichen Arbeitsschutzmaßnahmen zu berücksichtigen. Das Arbeitssicherheitsgesetz fordert ein besonderes Augenmerk auf nur vorübergehend im Betrieb Beschäftigte. Angesichts der Diskrepanz zwischen Rechtsnorm und Realität müssen laut Prof. Nebe zur verbesserten Rechtswirkung Arbeitsschutzverantwortliche in Bezug auf Geschlechterrollen und Zielgruppenaspekte informiert, sensibilisiert und qualifiziert werden.

Im einführenden Text zu diesem Teil der Veranstaltung stand weiter, dass im konkretisierenden untergesetzlichen Regelwerk ein erweiterter und differenzierender Ansatz erforderlich ist. Außerdem sei zu prüfen, ob tatsächlich alle Arbeitsschutzvorschriften in der Praxis Frauen und Männer gleichwertig schützen. Hierbei wurde dann konkret über die Umsetzung der Lärmschutzverordnung im Frauenberuf Erzieherin gesprochen. Kinderlärm und Stress in Kindertagesstätten und Schulen ist in der Lärmschutzverordnung kein Thema. Wie ist es um die Lärmbelastung im OP oder der überall herrschenden Dauermusikberieselung bestellt? Es wurde auch an das Gefahrstoffrecht gedacht und ob Frauen und Männer gleichermaßen beispielsweise hinsichtlich Fertilität und Reproduktion geschützt werden. Vorsicht ist geboten, damit aus diesen Überlegungen keine erneute Diskriminierung wird. Ziel ist eine Optimierung des Arbeitsschutzes für Frauen und Männer. Es wurde insgesamt

ein Mangel an Achtsamkeit bei der Umsetzung von Schutzziele hinsichtlich der Genderaspekte beklagt.

Michael Gümbel, Sujet GbR Organisationsberatung und Barbara Reuhl, Arbeitnehmerkammer Bremen, stellten das Thema „Gender: Querschnitt, aber keine Nebensache bei der Gefährdungsbeurteilung“ vor. Sie denken, dass die Einbeziehung der Geschlechterperspektive die Gefährdungsbeurteilung wesentlich verbessern könnte. Die veränderte Herangehensweise würde zur einer genaueren Ermittlung der vorhandenen Gefährdungen beitragen, die Beurteilung der erfassten Gefährdungen würde optimiert und es könnten zielgruppengenaue Maßnahmen getroffen werden. Die Maßnahmenakzeptanz würde dadurch steigen und die Beschäftigten kämen dann ihrer Mitwirkungspflicht vermehrt nach.

Sie vertreten die Meinung, dass das Einbeziehen des Genderaspektes in die Gefährdungsbeurteilung zugleich zu einer Verbesserung der Gleichstellung von Männern und Frauen beitragen kann, wie es die Strategie Gender Mainstreaming vorsieht. Belastungen, die für Frauen thematisiert werden können, würden bei Männern bisweilen als „unerheblich“ unterschätzt. Arbeitsplätze, die für Männer passend sind, müssen nicht zwangsläufig auch für Frauen angemessen sein und umgekehrt.

Michael Gümbel findet es wichtig, welche Geschlechter im Steuerungsgremium für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung vertreten sind. Bei der Leistungsbeurteilung im Betrieb sollte bedacht werden, worauf geachtet wird und welche Leistung honoriert wird. Er stellte sich und den Zuhörern die Frage, ob ein auf Sicherheit bedachtes Verhalten eventuell in manchen Kreisen als unmännlich gilt? Oder wie Lehrer und Lehrerinnen beurteilt werden, wenn beispielsweise der Aspekt, dass Trösten von Kindern in der Schule für männliche Lehrer eigentlich nicht möglich ist, bei einem Lehrer deshalb unterbleiben muss. Psychische

Belastungen würden eher als ein „Frauenthema“ wahrgenommen. Er stellt sich an jedem Arbeitsplatz die allgemeine Frage, wie belastend dieser Arbeitsplatz für das andere Geschlecht wäre und was überhaupt bei der Beurteilung als Belastung wahrgenommen wird.

Barbar Reuhl, Sicherheitsfachkraft, sprach darüber, dass wir Arbeitsschutzexperten die Genderstereotypen bereits im Kopf haben und diese dann festschreiben. In Bereichen mit versteckten arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren würden meistens viele Frauen arbeiten. Sie brachte als Beispiel für die Belastung des Hand-Arm-Schulter-Nackensystems den Vergleich der Belastung zwischen einem Deckenverschaler, der in einer 8-Stunden-Schicht zirka 2 Tonnen bewegt, und jeder sieht, dass das schwere Arbeit ist. Aber die Kommissioniererin in der Molkerei kommt in einer 8-Stunden-Schicht auf rund 8 Tonnen, die sie durch wiederholende Tätigkeiten, wie beispielsweise

Joghurtbecher versetzen, erreicht. Keiner denkt in diesem Rahmen dann an Schwerstarbeit. Sie berichtete, dass die österreichische Arbeitsschutzverwaltung gerade für die Beachtung der Genderaspekte ausgezeichnet worden sei.

Ulrike Hein-Rusinek und mir fiel in diesem Zusammenhang auf, dass sämtliche Betriebsarten, die in der höchsten Gefährdungsstufe der neuen DGUV Vorschrift 2 eingruppiert worden sind, typische Männerberufe darstellen. Die Eingruppierungskriterien berücksichtigten zum Beispiel die gemeldeten Berufskrankheitenfälle, die in den typischen Frauenberufen eben nicht so häufig anfallen, wodurch diese Berufe alle nicht als so gefährlich angesehen wurden. Wie ist es jedoch mit den Altenpflegerinnen und Krankenschwestern und der Rückenbelastung bestellt? Jeder Patiententransfer, der nicht mit geeigneter Technik und mittels Hebehilfen durchgeführt wird, belastet den Rücken. Hätten diese Berufe

nicht auch ein Recht, in die höchste Stufe eingruppiert zu werden?

Der letzte Teil der Veranstaltung wurde von Simone Friedrich von der BGW und von Nadine Pieck vom Institut für Interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Universität Hannover gestaltet. Das Thema lautete: „Präventionspraxis der Gesetzlichen Unfallversicherung – Anregungen aus der Geschlechter- und Organisationsforschung“. Frau Friedrich berichtete, dass bei der BGW nur 20 % der technischen Aufsichtspersonen weiblich, aber 75 % der Versicherten der BGW Frauen sind. Entschädigungsleistungen entfallen aber zu 60 % auf Männer, die Gründe hierfür wurden an dieser Stelle nicht weiter erörtert.

Dies waren nur einige Informationen von dieser interessanten Veranstaltung, die sich dem Arbeitsschutz von einer anderen, neuartigen Seite näherte. □

*Dr. Monika Stichert*

## Dialog statt Duell Ein Impuls für betriebliche Demographiearbeit

Der faire, vertrauensvolle und konstruktive Umgang der Sozialpartner in der chemischen Industrie ist schon seit Jahrzehnten gelebte Praxis. Insofern ist es logisch und nur konsequent, dass man sich hier den Herausforderungen des demographischen Wandels gemeinsam und im Konsens stellt. Ziel aller Anstrengungen ist der möglichst lange und gesunde Verbleib aller Beschäftigten in Arbeit – möglichst bis zum Eintritt ins gesetzliche Rentenalter. Wie das gehen kann, haben die Sozialpartner – die IG Bergbau Chemie Energie (IG BCE) und der Bundesarbeitgeberverband Chemie – im Rahmen des gemeinsamen INQA-Projekts „Demographiefeste Personalpolitik in der chemischen Industrie (deci)“ erprobt.

Gemeinsam mit den Unternehmen und den Beschäftigten vor Ort in den Betrieben wurden exemplarische Lösungen für unterschiedliche Handlungsfelder

entwickelt, umgesetzt und ausgewertet. Welche das sind und vor allem wie so ein Demographie-Projekt im Betrieb initiiert und umgesetzt werden kann, darüber informiert eine neue Broschüre.

Nach einer kurzen Einführung in den Status quo betrieblicher Demographiearbeit wird das Projekt deci überblicksartig vorgestellt. Im Anschluss daran werden die relevanten betrieblichen Aufgabengebiete erläutert, die im Unternehmen bearbeitet werden müssen. Steht in diesem Teil der Broschüre noch das „Was“ im Zentrum, also die Frage nach den wesentlichen Inhalten von Demographiearbeit, so rückt dann das „Wie“ stärker in den Blickpunkt, also Fragen rund um das konkrete Anpacken, Durchführen und Auswerten von betrieblichen Demographieprojekten. Dabei werden auch jene Faktoren herausgestellt, die den Erfolg eines solchen Demographieprojekts fördern und wahrscheinlicher machen.

Die Broschüre versteht sich als Impuls für Personaler und Betriebsrat, sich näher mit dem Thema Demographiefeste Personalpolitik zu befassen, um im Anschluss daran ihren Betrieb zukunftsfest zu machen. Dass andere diesen Weg schon erfolgreich beschritten haben, zeigt das letzte Kapitel, in dem Beispiele guter Praxis aus dem deci-Projekt vorgestellt werden.

Diese Broschüre (ISBN 978-3-88261-688-0) ist als Printausgabe verfügbar. Nutzen Sie den Online-Bestellservice oder laden das PDF runter. □

Mehr Informationen bei:

Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

– Infozentrum –

Friedrich-Henkel-Weg 1–25  
44149 Dortmund

E-Mail: [info-zentrum@buaa.bund.de](mailto:info-zentrum@buaa.bund.de)

Web: [www.buaa-info.de](http://www.buaa-info.de)



Vor- und Nachteile

# Abrechnung betriebsärztlicher Leistungen nach der GOÄ

## Historie

Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die privatärztliche Vergütung von ärztlichen Leistungen. Hierbei besteht ein Arzt-Patientenverhältnis bei dem die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet ist.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer hatten über viele Jahre hinweg die Einführung einer einheitlichen Gebührentaxe für arbeitsmedizinische Leistungen nicht zuletzt aus Qualitätssicherungsgründen als notwendig erachtet. Dies ungeachtet dessen, dass Arbeitsmedizinern/Betriebsärzten grundsätzlich alle Möglichkeiten einer Honorarvereinbarung offen stehen: Sie können mit dem Unternehmer frei über die Höhe und Art der Vergütung betriebsärztlicher Leistungen verhandeln. Das heißt, sie können entweder ein Stundenhonorar pauschal vereinbaren oder – auch wenn nur unzureichend betriebsärztliche Betreuungsleistungen als solche in der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verankert sind – mit dem Unternehmer als Vergütungsanspruch ein Liquidationsrecht nach Maßgabe der GOÄ vereinbaren.

Dies setzt allerdings voraus, dass die Vertragspartner sich über eine solche Form der Vergütung einigen. Käme eine solche Vereinbarung zustande, müsste dann geprüft werden, ob die GOÄ die Leistungen des Betriebsarztes enthält. Für Tätigkeitsbereiche des Betriebsarztes, welche in der GOÄ nicht abgebildet sind – wie zum Beispiel Betriebsbegehungen, Beratungen des Arbeitgeber etc. – müssten sogenannte Analogbewertungen gebildet

werden, das heißt in der GOÄ enthaltene, nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistungen können als Vergütungsgrundlage herangezogen werden.

## Sonderstellung der Betriebsärzte

Die Sonderstellung der Betriebsärzte beruht darauf, dass sie nicht auf der Grundlage der GOÄ abrechnen müssen, wenn sie im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses die beruflichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber oder dem Dienstherren erbringen und dafür ein Gehalt erhalten. Das Gleiche gilt, wenn der Betriebsarzt aufgrund eines Honorarvertrages dem Arbeitgeber kontinuierlich die Erbringung betriebsärztlicher Leistungen gegenüber seinen Mitarbeitern und damit gegenüber „Dritten“ (dem Arbeitgeber) schuldet und hierfür eine pauschalierte Vergütung erhält. Ein solches „Dauerschuldverhältnis“ stellt insbesondere die nebenberufliche und hauptberufliche Tätigkeit eines Arbeitsmediziners/Betriebsarztes gegenüber dem Arbeitgeber dar.

## GOÄ nicht bindend für Unternehmer und überbetriebliche Dienste

Die Einführung einer amtlichen Gebührenordnung für Betriebsärzte birgt Vor- und Nachteile in sich, welche abzuwägen sind. Einerseits bietet die GOÄ eine Grundlage für eine angemessene betriebsärztliche Vergütung und schützt den Arbeitsmediziner/Betriebsarzt insofern vor einem rigorosen Preiswettbewerb, andererseits sind dann die Rahmenbedingungen der GOÄ zu akzeptieren, zum Beispiel der Gebüh-



## Kontakt

Dr. med. Annegret E. Schoeller  
FÄ für Arbeitsmedizin/ Umweltmedizin  
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin  
im Dezernat V  
Bundesärztekammer, Berlin  
annegret.schoeller@baek.de

renrahmen. Keineswegs darf dann der Einzelsatz unterboten werden. Zudem ist zu beachten, dass die GOÄ nur die vertragsschließenden Ärzte bindet, aber nicht den Auftraggeber sowie die betriebsärztlichen Dienste jedweder Rechtsform, welche dadurch für sich Wettbewerbsvorteile gegenüber den niedergelassenen Ärzten realisieren können.

## Dumping Preispolitik

Angesichts einer desolaten Dumping-Preispolitik von betriebsärztlichen Anbietern ergab jedoch die berufspolitische Wertung der Arbeitsmedizin-Gremien, dass es schon aus Qualitätssicherungsgründen wichtig ist, den Betriebsärzten/Arbeitsmedizinern eine Vergütungsgrundlage in der GOÄ zu schaffen. Für den Zeitraum bis zur Realisierung einer GOÄ, in der auch Gebührenpositionen für betriebsärztliche Leistungen festgelegt sind, sollen für betriebsärztliche Leistungen Analogbewertungen gebildet werden.



## Heutige Betrachtung der GOÄ

Der Datenschutzexperte der damaligen gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer hat Mitte 2010 die GOÄ für Betriebsärzte auf Datenschutzrelevanz und Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Unternehmer geprüft. Das Ergebnis der Prüfung war, dass die Anwendung der GOÄ für Betriebsärzte hat auch Nachteile in sich bergen, die zu beachten sind. Betriebsärzte rechnen immer häufiger direkt mit dem Arbeitgeber der Beschäftigten die erbrachten betriebsärztlichen Leistungen nach GOÄ ab. Es stellt sich die Frage, welche Daten der Arbeitgeber im Rahmen der Rechnung über die betriebsärztlichen Leistungen erhalten darf. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit der Arbeitgeber die Möglichkeit hat, die Rechnungen auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Betriebsärzte unterliegen, wie andere Ärzte auch, der ärztlichen Schweigepflicht nach § 9 der (Muster-)Berufsordnung und § 203 Strafgesetzbuch. Dies gilt nach § 8 Abs. 1 des Gesetzes über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG) auch im Verhältnis zum Arbeitgeber. Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG sind Betriebsärzte nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten. Von diesem Grundsatz gibt es einige gesetzliche Ausnahmen. Eine verbindliche Vergütungsregelung, wie Betriebsärzte ihre erbrachten betriebsärztlichen Leistungen gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen können, existiert derzeit nicht.

### Ärztliche Schweigepflicht einhalten

Somit gilt die ärztliche Schweigepflicht auch bei der Abrechnung der betriebsärztlichen Leistung gegenüber dem Arbeitgeber. Daraus folgt, dass in der Rechnung ein Rückschluss auf die Person des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber auszuschließen ist.



Die Rechnung darf daher nicht den Namen des untersuchten Arbeitnehmers sowie weitere personenidentifizierende Angaben zur Person des Arbeitnehmers enthalten.

Kann über die Diagnose und/oder abgerechnete Leistungen die untersuchte Person identifiziert werden, dürfen auch diese Daten nicht in der Rechnung enthalten sein. Im Zweifel sind die abgerechneten Leistungen so zu aggregieren, dass jegliche Rückschlüsse auf einzelne Personen ausgeschlossen sind.

So können Daten von mehreren Beschäftigten anonymisiert in die Abrechnung aufgenommen werden. Auf diese Weise wird die Schweigepflicht nicht gebrochen.

Soweit dem Betriebsarzt gegenüber dem Arbeitgeber eine Offenbarungsbefugnis bzw. Informationspflicht zukommt, hat er diese außerhalb der Rechnung zu bedienen. Die Rechnung dient dazu, dass der Betriebsarzt eine Vergütung für seine betriebsärztlichen Leistungen erhalten kann. Hiervon sind Informationspflichten des Betriebsarztes gegenüber dem Arbeitgeber in jedem Fall zu trennen und auf andere Weise sicherzustellen.

### Überprüfung der Abrechnung

Hier ist in Kauf zu nehmen, dass die Prüfmöglichkeiten des Arbeitgebers hinsichtlich der Richtigkeit der Abrechnung eingeschränkt werden. Eine Stelle, die eine etwaige Überprüfung der Rech-

nung vornimmt, ist derzeit nicht vorhanden. Etwaige offensichtliche Unstimmigkeiten kann der Arbeitgeber gegenüber dem Betriebsarzt erklären und ihm um eine Prüfung bitten.

Der Betriebsarzt bleibt aber auch dann zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet und ist auch in diesem Fall nicht berechtigt, personenbezogene Daten der untersuchten Personen an den Arbeitgeber weiterzugeben.

### Fazit

Die Betrachtung des Sachverhaltes erlaubt das Ergebnis, dass im Rahmen eines Dauerschuldverhältnisses, (d.h. der Betriebsarzt „schuldet“ dem Arbeitgeber die betriebsärztliche Betreuung seines Mitarbeiter) die GOÄ nur bedingt eingesetzt werden kann und zwar nur unter Wahrung der Schweigepflicht. Ein Beispiel hierfür wären Abrechnungen von mehreren Mitarbeitern, so dass die (aggregierten) Gebührenpositionen nicht einem Mitarbeiter zugeordnet werden können. So ist möglicherweise die früher flächendeckend angewandte ausgehandelte Pauschale ein besseres Instrument zur Wahrung der Schweigepflicht.

Derzeit wird untersucht, ob eine vom Arbeitgeber beanstandete Abrechnung der betriebsärztlichen Leistung nach GOÄ durch die für den betreffenden Betriebsarzt zuständige Landesärztekammer überprüft werden kann. Das Ergebnis der Prüfung durch die Landesärztekammer kann dann der Betriebsarzt dem Arbeitgeber mitteilen. □

Dr. Annegret Schoeller

# Reisemedizinischen Fachtagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V.

am 16. und 17. September 2011 in Fulda



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

Es hat sich inzwischen eingebürgert, dass zu Beginn der Fachtagung Dr. Rosemarie Mazzola knifflige reisemedizinische Beratungsfälle vorstellt, die dann diskutiert werden. Jeder Kollege/-in kann sich auch mit eigenen Fällen beteiligen. Zuerst ging es um eine Schülerin mit rheumatoider Arthritis, die deswegen eine MTX-Therapie erhielt und nun für zwei Wochen nach Burkina Faso verreisen wollte. Es wurde diskutiert, welche Impfungen sie benötigt (für dieses Land u.a. auch Gelbfieber) und ab wann dies nach Absetzen von MTX möglich ist. Die Wartezeit für eine Lebendvaccine beträgt mindestens drei Monate, bevor man diese verimpfen kann. Auch eine low-dose-Therapie mit MTX < 15 mg/m<sup>2</sup>KO gilt beim CDC als schwere, in Deutschland als mittelschwere Immunsuppression. Dr. Mazzola berichtete aber auch von einer Studie aus Brasilien, in der immunsuppressive Patienten gegen Gelbfieber geimpft wurden und es keine erhöhte Nebenwirkungsrate gab. Informationen zur Erkrankungsrate im Land und zur notwendigen Malariaphylaxe kann man aus dem CDC Yellow Book 2012 gewinnen.

In einem weiteren Fall wurde über Hepatitis E Erkrankungen in Deutschland berichtet, die häufig nach dem Verzehr von Wildschweinfleisch auftreten. Dem RKI lagen insgesamt 219 Meldungen vor, wovon 73 % in Deutschland über den Verzehr von Innereien und Wildschwein erworben wurden. Die Wildschweine können die Erkrankung auf Hauschweine in Freilandhaltung übertragen. Ein weiterer interessanter Vortrag befasste sich mit dem Tod im Ausland und der Thanatopraxis. In den USA werden 100 % der Toten einbalsamiert, in Großbritannien 80 %, in Frankreich 70 % und in Deutschland nur zirka 1 %. Es wird

dabei eine äußerliche und innerliche Desinfektion durchgeführt. Hierdurch kann eine zeitweise Verzögerung der Autolyse bis zu zehn Tagen erzielt werden. Die Totenflecken werden dabei herausgespült und es kann eine Normalisierung der Gesichtsfarbe erreicht werden. Eine Konservierung der Verstorbenen kann zum grenzüberschreitenden Transport notwendig werden. Informationen hierzu findet man auf der Webseite des Auswärtigen Amtes. Der Bestatter in Deutschland benötigt auf jeden Fall einen Bestatter vor Ort, mit dem er zusammenarbeiten kann. Bei einem Todesfall im Ausland sollte man die örtliche Polizei und die Deutsche Botschaft informieren, die dann wiederum die Polizei in Deutschland informiert, da die Polizei das alleinige Recht hat, die Angehörigen zu informieren. Für den Rücktransport wird dann ein Leichenpass benötigt. Dies war ein Thema, mit dem ich mich vorher nie beschäftigt hatte und was deshalb äußerst interessant war.

Zum Thema „Ärztlich begleitetes Reisen“ gab es eine Podiumsdiskussion, die zu kontroversen Diskussionen im Auditorium führte. Wir stellten uns die Frage, ob wir uns als Ärzte zu den gegebenen Konditionen daran beteiligen sollten.

Dr. Stefan Leutzbach, Radiologe aus Bad Säckingen, stellte uns danach den Entwicklungsstand und die Perspektiven für Bildagnostik in Entwicklungsländern vor. Die Internetseite [www.rsna.org/International/IROR.cfm](http://www.rsna.org/International/IROR.cfm) bietet zu diesem Thema eine gute und aktuelle Übersicht. Insgesamt kann gesagt werden, dass bildgebende Verfahren in allen unterentwickelten Regionen der Welt unterrepräsentiert sind. Die Gründe hierfür sind infrastruktureller, klimatischer und politischer Natur. Die Entwicklung günstiger Geräte ist für die Hersteller

einfach nicht interessant. Die Unterhaltskosten für Großgeräte belaufen sich leicht auf mehr als 150 T€/Jahr; Archivierungssysteme erzeugen Kosten von im Schnitt 2,50 €/Untersuchung. Die Geräte werden daher gerne verschenkt, da das Geschäft sich aus den Folgekosten ergibt. Zumeist fehlt es an einer funktionierenden Energieversorgung, an ausgebildetem Personal für die Durchführung und Auswertung der Untersuchung und an Technikern zur Wartung und Unterhaltung. Ein großes Problem stellt die hohe Luftfeuchtigkeit dar, wodurch die durchschnittliche Lebensdauer der Anlagen meist nur bei 24 Monaten liegt.

Dr. Walter Mautsch vom Universitätsklinikum Aachen berichtete über das Thema „Zahngesundheit für alle“. 60 bis 90 % der Schulkinder und die große Mehrheit der Erwachsenen leiden an Zahnkaries. Die Verteilung und Schwere variiert zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der Länder. Zum Vergleich zwischen den Ländern wird der Zahnstatus (DMFT-Index) der 12-jährigen Kinder weltweit verwendet. Während der DMFT in den meisten industrialisierten Ländern aufgrund von Public Health Maßnahmen sinkt, ist der Trend in den Entwicklungsländern gegenläufig. Dies ist hauptsächlich durch steigenden Zuckerkonsum und inadäquate Mundhygiene bedingt. Die Ernährung stellt heute die Hauptursache für Karies dar. Da die Entwicklungsländer sich häufig nach westlichen Standards richten, vernachlässigen sie die Präventionsmaßnahmen gegenüber den kurativen Eingriffen. Dabei kann Zahnpasta auch aus Backpulver und Salz preiswert hergestellt werden. Dr. Mautsch stellte ein Präventionsprojekt in Peru vor, das bereits seit 24 Jahren existiert und das bewusst auf die technologische Ausrüstung

verzichtet und worunter sich die Zahngesundheit der ärmeren Bevölkerung deutlich gebessert hat.

Prof. Dr. Matthias Niedrig vom RKI berichtet über die Epidemiologie der Japanischen Enzephalitis in der Lokalbevölkerung und bei Reisenden: China, Vietnam und Nordindien haben die höchsten Erkrankungsraten. Eine Infektion ist selbst in Peking oder auf Bali möglich. In der symptomatischen Phase ist der Nachweis mittels PCR möglich; später dann als serologischer Nachweis mittels IgG/IgM. Da der Überträger, die Culexmücke, dämmerungs- und nachtaktiv ist, wird auch in dieser Zeit gestochen. Laut Prof. Niedrig ist selbst eine Impfung besser als keine, wenn die Zeit für eine vollständige Immunisierung nicht mehr reicht. Angaben zum Langzeitschutz nach vollständiger Grundimmunisierung mit zwei Impfungen können noch nicht gemacht werden.

Dr. Stefan Esser von SOS International gab eine Übersicht über die Assistancemedizin und die Arbeit des Fachausschusses innerhalb der Fachgesellschaft. Dr. Klaus Schäfer vom ADAC Ambulance Service stellte die notwendige Infrastruktur zum Betreiben einer Assistancenzentrale vor und Dr. Christine Wehrhahn von der ALMEDA GmbH berichtete über bestehende Basalalgorithmen in der Assistancemedizin. Wolfram Tannhäuser von MOS medical helpline gab dann zum Schluss noch eine Übersicht über die Assistancemedizin in Deutschland.

Am Nachmittag des zweiten Tages berichtete PD Dr. Jürgen Ringwald fachkompetent über das Thema „Reisethrombose“. Das Risiko steigt bei Flügen mit mehr als vierstündigem Sitzen auf 1:4600. Insgesamt rechnet man mit einer Risikosteigerung um 18 % alle zwei Stunden Reisedauer. Reisende sollten vor der Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln gewarnt werden, da jede Stunde Schlaf das Risiko um 10 % steigert. Die Reisenden werden in drei Gruppen (niedriges, mittleres und hohes Risiko) eingeteilt. Der Gruppe mit dem niedrigen Risiko wird laut einem Konsensuspapier von 2008 keine Prophylaxe, außer



– wenn möglich – viel Trinken und Bewegen empfohlen. Die Gruppe mit dem mittleren Risiko sollte Kniestützstrümpfe tragen und nur die Gruppe mit dem hohen Risiko sollte niedermolekulares Heparin in hoher prophylaktischer Dosierung kurz vor Reiseantritt (ggf. einmal täglich bei Rundreisen) erhalten und erneut nach 24 Stunden, sowie knielange Kompressionsstrümpfe plus den zuvor genannten Allgemeinmaßnahmen. Aspirin ist weiterhin nicht indiziert. Insgesamt mangelt es jedoch an evidenzbasierten Empfehlungen.

Herr Dr. Schulze aus Würzburg berichtete danach über Reisen mit HIV-Infektion. Optimal ist eine CD4-Zellzahl von über 350/μl. Wenn die Zahl niedriger liegt, muss mit schweren Verläufen bei der Malaria gerechnet werden. Die Internetseiten [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org) und [www.hivtravel.org](http://www.hivtravel.org) können bzgl. der Reisebeschränkungen bei der Beratung sehr hilfreich sein. Derzeit sind mehr als ein Drittel der HIV-Patienten älter als 50 und 2015 werden in dieser Gruppe mehr als 50 % sein, da heute für die Erkrankten eine fast normale Lebenserwartung unter der Therapie besteht. Bei einer CD4-Zellzahl von 200–500/μl geht man von einer mittleren Immunitätslage aus, bei < 200 von einer schlechten. Vor einer Reise sollte mindestens drei bis sechs Monate eine stabile Gesundheitssituation bestehen. Wenn es auf der Reise zu schlechteren Wirkstoffspiegeln kommt, muss mit auftretender Resistenzentwicklung gerechnet werden. Tot-Impfstoffe können idealerweise ab einer CD4-Zellzahl > 300/μl gegeben werden; eine suboptimale Wirkung findet man unter einer Zahl von 200/μl und < 100/μl kommt es

zu keiner relevanten Antikörperbildung. Unter einer Zellzahl von 200/μl sind Lebendimpfungen nicht mehr möglich.

Dr. Sigrid Ley-Köllstadt vom Deutschen Grünen Kreuz aus Marburg gab dann noch eine Übersicht über Nebenwirkungen von und Kontraindikationen für Impfungen. Die Impfaufklärung gehört zu den Leistungen, die unbedingt persönlich vom Arzt/Ärztin erbracht werden sollte. Die aktuellen Empfehlungen der STIKO gelten dabei als medizinischer Standard. Eine Routineimpfung erfolgt im Allgemeinen nicht unerwartet, weshalb den Betroffenen üblicherweise keine Bedenkzeit gegeben werden muss, die Impfung muss nicht an einem gesonderten Termin durchgeführt werden. Bei der zweiten Impfung mit dem gleichen Impfstoff im Rahmen einer Grundimmunisierung ist keine weitere detaillierte Aufklärung erforderlich. Es muss über alle spezifischen Risiken aufgeklärt werden, wobei es nicht darauf ankommt, ob die möglichen Risiken der Impfung häufig oder selten auftreten. Die Symptome sollten im Großen und Ganzen beschrieben werden. Merkblätter sind dabei üblich und haben den Vorteil der späteren möglichen Beweisbarkeit. Es muss immer Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben werden. Die Zustimmung des Patienten ist danach dann durchaus mündlich möglich.

Zum Schluss stellte Prof. Dr. Peter Bormann sehr detailliert vor, wie man sich in erdbeben- und tsunamigefährdeten Gebieten verhalten sollte. Das Deutsche Geoforschungszentrum in Potsdam hat zu diesem Thema ein Merkblatt erstellt.

Insgesamt war es wieder eine sehr gelungene und informative Veranstaltung, die in diesem Jahr am 21. und 22. September in Weimar stattfinden wird. Ich kann allen Interessierten nur die Teilnahme an der Veranstaltung und den Beitritt zur Deutschen Fachgesellschaft für Reise- und Tropenmedizin e. V. empfehlen, was mit der Zusendung der Zeitschrift für Flugmedizin, Tropenmedizin, Reisemedizin vom Thieme Verlag verbunden ist. □

Dr. Monika Stichert

# Erfolgsfaktor Arbeitsschutz? Ja!

Studie belegt betriebswirtschaftlichen Nutzen von Prävention

Unternehmen profitieren von Investitionen in den Arbeitsschutz. Das belegt eine internationale Studie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM). In insgesamt 16 Ländern wurden Untersuchungen zu Investitionen in Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit durchgeführt.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass der Erfolg von Investitionen in den Arbeitsschutz sich im Schnitt auf mehr als das Doppelte der investierten Summe beläuft.

Solche Studien werden gebraucht, da Präventionseffekte schwer zu messen sind. Die Vorschriften zum Arbeitsschutz und die wirtschaftlichen Bedingungen unterscheiden sich weltweit teilweise erheblich, gerade deshalb war es sinnvoll zu schauen, ob sich Investitionen in den Arbeitsschutz für Unternehmen generell rentieren.

Zu diesem Zweck befragten die Forscher in den Jahren 2010 und 2011 insgesamt 300 Unternehmen in 16 Ländern nach ihrer Einschätzung der betriebswirtschaftlichen Vor- und Nachteile von Ausgaben für Sicherheit und Gesundheit im Betrieb. Die Studie basiert auf standardisierten Interviews. Auf dieser Basis konnte eine Präventionsbilanz erstellt werden. Das Ergebnis: Die befragten Unternehmen erzielten insgesamt einen „The Return on Prevention“ (ROP) in Höhe von 2,2. Dies bedeutet: **Jeder Euro, den ein Unternehmen in betriebliche Präventionsarbeit investiert, zahlt sich in einem ökonomischen Erfolgspotenzial von 2,2 Euro aus.** „Hierbei handelt es sich um den Mittelwert. Was das einzelne Unternehmen tatsächlich zurückbekommt, hängt natürlich auch von der wirtschaftlichen Situation und den Marktbedingungen ab.“ Dabei zeigte sich zusätzlich, dass vor allem die mit dem Arbeitsschutz verbundene Verbesserung des Images in der Öffentlichkeit

**und der Betriebskultur, eine gestiegene Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten sowie die Reduzierung von Ausfallzeiten und Betriebsstörungen von Bedeutung sind.**

Für die gewählte Methode der Präventionsbilanzierung war es wichtig, dass die befragten Unternehmen über ausreichend Erfahrung in und mit betrieblicher Präventionsarbeit verfügen. Das legt den Schluss nahe, dass sich Investitionen in den Arbeitsschutz für Betriebe mit wenig Erfahrung in diesem Bereich eher noch mehr rentieren würden. Egal in welchem untersuchten Land: Wer erfolgreich sein und bleiben will, sollte in Prävention investieren. Der abschließende Report zur Studie „The Return on Prevention“ wird im Herbst veröffentlicht. □

Dr. Annegret Schoeller

Quelle:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) – Spitzenverband der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen; [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Kontinuierliche Verbesserungsprozesse anstoßen

## Gefährdungsbeurteilung ist mehr als eine gesetzliche Verpflichtung

„Die Verhütung von Unfällen ist nicht eine Frage gesetzlicher Vorschriften, sondern unternehmerischer Verantwortung und zudem ein Gebot wirtschaftlicher Vernunft“, sagte Werner von Siemens bereits Ende des 19. Jahrhunderts. Obwohl die Gefährdungsbeurteilung seit 1996 eine gesetzliche Verpflichtung ist, gehört sie längst nicht zur betrieblichen Routine. So

finden in nur 38 Prozent der Kleinbetriebe Gefährdungsbeurteilungen statt, wie sie vorgeschrieben sind. Die neueste Ausgabe der „baua: Aktuell“ (04/2011), die vierteljährlich von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) herausgegeben wird, legt ihren Schwerpunkt auf Informationen und Handlungshilfen rund um die Gefährdungsbeurteilung.

Die Entwicklung von Methoden und Handlungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung gehört zu den Schwerpunkten der Forschungs- und Entwicklungsarbeit der BAuA. Dabei zielen die Bemühungen auf einfache, praxistaugliche Methoden ab. Mit dem Einfachen Maßnahmenkonzept Gefahrstoffe (EMKG) und den Leitmerkmalmethoden stellt das Heft zwei praxiserprobte Beispiele vor. Zudem beschreibt es die Gefährdungsbeurteilung als zentrales Präventionsinstrument im Arbeitsschutz und listet Handlungshilfen und unterstützende Angebote der BAuA für die Betriebe auf.

Der Betriebsarzt als „Mediator“

## Das Werks- und Betriebsarztverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung Schwaben

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben häufig in der Arbeitswelt ihren Ursprung oder wirken sich auf Beruf und Unternehmen aus. Beteiligt am Rehabilitationsverfahren sind aber meist nur der Hausarzt oder das Krankenhaus und die Rehaklinik. Eine Rückkoppelung findet in der Regel nicht statt. Alles bleibt abstrakt und im Aktenschrank.

Um dies zu ändern, soll der Betriebsarzt eine Schlüsselrolle einnehmen, wenn es um die betriebliche Gesundheitsförderung geht. Dazu gehört nach dem Verständnis der Deutschen Rentenversicherung Schwaben das betriebliche Eingliederungsmanagement, die damit verbundene Anregung zu Rehabilitationsleistungen und noch früher die Prävention in jedweder Form. Dafür hat die Deutsche Rentenversicherung Schwaben das Betriebs- / Werksarztverfahren entwickelt.

Diese Leistungen zielen sämtlich darauf ab, bei absehbarer bzw. bereits vorliegender erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten / Arbeitnehmern im Einzelfall frühestmöglich einen bestmöglichen Maßnahmenerfolg zu erreichen und damit – wo und soweit immer möglich – die Erwerbsfähigkeit und bestehende Arbeitsplätze zu erhalten bzw. den Weg in die Arbeitslosigkeit oder die Rente zu vermeiden.

Die Rahmenbedingungen sind einerseits stetig wachsende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Andererseits wären Arbeitgeber bereits aufgrund sinnvoller betriebswirtschaftlicher Überlegungen gehalten, dem Erhalt der Gesundheit und damit der Erwerbsfähigkeit ihrer zunehmend älteren Beschäftigten besonderes Augenmerk zu widmen.

Vor dem Hintergrund dieser notwendigen Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels (Verlängerung der Lebensarbeitszeit; „Rente mit 67“; „Generation 50 plus“; „Fachkräftemangel“) kommt somit dem Bewusstsein von Versicherten und Arbeitgebern hinsichtlich des der Deutschen Rentenversicherung Schwaben als Rentenversicherungsträger im angezeigten Einzelfall möglichen und beanspruchbaren präventiven und rehabilitativen Leistungsspektrums wachsende Bedeutung zu.

Gleiches gilt für die entsprechenden Antrags- bzw. Zugangswege zu Teilhabeleistungen. Zu viele betroffene Arbeitnehmer erkennen – insbesondere weil ohne fachkundigen „Anstoß“ – einen Bedarf an rehabilitativer oder präventiver Hilfe erst bei akuten Beschwerden und damit sehr – oftmals zu – spät.

Um dem entgegenzuwirken, hat die Deutsche Rentenversicherung Schwaben bereits seit dem Jahre 2008 ein besonderes, in der Praxis bedauerlicherweise nur unzureichend nachgefragtes und genutztes „Werks- und Betriebsarztverfahren“ eingeführt. Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben kommt damit mehreren von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteten Gemeinsamen Empfehlungen nach, die unter anderem die verstärkte Beteiligung von Werks- und Betriebsärzten am Rehabilitationsprozess einfordern (beispielsweise die „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ oder die „Gemeinsame Empfehlung frühzeitige Bedarfs-erkennung“).



Weiterhin wirft „baua: Aktuell“ einen Blick auf das neue Produktsicherheitsgesetz und berichtet über die europäische Kampagne zur sicheren Instandhaltung. Zusätzlich zum Schwerpunktthema „Gefährdungsbeurteilung“ informiert die Ausgabe über Veranstaltungen sowie neue Publikationen und bietet Informationen aus der DASA Arbeitswelt Ausstellung.

Die aktuelle Ausgabe kann – ebenso wie alle seit 2001 erschienenen Mitteilungen – kostenfrei von der Internetseite der BAuA heruntergeladen werden unter: [www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen) □

Wer kennt das berufliche Umfeld, die Belastungen, Folgen gesundheitlicher Probleme und Auswirkungen falschen Lebensstils besser als Betriebsärzte? Sie sind meist in der Lage, einschlägige Bedürfnisse der Beschäftigten zu erkennen und in den Rehabilitationsprozess – beginnend mit der Initiierung der Antragstellung – einzubinden.

Dieser Prozess erstreckt sich auf drei Interventionsmaßnahmen, mittels derer ein Arbeitnehmer während des gesamten (hier zunächst im Sinne medizinischer Leistungen zu verstehenden) Rehabilitationsverlaufs vom Werks- und Betriebsarzt begleitet wird.

Zunächst sind Werks- und Betriebsärzte bei Einverständnis bzw. entsprechendem förmlichen Wunsch (Einverständniserklärung) des Arbeitnehmers berechtigt, ein Antragsverfahren für Leistungen zur Teilhabe einzuleiten (**erste Interventionsmaßnahme**).

Hierfür wurde ein besonderer, mit aktuell 25,00 Euro vergüteter Befundbericht für Werks- / Betriebsärzte konzipiert sowie insbesondere ein Formblatt zur Erstellung eines konkreten Arbeitsplatzprofils des Antragstellers.

Der Werks- / Betriebsarzt wird über die Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Schwaben bezüglich des Antrages (Ablehnung oder Bewilligung) schriftlich durch Übersendung eines Bescheidsabdruckes informiert. Im Falle der Bewilligung erhält der Werks- / Betriebsarzt mit förmlich erklärtem Einverständnis des Versicherten / Arbeitnehmers den ausführlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung, ggf. findet im Rehabilitationsverlauf auch ein Kontakt des Arztes der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt statt.

Nach der Rückkehr eines Mitarbeiters aus der Maßnahme soll der Werks- / Betriebsarzt als **zweite Interventionsmaßnahme** ein betriebsärztliches Gespräch führen.

In diesem Gespräch soll die weitere Vorgehensweise bei der Rückkehr des Mitarbeiters in den Arbeitsprozess auf Basis der Empfehlungen des Entlassungsberichtes sein. Der Inhalt des Ge-

spraches und der eventuell getroffenen Maßnahmen werden dokumentiert und an die Deutsche Rentenversicherung Schwaben gesandt. Für die Erstellung dieses Zwischenberichtes erstattet die Deutsche Rentenversicherung Schwaben dem Werks- / Betriebsarzt 25,00 Euro.

Werden in diesem Zwischenbericht weitere Teilhabeleistungen angeregt, wird er dem sozialmedizinischen Dienst zur Stellungnahme vorgelegt. In Abhängigkeit vom Votum des sozialmedizinischen Dienstes sind ggf. Leistungen zur Teilhabe (Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu bewilligen bzw. die Versicherten zur Antragstellung aufzufordern.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit sollte nach Ablauf von sechs Monaten nach Ende der (medizinischen) Leistung eine nachgehende werks- / betriebsärztliche Beurteilung erstellt werden (**dritte Interventionsmaßnahme**). Für diesen Abschlussbericht erhalten die Werks- und Betriebsärzte erneut 25,00 Euro.

Soweit sich aus diesem Abschlussbericht ein Hinweis für weitere, ggf. nochmalige Leistungen zur Teilhabe ergibt, kann nach befürwortendem Votum des sozialmedizinischen Dienstes unseres Hauses eine entsprechende Bewilligung erfolgen.

Die dargestellten Interventionsmöglichkeiten der Werks- und Betriebsärzte korrespondieren zudem mit der gesetzlichen Arbeitgeberverpflichtung nach § 84 abs. 2 SGB IX, für Arbeitnehmer, die wiederholt oder länger (insgesamt mehr als 6 Wochen in einem Zeitraum von 12 Monaten) arbeitsunfähig sind, ein **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)** durchzuführen; dies soweit erforderlich unter besagter Hinzuziehung des Werks- und Betriebsarztes und Hinwendung an (unter anderem) den Träger der Rentenversicherung.

Die verstärkte Einbindung der Werks- und Betriebsärzte ist ferner implementiert in verschiedene von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben

mit (Groß-)Betrieben **vereinbarte Kooperationen**, mittels derer ebenso eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten (Versicherter, Arbeitgeber, Werks- / Betriebsarzt) angestrebt wird, um Leistungsbedarfe für Beschäftigte möglichst frühzeitig zu erkennen sowie durch abgestimmte Verfahrensabläufe Entscheidungswege zu verkürzen und zu beschleunigen.

Ein über Werks- und Betriebsärzte wie beschrieben initiiertes und begleitetes präventives oder rehabilitatives Verfahren kann auch einzelfallbezogenes Ergebnis einer Demografieberatung für ein Unternehmen sein.

Mit diesem zunächst modellhaft unter anderem von der Deutschen Rentenversicherung Schwaben erprobten und zukünftig regelhaft von allen bayerischen Rentenversicherungsträgern zur Verfügung gestellten Angebot insbesondere für kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) soll ebenfalls präventiv dazu beigetragen werden, dass Arbeitgeber die demographische Problematik in ihrem Betrieb erkennen und analysieren können. Neben verschiedenen Maßnahmen, den Ablauf im Betrieb positiv zu beeinflussen, kann sich Gesundheitsmanagement auch durch präventive und rehabilitative Maßnahmen ausdrücken.

Wir wollen deshalb mit Ihnen den Dialog führen! Gerne tauschen wir uns auch aus, wie dieses Modell verbessert werden kann. Weitere und detaillierte Informationen zur Einbindung der Werks- und Betriebsärzte sind unter [www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de)

in der Rubrik „Formulare regional – Rehabilitation – Werksärzte / Betriebsärzte abrufbar. Nähere Informationen zum Beratungsangebot GeniAL sind unter [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/projekt GeniAL](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/projekt_GeniAL) zu finden. □

Joachim Hübler und Herbert Weber,  
DRV Schwaben

# Arbeitsmedizin 2.11

Arbeitsmedizinische Konferenz der BGW und der Sektion Selbstständige des VDBW  
vom 2. bis 4. 12. 2011 in Dresden



Dr. Jutta Kindel,  
Hamburg

Die Sektion der Selbstständigen des VDBW und die BGW haben gemeinsam diesen gelungenen Erfahrungsaustausch in Dresden mit vielen Impulsen zu unterschiedlichen fachlichen Themen organisiert. An drei Tagen gab es reichlich Gelegenheit zu kollegialem Austausch sowohl untereinander als auch mit Referenten und Organisatoren.

Karin Stempel MdL, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU Sachsen, verwies in ihrem Eingangsreferat auf die große Bedeutung der Prävention für die Gesundheit hin. Wirksam könne Prävention allerdings nur werden, wenn sich die Akteure im Arbeitsschutz mehr als bisher Gehör verschaffen würden. Gesetzliche Regelungen sind ihrer Meinung nach erforderlich, sonst entfalten die besten Absichten keine Wirkung.

Die Podiumsdiskussion „Ein Jahr DGUV Vorschrift 2: Positive Zwischenbilanz oder Abschiednehmen von hohen Erwartungen?“ machte die kontroversen Positionen deutlich. Jan Müller, kaufmännischer Direktor des MediClin Waldkrankenhauses Bad Dübener berichtete, dass seit der Umsetzung in seinem Unternehmen viel mehr kommuniziert würde und sich daraus bereits viele positive Impulse entwickelt hätten, Probleme werden jetzt gezielter gelöst. Er sieht der weiteren Entwicklung mit Spannung entgegen. Auch Dr. Wolfgang Panter, Präsident des VDBW, und Christian Reinke, Bereichsleiter betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung (BuS) der BGW, riefen das Publikum dazu auf, die großen Chancen, die in der neuen Regelung stecken, nicht ungenutzt vorbeiziehen zu lassen. Arbeitgeber hätten jetzt erstmals einen Katalog vorliegen, für welche Aufgaben der Arbeitsschutz zur Verfügung stehe.

Manfred Rentrup, Leiter der Abteilung Sicherheit und Gesundheit der DGUV,

beklagte, dass viele Betriebe noch keinerlei Aktivitäten ergriffen hätten, die Vorschrift umzusetzen. Problematisch sei insbesondere der Mangel an Betriebsärzten/innen in vielen Teilen Deutschlands.

Der zweite Tag stand im Zeichen von Fragen zur Existenzgründung, der Praxisoptimierung und ggf. der Praxisabgabe. Nach einleitenden Worten konnten alle Referenten individuell befragt werden, unter anderem auch zur Gestaltung von Verträgen. Der Nachmittag war dem fachlichen Austausch gewidmet in Form von zahlreichen Workshops wie „Betriebliches Eingliederungsmanagement“, „DGUV Vorschrift 2“, „Psychische Belastungen“, „Verkehrsmedizin“ oder „Reise- und Impfmedizin“.

Der Themenschwerpunkt Haut bildete den Abschluss am dritten Tag. Neben der Möglichkeit das Dresdener schuber.z Zentrum der BGW zu besichtigen, gab es Impulsvorträge. Die Zahl der Verdachtsmeldungen BK Haut sind im vergangenen Jahr deutlich angestiegen, ebenso aber die Anzahl der geschulten Personen. Demzufolge hätten die schweren und weit fortgeschrittenen Hauterkrankungen mit Anerkennung als BK erheblich abgenommen. Betriebsärzte sind aufgerufen mehr als bisher das Hautarztverfahren einzuleiten unter Verwendung des Formulars F 6050 bei

Einleitung eines einer neu aufgetretenen Hauterkrankung oder F 6052 bei Verschlechterung einer bestehenden Hauterkrankung durch die berufliche Belastung. Demnächst wird ein zusätzliches Formular für Betriebsärzte zur Meldung direkt an die Berufsgenossenschaft zur Verfügung stehen (A 6160).

Abschließend berichtete Prof. Dr. Birgitta Kütting aus Erlangen über eine Studie ihrer Klinik, in der nachgewiesen werden konnte, dass der Hautschutz allein am meisten zur Primärprävention beiträgt. Die Hautpflege hat zusätzlich unterstützenden Charakter.

Die gelungene Veranstaltung wurde abgerundet durch ein ausgesuchtes Kulturprogramm. Neben einem gemeinsamen Essen in den Brühlschen Terrassen konnte das „Grüne Gewölbe“ oder die „Türkische Kammer“ besucht werden. Die Wahl zwischen der Weihnachtsshow der Staatsoperette Dresden oder einem Besuch im Kabarett der Herkuleskeule fiel am Abend schwer.

Es bleibt zu hoffen, dass die Veranstaltung im kommenden Jahr wieder stattfinden wird, um den regen kollegialen Austausch fortzusetzen. □

Dr. Jutta Kindel



Dr. Luana Lima behandelt Patienten im Flüchtlingslager Dadaab (Kenia), Juli 2011 © Brendan Bannon

**WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN.  
HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.**

Leben retten ist unser Dauerauftrag: 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig. Werden Sie Dauerspender.

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspender](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspender)

DAUERSPENDE  
at 5,-  
im Monat

Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
012 370 205 00

**MEDECINS SANS FRONTIERES  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**  
Träger des Friedensnobelpreises

## Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

# Therapieziel Remission für immer mehr Patienten erreichbar

Der Einsatz von Tumornekrosefaktor (TNF) $\alpha$ -Blockern hat der Rheumatologie neue Chancen eröffnet. Das Erreichen einer Remission einschließlich der Wiederherstellung der körperlichen Funktionalität ist heute für zahlreiche Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ein realistisches Therapieziel.

Im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung „TNF $\alpha$ -Forum 2012“ präsentierten renommierte Experten aus allen Bereichen der Rheumatologie aktuelle und überzeugende Daten zu Infliximab (REMICADE<sup>®</sup>) und Golimumab (Simponi<sup>®</sup>) in der Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), ankylosierender Spondylitis (AS) und Psoriasis-Arthritis (PsA). Wie die aktuellen 8-Jahresdaten der BeSt-Studie für Infliximab zeigen, sind heute sowohl Biologika-freie als auch Arzneimittel-freie Remissionen keine Utopie mehr.

Die Einführung von TNF $\alpha$ -Inhibitoren und die Anwendung neuer Therapiestrategien konnte die Behandlung rheumatischer Erkrankungen verbessern. Um bei RA das Therapieziel Remission zu erreichen, plädieren die EULAR-Leitlinien dafür, möglichst direkt nach der Diagnose mit Methotrexat (MTX) und/oder einem synthetischen DMARD\* mit oder ohne Glukokortikoide zu beginnen. Bei Therapieversagen sollte nach 3 bis 6 Monaten eine Therapie mit einem TNF $\alpha$ -Inhibitor in Kombination mit MTX eingeleitet werden. Der wichtigste Erfolgsfaktor für einen langanhaltenden Behandlungserfolg ist eine engmaschig kontrollierte Therapieanpassung („Treat-to-Target“). Ein früher Therapiebeginn, gutes Ansprechen, engmaschige Kontrollen der Krankheitsaktivität, der frühzeitige Einsatz von Biologika und die kombinierte Gabe von Glukokortikoiden seien zuverlässige Prädiktoren für eine Remission, berichtete Prof. Dr. Matthias Schneider, Düsseldorf.

Dass RA-Patienten von einer frühen Kombinationstherapie mit einem TNF $\alpha$ -Blocker und MTX langfristig profitieren können, zeigten die 8-Jahresdaten der BeSt-Studie: 47 % der Patienten, die schon initial Infliximab plus MTX erhalten hatten und noch an der Studie teilnahmen (Completers Analysis), waren nach 8 Jahren in Remission (Disease Activity Score = DAS < 1,6). 15 % konnten sogar ganz auf Medikamente verzichten. Durch den frühen Einsatz von Infliximab erreichte somit jeder 6. bis 7. Patient eine Arzneimittel-freie Remission, die im Mittel 39 Monate anhielt. Durch die frühe Unterdrückung der Krankheitsaktivität war auch die Funktionalität im Vergleich zur sequenziellen Monotherapie und Step-up-Therapie signifikant besser.

Der therapeutische Nutzen von Infliximab und Golimumab ist nicht auf die Symptomverbesserung beschränkt, sondern zeigte sich auch in einem verminderten Fortschreiten der Gelenkdestruktion. In einer Studie aus Japan bei 434 Patienten mit aktiver RA trotz MTX führte die Gabe von Golimumab und MTX (n = 86) nach 24 Wochen zu einem geringeren Anstieg des van-der-Heijde-Scores (vdHS) im Vergleich zu Placebo plus MTX (n = 88; 1,05 vs. 2,51; p < 0,05), was eine Verzögerung der radiologischen Progression bedeutet. Ein ähnlicher Schutz vor Gelenkschädigungen durch Golimumab wurde in der GO-REVEAL-Studie für Patienten mit PsA nachgewiesen. Hier wurde der vdHS-Score nach einem Jahr um 0,3 und nach zwei Jahren um 0,4 Punkte gegenüber Baseline reduziert (n = 116/146).

Auch bei AS kann sich der Einsatz der beiden TNF $\alpha$ -Blocker auf eine solide Datenbasis stützen, berichtete Prof. Dr. Martin Rudwaleit, Berlin. Wie die aktuellen 8-Jahresdaten der deutschen Infliximab-Studie (DIKAS) ergaben, ist das Ansprechen nach 12 Wochen prädiktiv für ein gutes Langzeitansprechen und für eine

## Impressum ASUpraxis

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

**Online-Archiv:**  
[www.asu-praxis.de](http://www.asu-praxis.de)

### Chefredaktion

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](mailto:asu@gentner.de)

hohe Therapieadhärenz. In der DIKAS-Studie (n = 69) setzten 70 % der Patienten, die nach 12 Wochen einen BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) von 1 erreicht hatten, die Infliximab-Therapie über 8 Jahre fort; 40 % erreichten eine Remission.

Nach den neuen EULAR-Empfehlungen sollten PsA-Patienten mit aktiver Arthritis und fehlendem Ansprechen auf mindestens ein synthetisches DMARD sowie Patienten mit aktiver Enthesitis/Daktylitis und fehlendem Ansprechen auf NSAR und lokale Steroidinjektionen einen TNF $\alpha$ -Blocker erhalten.<sup>11</sup> Bei axialen Verläufen und fehlendem Ansprechen auf NSAR sowie – in Ausnahmefällen – bei DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs) -naiven, sehr aktiven PsA-Patienten könne ebenfalls eine Anti-TNF $\alpha$ -Therapie erwogen werden, sagte Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester, Berlin. Wenn die Patienten auf ein Biologikum nicht ansprechen, sollten sie auf ein anderes umgestellt werden. □

MSD Sharp & Dohme GmbH