

Editorial

Psychische Gesundheit im Betrieb

Empfehlung des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Der neueste BKK Gesundheitsreport 2011 „Zukunft der Arbeit“ verkündet „psychische Erkrankungen sind weiter steigend“. Seelische Leiden verursachen mittlerweile jeden achten Krankentag. Im Jahr 2010 verursachten sie 12 Prozent aller Fehlertage bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern; im Jahr zuvor waren es noch 10,7 Prozent. Ein durchschnittlicher Erkrankungsfall dauert 12,8 Kalendertage, aber die Fallzeiten für psychische Erkrankungen liegen bei 35,2 Tagen. Die Höhe des gesamten Krankenstandes wird maßgeblich durch die Langzeitfälle mit über sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit bestimmt. Sie machen zwar nur 4,2 Prozent aller Fälle aus, verursachen jedoch 45,5 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage. Die aktuellen Daten der Betriebskrankenkassen sprechen für sich.

Psychische Erkrankungen stellen für Arbeitgeber ein besonders hohes betriebswirtschaftliches Risiko dar, weil die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit mit über 35 Tagen besonders lange andauert. Deswegen ist die Wirtschaft mittlerweile bereit, in die Prävention psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz zu investieren. Die gesetzlichen Krankenkassen haben ebenfalls ein verstärktes Interesse an betrieblicher Prävention aufgrund der Vorgaben des § 20 ff SGB V. Sie sehen zudem Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten – neben Rauchen und Bewegungsarmut – im arbeitsbedingten Stress, in Depressionen sowie im Missverhältnis zwischen beruflicher Anerkennung und erbrachter Leistung, der sogenannten „Gratifikationskrise“. Herzinfarkte sind nach wie vor die zweithäufigste Todesursache.

Der Prävention von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz will Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen Priorität einräumen: Sie plant, im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ mit Arbeitgebern, Gewerkschaften, Sozialversicherungsträgern und Ländern gemeinsam für die nächsten fünf Jahre einen Aktionsplan zu erarbeiten. Dabei ist die Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz eines von drei Aktionszielen. Die Bundesarbeitsministerin hat auch zu Workshops eingeladen, die einen Beitrag zur Ver-

besserung der psychischen Gesundheit leisten sollen. Der Workshop des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) am 14. Mai wird mit Betriebsärzten durchgeführt, die ihre Expertise einbringen, um Lösungsansätze zu erarbeiten.

Zudem hat der Ausschuss „Arbeitsmedizin“ des BMAS eine arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ mit Stand vom Dezember 2011 herausgebracht. Die Broschüre ist eine wichtige Hilfestellung für Betriebsärzte, um die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten oder wiederherzustellen. Diese Broschüre soll und kann die Kompetenz der Betriebsärzte im Betrieb stärken. Deshalb werden wir diese Empfehlungen in acht Folgen in ASUpraxis veröffentlichen. Das BMAS unterstützt dieses Vorhaben. Das Redaktionsteam bedankt sich beim BMAS, hier bei Frau Rita Janning, dort für den Ausschuss „Arbeitsmedizin“ zuständige Referatsleiterin.

Ihnen wünscht das Redaktionsteam viele Anregungen und Erkenntnisgewinne bei der Lektüre dieser Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“.

Dr. Annegret Schoeller

Inhalt

Editorial

Psychische Gesundheit im Betrieb 49

Praxis

Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 1 50

Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN) 53

Arbeitsplatzbeurteilung bei einem Mitarbeiter mit implantiertem Defibrillator in einer Maschinenfabrik 54

Zusammenarbeit Betriebsärzte und Integrationsfachdienst 58

Am Puls des Alltags 60

2. Emden Workshop zu Arbeitsmedizin in Windparks 61

Individuelle Gesundheitsprävention, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Krankenrückkehrergespräche – Was hat das miteinander zu tun? 62

Industrieinformationen

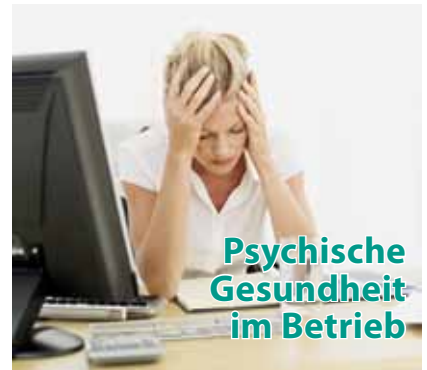
Einfach und modern 64

Impressum

64

Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 1



Einleitung

Die arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ des Ausschusses für Arbeitsmedizin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nennt Eckdaten zur Psychischen Gesundheit und stellt dabei die Rolle des Betriebsarztes in den Mittelpunkt.

In den Folgen 1 bis 4 werden die **Grundlagen** vermittelt. Hier findet ein wissenschaftlicher Exkurs zum Bedingungsgefüge von psychischer Gesundheit und Krankheit statt. Dieser hilft, die Komplexität der Interaktion von biologischen und psychischen Prozessen zu verstehen. Die für den Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeit wesentlichen Faktoren werden zusammengefasst und mit den aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt konfrontiert. Gängige wissenschaftliche Hypothesen und Modelle vermitteln mögliche Lösungsoptionen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

In den Folgen 5 und 6 **Perspektiven und Methoden** werden ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung ausführlich vorgestellt, auf eine umfassende Darstellung wird aber bewusst verzichtet. Mögliche externe Kooperationspartner werden benannt. Die Rahmenbedingungen in kleinen und mittelgroßen Unternehmen werden stets berücksichtigt. Für die praktische Umsetzung wird ein bewährtes dreistufiges Vorgehen empfohlen.

Die Vorstellung erfolgreicher **betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

Grundlagen

Zwei Eckdaten zu Arbeitsunfähigkeit infolge von psychischen Erkrankungen*

Entgegen dem allgemeinen Trend eines insgesamt rückläufigen Krankenstands steigt die Bedeutung der psychischen Erkrankungen. So wird eine Zunahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen von allen Kassenarten berichtet. Bei den Krankheitsartenstatistiken konnte ein kontinuierlicher Anstieg psychischer Erkrankungen verzeichnet werden. Diese Entwicklung wird durch Arbeitsunfähigkeitszahlen, stationäre Behandlungsdaten und die Angaben zu Arzneiverordnungen belegt.

* Zur Klassifikation psychischer Störungen werden international zwei Systeme verwendet: die weltweit anerkannte und auch für Deutschland rechtlich verbindliche ICD 10 (International Classification of Diseases) und das DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), das vorrangig in den USA gebräuchlich ist und ausschließlich psychische Störungen betrachtet. Oft wird parallel synonym zu psychischen Störungen noch die Formulierung psychische Erkrankungen verwendet. In der ICD wurde diese Bezeichnung aufgegeben, da der Begriff Störung in weiten Kreisen der Fachwelt als wertneutraler angesehen wird. (zit. Nach: IGA Fakten 1.2. Auflage September 2009)

Im Jahr 2009 entfielen je nach Krankenkasse zwischen 8,6 bis 10,8 Prozent aller AU-Tage auf psychische Störungen. Innerhalb der Krankheitsartenstatistiken bilden sie die dritt- bzw. viertwichtigste Krankheitsgruppe. Die Verbreitung psychischer Störungen differiert stark nach Wirtschaftsgruppen und beruflicher Tätigkeit. Das Risiko psychisch zu erkranken ist bei Arbeitslosen höher als bei Erwerbstätigen. Psychische Störungen stellen bei Arbeitslosen die vorrangige Krankheitsart dar.

Im Vergleich zu Männern werden bei Frauen häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert. Bei Frauen steht diese Krankheitsgruppe zumeist an dritter Stelle der Krankheitsursachen, bei Männern an vierter Stelle. Psychische Erkrankungen sind mit einer überdurchschnittlich langen Erkrankungsdauer bei einer unterdurchschnittlichen Anzahl an AU-Fällen verbunden. Sie nehmen einen erheblichen Anteil am Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ein. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer variiert bei den einzelnen Kassen zwischen mehr als 20 und 40,5 Tagen. Unter den Einzeldiagnosen gehen die „Depressiven Episoden“ mit einer sehr langen Erkrankungsdauer von durchschnittlich 54,1 Tagen einher. Psychische Erkrankungen sind unabhängig vom Alter; sie nehmen bereits bei jüngeren Altersgruppen unter 30 Jahren zu. Dabei erkranken Frauen tendenziell häufiger als Männer. Die höchsten Erkrankungshäufigkeiten und Ausfallzeiten treten bei beiden Geschlechtern bei den über 55-jährigen auf. Bei den 40- bis 55-jährigen Männern liegt die Falldauer dabei höher als bei Frauen. Die Ursache wird in psychi-

schen Erkrankungen aufgrund von psychotropen Substanzen, insbesondere Alkohol, gesehen. Somit sind insgesamt betrachtet sowohl jüngere als auch ältere Arbeitnehmer von psychischen Störungen betroffen.

Besonders verbreitet sind psychische Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Aber auch innerhalb von Branchen mit niedrigen Krankenständen (Banken und Versicherungen, Informationsdienstleistungen, Erziehungs- und Unterrichtswesen) haben sie einen steigenden Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Der Schwerpunkt von Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische Erkrankungen liegt im Dienstleistungsbereich.

Das Verordnungsvolumen von Medikamenten bei psychischen Erkrankungen hat entsprechend zugenommen. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Allerdings bekommen Frauen zum Beispiel doppelt so häufig Antidepressiva verordnet wie Männer. Oftmals erhöhen sich mit dem Alter auch die Verordnungshäufigkeiten. Arbeitslose wiesen gegenüber Beschäftigten eine mehr als doppelt so hohe Verordnungsmenge auf.

Die Daten der Krankenkassen lassen sich auch durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bestätigen. Den psychischen Erkrankungen kommt nicht nur mit Blick auf das AU-Geschehen eine erhebliche Bedeutung zu, sondern auch bei den gesundheitsbedingten Frühberentungen. Psychische Erkrankungen stellen neben den Muskel-Skelett-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen den häufigsten Grund für eine Frühberentung dar. Im **Interesse der Beschäftigten und der Unternehmen** muss die Erhaltung und (Wieder-)Herstellung psychischer Gesundheit im Betrieb höchste Priorität erhalten.

Was Betriebsärzte zur Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit im Betrieb beitragen können

Betriebsärzte haben als Berater von Unternehmen, Führungskräften und Mitarbeitern eine Schlüsselstellung in allen

Fragen von Arbeit und Gesundheit. Diese **arbeitsmedizinische Empfehlung** richtet sich deshalb primär an Betriebsärzte, sekundär an alle weiteren Akteure des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, da nur im Zusammenwirken aller betrieblichen Akteure Standards etabliert und im betrieblichen Gesundheitsmanagement umgesetzt werden können. Diese **arbeitsmedizinische Empfehlung** soll helfen

1. psychische Fehlbeanspruchungen im Betrieb frühzeitig zu erkennen und zu verringern,
2. die Beratungskompetenz von Betriebsärzten gegenüber Arbeitgeber und Beschäftigten zu stärken,
3. die Arbeitgeber und Betriebs- und Personalräte bei der Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen zu beraten,
4. Betriebsärzte zu befähigen, die Beschäftigten bei der Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit zu unterstützen,
5. Betriebsärzten zu ermöglichen, sich auf ein bereits mit Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretern abgestimmtes Vorgehen als betriebliches Stufenkonzept zur Bedarfsanalyse zu stützen, Maßnahmen vorzuschlagen und erprobte Interventionen zum Erhalt und zur Förderung psychischer Gesundheit vorlegen zu können.

Betrieblich tätige Arbeitsmediziner sind Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung und der anschließenden auf die Arbeitsumwelt bezogenen Weiterbildung (Facharzt für Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin) als **Sachverständige** in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit kompetente und umsetzungsorientierte Konzepte entwickeln können. Ihre besondere Fähigkeit besteht darin, mit Methoden der „Anamnese“ und der strukturierten Befunderhebung sowie deren differentialdiagnostischer Abwägung und Bewertung sowohl den einzelnen Menschen als auch seine Arbeitsumwelt und die betriebliche Organisation zu beurteilen. In der Verdichtung einzelner Beurteilungen zu Gruppenphänomenen auf

Abteilungs- und Betriebsebene entwickeln Betriebsärzte Hypothesen, die in schlüssige Konzepte zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen münden. Die Professionalität von Betriebsärzten besteht darin, medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen zur Ätiologie und Pathogenese arbeitsbedingter Erkrankungen in die Perspektive saluto-gener Arbeitsbedingungen zu übersetzen und die Verantwortlichen im Betrieb bei der Umsetzung kompetent zu beraten. Diese Expertise hat sich bei den „klassischen“ Gefährdungen in den letzten Jahrzehnten bewährt.

Bei den Herausforderungen, die sich aus der Dynamik und Komplexität der modernen Arbeitswelt ergeben, sind Betriebsärzte bislang überwiegend bei der Früherkennung psychischer Störungen, der Vermittlung ambulanter oder stationärer medizinisch-psychologischer Versorgung und der Begleitung bei der Wiedereingliederung nach langer Ausfallzeit durch psychische Störungen gefragt.

Betriebsärzte können mehr beitragen: Der Gedanke der **Prävention** mit den Dimensionen Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention in den Betrieben wurde bereits 1973 zur „Verhinderung arbeitsbedingter Erkrankungen“ mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) eingeführt. Forschungsergebnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gestaltung menschengerechter Arbeit (**Verhältnisprävention**) liegen als **arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse** vor, beispielsweise Ergonomie, Arbeitsorganisation vollständiger Tätigkeiten, Kurzpausen bei Bildschirmarbeit, Transparenz in den Zuständigkeiten. In der betrieblichen Wirklichkeit bleibt es oft bei selektiven Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung, der Rückenschule und dem Entspannungskurs, die sicher individuelle Entlastung bieten, aber allein nur symptomatisch wirken können (**Verhaltensprävention**).

Prävention muss als dauerhaftes und wirtschaftliches Instrument zum Schutz, zur Pflege und zur Förderung der Organisationsressource „Gesundheit“ verstanden werden: **Betriebliches**

Gesundheitsmanagement (BGM) birgt die Chance in sich, den gesetzlichen Pflichtauftrag nach ASiG und Arbeitsschutzgesetz und das unternehmerische Interesse an gesunden, motivierten und leistungsfähigen Mitarbeitern zu verbinden.

BGM setzt allerdings eine Aushandlung zwischen Arbeitgeber und Betriebs- und Personalrat innerhalb des Betriebes und den Willen zu einem kontinuierlichen und systemischen Vorgehen voraus. Kennzeichnend ist die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Abläufe, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von **Arbeit und Organisation** und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben. Es geht darum, eine übergreifende und sinnvolle Koordination aller Aktivitäten zu etablieren und weiter zu entwickeln, die Einfluss auf die Gesundheit haben.

Betriebsärzte können dabei eine führende Rolle einnehmen, indem sie ihre Expertise in den betrieblichen Steuerkreis oder das BGM-Team einbringen und die Moderation der Expertengruppe aus Führungskraft, Betriebs-/Personalrat und betrieblichen Beratern zur Gefährdungsermittlung übernehmen. Der Betriebsarzt ist in der Runde nicht nur Moderator sondern selbst Experte.

Dem Betriebsarzt kommt eine wichtige Rolle bei der fundierten Vermittlung von Früherkennungsmöglichkeiten und Verlauf psychischer Erkrankungen zu. Betriebsärzte können wie niemand anderes im Betrieb dazu beitragen, psychische Erkrankungen zu enttabuisieren, damit sie frühzeitig erkannt und behandelt werden. Grundkompetenzen werden bereits in der arbeitsmedizinischen Weiterbildung vermittelt (Kursbuch Arbeitsmedizin), Zusatzqualifikationen wie „Psychosomatische Grundversorgung“, „Psychotherapie“, „Moderation“ können inzwischen immer mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte vorweisen.

Der Betriebsarzt kann dafür sorgen, dass Führungskräfte und Mitarbeiter

die Chance haben, Kompetenzen zu entwickeln, mit anspruchsvollen, konflikthafter und „stressigen“ Situationen im betrieblichen Alltag umzugehen (Kommunikations-/ Gesundheitsseminare/ Teamcoaching).

Und der Vollständigkeit wegen sei auch noch das Selbstverständliche erwähnt: der Betriebsarzt bietet seine Rolle als ärztlicher Berater und Koordinator an, wenn es darum geht, im Frühstadium psychischer Störungen ambulante Hilfen zu vermitteln, Kontakte zu Trägern der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, und Rentenversicherung zu bahnen, in großen Betrieben sogar dauerhaft mit externen Therapeuten und Fachkliniken zu kooperieren, um die Wartezeiten zu verkürzen und dem Mitarbeiter zeitnahe Beratung und/ oder Therapie zu ermöglichen (Fallmanagement/ Routingfunktion des Betriebsarztes).

Die sachverständige ärztliche Begleitung bei der betrieblichen Wiedereingliederung ist in vielen Betrieben schon sinnvolle, gängige Praxis. Der Betriebsarzt ist der Einzige, der sowohl die medizinischen Befunde interpretieren kann, als auch die Rahmenbedingungen des Betriebes und die Arbeitsplätze kennt. Das macht ihn unverzichtbar bei der Konzipierung eines individuellen Wiedereingliederungsplans, der sowohl die Belastbarkeit des Mitarbeiters als auch die Anforderungen aus der Tätigkeit aufeinander abstimmt.

Die Wiedereingliederung von Beschäftigten mit chronischen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen ist eine zentrale betriebsärztliche Aufgabe der **Tertiärprävention**. Die erfolgreiche Integration in den Arbeitsprozess setzt die Beeinflussung der Faktoren voraus, die die Entstehung der Erkrankung begünstigt haben und die Chronifizierungsprozesse fördern und unterhalten.

Von entscheidender Bedeutung ist die möglichst frühzeitige Erarbeitung eines individuellen Stufenplans unter Berücksichtigung des positiven Leistungsbildes und der Arbeitsplatzan-

forderungen. Als Grundlage dienen einerseits fachärztliche Befundunterlagen sowie das betriebsärztliche Gespräch, ggf. mit Untersuchung, andererseits die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, Gespräche mit Vorgesetzten und im Einzelfall eine gemeinsame Arbeitsplatzbegehung. Auch eine Unterstützung und Begleitung am Arbeitsplatz durch einen Therapeuten kann sinnvoll sein.

Entscheidend ist, dass neben dem betroffenen Menschen der Vorgesetzte, der Personal-/ Betriebsrat, im Einzelfall auch die Kollegen eingebunden und ihre Anregungen in einem im Konsens abgestimmten Eingliederungsplan zusammengefasst werden. Idealerweise nimmt der Betriebsarzt diese Aufgabe wahr, denn nur er kann als Arzt die gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken sowie das Leistungsvermögen beurteilen, kennt den konkreten Arbeitsplatz mit seinen Anforderungen und Rahmenbedingungen und hat Zugang sowohl zu dem Beschäftigten als auch zum Arbeitsplatz und allen betrieblichen Akteuren.

Mit der seit 1. Januar 2011 gültigen DGUV Vorschrift 2 bieten sich gute Möglichkeiten, mit dem jeweiligen Betrieb neben der fixen Grundbetreuung, im Rahmen der betriebspezifischen Betreuung, adäquate Zeitfenster zur Durchführung von Projekten zum Themenkomplex „Psychische Gesundheit“ auszuhandeln. Denn das aktive Mitgestalten und Hinwirken auf „menschengerechte Arbeitsbedingungen“ ist wesentlicher Bestandteil des betriebsärztlichen Auftrags. □

Der Beitrag wird fortgesetzt.

Die Redaktion dankt Dr. A. Schoeller für die redaktionelle Aufbereitung des Textes.

Literatur:

Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)

DGUV: Arbeiten: entspannt, gemeinsam, besser.

So geht's mit Ideen-Treffen. Berlin 2010.

Auch: www.dguv.de

Kursbuch Arbeitsmedizin

Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN)

Nach einem internationalen Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) vom 24. 06. 1974 über die Verhütung und Bekämpfung der durch krebserzeugende Stoffe und Einwirkungen verursachten Berufsgefahren (überführt am 13. 05. 1976 in nationales deutsches Recht) und der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge vom 18. 12. 2008 ist sicherzustellen, dass sich sowohl Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer nach einer Tätigkeit mit Expositionen gegenüber krebserzeugenden bzw. erbgutverändernden Gefahrstoffen als auch beruflich strahlenexponierte Personen unter gewissen Voraussetzungen zusätzlich zu den Erst- und Nachuntersuchungen „nachgehenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen“ unterziehen können.

Diesen Service der sogenannten **nachgehenden Untersuchungen** haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen und zu diesem Zweck **ODIN** gegründet und mit der Durchführung beauftragt. Konkret hat diese Aufgabe die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie übernommen und ODIN bei der Hauptverwaltung in Heidelberg eingerichtet. ODIN organisiert nur im Auftrag der zuständigen Unfallversicherungsträger die nachgehenden Untersuchungen. Wenn die betroffenen Beschäftigten es wollen, können sie diesen Service bis ins hohe Alter nutzen, ohne dass ihnen oder ihrer Krankenkasse Kosten entstehen.

Solange Beschäftigte, die diese Kriterien erfüllen, im Unternehmen, in dem der Kontakt mit krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen stattfindet, verbleiben, werden auch dort die Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Da aber zwischen einer Tätigkeit mit derartigen K1 oder K2 Stoffen im Sinne der Gefahrstoffverordnung und dem eventuellen Auftreten einer Berufskrankheit

viele Jahre vergehen können, sollte dieser Personenkreis auch noch nach dem Ausscheiden aus einem solchen Betrieb untersucht werden. Aus diesem Grunde werden diesem Personenkreis nachgehende Untersuchungen angeboten.

Sofern das zuständige Unternehmen diese Verpflichtung zur Untersuchung auf den Unfallversicherungsträger übertragen möchte, können die betroffenen Beschäftigten dort gemeldet werden. Die **Meldung** ist allerdings schon **zu Beginn einer Tätigkeit** mit krebserzeugenden bzw. erbgutverändernden Gefahrstoffen erforderlich. Hierdurch sollen Doppeluntersuchungen bei eventueller neuer Exposition bei anderen Arbeitgebern vermieden werden. Spätestens nach dem Ausscheiden aus dem Unternehmen ist eine weitere Meldung mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses, der Dauer der Exposition, dem Datum der letzten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und dem Arzt, der die Untersuchungen durchgeführt hat, notwendig. Unternehmen sind verpflichtet die Meldung für nachgehende Untersuchungen abzugeben, die betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind aber nicht verpflichtet, daran teilzunehmen.

Für die Meldung an ODIN steht ein sechsseitiger Meldebogen zur Verfügung. Die Einwilligung der betroffenen Beschäftigten wird hierzu eingeholt, sodass nach der Meldung an die Berufsgenossenschaft der Betroffene angeschrieben wird und eine Kopie der Meldung erhält. Der Unternehmer sollte deshalb am besten direkt eine Kopie der Meldung ausdrucken und dem Beschäftigten aus Datenschutzgründen zur Information übergeben. **Verantwortlich für die Meldung des zu meldenden Personenkreises ist grundsätzlich der zuständige Unfallversicherungsträger und nicht das Unternehmen.** Dort wird dann die Meldung einer sachli-

chen Prüfung unterzogen und der Bogen verschlüsselt.

In diesem Zusammenhang kam nun unter anderem die Frage auf, ob die Beschäftigten im Gesundheitsdienst, wie z. B. das Personal einer zentralen Zytostatikzubereitung in der Apotheke, auch gemeldet werden müssen, was ich eigentlich für folgerichtig halten würde. Es existiert sogar für Arzneistoffe, die als krebserzeugend oder mutagen gelten, eine Liste bei ODIN; unter der Nummer 04491 sind dort „Arzneistoffe, krebserzeugend K1/K2 wie z. B. Zytostatika“ aufgeführt.

Die Antwort aus Hamburg von Herrn Dr. Hamann, BGW, lautete aber: „Eine Meldung bei **ODIN** ist für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die Kontakt mit Zytostatika hatten, nicht notwendig, da auch festgelegt wurde, dass G 40 Untersuchungen in diesen Fällen nicht notwendig sind.“

Die Durchführung der nachgehenden Untersuchungen darf nur von Ärzten und Ärztinnen mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin oder der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin durchgeführt werden. Die Untersuchungsaufträge – mit Ausnahme von Asbest – werden durch ODIN erteilt. Diese Untersuchungen finden einheitlich alle zwei Jahre statt, wenn nicht in Einzelfällen medizinisch begründet ein kürzerer Abstand vorgeschlagen wurde. Ausnahmen bilden die nachgehenden Untersuchungen nach Umgang mit aromatischen Nitro- und Aminoverbindungen, die generell auf einen Untersuchungsabstand von einem Jahr und für Kontakt mit Buchen- und Eichenholzstäuben auf 18 Monate verkürzt wurden.

Für vertiefende Informationen empfehle ich, die Webseite von ODIN (www.odin-info.de) zu kontaktieren. □

Dr. Monika Stichert

Arbeitsplatzbeurteilung bei einem Mitarbeiter mit implantiertem Defibrillator in einer Maschinenfabrik

Der 53-jährige Mitarbeiter Herr M. war am 9. November 2011, gerade zu Beginn der Schicht, leblos an seinem Arbeitsplatz aufgefunden worden. Die sofort durchgeführte Reanimation war erfolgreich und der Mitarbeiter hat den Herzstillstand ohne weitere Folgen überlebt. Am 28. November 2011 wurde ihm daraufhin ein Defibrillator implantiert.

Herr M. ist nun Anfang März 2012 wieder hergestellt und möchte im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung seine Arbeit erneut aufnehmen. Da er als Bohrwerksdreher arbeitet, stellt sich die Frage, ob die sich in der Nähe befindenden Elektroschränke oder die magnetischen Felder, die beim Einspannen kleinerer Teile auftreten, die Funktion des Defibrillators beeinträchtigen können.

Aktive Implantate lassen sich durch elektrische, magnetische und auch durch elektromagnetische Felder frequenz-, feldverlaufs- und feldstärkeabhängig beeinflussen.

Die Betriebsärztin informiert sich hierzu auf der Seite der BG ETEM über die dort hinterlegte Broschüre BGI 5111: „Beeinflussung von Implantaten durch elektromagnetische Felder – Eine Handlungshilfe für die betriebliche Praxis“ vom Juni 2009.

Die Unfallverhütungsvorschrift BGV B11 „Elektromagnetische Felder“ enthält Festlegungen zum Schutz von Arbeitnehmern bei Expositionen gegenüber elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Feldern. Konkretisiert und erläutert wird die Unfallverhütungsvorschrift BGV B11 durch die BG-Regel BGR B11 „Elektromagnetische Felder“. Da die Einhaltung der zulässigen Werte aber nicht zwangsläufig einen Schutz von Personen mit Implan-

taten darstellt, ist daher eine Einzelfallentscheidung für diesen Personenkreis notwendig. Die hierzu notwendigen Informationen befinden sich in der BG-Regel BGR B 11, die sich an Unternehmer, Sicherheitsfachkräfte und auch Mediziner richtet. Diese Beurteilung sollte gemeinsam mit einem Kardiologen, dem Betriebsarzt sowie dem Sachkundigen gemäß BGR B11 hinsichtlich elektromagnetischer Felder erfolgen.

Ein implantierbarer Defibrillator (ICD – implantable Cardioverter Defibrillator) ist ein spezieller Herzschrittmacher, der als aktives Implantat zusätzlich Herzkammerflimmern therapiert, indem er einen elektrischen Stromstoß zur Neusynchronisation des Herzrhythmus erzeugen kann. Durch den Defibrillator wird über eine bipolare Elektrode Kammerflimmern detektiert. Es erfolgt dann die Abgabe eines Schockimpulses direkt auf den Herzmuskel, was zu einer Neusynchronisierung führen soll.

Solche aktiven Implantate können durch physikalische Mechanismen wie elektrische oder magnetische Felder beeinflusst werden. Hierdurch kann es zur Einkopplung (Influenz) von Strömen in den menschlichen Körper kommen, wodurch Körperströme verursacht werden.

Wirksam können sowohl die Magnetfelder selbst, als auch die durch sie verursachten Körperströme werden. Statische und niederfrequente Magnetfelder durchdringen den menschlichen Körper, ohne dabei in nennenswerter Weise abgeschwächt zu werden. Die Einwirkung hochfrequenter elektromagnetischer Felder (> zirka 100 kHz) führt zur Einkopplung von Energie in Implantate, die mit der Stärke der Gewebe-

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



schicht zwischen Implantat und Haut abnimmt. Dies kann zu einer Erwärmung und/oder zu einer Störung des Implantats führen.

Eine Störbeeinflussung des Herzschrittmachers ist immer dann möglich, wenn über die Sensing-Elektrode ein elektrisches Signal ausreichender Spannung und relevanter Signalform an den Eingang dieses Gerätes gelangt. Ein solches Signal kann beispielsweise durch externe elektrische und magnetische Felder in die implantierte Herzschrittmacherelektrode eingekoppelt werden. Die Höhe der Störspannung ist im Wesentlichen abhängig von der Bauart der verwendeten Elektroden, der Lage der implantierten Elektroden im Körper sowie der Richtung, der Amplitude und der Modulation des externen Feldes.

Nach vorliegenden Untersuchungen führen bipolare Elektroden zu niedrigeren Störspannungen als die fast nicht mehr verwendeten unipolaren Elektroden. Dann wird zur Beurteilung der Störbeeinflussung für beide Elektrodenarten das unipolare Modell verwendet. Bei dieser Art der Störbeeinflussung kommt es nicht nur auf die lokale elektrische und magnetische Feldstärke am Ort des Herzschrittmachergerätes an, sondern auch auf die Feldstärke im Bereich des Thorax.

Es kann zu einer Störbeeinflussung durch direkte Einstreuung in das Herzschrittmachergerät kommen, da das Gehäuse implantierbarer Herzschritt-

machergeräte für statische und niederfrequente Magnetfelder nahezu „transparent“ ist. Das Körpergewebe besitzt für statische und niederfrequente Magnetfelder keine dämpfende Wirkung. Daher entspricht die magnetische Feldstärke innerhalb des menschlichen Körpers der Feldstärke, die am selben Ort ohne die Anwesenheit des Körpers gemessen wird.

In Abhängigkeit von der Störeinkopplung können folgende Störungen auftreten:

- Das Herz hat seinen Eigenrhythmus, es treten keine Herzrhythmusstörungen auf, und der Schrittmacher sollte keine Stimulationsimpulse abgeben. Aufgrund externer Störfelder wird der Herzschrittmacher jedoch daran gehindert, den Herzeigenrhythmus zu erkennen. Das hat zur Folge, dass der Herzschrittmacher die für den eingestellten Sicherheitsmodus vorgesehenen Stimulationsimpulse abgibt. Dabei handelt es sich um die Auslösung eines irreversiblen Umschaltens in einen fest programmierten asynchronen Modus (meist VVI 70/min.). Je nach Herzschrittmachergerät handelt es sich dabei um einen vom Arzt voreingestellten Betrieb. Der Übergang in einen solchen Betrieb kann vom Herzschrittmacher

träger unbemerkt bleiben. In seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer asynchronen Stimulierung des Herzens und zu einer Beeinflussung des Herzrhythmus kommen.

- Bei starken magnetischen Feldern kann der integrierte Reed-Kontakt (Magnetschalter) im Herzschrittmacher diesen in den Magnetmodus schalten, d. h. es wird mit einer festen, voreingestellten Frequenz stimuliert. Dies ist aber bei modernen Geräten nicht längerfristig möglich, deshalb muss schnellstmöglich eine Überprüfung in der Schrittmacherambulanz erfolgen.
- Der gegenteilige Fall besteht, wenn das Herz einen nicht ausreichenden oder keinen Eigenrhythmus hat, und der Herzschrittmacher müsste Stimulationsimpulse abgeben. Der Herzschrittmacher interpretiert jedoch das externe Störsignal als Herzeigenrhythmus und unterdrückt seine Stimulationsfunktion (Inhibition), sog. „overseising“. Die Dauer der Inhibition wird im Wesentlichen von der Länge und dem zeitlichen Verlauf des externen Störsignals bestimmt, wobei eine länger andauernde Inhibition zum Tode führen kann. Hier ist schnellstmöglich Abstand zum Störsignal herzustellen.

Da Defibrillatoren Herzschrittmachern mit Zusatzfunktion entsprechen, können alle zuvor genannten Störungen dort auch auftreten. Es bestehen aber folgende Besonderheiten:

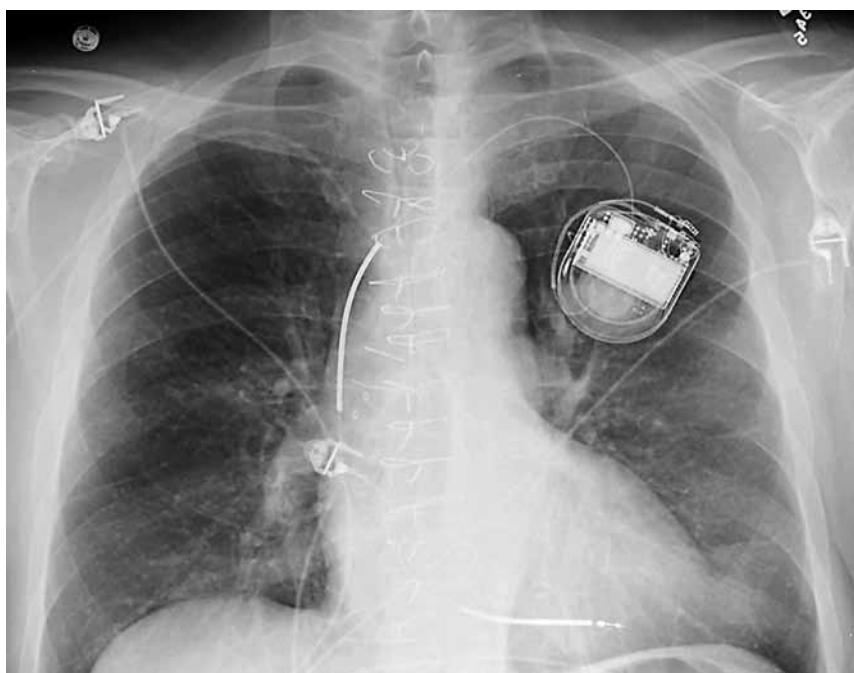
- Bei einer Beeinflussung des integrierten Reed-Kontaktes wird die Therapiefunktion des Defibrillators deaktiviert.
- Durch äußere elektrische oder magnetische Felder erzeugte Störspannungen können als Herzkammerflimmern interpretiert werden. Der Defibrillator gibt zur vermeintlichen Therapie einen Elektroschock ab. Aufgrund der ausschließlichen Verwendung von bipolaren Elektroden ist die Störbeeinflussbarkeit von Defibrillatoren durch äußere niederfrequente elektrische und magnetische Felder im Vergleich zu einer Störbeeinflussbarkeit von Herzschrittmachern mit unipolaren Elektroden wesentlich vermindert.

Die BG-Schrift gibt dann auch eine Hilfestellung, wie die praktische Vorgehensweise zur Beurteilung der Beeinflussbarkeit ist. Bei der Bewertung sind sowohl die Exposition des Betroffenen als auch die Eigenschaft des Implantates zu berücksichtigen.

Zunächst werden die Bereiche bestimmt, in denen sich der Implantatträger während seiner Arbeitszeit und der Pausen aufhalten wird. Die Zugangswege zu Arbeits- und Aufenthaltsbereichen sind mit zu beurteilen. Bei der Ermittlung der Feldquellen sind alle feldrelevanten, elektrisch betriebenen Arbeits- und Betriebsmittel sowie Anlagen innerhalb der Arbeits- und Aufenthaltsbereiche und deren Zugangswege zu berücksichtigen.

Im **Anhang 1** der BG-Schrift findet sich eine Anlagen- und Geräteliste. Eventuell geht hieraus schon hervor, dass eine Beeinflussung nicht zu erwarten ist, und einer Weiterbeschäftigung steht nichts mehr im Wege.

Zur Ermittlung der Exposition in den Arbeits- und Aufenthaltsbereichen sind die Arbeitspositionen und die Körperhaltung des Implantatträgers zu berücksichtigen. Dabei sind – abhängig von der



Art der Störbeeinflussung – beispielsweise die lokalen Feldstärken am Ort des Implantats oder im Bereich des Thorax relevant. Insbesondere sind neben statischen Feldern auch Felder mit Frequenzen zu betrachten, die mit dem physiologischen Herzsignal (Wiederholffrequenz 0,2 Hz bis 5 Hz) verwechselt werden können, sowie Felder, die im Frequenzbereich bis 1 kHz – einschließlich möglicher Schwebungsfrequenzen – liegen.

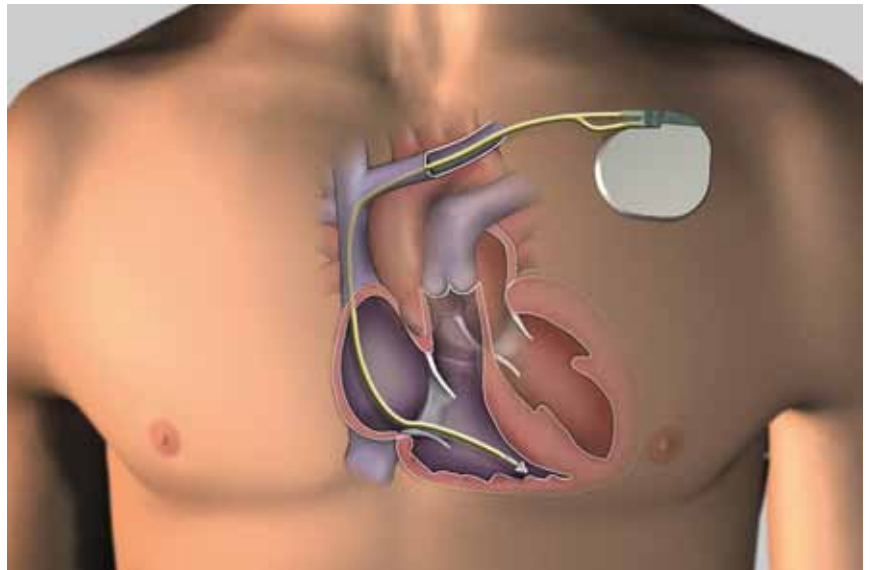
Die Ermittlung der Exposition mittels Messung, Berechnung oder Vergleich hat durch einen Sachkundigen gemäß BGR B11 zu erfolgen. Die Ermittlung der Exposition mittels Messung ist in **Anhang 2** erläutert.

Zur Beurteilung der Beeinflussbarkeit von Herzschrittmachern sind neben Hersteller und Typ des implantierten Herzschrittmachers auch die Funktionsweise (Schrittmachermodus), die Art der Elektroden, die Betriebsart und die programmierte Empfindlichkeit zu ermitteln (siehe **Anhang 3**). Die meisten dieser Informationen können dem Herzschrittmacherpass entnommen werden.

Die Ermittlung und Bewertung der Störbeeinflussbarkeit eines Herzschrittmachers kann nach folgenden Verfahren erfolgen:

- Vergleich der Exposition mit zulässigen Werten
- Überprüfung und Bewertung anhand der Herzschrittmacheraktion eines implantierten Herzschrittmachers mittels Untersuchungen am Arbeitsplatz
- Überprüfung und Bewertung anhand der Herzschrittmacheraktion eines implantierten Herzschrittmachers mittels Messungen im Labor.

Werden vom Implantathersteller keine implantatspezifisch zulässigen Werte angegeben, lassen sich diese durch unterschiedliche Verfahren feststellen. In der Norm E DIN VDE 0848-3-1 „Sicherheit in elektrischen, magnetischen und elektromagnetischen Feldern; Teil 3-1: Schutz von Personen mit aktiven Körperhilfsmitteln im Frequenzbereich von 0 Hz bis 300 GHz“ sind Störschwellen angegeben, bei de-



ren Einhaltung eine Beeinflussung von Herzschrittmachern ausgeschlossen werden kann. Aus den Störschwellen und der programmierten Wahrnehmungsschwelle (dokumentiert im Herzschrittmacherpass) lassen sich mit Hilfe der angegebenen Umrechnungsformeln zulässige Spitzenwerte elektrischer und magnetischer Felder bestimmen.

Bei Einhaltung der Spitzenwerte nach E DIN VDE 0848-3-1 sind Beeinflussungen von Herzschrittmachern ausgeschlossen. Die in der E DIN VDE 0848-3-1 genannten Sicherheitswerte beziehen sich auf Implantate mit unipolaren Elektrodensystemen (ungünstigster Fall). Die in der Norm E DIN VDE 0848-3-1 festgelegten Werte sind meist zu restriktiv, da sie auf vereinfachten Modellen mit ungünstigen Körpergeometrien basieren. Sind die Implantateigenschaften bekannt, lassen sich individuelle zulässige Werte ermitteln.

Für die Ermittlung eines individuellen zulässigen Wertes sind die Betriebsart, die programmierte Empfindlichkeit, die Art der verwendeten Elektroden (uni- / bipolar) sowie die tatsächliche wirksame Schleifenfläche relevant. Die tatsächliche wirksame Schleifenfläche sollte nach Möglichkeit anhand von Röntgenbildern bestimmt werden und in die Berechnung der Störschwelle einfließen. In **Anhang 4** ist die Ermittlung zulässiger Werte anhand des individuellen Herzschrittmachersystems beschrieben.

Es besteht aber auch die Möglichkeit, eine Überprüfung und Bewertung anhand der Herzschrittmacheraktion eines implantierten Herzschrittmachers am Arbeitsplatz vorzunehmen. Die Überprüfung erfolgt mittels eines Telemetriegerätes / Programmiergerätes oder eines EKG-Messgerätes.

Der Herzschrittmacherträger befindet sich mit Telemetriegerät an seinem Arbeitsplatz bzw. in den Bereichen, in denen er sich während seiner Arbeitszeit und der Arbeitspausen aufhält. Über das intrakardiale EKG (IEKG) werden die herzeigenen Signale, die Markerkannäle und die induzierten Störspannungen beobachtet und aufgezeichnet. Hierzu muss das Telemetrie- / Programmiergerät störfest sein. Die ermittelten Daten sind von einem Mediziner dahingehend auszuwerten, ob ein ungestörter Betrieb des Herzschrittmachers am Arbeitsplatz gewährleistet ist. Wird bei Anwendung der genannten Verfahren festgestellt, dass zulässige Werte überschritten werden oder eine Beeinflussung des Herzschrittmachers möglich ist, sind Maßnahmen erforderlich, um die Störbeeinflussung zu verhindern.

Solche Maßnahmen können sein:

- Maßnahmen an der Feldquelle zur Verringerung der Exposition, beispielsweise Abschirmung oder Veränderung der Leitungsführung
- Vergrößerung des Abstandes zur Feldquelle, beispielsweise durch Abgrenzungen oder durch Verlagerung von Bedienständen

- Erhöhung der Wahrnehmungsschwelle des Implantats durch Veränderung der Schrittmacherprogrammierung durch den Kardiologen
- Erstellung von Betriebsanweisungen
- Kennzeichnung der Bereiche, die von Implantatträgern nicht betreten werden dürfen
- Unterweisung von Mitarbeitern und Fremdpersonal
- Information von Besuchern

Bei Geräten des täglichen Lebens ist bei bestimmungsgemäßem Gebrauch und bei Einhaltung eines Mindestabstandes von 30 cm zwischen Oberkörper und Oberfläche des Gerätes in der Regel eine Beeinflussung des Implantats ausgeschlossen. Zwischen Mobiltelefonen und dem Brust- / Schulterbereich sollte ein Sicherheitsabstand von 15 cm eingehalten werden. Zu handgeführten elektrischen Betriebsmitteln sollte ein Abstand von 30 cm nicht unterschritten werden.

Herr Fischer von der BG ETEM schrieb 2008 im „arbmednet“, dass zu elektrischen Antrieben, den Zuleitungen sowie generell zu E-Verteilungen und Kabeltrassen generell eine Unterarmlänge Abstand gehalten werden sollte. Daher stellen Drehmaschinen kein Problem dar, aber die von mir zu Beginn genannten Magnetspannplatten. Diese werden wir noch gesondert beurteilen.

Bei ortsveränderlichen Anlagen und Betriebsmitteln wie akkubetriebene Elektrowerkzeuge, Magnethaltesysteme (Lasthebemagnete) und netzbetriebene Elektrowerkzeuge (z. B. Bohrmaschine, Schwingschleifer, Handkreissäge, Winkelschleifer) ist eine Beeinflussung des Defibrillators nicht wahrscheinlich, wie der Tabelle zu entnehmen ist. Bei Werkzeugmaschinen, Be- und Verarbeitungsmaschinen (z. B. bei der Holz- und Metallbearbeitung), Magnete zur Positions- und Lageerkennung (z. B. bei Magnetschaltern und Pneumatikzylinder), magnetische Spann- und Halteinrichtungen sind Beeinflussungen wahrscheinlich nicht möglich, allerdings muss bei den magnetischen Spann- und Halteinrichtungen eine



mögliche Remanenz der Werkstücke berücksichtigt werden.

Bei Kabeln und Leitungen wie bei Industrieanlagen / Kabelbühnen, Hochspannungskabeln, Sammelschienen, Energieverteilung und Freileitungen ist zu beachten, dass bei Strömen größer 100 A in der unmittelbaren Umgebung der stromführenden Leiter eine Beeinflussung möglich ist. Bei Freiluftschaltanlagen ist eine Beeinflussung nur bei Arbeiten in der Anlage möglich und bei Frequenzumformern hängt es vom Abstand und der Bauart ab, ob es möglich ist. Dies gilt auch für Umrichter, Ladestationen, Gleichrichter, Notstromaggregaten. Bei Schaltanlagen (SF6 / Innenraumschaltanlagen) ist es wiederum je nach Abstand und Bauart möglich. Bei Trafostationen ist es in öffentlich zugänglichen Bereichen ausgeschlossen, möglich jedoch in der direkten Umgebung der Niederspannungsseite. Bei Umspannwerken und Windkraftanlagen ist es nur im Inneren der Anlage möglich, beim Generator an der Generatorableitung.

Berechnungen sind häufig viel zu kompliziert und werden deshalb selten durchgeführt. Nach Maschinenrichtlinie liegt aber auch schon häufig eine Emissionsbestimmung vor, diese kann beim Hersteller der Maschine angefordert werden.

Bei Messungen unter Laborbedingungen hat sich gezeigt, dass sich im Vergleich zu den Sicherheitswerten

in der DIN in der Regel wesentlich höhere Beeinflussungsschwellen ergeben. Untersuchungen unter Laborbedingungen könnten z.B. im Universitätsklinikum Aachen durchgeführt werden.

Die Funktionsweise des Implantats kann anhand des NBG-Codes (NASPE / BPEG Generic Pacemaker Code) ermittelt werden. (NASPE: North American Society of Pacing and Electrophysiology; BPEG: British Pacing and Electrophysiology Group). Im Herzschrittmacherausweis sind hierzu Angaben beispielsweise unter Modus / Mode oder Betriebsart zu finden.

Der NBG-Code beschreibt die allgemeine Funktion eines Schrittmachers anhand von maximal fünf Buchstaben. Dabei sind für die medizinische Funktion des Schrittmachers nur die ersten drei Buchstaben relevant. Sie stehen für die Stimulation, die Wahrnehmung und die Betriebsart. Ergänzt werden diese durch den vierten Buchstaben, der die Programmierbarkeit, Telemetrie und Frequenzadaption beschreibt, und den fünften Buchstaben, der anti-tachykarde Eigenschaften beschreibt. Nähere Angaben finden sich wiederum in der zuvor genannten BGI. Die Gefährdungsbeurteilung sollte wie zuvor beschrieben folgende Punkte beinhalten:

- Bestimmung der Arbeits- und Aufenthaltsbereiche
- Identifizierung der Feldquellen
- Ermittlung der auftretenden Exposition
- Ermittlung der Implantateigenschaften
- Bewertung der Störbeeinflussungsmöglichkeiten

Wichtig ist, dass die Beschäftigten eine Informationspflicht haben, über die Versorgung mit Körperhilfsmitteln zu informieren, damit der Unternehmer notwendige Maßnahmen ergreifen kann. □

Dr. Monika Stichert

Zusammenarbeit Betriebsärzte und Integrationsfachdienst

Im Folgenden wird der Integrationsfachdienst (IFD) und seine Arbeitsweise beschrieben. Nach den Erfahrungen des Verfassers, der selbst in einem IFD im Rheinland tätig ist, könnte eine verbesserte Kooperation die Arbeit für beide Seiten erleichtern und erfolgreicher werden lassen.

Der Integrationsfachdienst fußt in seiner Arbeit auf dem SGB IX, Kapitel 7. Er ist flächendeckend im Bundesgebiet eingerichtet (ein Dienst pro Arbeitsamtsbezirk). Arbeitsweise und Organisation variieren. Im Rheinland ist der IFD behinderungsspezifisch aufgestellt, und zwar für körperlich / geistige Be-

hinderungen, Hörbehinderungen, Sehbehinderungen und seelische Behinderungen. Letzteres Arbeitsfeld steht mir vor Augen und ist sicher auch das Feld, wo eine Kooperation mit Betriebsärzten häufig vorkommt bzw. vorkommen sollte.

Im Folgenden soll das Feld der Arbeit des IFD näher beschrieben werden.

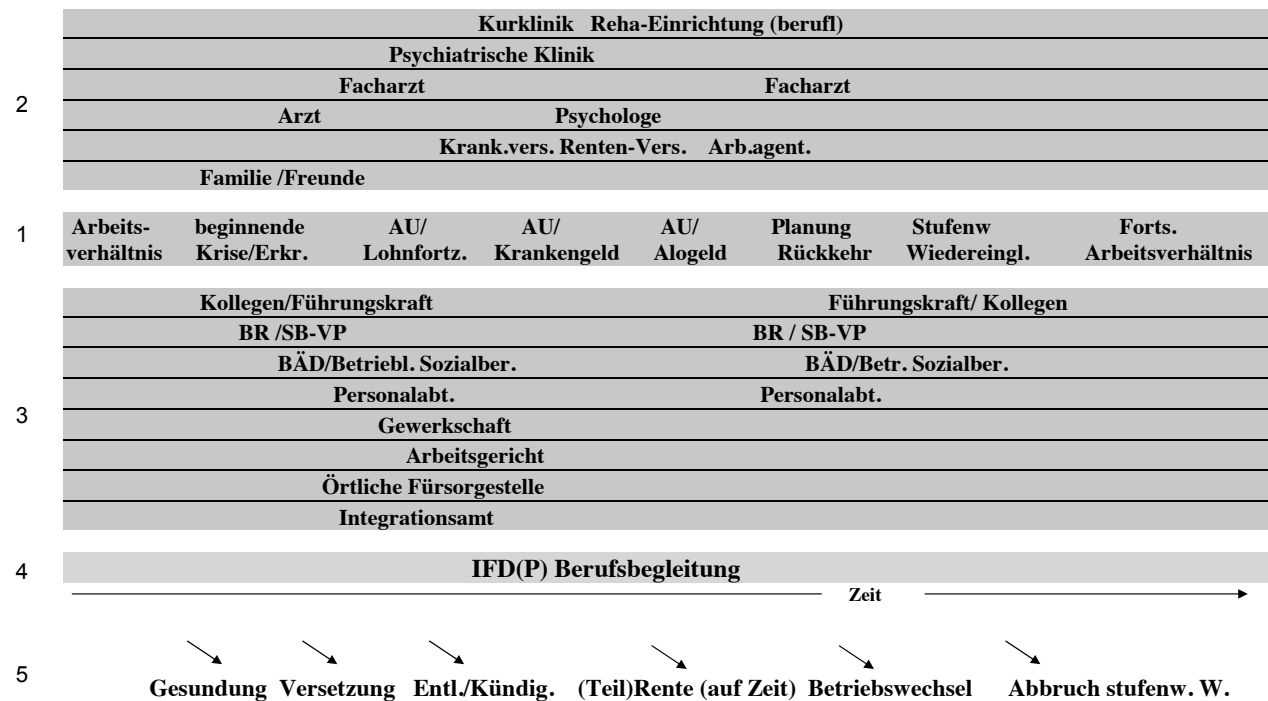
Der in der Abbildung dargestellte Weg, den Menschen gehen, die psychisch zusammengebrochen sind, variiert von Einzelfall zu Einzelfall. In der waagrecht Ebene lässt sich erkennen, welchen Stellen sich wann ein- oder ausklinken. In der senkrechten Ebene lässt sich erkennen, welchen Stellen / Perso-

nen eventuell gleichzeitig involviert sind. (Die Nummerierung im Text bezieht sich auf die Zahlen links im Schaubild und die dazu gehörige waagrecht Ebene)

1.) Bestimmte Lebensumstände / Probleme / Arbeitsbelastungen usw. können eine Überforderung darstellen, auf welche die Person irgendwann mit gesundheitlichen Problemen reagiert, wenn die Bewältigungskräfte erschöpft sind. Im Arbeitsbereich des IFD / Berufsbegleitung (P) tauchen überwiegend die Formen von Krankheiten und Behinderungen auf, die sich im psychiatrischen Feld befinden.

Schaubild 1

Seelische Erkrankung und (möglicherweise) beteiligte Stellen / Personen / Institutionen





Der Verfasser arbeitet in einem IFD im Rheinland. Daneben ist er freiberuflich tätig im Bereich Schulungen für Führungskräfte und Interessenvertreter zum Thema „Psychisch erkrankte Mitarbeiter im betrieblichen Alltag“ und zu „Lösungsorientierter Beratung“. Kontakt: info@systemberatung-gimbel.de

Zunächst kommt es zu Arbeitsunfähigkeit mit Lohnfortzahlung, anschließend erfolgt der Übergang zu Krankengeldbezug. Ist während der Dauer des Krankengeldbezuges keine Gesundung möglich – was durchaus nicht selten vorkommt –, so muss nach der Aussteuerung durch die Krankenkasse nach der Nahtlosigkeitsregelung Arbeitslosengeld beim Arbeitsamt beantragt werden. Gleichzeitig mit diesem Antrag muss binnen vier Wochen ein Antrag auf eine Reha-Maßnahme gestellt werden.

Bleibt über diese Zeit das Arbeitsverhältnis erhalten und ist eine Stabilisierung feststellbar, kann mit der Planung einer Rückkehr an den Arbeitsplatz begonnen. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird häufig in Form einer stufenweisen Wiedereingliederung über einen Zeitraum von einem bis (höchstens) sechs Monaten durchgeführt. Daran anschließen kann sich bei gutem Verlauf eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses wie vor der Krise.

2.)

Von einer sich anbahnenden Krise bzw. psychischen Erkrankung wird nach dem/der Betroffenen zunächst außerhalb des Arbeitsplatzes ihre/ seine Familie mehr oder weniger involviert.

Wenn sich die Situation zuspitzt, werden Hausarzt/ Hausärztin und/ oder ein entsprechende/ r Facharzt/ Fachärztin konsultiert, die/ der auch evtl. die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellt. Es gibt aber auch Situationen, wo Betroffene ihren „Kräfte-Akku“ restlos leerfahren, zusammenbrechen und direkt in eine Psychiatrische Klinik kommen. In der Klinik – oder auch ambulant – wird eventuell Beratung bzw. Therapie in Anspruch genommen. Spätestens ab dem Zeitpunkt des Kranken-

geldbezuges ist auch die Krankenversicherung mehr oder weniger intensiv beteiligt. Kommt es im Anschluss zu einer Reha-Maßnahme, so ist des Weiteren eine Kurklinik und eventuell der Träger einer beruflichen Reha mit beteiligt, was in aller Regel unter Beteiligung der Rentenversicherung stattfindet.

3.)

Eine psychische Krise / Erkrankung führt über kurz oder lang dazu, dass sich die Führungskraft mit dieser Situation beschäftigt. Daran anschließend (oder bereits davor) kann die Angelegenheit zu einem Thema für Betriebsrat, Personalrat oder Schwerbehinderten-Vertrauensmann/ -frau werden und auf die Ebene der Personalabteilung geraten. Sofern im Betrieb vorhanden, wird spätestens dann eine betriebliche Sozialberatung und eventuell der Betriebsarzt eingeschaltet.

Kommt es im Zusammenhang mit der Krise zu Konflikten, kann die juristische Ebene erreicht werden (Kündigung/ Versetzung), wo dann Gewerkschaften, Arbeitsgerichte und möglicherweise die Rechtsabteilung des Betriebes mit ins Spiel kommen.

Sofern die betreffende Person einen Schwerbehinderten-Ausweis hat (oder beantragt hat), werden spätestens dann auch die örtliche und die Haupt-Fürsorgestelle in den Fall involviert. Es kann dann zu einer kürzeren oder längeren Pause aus Sicht dieser beschriebenen Stellen kommen.

Spätestens, wenn die Planung einer Rückkehr an den Arbeitsplatz beginnt, werden aber erneut Vorgesetzte, Personalabteilung, Betriebsarzt, Betriebsrat, Personalrat und/ oder Schwerbehinderten-Vertrauensleute mit unterschiedlichem Gewicht in die Planung

einbezogen. In dieser Phase wird aus meiner Erfahrung der Betriebsarzt wesentlich häufiger als vor dem Zusammenbruch eingeschaltet, vor allem wenn es um eine stufenweise Wiedereingliederung geht.

Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung ist auch erneut ein/ e Facharzt/ Fachärztin und der Medizinische Dienst der Krankenkasse beteiligt.

Wenn die stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich in eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses übergeht, klinken sich nach und nach diese vorher beteiligten Stellen aus.

4.)

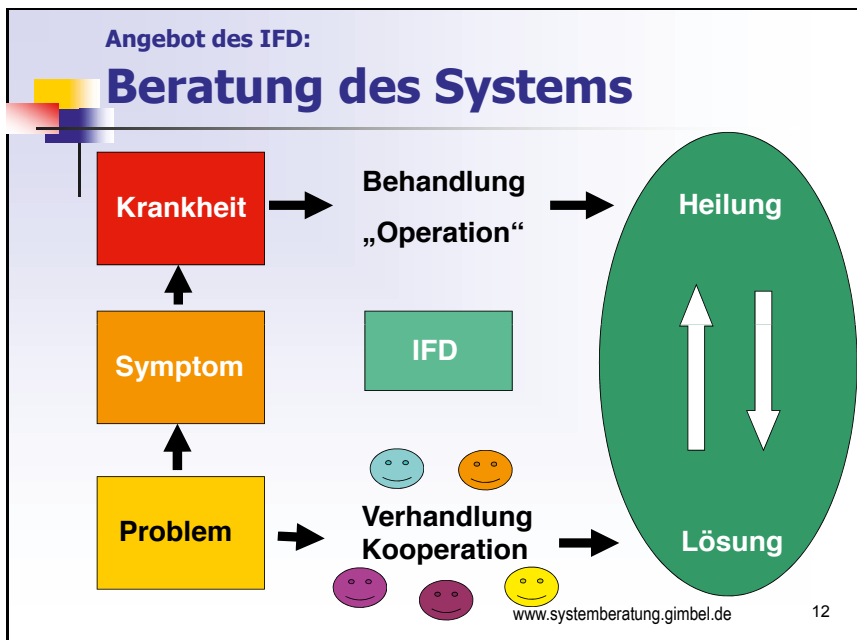
Der IFD/ Berufsbegleitung kann zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten einbezogen werden:

Sofern es sich um Menschen handelt, die in der Vergangenheit bereits Kontakt zum IFD/ Berufsbegleitung hatten, werden sich diese evtl. von sich aus bei einer erneuten Eskalation an den IFD wenden. In Einzelfällen haben auch bereits Schwerbehinderten-Vertrauensleute den IFD mit einbezogen, weil sie aus ähnlichen Fällen eine Eskalation mit dem „Erwerb“ einer Schwerbehinderten-Eigenschaft befürchteten. Im Regelfall wird der IFD aber bei noch nicht als schwerbehindert anerkannten Personen eingeschaltet vom Facharzt/ Fachärztin, von der Klinik, oder auch erst von einer sich an die Klinik anschließenden Reha-Klinik.

In seltenen Fällen ist der IFD auch erst mit dem Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung beteiligt, in noch selteneren Fällen auch erst nach dessen Scheitern.

So wie wir die Arbeit verstehen, bemühen wir uns um eine enge Verzahnung und gute Zusammenarbeit aller auf Ebene 2 und 3 beteiligten Stellen, Personen, Institutionen. (**Abbildung 2**)

Der große Vorteil des IFD gegenüber allen anderen Stellen ist der, dass er über den gesamten Prozess von Beginn der Krise bis zur erfolgreichen Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Betrieb mit dem Betroffenen Kontakt halten kann – wenn der es wünscht.



12

5.) Im Laufe dieses beschriebenen Prozesses können natürlich viele verschiedene Auswege, Abkürzungen oder auch Sackgassen auftauchen: Es kann sich zu unterschiedlichen Zeiträumen eine Klärung des schwelenden Konfliktes ergeben. Es kann sich durch eine Versetzung evtl. für alle oder einen Teil der Beteiligten eine Entspannung ergeben. Durch Gewährung von Teilrente kann die Arbeitszeit verkürzt werden und dadurch mehr Stabilität erreicht werden. Es kann zu einer Kündigung kommen, die in einzelnen Fällen auch von den beteiligten Personen als Ausweg angesehen wird, in manchen Fällen aber auch zu einer weiteren Kränkung bzw. Stigmatisierung führen kann.

Die stufenweise Wiedereingliederung kann scheitern, was in der Regel als besondere Krise erlebt wird. Bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit kann evtl. Erwerbsminderungsrente auf Zeit einen Ausweg darstellen. Über eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben kann es u. U. zu einer neuen Qualifikation kommen mit anschließender Weiterbeschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz in der bisherigen Firma oder bei einem neuen Arbeitgeber. Der IFD hat besondere Möglichkeiten, die private, medizinische, betriebliche und eventuell auch die Reha-Ebene anzusprechen, Kontakt zu halten und zu verbinden- natürlich immer nur unter der Bedingung, dass der Klient das möchte und die Beteiligten dazu bereit sind. Der IFD ist ohne Macht. Lediglich

über den Umweg, dass eine Kündigung eventuell vom Arbeitsgericht kassiert werden kann, wenn der IFD im Vorfeld bei Versuchen zur Sicherung des Arbeitsverhältnisses nicht beteiligt wurde, öffnen sich eventuell Türen beim Arbeitgeber „gezwungenermaßen“. Nach der Erfahrung des Verfassers sind aber die allermeisten Arbeitgeber zur Zusammenarbeit bereit, wenn sie den IFD als Instanz erfahren, der nach Lösungen sucht, die für beide Seiten verträglich sind. Bei der „Verhandlung“ auf und mit der betrieblichen Ebene sind nach meiner Erfahrung dann häufig Betriebsärzte beteiligt, wenn das jeweilige Unternehmen eigene Betriebsärzte angestellt hat. Diese Betriebsärzte kennen dann auch den IFD (und umgekehrt). In anderen Fällen spielen nach meiner Erfahrung Betriebsärzte bei der Rückkehr eher im Ausnahmefall eine Rolle und das dann auch nur bei größeren Betrieben. Hier liegen sicher noch Möglichkeiten für eine Verbesserung der Zusammenarbeit, die beiden Seiten die Arbeit erleichtern könnten und für die Betroffenen die Chancen auf gute und schnelle Lösungen erhöhen könnten. □

Hans Dieter Gimbel

Den jeweils für Ihre Region zuständigen IFD finden Sie unter:
<http://www.integrationsaemter.de/Integrationsfachdienste/88c51/index.html>

Am Puls des Alltags

Die aktuelle Titelstory des Magazins des Deutschen Ärzteblattes für Studierende der Medizin ist der Arbeitsmedizin gewidmet: Der kurzweilige, dreiseitige Beitrag „Am Puls des Alltags“ beginnt mit den Worten: „Mal Pumps mit hohen Absätzen, mal bequeme Arztschlappen, mal Turnschuhe mit fester Sohle – Dr. med. Susanne Wimmers Schuhwerk für den täglichen Dienst ist so abwechslungsreich wie ihre Tätigkeit selbst. Wimmer ist zwar Ärztin, aber sie klettert auch schon einmal in einem Tanklager rum, in voller Schutzmontur selbstverständlich, wie die Arbeiter auch. ‚Kälte, Nässe, Zugluft, Gefahrstoffe –

dem sind die Mitarbeiter dort ausgesetzt‘, erklärt sie. Und von ihren Arbeitsbedingungen müsse sie sich vor Ort ein Bild machen. Denn Wimmer ist Arbeitsmedizinerin und dabei unter anderem auch koordinierende Betriebsärztin des Mineralölkonzerns TOTAL Deutschland GmbH.“ Eine tolle Werbung für die Arbeitsmedizin beim ärztlichen Nachwuchs. Nachzulesen auch online: www.aerzteblatt-studieren.de □



Arbeitsmedizin offshore

2. Ender Workshop zu Arbeitsmedizin in Windparks

Der 2. Ender Workshop wurde unterstützt durch die VGB Powertech in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin e. V. und befasste sich mit der arbeitsmedizinischen Betreuung von Beschäftigten, die auf Offshore Windenergieanlagen eingesetzt werden sollen und den medizinischen Versorgungsmöglichkeiten bei derartigen Arbeitsplätzen. Da die medizinische Versorgung vor Ort deutlich eingeschränkt ist, ergeben sich daraus besondere Anforderungen und Bedingungen für die Eignungsuntersuchungen und Betreuung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

In Großbritannien, den Niederlanden und Norwegen haben Betreiber von Offshore-Anlagen insbesondere für Gas- und Ölplattformen entsprechende Regelwerke über die besonderen Anforderungen an die Arbeiter hinsichtlich physischer und psychischer Fitness erarbeitet und einen Katalog als Grundlage für medizinische Eignungsuntersuchungen erstellt. Um den Arbeitern einen reibungslosen Wechsel zwischen den Anlagen und Untersuchungsstellen der einzelnen Staaten zu gewährleisten, wurde eine gegenseitige Anerkennung ihrer Eignungszertifikate im sogenannten „Hardanger Abkommen“ vereinbart.

Die neuen Windenergie Offshore-Parks in den deutschen Gewässern erfordern ebenfalls Regelungen für den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer und -nehmerinnen, die diese Anlagen im Hochseebereich errichten, betreiben und warten. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin e. V. (DGMM) und Energieunternehmen wurde in Anlehnung an die bestehenden Regelungen eine Empfehlung für die Eignungsuntersuchung für Tätigkeiten auf deutschen Offshore-Anlagen erstellt. Hier war unter anderem auch unser arbeitsmedi-

nischer Kollege, Dr. U. Rogall aus Hamburg, beteiligt, der auch als Referent auf dem Workshop das Thema „Medizinische Untersuchungen für Tätigkeiten auf On- und offshore Windenergieanlagen“ übernommen hatte.

Der Vorschlag der DGMM sieht als Grundlage für die Untersuchung die arbeitsmedizinischen Grundsätze 41 und 25 erweitert um eine Ergometrie, Hörtest, Lungenfunktion und eine Blutbestimmung für Cholesterin und Harnsäure vor. Die Anmeldung zu dieser Tauglichkeitsuntersuchung sollte durch den Betrieb erfolgen und gleichzeitig muss auch eine Einstufung in drei Kategorien erfolgen. Unter die Kategorie A fallen die „Arbeiter“, unter Kategorie S z. B. die Mechaniker und unter die Kategorie V die Besucher, die maximal 12 Stunden offshore bleiben. Firmen wie EON, Vattenfall und RWE haben diese Vorschläge inzwischen in ihr Sicherheitskonzept übernommen und als Standard dort hinterlegt. Es sind in diesem Zusammenhang aber immer noch Punkte zu klären, ob beispielsweise obligatorisch Drogentests und eine CDT-Bestimmung verlangt wird, oder wie ein möglicher Beschwerdeweg aussehen kann, wenn die Probanden mit dem Ergebnis nicht einverstanden sind. Außerdem stellt sich die Frage, ob alle oder nur die Kranbediener eine Perimetrie und die Feststellung des Dämmerungssehens durchführen müssen.

In den Niederlanden gibt es Listen von qualifizierten und empfohlenen Medizinern, die der Arbeitgeberverband führt und die diese Untersuchungen durchführen können. Auch für Deutschland ist geplant, Qualitätsanforderungen für die Arbeits- und Betriebsmediziner, die diese Untersuchungen durchführen wollen, festzulegen.

Herr Schuchart aus Hamburg brachte uns auch mit beeindruckenden Bildern die Planung und Fertigstellung von

Windenergieanlagen im Offshore-Bereich nahe. Es gibt nur einen begrenzten Wettbewerb von Turbinenherstellern zum jetzigen Zeitpunkt und die Verfügbarkeit von speziellen Installationschiffen ist weltweit eingeschränkt. Die Witterungsbedingungen bringen es mit sich, dass man im Winter von zirka 15 Tagen gutes Wetter für den Offshorebereich ausgeht. Schwierigkeiten entstehen durch das Heben von Lasten, das Arbeiten in der Höhe, den notwendigen See-Transport, den Personentransfer vom Festland aus und die notwendigen Taucharbeiten. Der Windpark Nordsee-Ost wird zurzeit 30 km nördlich von Helgoland erstellt. Die Inbetriebnahme ist für 2013 geplant. In diesem Zusammenhang ist dann zu bedenken und zu klären, wer zukünftig für die Seerettung in der Nordsee zuständig ist.

Herr Stutz aus Neumünster präsentierte den Windpark Alpha Ventus, der mit zwölf Mühlen 45 km vor Borkum in der deutschen Bucht vor 1,5 Jahren in Betrieb gegangen ist. Er berichtete über die bisher eingetretenen Vorfälle und dass der häufigste Grund, Personen notfallmäßig aufs Festland zu bringen, lautet: „Zahnschmerzen“. Das kleinste gesundheitliche Problem kann sich gravierend auswirken, wenn man die Person eventuell aufgrund von schlechtem Wetter nicht wegbringen kann.

Herr Bechtel aus Kiel brachte uns die Schwierigkeiten des Hubschraubersnahe, Frau Schnegelsberg aus Oldenburg sprach über die Aufgabenfelder der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und Frau Mayer aus Bremen erläuterte das Offshore Training.

Es war insgesamt eine sehr interessante Fortbildung, die uns eine für viele Kollegen und Kolleginnen völlig fremde Welt nahebrachte. □

Dr. Monika Stichert

Individuelle Gesundheitsprävention, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Krankenrückkehrergespräche – Was hat das miteinander zu tun?

Wenn ich an meine Anfänge in der Arbeitsmedizin denke, dann ist seitdem in der Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland eine Menge passiert. Eine Mitarbeiterin, die 1992 Langzeit erkrankte und dann Krankengeld bezog, bekam keine Aufforderung vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse zur Überprüfung, ob die weitere Krankenschreibung gerechtfertigt war. Auch der Arbeitgeber meldete sich nicht unbedingt bei ihr, ob er irgendetwas zur Genesung beitragen konnte. Meistens kamen diese Beschäftigten dann nach Auslaufen des Krankengeldes wieder, weil sie noch zu gesund für die Rente waren und jetzt das Geld einfach nicht mehr reichte.

Dabei gab es damals, im Gegensatz zu heute, noch eine Berufsunfähigkeitsrente. Heute kann es einem passieren, dass man zu krank für die Arbeitsstelle ist, aber auch zu gesund für die Rente. Eine Freundin von mir, die Rentenbegutachtungen durchführt, brachte es einmal auf den Punkt. Sie fragt sich immer, ob der zu Begutachtende noch acht Stunden täglich an einer Kinokasse Billets verkaufen kann. Wenn er oder sie das kann, dann ist der zu Begutach-

tende nicht erwerbsunfähig. Was passiert aber dann? Nach 18 Monaten läuft das Krankengeld aus und es bleibt einem nichts anderes übrig, als zum Arbeitsamt zu gehen und Lohnersatzleistungen zu beantragen. Welcher Beruf zuvor ausgeübt wurde, interessiert niemanden mehr. Der Verweis bezieht sich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, und ob es dort eine geeignete Arbeitsstelle gibt, ist auch nicht relevant.

Am 1. Januar 1989 wurde mit dem § 275 SGB V der Medizinische Dienst der Krankenkassen als Nachfolgeorganisation des Vertrauensärztlichen Dienstes eingeführt. Zum 1. Oktober 1991 wurde durch den § 74 SGB V das Verfahren der Stufenweisen Wiedereingliederung etabliert. Erst seitdem können Beschäftigte, die längere Zeit erkrankt waren, wieder stundenweise in den alten Beruf zurück kommen und dadurch erproben, ob sie ihre Arbeit wieder schaffen und sich dadurch langsam an ihr altes Niveau von vor der Erkrankung herantasten können.

1996 erhielten die Unfallversicherungsträger im Zuge der Aufstellung des SGB VII einen erweiterten Präventionsauftrag. Seitdem sind die Berufsgenossenschaften mehr die Unterstützer der Arbeitgeber als die Kontrolleure. Im Jahr 2000 kam es zum Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente für alle Arbeitnehmer und ab dem 1. Januar 2001 zur Einführung eines Rentenabschlages bei vorzeitig in Anspruch genommener Altersrente.

Seit Mitte 2004 sind die Arbeitgeber durch § 84 Abs. 2 SGB IX aufgefordert, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen. Seitdem achten auch zunehmend die Arbeitsge-

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



richte darauf, ob ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt wurde. Dies gilt sowohl auf Arbeitgeberseite – ohne BEM keine erfolgreiche krankheitsbedingte Kündigung – als auch auf Arbeitnehmerseite. Hat der Arbeitgeber ein Betriebliches Eingliederungsmanagement angeboten und der Beschäftigte nicht daran teilgenommen, da es ja zunächst freiwillig ist, entscheidet das Gericht eher zugunsten des Arbeitgebers, da der Arbeitnehmer nicht nachweisen kann, dass er alles Erdenkliche getan hat, um seinen Arbeitsplatz wieder ausfüllen zu können.

In der heutigen Zeit wird es vor dem Hintergrund der prognostizierten demografischen Entwicklung immer einfacher, eine Arbeitsstelle zu bekommen. In manchen Regionen zeichnet sich sogar schon ein Fachkräftemangel ab. Wir werden in Deutschland und auch weltweit immer älter und immer weniger junge Menschen wachsen in den Industriestaaten nach. Wir müssen uns klar machen, dass die jungen Arbeitskräfte von 2030 im Prinzip alle schon geboren wurden. Dass es einfacher wird, eine Arbeitsstelle zu bekommen, gilt aber nur für gut ausgebildete Menschen und nicht für das Gros der ungelerten oder angelernten Beschäftigten.

Die erwartete demografische Entwicklung können wir nicht mehr beeinflussen, aber wir müssen lernen, mit den Folgen umzugehen. Dies bedeutet zum Beispiel, dass unsere Kinder und jungen



Kollegen und Kolleginnen wahrscheinlich bis zum 70. Lebensjahr arbeiten müssen. Umso wichtiger wird deshalb die Prävention, sowohl auf betrieblicher Ebene als auch beim einzelnen Individuum. Der Staat gestaltet den Rahmen, wie eben zuvor beschrieben, aber jeder von uns ist selber für seine Gesundheit verantwortlich. Sicher gibt es Erkrankungen, die einen Menschen schicksalhaft treffen und woran er oder sie nichts ändern kann. Aber machen wir uns nichts vor, viele der heutigen Erkrankungen können wir positiv beeinflussen. Denken wir dabei nur an die vielen Volkskrankheiten wie die chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), den hohen Blutdruck, die koronare Herzerkrankung, die Fettstoffwechselstörung, die Gicht und all jene Erkrankungen, die im Zusammenhang stehen mit Rauchen, Übergewicht und zu wenig Bewegung.

Da die meisten Menschen sich täglich acht Stunden im Betrieb aufhalten, kann gerade dort eine Menge getan werden, worum sich beispielsweise wir Betriebsärzte und die Arbeitsgruppe „betriebliche Gesundheitsförderung“ kümmern. Wir machen Angebote für mehr Bewegung, gesunde Ernährung, Bekämpfung des Übergewichtes und bieten Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen, Gesundheitstage usw. an. Den „inneren Schweinehund“ jedoch muss jeder selber bekämpfen.

Unter „Krankenrückkehrer-Gesprächen“ versteht man, dass erkrankte Beschäftigte von ihren Vorgesetzten bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz gefragt werden, ob ihre Erkrankung in irgendeinem Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz gestanden hat und ob man künftige Fehlzeiten dadurch verhindern kann, dass man an der Ursache etwas ändert. Genau dies ist auch der Grund, warum ein Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement stattfindet. Wir, der Arbeitgeber und auch die Betriebsärzte möchten weiteren Fehlzeiten vorbeugen und dafür sorgen, dass die Betroffenen so schnell wie möglich an den Arbeitsplatz zurückkommen können. Wohlgermerkt, es geht nicht darum, dass

The image shows a yellow form titled "Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung" (Sick Leave Certificate). It contains several sections with checkboxes and text boxes, including fields for the employee's name, date of birth, and the start and end dates of the sick leave. There are also sections for the doctor's name and the reason for the sick leave. The form is designed to be filled out by a medical professional.

jemand nicht seine Erkrankung auskuriert, sondern darum, so wenig wie möglich zu fehlen. Denn die Arbeit bleibt entweder liegen oder muss von den Kollegen und Kolleginnen mit erledigt werden, was diese wiederum überlastet. In der Industrie müssen des Öfteren Leiharbeiter eingestellt werden, die die Arbeit dann machen können und die viel Geld kosten, was den eigenen Beschäftigten dann vielleicht wieder entgeht.

Es stimmt übrigens nicht, dass ein Beschäftigter, der vom Arzt krank geschrieben wurde, nicht vorzeitig arbeiten kommen darf. In einem freien Rechtsstaat bestimmt immer noch der Bürger selbst, ob er sich krank fühlt oder nicht. Eine AU-Bescheinigung stellt kein Arbeitsverbot dar. Man kann dann beispielsweise am Morgen beim Arbeitgeber anrufen und sich wieder gesund melden und dann losfahren. Es besteht dann auch gegen alle Befürchtungen ein Versicherungsschutz bei der Unfallversicherung für den Arbeitsweg.



Was aber auf keinen Fall geht ist, dass der Arbeitgeber Druck ausübt, damit der erkrankte Beschäftigte endlich wieder arbeiten kommt. Was aber auch nicht geht ist, dass der Beschäftigte nach Bezug von 18 Monaten Krankengeld wieder die Arbeit aufnimmt, weil das Geld jetzt nicht mehr reicht, aber er noch gar nicht in der Lage ist, die Arbeit zu verrichten. Dann kann der Arbeitgeber auch eine „Gesundschreibung“ vom Arzt verlangen, bevor er den Mitarbeiter wieder beschäftigt. Diese Entscheidung muss völlig frei getroffen werden. Inzwischen weiß man, dass Beschäftigte, die eigentlich krank sind und trotzdem zur Arbeit kommen, aufgrund der geleisteten Minderarbeit mehr Kosten beim Arbeitgeber verursachen als die Erkrankten, die zu Hause bleiben. Dieses Phänomen wird als „Presentismus“ bezeichnet.

Wenn ein Beschäftigter das Gefühl hat, er wird unter Druck gesetzt, wieder zur Arbeit kommen zu müssen, dann sollte er sich vertrauensvoll an den Personalrat/MAV/Betriebsrat wenden und dort um Hilfe und Unterstützung bitten. Ebenso kann sich aber auch der oder die Vorgesetzte an den Personalrat/MAV/Betriebsrat wenden, wenn ein Beschäftigter oder eine Beschäftigte sich auf Kosten der Kollegen ausruht, denn die Arbeitnehmervertretung ist für alle da und kann es nicht tolerieren, wenn anderen Beschäftigte unnötig belastet werden. Wenn die Vorgesetzten zuerst bei der Mitarbeitervertretung vorgeschprochen haben oder der Vorgesetzte diese mit zu dem Gespräch eingeladen hat, dann kann der oder die Kollegin, die sich auf Kosten der anderen ausruht, nicht ihre gefärbte Variante des stattgefundenen Gespräches weitergeben. Zusammengefasst bedeutet dies schon, dass diese Maßnahmen dazu da sind, durch verminderte Fehlzeiten Kosten zu reduzieren, aber eben auch durch Abstellen der Ursachen, dass die Beschäftigten gesund in die Rente gehen können und ihre Arbeitskraft dauerhaft erhalten bleibt und die Kollegen nicht unnötig belastet werden. □

Dr. Monika Stichert

Diabetes-Dokumentation mit iPhone & Co.

Einfach und modern



Immer dabei, einfach und schnell zu bedienen – „DiabetesPlus“, die beliebte Applikation für iPhone und iPod touch gibt es jetzt auch in einer Version speziell für Typ-2-Diabetiker. Die neue „App“ vereinfacht die Diabetes-Dokumentation und macht die Verwaltung von Blutzuckerwerten, Mahlzeiten, Sport, Medikamenten und eigenen Notizen zum Kinderspiel. Nur ein Klick und schon steht das komplette Blutzuckertagebuch zum Ausdrucken oder E-Mail-Versand an den behandelnden Arzt bereit.

Die Menüführung ist selbsterklärend. Im „Blutzuckertagebuch“ findet der Nutzer die Werte chronologisch geordnet und nach Tagen gruppiert. Eindeutige Symbole lassen auf einen Blick erkennen, welche Werte hinterlegt sind und ob sie im persönlichen Zielbereich liegen. Eine Grafik zeichnet den Tagesverlauf der Blutzuckerwerte auf. In der monatlichen Darstellung werden „Ausreißer“ so rasch erkannt.

Auch bei der blutzuckersenkenden Therapie sorgt „DiabetesPlus für Typ2-Diabetiker“ für mehr Übersicht: Auf einer Liste einfach das „eigene“ Medikament anklicken und dem Tagebuch hinzufügen. Wer mit Insulin behandelt wird, findet sein Präparat in einem besonderen Bereich. Im Menüpunkt „Einstellungen“ können die Blutzuckereinheit (mg/dl oder mmol/l) gewählt und der persönliche Zielbereich festgelegt werden. Beliebig viele weitere Arzneimittel lassen sich ganz einfach im Bereich „Medikamente“ verwalten. Konzipiert und entwickelt wurde diese Applikation von Daniel Wischer, der selbst Diabetiker ist: „Mit dieser App möchte ich Typ-2-Diabetikern das tägliche Diabetes-Management erleichtern, um den Alltag trotz Erkrankung so unbeschwert wie möglich zu gestalten.“ Rückmeldungen von Nutzern

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

können in zukünftigen Aktualisierungen berücksichtigt werden. Unterstützt von MSD steht „DiabetesPlus für Typ2-Diabetiker“ im iTunes Store zum kostenlosen Download zur Verfügung. Die Applikation erfordert iOS 4.0 oder neuer und ist kompatibel mit iPhone, iPod touch und iPad. □

MSD Sharp & Dohme GmbH

Weitere Infos: www.diabetesplustyp2.de

