

Editorial

Was macht eigentlich eine Betriebsärztin?

Wie schön waren doch die Zeiten für meine Kinder, als sie auf die Frage nach dem Beruf der Mutter noch klare Antworten geben konnten: „Sie ist Notärztin bei der Feuerwehr und Internistin in der Notaufnahme“ In der Reihenfolge, bitte! Darunter kann sich jeder Schulkamerad etwas vorstellen: Blaulicht – Martinshorn – Lebenretten.

„Eigentlich bist Du ja gar keine richtige Ärztin mehr“, meinte meine Tochter neulich etwas klamm, als ich gerade im City-Kostüm von einer ASA-Sitzung kam. Wie konnte ich ihr das Spannende an meiner neuen Fachrichtung erklären?

Ich erzählte ihr von Schwester Dorota; diese Kollegin kannte ich noch aus meiner Notaufnahmezeit. Sie war für mich der Inbegriff einer energischen, zupackenden Krankenschwester. Immer fröhlich und humorvoll. Wie erschrak ich, als sie mir Jahre später bei einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung (G 42) gegenüber saß. Ein Schatten ihrer selbst! Adynam, schwingungslos, fast leblos kauerte sie im Stuhl. Das war doch nicht die Schwester Dorota, die ich kannte! Ihr selbst, auch ihren Kolleginnen und noch nicht einmal ihrer Familie war die Veränderung aufgefallen, so schleichend ging sie vonstatten und so sehr waren alle mit ihren eigenen Problemen beschäftigt. Dorota hatte eine schwere Depression, das war mir sofort klar.

Ich erklärte Dorota meine Verdachtsdiagnose und dass sie sich nun helfen lassen müsste. Mit ihrem Einverständnis griff ich zum Telefonhörer. Zum Glück hatte ich damals schon das Netzwerk Psychiatrie aufgebaut. Am nächsten Tag hatte sie ihren Therapieplatz. Nun, nach fast zwei Jahren, saß letzte Woche Dorota wieder vor mir. Wir planten ihre Wiedereingliederung. „Sie haben mir das Leben gerettet“, sagte sie mit einem Anflug ihres fröhlichen Lächelns zu mir, das ich noch von früher kannte.

„Lebenretten“ geht also auch ohne Blaulicht und Martinshorn. Nicht so spektakulär, aber vielleicht hilft meine Behandlung jetzt sogar nachhaltiger, als die der Notärztin, die ja häufig auch erst kurz vor oder nach 12.00 Uhr kam!

„Psychische Gesundheit im Betrieb“ ist, wie das Beispiel von Dorota zeigt, ein Megathema in der Arbeitsmedizin. So setzen wir die im letzten Heft von Dr. Annegret Schöller angekündigte Serie dazu fort und ergänzen sie mit Beiträgen zum Dauerbrennertema „Burnout“. Das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu „Burnout“ wird vorgestellt und die Rolle der Be-

Inhalt

Editorial

Was macht eigentlich eine Betriebsärztin? 65

Praxis

Burnout: Neues Krankheitsbild oder bloß neomodisches Etikett? 66

Burnout – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit Kommentar einer Betriebsärztin 68

Arbeitswelt im Wandel 71

Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 2 72

Gehen Sie auch zu dem Seminar? 75

„MAK-Collection“ frei verfügbar 77

Gefährdungsbeurteilung, das zentrale Präventionselement im Arbeitsschutz 78

Industrieinformationen

Bewegung bedeutet Leben – und Leistung. Gerade im Büro! 80

Impressum

80

triebsmedizin reflektiert. Das von Dr. Monika Stichert beschriebene Netzwerk „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“ zeigt ein Modell für gelungene Kooperation von Arbeitsmedizinern und Psychiatern.

Daneben wenden wir uns aber auch der „klassischen“ Arbeitsmedizin zu. Dr. Monika Stichert berichtet vom BGW-Seminar „Die Gefährdungsbeurteilung – ein Instrument für das Arbeitsschutzmanagement“ und ich stelle Überlegungen an, wie man diese Arbeitsschutz-Erkenntnisse im Rahmen des BGW-Unternehmermodells DGUV V2 an den Mann bzw. die Frau bringt.

Nun weiß meine Tochter, was wir Betriebsärzte machen und dass es für uns Betriebsärzte noch viel zu tun gibt...

Viele Anregungen beim Lesen wünscht Ihnen

Dr. Ulrike Hein-Rusinek



Dr. Ulrike Hein-Rusinek

Netzwerktreff „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“

Burnout: Neues Krankheitsbild oder bloß neumodisches Etikett?

Das 2009 gegründete Netzwerk „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“ traf sich nun zum neunten Mal im LVR-Klinikum in Düsseldorf-Grafenberg. Entstanden aus dem „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ ist dieses Netzwerk ein Zusammenschluss von betriebsärztlich tätigen Ärzten einerseits und Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychosomatikern andererseits – aus Kliniken, Fachambulanzen, Arztpraxen und Beratungsstellen. **„Burnout: Neues Krankheitsbild oder bloß neumodisches Etikett? – Gedanken aus betriebsärztlicher und psychiatrischer Sicht“** war das Thema des Treffens am 19. Januar 2012.

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek, die Moderatorin der Netzwerktreffen führte zum Thema aus betriebsärztlicher Sicht ein. Die besonders in den Medien diskutierte Burnout-Problematik habe das Augenmerk auf psychische Belastungen im Beruf gelenkt. Über psychische Erkrankungen werde nun offener diskutiert, was zur Entstigmatisierung beitragen könne. Unter dem Etikett „Burnout“ wird der Betriebsarzt aber einerseits häufig mit Situationen konfrontiert, die eher allgemeinen Lebenskrisen entsprechen. Andererseits können sich hinter der Symptomenbeschreibung auch bisher unbehandelte Erkrankungen wie beispielsweise schwere Depressionen verbergen.

Burnout versus Depression?

Priv.-Doz. Dr. med. Birgit Janssen, Ltd. Oberärztin der Abteilung Allgemeinpsychiatrie II (Chefarzt Prof. Dr. Wolfgang Gaebel) referierte über das Thema aus psychiatrischer Sicht. Die vermeintliche Diagnose „Burnout“ könne von Patienten gut angenommen werden,

weil damit verbunden wird, dass man fleißig ist, man sich sehr anstrengt, aber die eigene Umwelt einen krank macht. Frau Dr. Janssen stellte die Vermutung auf, dass bei fast 90% dieser Patienten eine mehr oder weniger ausgeprägte Depression vorliegt.

Wenn ein Patient/-in sich in der Institutsambulanz vorstellt, dann wird dort kein Fragebogen verwendet, da die Fragen nach „bestehender Erschöpfung“ oder „ob die Arbeit mit nach Hause genommen wird“, „ob jemand schlecht schläft“ oder „sich am Arbeitsplatz überfordert fühlt“ inzwischen von vielen Menschen bejaht werden, ohne dass ein Burnout vorliegen muss.

Was ich sehr interessant und auch hilfreich fand, war die Einschätzung von Frau Dr. Janssen, dass Patienten mit einem alleinigen „Burnout“ gesunden, wenn sie Urlaub machen, Sport treiben und insgesamt weniger arbeiten wür-

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



den. Sie berichtete aber, dass sich bei jedem Patienten mit einer Depression, der seine Arbeit aufgibt, das Krankheitsbild verschlechtern würde, da diese Menschen dann Zeit hätten, zu grübeln. Insofern wäre es hilfreich, wenn wir Ärzte frühzeitiger an eine Depression denken würden und diese auch fachärztlich klären ließen. Dabei hilft dann eher die Empfehlung, viel Zeit im Freien zu verbringen und weniger zu schlafen, eventuell sogar einen stationären Schlafentzug durchführen zu lassen. Diese depressiven Patienten sollten neben einer ambulanten psychiatrischen Therapie so schnell wie möglich wieder am Arbeitsplatz eingegliedert werden.

Burnout: keine Krankheit, sondern „Befindlichkeitsstörung“

Frau Dr. Janssen vertritt die Ansicht, dass „Burnout“ dagegen keine behandlungsbedürftige Diagnose im Sinne der Psychiatrie ist. Die dahinter steckende Depression kann häufig dadurch entdeckt werden, dass Betroffene von Kleinigkeiten erschöpft scheinen und gleichzeitig, im Widerspruch dazu, keinen gesunden Schlaf finden können. In diesen Fällen würde auch ein Rehabilitationsaufenthalt nichts bringen, sinnvoller wäre es, diese Depressions-Patienten rasch einer psychiatrischen Untersuchung und Therapie zuzuführen. Der allein von „Burnout“ Betroffene benötigt dagegen keine medizinische Therapie.



Frau Dr. Janssen verwies in ihrem Vortrag auf die Stellungnahme von Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, in der er am 2. November 2011 fünf Gründe gegen das Modewort Burnout aufzeigt. Er schreibt dort, dass es akzeptabel wäre, wenn Burnout als weniger stigmatisierende Bezeichnung für Depression verwendet würde. Für problematisch und nicht selten gefährlich irreführend hält er es aber, dass damit eine Überforderung von außen als Ursache suggeriert wird. Er schreibt: „Auch wenn ausnahmslos jede Depression mit dem tiefen Gefühl der Erschöpfung einhergeht, ist jedoch nur bei einer Minderheit der depressiv Erkrankten eine tatsächliche Überforderung der Auslöser der Erkrankung. Viele depressiv Erkrankte fühlen sich in einer schweren depressiven Episode zu erschöpft, um ihrer Arbeit nachzugehen, ja um sich selbst zu versorgen; nach erfolgreicher Behandlung und Abklingen der Depression empfinden sie die zuvor als völlige Überforderung wahrgenommene berufliche Tätigkeit wieder als befriedigenden und sinnvollen Teil ihres Lebens. Wäre Burnout oder gar Depression in erster Linie Folge einer beruflichen Überforderung, so sollte diese Erkrankung in Hochleistungsbereichen – sei es im Sport oder sonstigen Bereichen – häufiger sein als bei Rentnern, Studenten oder Nicht-Berufstätigen. Eher das Gegenteil ist der Fall.“ Frau Dr. Janssen schließt sich der Meinung Prof. Hegerls an und hält „Burnout“ eher für eine Befindlichkeitsstörung, die durch Urlaub oder „kürzer Treten“ kompensiert werden kann.

Frühzeitige Kooperation Betriebsarzt – Psychiater ist notwendig!

Depressionen dürfen dagegen nicht übersehen werden. Überforderung wie Trauer sind auch als Auslöser für eine Depression möglich und bekannt. Schuldgefühle kommen dann hinzu. Es wäre in diesem Zusammenhang hilfreich, wenn im Rahmen der Depressi-



onstherapie der Arbeitsplatz mit angesehen würde, indem beispielsweise ein Sozialarbeiter mit vor Ort geht, der entsprechende Vorgesetzte geschult würde, seinen Mitarbeiter/-in entsprechend seiner Leistung während der Depression einzusetzen.

Wir Betriebsärzte gaben in diesem Zusammenhang die Anregung, in solchen Fällen mit dem zuständigen Betriebsarzt vor Ort Kontakt aufzunehmen. Wir stellten aber auch kritisch fest: Je höher der oder die Betroffene in der Hierarchie steht, umso peinlicher wird die Diagnose „Depression“ empfunden und die Kontaktaufnahme von Seiten des Patienten sogar verhindert. Durch die befürchtete Stigmatisierung kommen die Betroffenen spät zur notwendigen Therapie. Im Falle einer Überforderung ist im Rahmen der Therapie ggf. das Zurückgehen um eine Leitungsebene oder die Reduktion der Arbeitszeit durchaus gesundheitsförderlich. Überforderungen und Denkstörungen gehören zum klinischen Bild einer Depression. Das heißt aber nicht, dass man einen solchen Beschäftigten automatisch und langfristig degradiert oder zurückstuft.

Wir kamen einstimmig zu der Einschätzung, dass eine stufenweise Wiedereingliederung mit Belastungserprobung nach dem Hamburger Modell nur unter Beteiligung des Betriebsarztes sinnvoll ist. Es geht dabei auch nicht um die Diagnose, sondern um die Beschreibung eines positiven und negativen Leis-

tungsbildes. Die stufenweise Wiedereingliederung sollte immer am alten Arbeitsplatz stattfinden und nicht im Sinne einer Umsetzung. Im Mittelstand muss der Betriebsarzt bei psychischen Krankheitsbildern noch viel Arbeit zu deren Entstigmatisierung leisten. Vorgesetzte müssten zum Thema „Personalführung“ sensibilisiert werden, damit sie lernen, auf beginnende Probleme zu achten. Wie auch in der Suchttherapie gilt der Spruch: „Ein Problem haben ist nicht schlimm, aber Nichts dagegen zu tun, das ist schlimm“. Vorgesetzte sollten auf jeden Fall bei einem „komischen Gefühl“ den Menschen ansprechen, das Problem thematisieren und an Hilfsangebote wie Betriebsarzt oder Suchttherapeuten verweisen.

Schwangerschaft ist bzgl. der Entstehung einer Depression eher eine sichere Zeit, aber sehr angstbesetzt; gefährlich wird es dagegen nach der Geburt im Wochenbett. Auch eine posttraumatische Belastungsstörung kann in eine Depression übergehen.

Es war wieder einmal ein interessanter und spannender kollegialer Austausch. Das Netzwerk „Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz“ trifft sich viermal pro Jahr im LVR-Klinikum in Düsseldorf. Interessierte Kollegen und Kolleginnen können sich bei der Geschäftsstelle des Bündnisses gegen Depression, Frau Dr. Toeller (viktoria.toeller@lvr.de) anmelden. □

Dr. Monika Stichert

Burnout – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit Kommentar einer Betriebsärztin

Bereits im November 2011 äußerte sich Prof. Dr. Ulrich Hegerl für die Deutsche Depressionshilfe skeptisch über die öffentliche Diskussion des „Burnout“: „Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout“, so titelte er seine Pressemitteilung (http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/media/111102_Hegerl_Burnout_formatiert.pdf). Prof. Hegerl warnte darin vor unklaren Begriffsdefinitionen des „Burnout“. Diese Unklarheit führe dazu, dass es keine studienbasierten Wirksamkeitsbelege für eventuell notwendige Behandlungen gebe. Vermutlich Burnout-Betroffene litten „de facto schlicht an einer depressiven Erkrankung“.

Die Gleichsetzung Burnout und Depression könnte akzeptabel sein, wenn sie nicht eine Überforderung von außen als Ursache suggeriere, was unter Umständen zur falschen Therapie führe und die Depression als Krankheit verharmlose. Fehldeutung und daraus resultierende Verharmlosung verstärkten dann wiederum das gesellschaftliche Unverständnis und könnten so das mit psychischen Krankheiten assoziierte Stigma eher verstärken.

Derzeitige Burnout-Diskussion bereitet Sorgen

Ähnliche Beweggründe waren der Anlass für das nun im März 2012 veröffentlichte Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf). Man begrüße zwar die öffentliche Diskussion über Burnout, wenn dadurch die Stigmatisierung

psychischer Erkrankung reduziert werden könne. Ermutigt durch die öffentlichen Bekenntnisse von Prominenten, sprechen Betroffene nun leichter und ohne Scham über ihre psychischen Probleme. Die DGPPN sehe dagegen aber auch „erhebliche Verwirrung und potenzielle Fehlentwicklungen“.

Burnout als Bezeichnung für „jegliche Form einer psychischen Krise oder Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung“ fördere undifferenzierte Betrachtungsweisen außerhalb wissenschaftlich-medizinischer Klassifikationen. Die Gleichsetzung von Burnout als Depression der Leistungsträger, der „Starken“, verknüpfe sich auf der anderen Seite mit der Vorstellung der Depression anlagebedingt „Schwacher“. Diese Gegenüberstellung sei aber falsch und führe zu „einer neuen Stigmatisierung depressiv erkrankter Menschen“. Beginnend mit Begriffsdefinitionen von Herbert Freudenberger in den 70er Jahren werden Burnout-Beschwerden in drei Dimensionen gegliedert: Emotionale Erschöpfung, Zynismus/Distanzierung/Depersonalisation und verringerte Arbeitsleistung. Der Betroffene selbst sehe sein Beschwerdebild als Folge von Arbeitsbelastung. Interessant ist, dass Burnout in Deutschland überwiegend als eine Herausforderung für das Gesundheitssystem gesehen wird, in anderen Ländern eher als ein Problem der Arbeitswelt. Bisher entwickelte Burnout-Messinstrumente seien nach Auffassung der DGPPN nicht trennscharf und besäßen keine diagnostische Gültigkeit. Phasen- und Stufenmodelle des Burnout hätten sich nicht als wissenschaftlich valide erwiesen.

„Diese „isolierte Betrachtung des Burnout-Beschwerdebilds greift (...) zu kurz.

Vielmehr müssen die dynamischen Zusammenhänge der arbeitsplatzbezogenen und individuellen Auslöserbedingungen einschließlich eventuell bestehender Krankheiten berücksichtigt werden.“ So lautet die Forderung der DGPPN.

DGPPN-Konzept zur Burnout-Klassifikation

Die DGPPN schlägt deshalb die Kategorisierung in vier Gruppen vor. Bei einer **vorübergehenden Arbeitsüberforderung** sollte nicht von Burnout gesprochen werden, da ansonsten „routinemäßig bewältigbare Prozesse des Arbeitslebens“ in die Nähe von Krankheiten gerückt würden.

Burnout als längerfristige Arbeitsüberforderung sei dagegen gekennzeichnet durch einen Zustand von Beschwerden, der mehrere Wochen bis Monate anhalte. Die Ursachen für diese subjektiv erlebte Überforderung können arbeitsplatzbezogen sein, wie real unbewältigbarer Arbeitsanfall, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte oder fehlende Abgrenzung zum Privatleben. Individuelle Ursachen können Perfektionismus, überhöhter Anspruch, fehlende Erholungsphasen oder mangelnde Qualifikation sein. Diese Erschöpfungsgefühle bedeuten noch nicht das Vorliegen einer Krankheit im Sinne der ICD-10. Die Beschwerden können aber unter der Ziffer Z 73.0 „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Anhangskapitel ICD-10) dokumentiert werden. Solche Erschöpfungsgefühle stellen ein Risiko für spätere psychische oder körperliche Krankheiten dar und können Anlass zur Kontaktaufnahme mit den Gesundheitsdiensten geben.

Erst wenn **Burnout-Beschwerden als Auslöser psychischer oder somatischer Erkrankungen** auftreten, sollte neben der Krankheitsdiagnose zusätzlich immer die Anhangsziffer Z 73.0 vergeben werden. Einer unzureichenden Beachtung des Faktors Arbeitsbelastung kann nach Auffassung der DGPPN in dieser Weise entgegen gewirkt werden.

Krankheiten als Ursache burnout-ähnlicher Beschwerden dürften auf keinen Fall übersehen werden. Psychosen und Depression aber auch Schilddrüsenerkrankungen oder Tumorleiden können zu Erschöpfungssymptomen führen, die als Krankheitsfolge zu werten sind und nicht primär als Folge arbeitsbedingter Überlastung.

Modells dargestellt werden: Als biologischer Risikofaktor könnte auch eine genetische Prädisposition vermutet werden, da die individuelle Belastbarkeit von Menschen offensichtlich sehr unterschiedlich erscheint. Im Gegensatz zur Depressionsforschung gibt es dazu für Burnout noch keine belastbaren Daten.

Psychologische Faktoren können in überhöhtem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, Selbstbestätigung und Leistungserwartung einerseits und Ausdehnung der Arbeitszeit unter Vernachlässigung von Familie und Freizeit andererseits als Ursache für Burnout zu sehen sein.

Soziale Faktoren wurden in arbeitspsychologischen Untersuchungen bereits

Umstrukturierungsprozesse, dabei eine kontinuierliche Kontrolle durch Vorgesetzte auch im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wenn schon nicht computerbasiertes Controlling so durchdringt die allgemeine Computerisierung nahezu alle Arbeitsbereiche, was gerade bei älteren Beschäftigten zu Belastungen führt. Dauernde Erreichbarkeit durch Mobiltelefone und Mailkontakte verwischt die Grenzen zwischen Arbeit und Privatem und schränkt Regenerationsmöglichkeiten ein. Über Bonuszahlungen gesteuerte leistungsabhängige Vergütung kann die intrinsische Motivation schwächen und zu Demotivation führen.

Gleichzeitig vollzieht sich ein **gesellschaftlicher Wertewandel**. Das „Diktat der Leistungsgesellschaft“ suggeriert dem Einzelnen, dass er allein für seinen beruflichen Erfolg und seine immer weiter zu steigende Effizienz verantwortlich sei, es führt zur permanenten Selbstaubeutung. „Erschöpfung, Burnout und Depression werden quasi als Leitkrankheiten des beginnenden 21. Jahrhunderts bezeichnet, (...) bedingt durch eine Ausuferung der Leistungsgesellschaft“ (Ehrenberg 2008, Han 2010).

Burnout als Symptom einer Ausuferung der Leistungsgesellschaft – was ist zu tun?

Prävention, Therapie und Rehabilitation – das sind die klassischen Instrumente der Medizin. Nach Einschätzung der DGPPN ist es notwendig, dass selbstverständlich psychosoziale Gefährdungsbeurteilungen im Arbeitsschutz auch durchgeführt werden müssen und damit psychosoziale Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt einen höheren Stellenwert als bisher erhalten. Die Verantwortung für Primärprävention sieht die DGPPN zwar bei Krankenkassen und Betrieben, dafür werden aber Ärzte benötigt, deren „differentialdiagnostische und differentialtherapeutische Kompetenz und ihr Wissen um potentielle Folgeerkrankungen eines Burnout (...) einen wichtigen Vorteil gegenüber anderweitig ausgebildeten Burnout-Beratern darstellen“.



DGPPN-Konzept zum Übergang von Arbeitsbelastung zur Krankheit

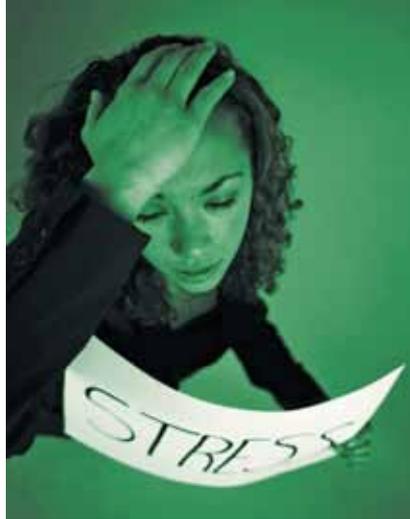
Angaben zur Burnout-Häufigkeit werden im Positionspapier diskutiert, aber als unzuverlässig wegen der fehlenden einheitlichen Definition eingestuft. Es bestehe „dringender Bedarf nach exakter epidemiologischer Forschung zu psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz und deren Folgen“.

Burnout und Bio-Psycho-Soziales Entstehungsmodell

Einflussfaktoren für Burnout-Beschwerden können nach der DGPPN im Rahmen des etablierten bio-psycho-sozialen

intensiv herausgearbeitet: Am **Arbeitsplatz** sehen wir steigende Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung, aber auch Mangel an Selbstbestimmung und Eigenkontrolle sowie Belohnung, Zusammenbruch von Gemeinschaftsgefühl, mangelnde Fairness sowie Wertekonflikte.

Auch Veränderungen der **Arbeitswelt** spielen eine Rolle. Die Globalisierung führt zu vermehrter Konkurrenz, Unternehmen versuchen dem Druck durch mehr Rationalisierung und Stellenkürzungen zu begegnen. Beschäftigte erleben permanente Veränderungen und



Benötigt der Betroffene auch noch wegen einer psychischen oder somatischen Erkrankung im zeitlichen Zusammenhang mit Arbeitsbelastung gar eine Therapie, so bedarf er erst recht einer ärztlichen Beratung und Betreuung. Die DGPPN wendet sich energisch gegen den von gewissen Akteuren vermittelten Eindruck, mit „Wellness-Methoden (...) jegliche psychische Störungsform beheben zu können.“ **„Die DGPPN warnt vor der Gefahr, dass den Patienten evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungen vorenthalten werden.“** Zusätzlich sollten diese Therapien mit Burnout-Zusatzmodulen ergänzt werden, die in wissenschaftlichen Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft werden müssen. Dabei darf das Ziel der Therapie nicht sein, „Patienten in die Lage zu versetzen, inakzeptable und unbewältigbare Arbeitsbedingungen vorübergehend wieder tolerieren zu können.“ Ein Arbeitsplatz muss zur Verfügung gestellt werden, „der ein arbeitsbedingtes Wiedererkrankungsrisiko minimiert“.

Gefordert wird eine enge Kooperation der therapeutisch tätigen Ärzte mit den Arbeitsstellen und Betriebsärzten: **„Wünschenswert wäre eine Stärkung der Position und der Einflussmöglichkeiten der Betriebsärzte. (...) Auch die DGPPN als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für psychische Erkrankungen sieht für sich die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeerkrankungen als dringende Aufgabe.“** Diesem Fazit der DGPPN ist aus arbeitsmedizinischer Sicht eigentlich nichts mehr hinzuzufügen, ich schließe dennoch den Kommentar einer bekennenden Betriebsärztin an.

Die Burnout-Problematik wird in unseren Kreisen seit langem diskutiert. Gerade weil das Thema „Psychische Gesundheit im Betrieb“ immer mehr in unseren Fokus kommt, sehen wir Betriebsärzte noch großen Forschungsbedarf. Natürlich hinterlässt die hohe emotionale Wellen schlagende öffentliche Diskussion der Burnout-Problematik einen faden Beigeschmack. Zwar rückt das Thema verdientermaßen in den Blick-

punkt, häufig wendet sich eine skandalheischende Öffentlichkeit aber auch schnell wieder gelangweilt ab, wenn das Thema zu komplex erscheint. Aber diese Komplexität und Differenziertheit braucht das Thema, um der Problemtiefe gerecht zu werden. Um nicht zwischen der „völligen Negierung der Relevanz des Burnouts“ und der „Warnung vor einer tickenden, bisher übersehenen Zeitbombe“ herumzuirren, benötigen wir medizinisch-wissenschaftliche Expertise. Und natürlich auch fachärztliche Expertise vor Ort. Das kann nur mit einer engen Kooperation aller Ärzte gelingen, besonders der psychiatrisch/psychotherapeutisch Fachärzte und den Betriebsärzten in den Arbeitsstellen. Die von der DGPPN skizzierten vier Klassifikationen der Burnout-Beschwerden sind differentialdiagnostisch so anspruchsvoll, dass nichtärztliche Professionen mit dieser Bewertung überfordert sind.

Betriebsärzte sind die Fachexperten in den Arbeitsstellen, sie sind die Fachärzte für Prävention, indem sie die Unternehmen beim Arbeitsschutz und modernem Gesundheitsmanagement unterstützen. Aber auch indem sie individuell dem einzelnen Beschäftigten bei seinen „Schwierigkeiten in der Lebens- und Arbeitsbewältigung“ zur Seite stehen und ihn ärztlich beraten können. Für diese Problemkonstellationen der Stufe 1 und 2 nach der oben dargestellten Burnout-Kategorie der DGPPN reicht in der Regel das Arzt-Gespräch im Betrieb als alleinige Therapie. Immer häufiger sehen wir Betriebsärzte in unseren Sprechstunden jedoch Beschäftigte, die vermeintlich Burnout-belastet eine Auszeit einlegen und sich nach einiger Zeit wundern, warum es ihnen nicht besser, sondern sogar schlechter geht. Diese Menschen

in eine lange versäumte psychiatrische Diagnostik und Therapie zu bringen und ihnen klar zu machen, dass eine Depression sich mit „Sabbatical“ nicht bessert, ist eine dringende betriebsärztliche Aufgabe. Ihnen den Wert von Arbeit als strukturierenden und aufwertenden Bestandteil des Lebens darzustellen und sie in diesen für sie durchaus neben der Therapie heilsamen Prozess wiedereinzugliedern, setzt manchmal geradezu missionarische Begeisterung voraus.

Ist Nina im Burnout?

Ganz anders verlief mein Gespräch mit Nina, einer Altenpflegerin, die um ein Eingliederungsgespräch bat. Vollzeitbeschäftigt, 63 Jahre alt, GdB 50 %, seit zwei Jahren arbeitsunfähig. Na, da können wir uns kurz halten, so dachte ich, das Alter, die GdB, Burnout und ab in die Rente!

Umso mehr erstaunte mich Ninas Ansinnen. Vor zwei Jahren erlitt sie einen Beinbruch und im Stadium der Rekonvaleszenz, nach langer Immobilität wurde bei ihr Brustkrebs diagnostiziert. Operation und anschließende Chemotherapie haben die alleinstehende Beschäftigte ganz aus der Bahn geworfen. Eine anschließende onkologische Rehabilitation habe ihr den Rest gegeben. Umgeben von anderen Krebskranken und erfüllt von deren Tischgesprächen träumte sie schließlich von Metastasen und ihrem baldigen Tod. Als sie endlich wieder alleine zuhause war, hatte sie mit ihrem Leben fast abgeschlossen. Sie war interesselos, die Tage plätscherten so dahin. Burnout diagnostizierten ihre Bekannten, das habe sie nun von ihrem langen Arbeitsleben. Zum Glück erkannte ihre Hausärztin ihre Depression und überwies sie in psychiatrische Behandlung. Die Therapie bekam ihr gut, die Lebensgeister kehrten zurück und auch ihre Psychiaterin riet ihr zu baldiger Wiederaufnahme der Arbeit. „Ja, ich will wieder arbeiten, Arbeit fehlt mir und wird mir gut tun“, verkündete sie mir resolut. Ich hätte sie küssen können, welche Labsal für meine Betriebsärztinnen-Seele! Noch in meinen Gedanken versunken umarmte sie

mich herzlich – „Frau Doktor, Sie helfen mir doch?!“ Das musste sie kein zweites Mal sagen. Wie kurz und unkompliziert war dann das betriebliche Eingliederungsmanagement-Gespräch. Wie verduzt waren der Betriebsrat, der Schwerbehinderten-Beauftragte und die Personalchefin über Ninas resolut geäußerten Wunsch, nun endlich wieder arbeiten zu dürfen. Die ersten Rückmeldungen ihrer Station zeigen eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Diese Kasuistik demonstriert deutlich die von der DGPPN definierte Kategorie 4: Krankheiten als Ursache Burnout-ähnlicher Beschwerden. Von diesen Ursachen hatte Nina etliche. Die ursächlichen Krankheiten konnten dank der Therapien bewältigt werden und nun hilft die Arbeit Nina, wieder ihr Leben sinnvoll zu strukturieren.

Netzwerke und ärztliche Kampagne

Aber natürlich will ich nicht über solchen Erlebnissen vergessen, dass es bei zunehmenden psychosozialen Belastungen und vielleicht fehlenden Resilienz-faktoren zu Burnout-Beschwerden bei Beschäftigten kommen kann. Auch diese erleben wir regelmäßig in unseren Betrieben. Häufig kommen die Beschäftigten auch erst zu uns, wenn daraus psychische oder somatische Erkrankungen resultieren. Um diese Situationen im betrieblichen Alltag beherrschen zu können brauchen wir eine gute Kooperation in unserem Umfeld, im Idealfall in Arbeitsmedizinisch-Psychiatrischen Netzwerken.

Für die Bekämpfung von arbeitsbedingten psychosozialen Risiken und Folgeer-

krankungen bedarf es einer interessierten öffentlichen Diskussion und einer ärztlichen Allianz aller beteiligten Fachgruppen. Und deswegen freue ich mich als Betriebsärztin über das Kooperationsangebot der DGPPN und eine mögliche gemeinsame Kampagne. □

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek
Netzwerk „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“, Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

Literatur

Ehrenberg, A. (2008): *Das erschöpfte Selbst.*

Depression und Gesellschaft in der Gegenwart.

Suhrkamp Verlag, Frankfurt

Han, B. C. (2010): *Müdigkeitsgesellschaft.*

Matthes & Seitz, Berlin

Aktualisierte Broschüre der BAuA

Arbeitswelt im Wandel

Wer Zahlen oder Statistiken zur Arbeitswelt in Deutschland sucht, der wird sie hier finden: in der Neuauflage der Broschüre „Arbeitswelt im Wandel – Zahlen – Daten – Fakten“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Auf 87 Seiten informiert die Ausgabe 2012 über Entwicklungen und den aktuellen Stand im Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. In dem handlichen Heft stehen alle wichtigen Zahlen zu Erwerbstätigkeit, Unfällen, Berufskrankheiten, Arbeitsbedingungen oder dem demografischen Wandel. Ein Schwerpunkt liegt auf der Betrachtung der Zeitarbeit.

So zeigt die BAuA-Broschüre, dass die Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Jahr 2010 auf 40,5 Millionen anstieg. Im Berichtszeitraum gestiegen ist auch die Wegeunfallquote, allerdings nur leicht im Vergleich zu 2009. Schuld da-

ran ist vermutlich der strenge Winter. Positiv ist die Nachricht, dass sich immer weniger tödliche Wegeunfälle ereignen. Die Zahl der Arbeitsunfälle hingegen – auch die der tödlichen Arbeitsunfälle – ist in 2010 höher als in 2009. Je 1000 Vollarbeiter kam es zu 27,4 meldepflichtigen Arbeitsunfällen. „Arbeitswelt im Wandel“ bietet außerdem genaue Zahlen zu verschiedenen Berufskrankheiten, zu Belastungen der Beschäftigten, zu psychischen Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszeitgestaltung.

Ein eigenes Kapitel widmet die aktuelle BAuA-Broschüre der Zeitarbeit, die immer mehr Erwerbstätige betrifft. Vor allem Männer arbeiten in Zeitarbeit. Der Frauenanteil liegt bei nur 29 Prozent. Außerdem zeigen die Zahlen, dass insbesondere schlechter ausgebildetes Personal mit Zeitarbeitsverträgen beschäftigt wird.



Darüber hinaus bietet „Arbeitswelt im Wandel“ noch eine Fülle an weiteren Informationen und eignet sich somit besonders gut für Praktiker, die einen guten Überblick über die verschiedenen Aspekte der deutschen Arbeitswelt brauchen. Trends und Schwerpunkte sind leicht zu erkennen. Doch auch für alle anderen Interessenten bietet die Broschüre viel Wissenswertes aus dem Bereich von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden über das Informationszentrum der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund, Telefon 02 31-90 71-20 71, Fax 02 31-90 71-20 70, E-Mail: info-zentrum@baua.bund.de. Auf der BAuA-Homepage befindet sich eine Version im PDF-Format (2 MB) zum Herunterladen unter www.baua.de/publikationen. □

Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 2



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

Wissenschaftliche Untersuchungen und Ergebnisse

Einfluss biologischer, gesellschaftlicher und betrieblicher Rahmenbedingungen auf die psychische Gesundheit

Ätiologie psychischer Erkrankungen

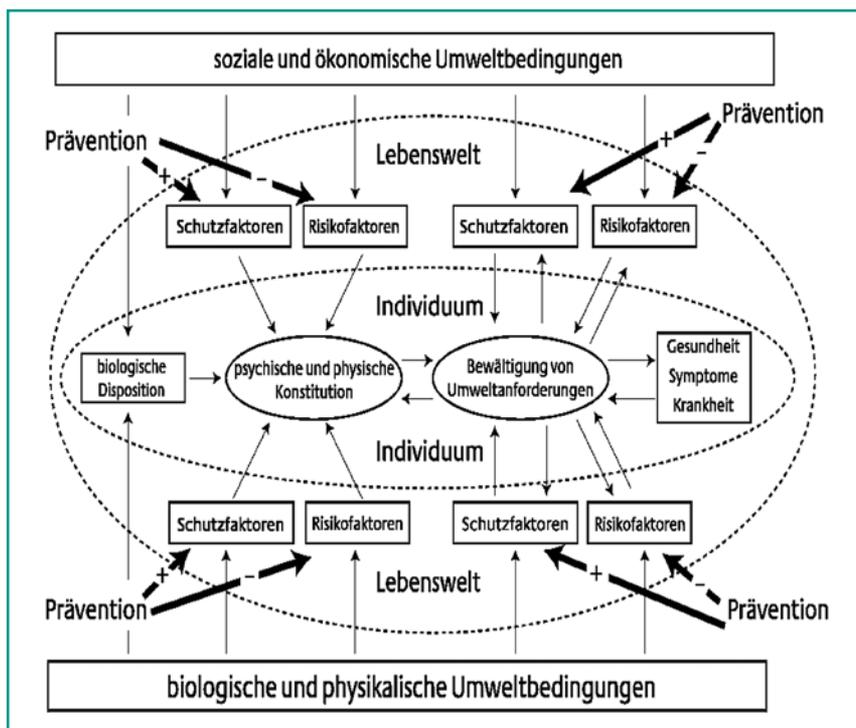
Nach den gegenwärtig allgemein akzeptierten Modellvorstellungen zur Ätiologie psychischer Erkrankungen (siehe Abbildung 1) erfolgt die Entwicklung der kognitiven und emotionalen Konstitution eines Menschen auf der Grundlage einer biologischen Disposition und seiner Sozialisation (Gaebel 2003). Vor dem Hintergrund dieser biologischen Disposition entwickelt sich im Verlauf von Kindheit und Jugend eine mehr oder weniger stabile psychische Konstitution, das heißt relativ stabile spezifische Erlebens- und Verhaltensmuster, welche die Grundlage für die subjektive Interpretation von Umweltreizen und die psychische Bewältigung von Umweltanforderungen bilden (Felner et al. 2000; Schüssler 2003).

Neuere Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung deuten darauf hin, dass diese Erlebens- und Verhaltensmuster eine weit reichende biologische Verankerung haben (Lesch 2003; Maier et al. 2003). Diese biologische Verankerung

bedeutet jedoch nicht, dass hier eine einseitige biologische Determination vorliegt, sondern dass zwischen psychischen und biologischen Prozessen vielfältige Interaktionsbeziehungen existieren (Thome & Riederer 2003).

Die Herausbildung der psychischen Konstitution eines Menschen wird dabei von den Merkmalen seiner sozioökonomischen und biophysikalischen Lebensbedingungen beeinflusst (hier sind in beiden Aspekten auch die Arbeitsbedingungen gemeint), welche entweder die Eigenschaft von Risikofaktoren oder von protektiven Faktoren einer gesunden Entwicklung aufweisen (Egle et al. 1997; World Health Organization 2004). Als Ergebnis dieser Entwicklung verfügt ein Mensch in seiner jeweiligen Lebensphase über eine spezifische adaptive Kapazität (Gaebel 2003), die es ihm ermöglicht, auf die Anforderungen seiner Umwelt in angemessener Form zu reagieren (Felner et al. 2000). Die psychische Konstitution bildet damit die zentrale interne Ressource zur Bewältigung von Umweltanforderungen.

Neben dieser internen Ressource verfügen Menschen in unterschiedlichem Umfang über externe Ressourcen wie beispielsweise soziale Beziehungen, finanzielle Mittel, materielle Güter, soziale Sicherheit, welche die Bewältigung von Umweltanforderungen unterstützen. Zwischen internen und externen Ressourcen und der Bewältigung von Umweltanforderungen bestehen Wechselbeziehungen. Das heißt einerseits bildet die psychische Konstitution die zentrale Voraussetzung von Umweltanforderungen und damit auch für die Gewinnung externer Ressourcen, andererseits wirkt sich die Bewältigung von



Die Bedeutung beruflicher Tätigkeit

Die berufliche Tätigkeit bildet für die Mehrzahl der Erwachsenenbevölkerung einen zentralen Bestandteil ihrer Lebenswelt. Im Hinblick auf die psychische Befindlichkeit ergeben sich aus der beruflichen Tätigkeit sowohl Anforderungen als auch Schutz- und Risikofaktoren. Erst aus dem Zusammenwirken dieser Faktoren mit den jeweiligen Merkmalen der individuellen psychischen Konstitution ergeben sich konkrete Risiken für die Entstehung psychischer Erkrankungen.

Die **protektive Funktion** beruflicher Tätigkeit für das psychische Wohlbefinden ergibt sich zum einen daraus, dass die berufliche Tätigkeit für den erwachsenen Menschen die zentrale Grundlage für seinen sozialen Status als auch für seine materielle Reproduktion bildet, zum anderen aber auch daraus, dass die berufliche Tätigkeit Rahmenbedingungen für kreative Betätigung und soziale Interaktion sowie das Erleben von Erfolg und Anerkennung schafft. Aus diesen verschiedenen positiven Funktionen ergibt sich neben der emotionalen Wirkung eine starke normative Bindungskraft der beruflichen Tätigkeit.

Zum **Risikofaktor** für die Entstehung psychischer Erkrankungen kann die berufliche Tätigkeit dadurch werden, dass nicht ausreichende interne und/oder externe Ressourcen zur Bewältigung der Aufgaben zur Verfügung stehen oder dadurch, dass die Arbeitstätigkeit unter gesundheitsschädigenden Bedingungen erfolgt.

Interne Ressourcen zur Bewältigung beruflicher Anforderungen bilden zum einen die individuelle berufliche Qualifikation und Leistungsfähigkeit und zum anderen die oben beschriebene psychische Konstitution in Verbindung mit sozialen Kompetenzen, wie beispielsweise Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Durchsetzungsfähigkeit.

Externe Ressourcen können sowohl sozialer, materieller als auch organisatorischer Natur sein. Ein sozial unterstützendes Verhalten von Vorgesetzten

Umweltanforderungen und damit die Verfügbarkeit externer Ressourcen auf die psychische Konstitution aus.

Die Dynamik der Wechselwirkungen zwischen psychischer Konstitution, externen Ressourcen und der Bewältigung von Umweltanforderungen ist in starkem Maße altersabhängig. Ihre höchste Intensität entfaltet sie in den frühen Entwicklungsphasen von Kindheit und Jugend. Mit dem Erreichen des Erwachsenenalters zeigt sich die psychische Konstitution eines gesunden Menschen demgegenüber zunehmend gefestigt und gegenüber äußeren Einflüssen eher immun. Allerdings können sowohl der dauerhafte Verlust externer Ressourcen (beispielsweise Arbeitslosigkeit, Partnerverlust) als auch eine erhebliche Steigerung der Umweltanforderungen (beispielsweise kritische Lebensereignisse, berufliche Belastungen) die psychische Konstitution auch im Erwachsenenalter beeinträchtigen.

Eine psychische Erkrankung entsteht nach dem vorliegenden Modell dann, wenn interne und externe Ressourcen eines Menschen zu einer angemessenen Bewältigung der Anforderungen seiner Umwelt nicht ausreichen. Die Ursache dieser Diskrepanz kann entweder darin

liegen, dass aufgrund von Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung die adaptive Kapazität nur unzureichend ausgebildet wurde, oder darin, dass eine den normalen Anforderungen genügende Kapazität durch eine gravierende Steigerung der äußeren Anforderungen überfordert wird. Nach allen gegenwärtigen Erkenntnissen sind diese Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen nicht störungsspezifisch, das heißt, einerseits kann sich eine bestimmte Form der Überforderung der adaptiven Kapazität in sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern manifestieren und andererseits können sehr unterschiedliche Formen der Überforderung die gleiche Erkrankung hervorrufen (Greenberg et al. 2001).





und Kollegen ist hier ebenso von Bedeutung, wie eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung, eine adäquate Strukturierung von Arbeitsaufgaben und Arbeitszeit, ein angemessenes Verhältnis von Verantwortung und Entscheidungsspielräumen, ein transparentes und angemessenes System von Leistungskontrolle und Belohnung, sowie die mittel- und langfristige Planbarkeit beruflicher Laufbahnen.

Ein erhöhtes Risiko der Entstehung einer psychischen Erkrankung ergibt sich vor dem Hintergrund dieser Wirkungszusammenhänge dann, wenn die Anforderungen die Leistungsvoraussetzungen überfordern beziehungsweise wenn Mitarbeiter eine Diskrepanz zwischen den beruflichen Anforderungen und den für die Bewältigung dieser Anforderungen notwendigen internen und externen Ressourcen wahrnehmen und wenn sich aus dieser Diskrepanz für sie die subjektive Gefahr negativer Konsequenzen für die Befriedigung ökonomischer, kreativer oder emotionaler Bedürfnisse ergibt.

Ursache des Erlebens von Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und Bewältigungsressourcen können dabei in der Veränderung der Leistungsanforderung von außen (z. B. durch Vorgesetzte) aber auch von innen (z. B. durch Rivalität um Belohnungen) oder in der Veränderung der externen (z. B. der Verlust sozialer Unterstützung) oder internen (z. B. verminderte Leistungsfähigkeit durch Krankheit) Ressourcen liegen.

Eingebettet ist der Prozess der Anforderungsbewältigung in mikro- und makroökonomische Rahmenbedingungen, die als kulturell, politisch und organisatorisch vermittelt erlebt werden. □

*Der Beitrag wird fortgesetzt.
Die Redaktion dankt Dr. A. Schoeller für die redaktionelle Aufbereitung des Textes.*

Literatur:

AOK-Bundesverband (2010). *Fehlzeiten-Report 2010: Wettbewerbsvorteil Vielfalt*. Pressemitteilung. Berlin, 08.07.2010. Verfügbar unter: http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2010/index_04292.html

Badura, B. et al. (2008): *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin.

BARMER GEK (Hrsg.) (2010): *BARMER GEK Gesundheitsreport 2010. Teil 1 Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern*.

BKK Gesundheitsreport 2009. *Gesundheit in Zeiten der Krise*. Berlin.

BKK-Bundesverband (Hrsg.) (2010): *BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*.

DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2010). *Gesundheitsreport 2010*. DAK Zentrale. Hamburg.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Steffens, M. (1997) *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter*. *Nervenarzt*, 68: 683–695.

Felner, R. D., Felner, T. Y., Silverman, M. M. (2000) *Prevention in mental health and social intervention. Conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention*, In: J. Rappaport & E. Seidman (Hrsg.), *Handbook of community psychology*, Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, Boston, Dordrecht, 9–42.

Gaebel, W. (2003) *Äthiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie*, In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 26–48.

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., Bumbarger, B. (2001) *The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field*. *Prevention & Treatment*, 4: 1–55.

IGES Institut GmbH (beauftragt von der DAK) (2010): *DAK-Gesundheitsreport 2010. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Schlafstörungen*.

Kilian, R., Becker, T. (2006) *Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit*. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg.) *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses*. Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Heidelberg: Springer. pp 443–472)

Lesch, K. P. (2003) *Gene-environment interaction and the genetics of depression*. *J Psychiatry Neuroscience*, 29: 174–184.

Maier, W., Schwab, S., Rietschel, M. (2003) *Genetik psychiatrischer Störungen*, In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 69–105.

Rau, R., Gebele, N., Morling, K., Rösler, U. *Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen*. Dortmund, Berlin, Dresden 2010.

Schüssler, G. (2003) *Psychologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen*, in: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 178–207.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2010): *Gesundheitsreport 2010. Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009*.

Thome, J., Riederer, R. (2003) *Störungen der Neurotransmission als Grundlage psychiatrischer Erkrankungen*, In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 123–140.

World Health Organization (2004) *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options* World Health Organization, Geneva.

Erfahrungen mit dem Unternehmermodell

„Alternative bedarfsorientierte Betreuung“ für Arztpraxen

Gehen Sie auch zu dem Seminar?

Im Aufzug der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Köln traf ich auf einen Kollegen, der es eilig hatte. „Gehen Sie auch zu dem Seminar? Na, da können wir uns ja zusammensetzen, dann wird's nicht so langweilig!“, sprach er mich an. Offenbar handelte es sich um einen Niedergelassenen, einen Praxis-Inhaber, der am Seminar „Alternative Betreuung für Unternehmer nach DGUV V2“ teilnehmen wollte. Noch mochte ich ihm nicht verraten, dass ich dorthin als Dozentin ging.

Seit 2007 werden die Seminare von der Ärztekammer Nordrhein in Kooperation mit der BGW angeboten. Arbeitstitel ist: „Alternative, bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen nach dem ‚Unternehmermodell‘ (§ 2 Abs. 4) der Unfallverhütungsvorschrift DGUV Vorschrift 2“. Bisher nehmen weit über 2.000 Arztpraxen an diesem Modell teil und besuchen die damit verbundenen Seminare.

Die Angebote erfreuen sich nach wie vor großer Nachfrage, es werden zusätzlich Seminare zu speziellen Fragestellungen angeboten. „Gefährdungsbeurteilungen“, „Richtig unterweisen“ und „Händedesinfektion, Hautschutz“ aber auch „Notfälle in der Praxis“ und „Kanülenstichverletzung-Notfallplan“, sowie E-learning-Module wie „Bildschirmarbeitsplatz“ stehen auf dem Programm.

Jetzt, fünf Jahre nach dem Start des Projektes, werden auch Refresherkurse entwickelt. Dieses Seminarkonzept bietet den Praxis-Inhabern die Möglichkeit, sich in das Unternehmermodell der alternativen bedarfsorientierten Betreuung nach DGUV V2 der



Richtige Händedesinfektion und Hautschutz sollten dem Praxispersonal regelmäßig vergegenwärtigt werden

BGW einzuschreiben. In einer fünf-stündigen Startveranstaltung, traditionell am Mittwochnachmittag, erhalten die Praxis-Ärztinnen und -Ärzte das Rüstzeug dafür, ihre Praxis nach arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Gesichtspunkten einzustufen.

Durchgeführt werden diese Startseminare von einem Betriebsarzt und einem Sicherheitsingenieur. Die Ärztinnen und Ärzte lernen, Risiken und Arbeitsabläufe in ihrer Praxis



Für Nadelstichverletzungen sollte ein Notfallplan bereit liegen, dem auch die nächstgelegene Anlaufstelle für eine HIV-Postexposition-Prophylaxe zu entnehmen ist



Dr. Ulrike Hein-Rusinek
Fachärztin
für Innere Medizin,
Betriebsmedizin
und Notfallmedizin.
BGW Multiplikatorin

zu analysieren und daraus die notwendigen Maßnahmen abzuleiten. Sie sollen dabei auch erkennen, wann sie sich professionelle Unterstützung vom Betriebsarzt oder von der Sicherheitsfachkraft dazukaufen müssen und was sie mit ihrem Praxis-Team alleine regeln können. Eine aktuelle Liste kooperierender Betriebärzte und Sicherheitsfachkräfte, die sich an dem Unternehmermodell der Ärztekammer Nordrhein orientieren, ist auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein, Fachkundige Stelle Unternehmermodell Arztpraxen, hinterlegt (www.aekno.de/page.asp?pageID=66).

Gesetze, Verordnungen, Kontrollen...

Warum sitzen wir an diesem sonnigen Mittwoch, an unserem freien Nachmittag in diesem dunklen Raum? Diese Frage drückt anfangs die Gesichter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nonverbal aus. Natürlich geht es auch darum, in Deutschland geltende Gesetze zum Arbeitsschutz zu kennen und gefeit zu sein vor unerwarteten Besuchen des Gesundheitsamtes, der Bezirksregierung, der BGW oder anderer Aufsichtsträger. Aber eigentlich ist es doch etwas für jeden Arzt Selbstverständliches, dass man „seinen Laden in Schuss“ haben will, man will qualitativ gute Arbeit leisten. Das spiegelt sich in hygienisch einwandfreier Arbeitsumgebung und medizinisch korrekten Behandlungen. Den Eindruck sollen Patienten und Besucher mitnehmen, denn das zeigt unsere Professionalität. Dazu gehört auch die Gesundheitsfürsorge für die Beschäftigten.

„Ich bin doch selber Arzt!“

Nun müssen die Seminarteilnehmer einen Identitätssprung verkraften; sie sitzen im Seminar als Praxis-Inhaber – also als Unternehmer, nicht als Ärztinnen und Ärzte. Einem Beschäftigten steht eine arbeitsmedizinische Untersuchung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Arbeitsmedizin oder Betriebsmedizin zu. Da regt sich Widerspruch. „Ich bin doch selber Arzt! Warum darf ich meine Leute nicht selbst untersuchen?“ Entgegnungen wie „Sie gehen mit einem gebrochenen Bein doch auch nicht zum Dermatologen!“ oder „Würden Sie sich gerne vor Ihrem Chef ausziehen?“, machen die Zuhörer nachdenklich und bringen sie meist zum Einlenken. Aber ärztliche Kolleginnen und Kollegen, das wissen alle betreuenden Betriebsärzte, sind eine schwierige Klientel. Sie fühlen sich in erster Linie als Arzt oder Ärztin und eben nicht als Unternehmer, was eigentlich ja begrüßenswert ist, nur für den Fall ihrer eigenen Praxisbeschäftigten müssen sie diesmal umlernen.

Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, TRBA 250....

„Gefährdungsbeurteilung“ ist für sie erst einmal ein Wortungetüm mit sieben Silben und 22 Buchstaben. „Unterweisung“ klingt nach Bürokratie und wird als Begriff noch getoppt von „TRBA 250“. Bei diesen spröden Begrifflichkeiten verdrehen die Kolleginnen und Kol-



Arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Maßnahmen verringern das Gefährdungspotenzial für die Mitarbeiter von Arztpraxen

legen regelmäßig und vielleicht auch zu Recht die Augen. Es kommt nun darauf an, ihnen diese Themen in ihren Praxis-Alltag zu übersetzen: Unterweisung – man hält doch Teamgespräche ab und bespricht Probleme oder demonstriert neue Praxisgeräte, also anschließend kurz den Inhalt dokumentieren! Dafür werden in den Seminarunterlagen Vordrucke zur Verfügung gestellt. So hat man die geforderten Unterlagen für die eigene Praxisdokumentation und eventuelle obrigkeitliche Nachfragen.

Kleiner Stich, was nun?

Dabei sind die obrigkeitlichen Nachfragen nicht die Hauptsorge. Richtig unangenehm und teuer können Recherchen

der Versicherungen werden. Was kann aus der Stichverletzung eines Schulpraktikanten in der Praxis nicht alles resultieren? Akute Hepatitis bis hin zum Leberausfall mit Transplantationsbedarf! Ist es nicht einfacher, sich vorher von der Hepatitis-B-Impfung des Schülers zu vergewissern, den jungen Menschen anzuleiten, sich vorsichtig zu verhalten, Handschuhe zu tragen, sichere Instrumente zu verwenden und diese umgehend in geeignete Abwurfbehälter zu entsorgen? Das sollte doch eigentlich selbstverständlich sein, dafür muss man nicht die TRBA 250 auswendig kennen.

Wenn es denn doch passiert ist, hilft ein vorher abgefasster Notfallplan „Stichverletzung“ schnell weiter, auch dafür werden Ablaufpläne zur Verfügung gestellt. Das alles gibt dem Praxisinhaber und seinem Team das Gefühl der Sicherheit, vorher schon zu wissen, wer in der Nähe ggf. eine HIV-Postexposition-Prophylaxe (HIV-PEP) durchführen kann, auch wenn man sie hoffentlich nie braucht. Praxisinhaber, die mit solchen Problemen bereits konfrontiert waren, nehmen die Tipps gerne auf, die anderen erkennen nun hoffentlich auch diese Gefährdungspotenziale ihrer Praxis. Immer noch erstaunlich ist es, wie wenig die sicheren Instrumente in den Praxisalltag integriert wurden, hier besteht noch großer Handlungsbedarf. Unser Seminar soll auch dazu motivieren, diese Innovation endlich nachzuholen.

Technik heißt nicht nur Praxis-IT

Natürlich verfügen die meisten Praxen in Düsseldorf, Köln und Umgebung über modernste Technik. Aber Sicherheitstechnik betrifft auch die Leitern und den Brandschutz. Dieser Part der Schulung ist nun die Domäne des Sicherheitsingenieurs. Auch die alte Kaffemaschine, die unbeachtet möglichst noch auf den Platten des eigentlich nie benutzten Herdes steht. Oftmals ist man im eigenen Betrieb etwas betriebsblind und achtet häufig nicht auf Dinge, die selbstverständlich sein

Wenn Sie als **BGW-Multiplikator/in** an dem Modell deutschlandweit teilnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an folgende Adresse: BGW Hamburg, Sekretariat betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung, Telefon: 0 40-2 02 07-48 71, E-Mail: kleinbetriebe@bgw-online.de.

Wenn Sie in die **Liste der kooperierenden Betriebsärzte/ Sicherheitsfachkräfte** der Ärztekammer Nordrhein aufgenommen werden wollen, wenden Sie sich bitte an folgende Adresse: Fachkundige Stelle Unternehmermodell-Arztpraxen, Ärztekammer Nordrhein, Dr. Brigitte Hefer, Telefon: 02 11-43 02 22 04, E-Mail: Dr.Hefer@aekno.de, Sekretariat Frau Schnier: Telefon: 02 11-43 02 22 07, E-Mail: susette.schnier@aekno.de, Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf.



Regelmäßige Informationen des Praxisteam über sicherheitsrelevante Fragestellungen sind unerlässlich

sollten. So sollten beispielsweise auch Verkabelungen professionell verlegt und Arbeitsflächen natürlich wischdesinfizierbar sein.

Den Abschluss des Seminars bildet ein siebenminütiger Film „Die Praxis“, den Prof. Stephan Letzel von der Universität Mainz mit seinem Team und einigen Freiwilligen gedreht hat. Er zeigt den Behandlungsablauf in einer Arztpraxis, wie er nicht sein sollte. 120 Fehler sind in

dieser kurzen Zeitspanne eingebaut! Ich wünsche den Zuschauern im Seminar immer, dass sie möglichst wenig aus ihrer Praxis wiedererkennen – und wenn doch, dann bitte bald abstellen sollten. Die Kumulation der Fehler wirkt wie eine Parodie und führt immer zu einer abschließenden heiteren Stimmung.

Die Evaluationen sind entsprechend, neben dem meistens gelobten Kaffee und Kuchen finden sich folgende Kommentare in den Evaluationsbögen: „Trotz des trockenen Themas kam keine Müdigkeit auf.“; „Überraschend gut. Die Zeit hat sich gelohnt!“; „Gute Basis zum Nachdenken.“; „Praxisnahe, lebendige Darstellung und gutes Eingehen auf alle Fragen“

Daraus kann man schließen, dass auch ein Thema wie Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, wenn es den Transfer von der Theorie in den Praxisalltag schafft, durchaus interessant sein kann. Wichtig ist es, die für Arbeitsmediziner und Sicherheitstechniker gewohnte formalisierte Sprache unserer Gesetzes- und

Verordnungstexte in allgemein verständliches Deutsch zu übersetzen und die Zuhörerschaft da abzuholen, wo sie steht. Also, das Thema für ihren Berufsalltag als nützlich, hilfreich und interessant erscheinen zu lassen.

In allen Seminaren des laufenden Projektes gelingt das nach den Ergebnissen der Evaluation und den abschließenden Kommentaren der Kolleginnen und Kollegen sehr gut. Das bestätigte mir auch mein netter Kölner Kollege, den ich anfangs im Aufzug traf, dem es zwischendurch fast etwas peinlich war, mich nun auf dem Podium wiederzufinden: „Hätte nicht gedacht, dass es so lustig und interessant werden könnte – Tschüss bis zum nächsten Mal!“, so verabschiedete er sich aus unserer Runde. Und mir hatte das Ganze wieder richtig Spaß gemacht. □

Dr. Ulrike Hein-Rusinek
 Fachärztin für Innere Medizin,
 Notfallmedizin und Betriebsmedizin.
 BGW Multiplikatorin.

Umfassende Informationen rund um den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz online

„MAK-Collection“ frei verfügbar

Die Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) liefert seit 1955 die wissenschaftlichen Grundlagen für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Mit der Veröffentlichung der „MAK-Collection“ im Open Access ist die DFG jetzt einen beispielhaften Schritt zu frei verfügbaren, elektronischen Informationen gegangen. Seit Januar 2012 stehen Daten sowie detaillierte wissenschaftliche Begründungen zu mehr als tausend Arbeitsstoffen für die Nutzer kostenfrei online zur Verfügung.

Die Daten, die angeben, ob, in welcher Weise und ab welcher Menge ein Arbeitsstoff schädlich ist, finden sich in der



sogenannten MAK- und BAT-Werteliste der Kommission wieder. Die Liste geht jährlich dem Bundesarbeitsministerium zu und findet direkt Eingang in die Gesetzgebung zum Arbeitsschutz.

Die „MAK-Collection“ vereint alle seit 1972 publizierten Begründungen zu den maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen (MAK) und den biologischen Arbeitsstoff-Toleranzwerten (BAT) mit den Methoden zur Analyse in der Luft und in biologischem Material in deut-

sch und englischer Sprache. Alle weiteren Publikationen der Senatskommission werden ebenfalls im Open Access veröffentlicht.

Die Daten stehen auf den Seiten des Vertragspartners der DFG, des Wiley-VCH Verlags, bereit. Die Webseite im Bereich der WileyOnlineLibrary ermöglicht eine umfangreiche Suche nach deutschen und englischen Substanznamen, ihren Synonymen oder CAS-Nummern. Zusätzlich zu den Internetansichten bietet die Seite druckbare PDF-Dokumente.

Die „MAK-Collection“ auf ist den Internetseiten von Wiley-VCH zu finden: www.onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/3527600418 □

Gefährdungsbeurteilung, das zentrale Präventionselement im Arbeitsschutz

Im Oktober 2011 habe ich an einem Seminar zum Thema „Die Gefährdungsbeurteilung – ein Instrument für das Arbeitsschutzmanagement“ bei der BGW in Dresden teilgenommen. Es ging über drei Tage und bot einen guten Überblick über die verschiedenen Themen, wie Gefährdungsfaktoren erkennen und Gefährdungen vermeiden, die Rolle des Betriebsarztes, die neue Ausbildungsordnung der Sicherheitsfachkräfte, die Hintergründe der Risikobewertung und die Aufstellung von Arbeitssicherheits- und Gesundheitsschutzziele.

Seit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes ist die Gefährdungsbeurteilung der Dreh- und Angelpunkt des betrieblichen Arbeitsschutzes.

Im Glossar der BAUA aktuell 4-11 findet man folgende Definitionen:

- Eine **Gefahr** ist ein Zustand oder Ereignis, bei dem ein nicht akzeptables Risiko eines Schadenseintritts besteht.
- Eine **Gefährdung** ist ein Zustand oder eine Situation, in der die Möglichkeit des Eintritts eines Gesundheitsschadens besteht. Die Gefährdung entsteht durch ein mögliches räumliches und/oder zeitliches Zusammentreffen einer Gefahrenquelle mit einem Menschen.
- Die **Gefährdungsbeurteilung** ist der Prozess der systematischen Ermittlung und Bewertung relevanter Gefährdungen der Beschäftigten mit dem Ziel, die erforderlichen Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit festzulegen.
- Die **Gefährdungsermittlung** ist eine systematische Analyse, um Gefährdungen mit ihren Gefahrenquellen und Entstehungsbedingungen zu identifizieren.
- Unter **Risiko** versteht man die Wahrscheinlichkeit und die Schwere eines durch eine Gefährdung möglichen Schadens.



Eine Gefährdungsbeurteilung sollte immer tätigkeitsbezogen erfolgen.

Fast alle Pflichten im Arbeitsschutz richten sich an den Unternehmer. Arbeitsschutz sollte also immer Chef-sache sein, auch wenn einzelne Aufgaben delegiert werden können. Nur dann werden auch die Mitarbeiter mit einbezogen. Hilfestellung kann unter www.gefaehrungsbeurteilung.de gefunden werden. Auch der Leitfaden zum Screening Gesundes Arbeiten (SGA) stellt eine gute Arbeitshilfe dar, zu finden sowohl bei der BAUA als auch unter www.inqa.de.

Die Gefährdungsbeurteilung unterliegt keiner bestimmten Form. Die Berufsgenossenschaften bieten hierzu aber Arbeitshilfen an. Der Unternehmer sollte sich zunächst folgende Fragen stellen:

- Wie ermittle ich die Unfall- und Gesundheitsgefährdungen in meinem Betrieb?
- Wie beteilige ich hierbei meine Mitarbeiter?
- Habe ich bei meiner Berufsgenossenschaft nach Arbeitshilfen zur Gefährdungsbeurteilung und um Unterstützung gefragt?

- Wie treffe ich geeignete Maßnahmen zur Verhütung von Gefahren?
- Wie halte ich die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung und die getroffenen Maßnahmen fest? Das Gesetz schreibt eine Dokumentation zwar erst für Betriebe mit mehr als zehn Mitarbeitern vor, aber wie mache ich, wenn ich einen kleineren Betrieb habe, mein Vorgehen für mich selbst nachvollziehbar?

Liegt das Informationsmaterial vor, dann sollte der Unternehmer geeignete Personen für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung benennen und einen Zeitplan vorgeben, damit das Alltagsgeschäft nicht immer wieder in den Vordergrund drängt. Anlässe für die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung können sein:

- Erstbeurteilung bestehender bzw. neuer Arbeitsplätze
- Einsatz neuer Maschinen, Geräte, Einrichtungen, Stoffe und Arbeitsverfahren
- Wesentliche Änderungen von Arbeits- und Verkehrsbereichen, Tätigkeitsabläufen, Arbeitsorganisation
- Unfälle, Beinaheunfälle, Berufskrankheiten oder häufig auftretende Erkrankungen, bei denen eine betrieblich bedingte Ursache vermutet werden kann.

Unter Einbeziehung von Sicherheitsfachkraft und Betriebsarzt sollten dann die möglichen Gefährdungen beispielsweise anhand von Prüflisten der BG ermittelt werden. Diese Gefährdungen werden dann beurteilt und ggf. müssen Schutzmaßnahmen nach dem TOP-Prinzip (technisch, organisatorisch, persönlich) getroffen werden. Danach muss überprüft werden, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichend sind.

Es wurde im Rahmen des Seminars berichtet, dass die BGW einen möglichen Regress überprüfen würde, wenn Unternehmer bei Vorliegen einer konkre-

ten Infektionsgefährdung kein Impfangebot unterbreiten würden. Es erfolgte aber auch der Hinweis auf die Rechte und Pflichten der Betriebsräte, was in den §§ 87 und 89 des Betriebsverfassungsgesetzes hinterlegt ist.

Eine Gefährdungsbeurteilung nach Biostoffverordnung muss immer tätigkeitsbezogen sein. In der TRBA 250 finden sich beispielhafte Tätigkeiten mit dem Verweis von der Risikoklasse des Erregers zur jeweils gültigen Schutzstufe.

Gut strukturiert wurde aufgezeigt, welche Pflichten die Beschäftigten nach §§ 15 und 16 ArbSchG haben, wie:

- übertragene Aufgaben so auszuführen, dass sie sich und andere nicht gefährden
- Weisungen zu befolgen
- persönliche Schutzausrüstung zu benutzen
- Einrichtungen bestimmungsgemäß zu verwenden
- Mängel zu beseitigen oder zu melden
- Maßnahmen zum Arbeitsschutz zu unterstützen.

Im Gegenzug haben die Beschäftigten aber nach § 17 ArbSchG, § 14 BGV A1 und nach § 81 BetrVG auch Rechte:

- ein Vorschlagsrecht zu allen Fragen des Arbeitsschutzes
- sie müssen sicherheitswidrige Weisungen nicht befolgen
- sie dürfen, wenn bei Arbeitsschutzmängeln Abhilfe anders nicht möglich ist, die zuständigen Stellen unterrichten



Eintrittswahrscheinlichkeit, Schadensschwere, Risikomaßzahl und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf können mithilfe einer Risikomatrix ermittelt werden.

- sie dürfen bei groben Mängeln die Leistungen verweigern
- sie dürfen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen
- sie haben ein Anhörungs- und Erörterungsrecht.

Es wurde uns die Arbeitsbeschreibung mit Hilfe des Arbeitssystems und der Systemelemente aus der Sifa-Ausbildung nach Mombauer-Reick 2009 vorgestellt. Es erfolgt dabei eine Gliederung nach Tätigkeit oder Teiltätigkeit, Arbeitsablauf, Arbeitsaufgabe, Mensch, Arbeitsplatz, Arbeitsmittel, Arbeitsumgebung, Eingabe und Ausgabe. In diese als Tabelle geführte Aufstellung kommen nur Zahlen, Daten und Fakten (ZDF) hinein. Dieses Vorgehen entspricht der Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation der gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie vom Juni 2008. Es war auffallend, dass uns Betriebsärzten dieses Vorgehen schwer fiel und wir fast alle dazu neigten, schon in diesem Schritt Lösungsansätze zu bieten.

Bei der Arbeitsablaufforientierten Gefährdungsermittlung und Risikobeurteilung beurteilt man konkret einen Arbeitsbereich / Arbeitsplatz. Es erfolgt dann die Unterteilung in Tätigkeit / Teiltätigkeit, Gefährdungsfaktor, Gefahrenquelle, Gefahrbringende Bedingung, den Zeitanteil / Minute und die mögliche Gefährdung / der evtl. eintretende Körperschaden. Erst danach erfolgt die dazugehörige Risikobeurteilung. Die unterteilt sich dann in Eintrittswahrscheinlichkeit, Schadensschwere, Risikomaßzahl und den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf. Gesundheitsfördernde Ressourcen sollten dabei nicht außer Acht gelassen werden. Die Risikomaßzahl ergibt sich aus der Risikomatrix:

Eintrittswahrscheinlichkeit	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4

→ Schadenshöhe



Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz soll Gefährdungsfaktoren erkennen und Gefährdungen vermeiden.

Punktwert 1 – 2: geringes Risiko, aber im Auge behalten
 Punktwert 3 – 7: mittleres Risiko, Handlungsbedarf
 Punktwert 8 – 16: hohes Risiko, sofortiger Handlungsbedarf, evtl. Arbeit einstellen lassen (TRGS 401).

Ähnlich kann man auch die Risikoabschätzung nach Nohl verwenden.

Danach wurde uns noch die Leitmerkmal-methode zur Beurteilung von Heben, Tragen und Halten, zur Beurteilung von Ziehen und Schieben und zur Erfassung von Belastungen bei manuellen Tätigkeiten vorgestellt. Man muss nur wissen, dass die Leitmerkmal-methode nur bei toten Lasten und nicht beispielsweise beim Patiententransfer angewendet werden kann.

Statt Maßnahmen sollten immer Ziele vereinbart werden, die spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert sind (SMART). Ein mögliches Schutzziel könnte beispielsweise sein: *Die physische Belastung beim Umlagern von Metallteilen im Lager soll bis zum ... von Wert „X“ nach Leitmerkmal-methode auf den Wert „Y“ reduziert werden.* Ziele beziehen sich dabei immer auf die Gefährdungsfaktoren. Die Maßnahmen beziehen sich auf Gefahrenquellen, gefahrbringende Bedingungen oder individuelle Leistungsvoraussetzung. □

Dr. Monika Stichert

Bewegung bedeutet Leben – und Leistung. Gerade im Büro!

Dass Büroarbeit krank machen kann, hat sich inzwischen herum gesprochen. Vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel, demographischem Wandel und „Rente mit 67“ gewinnt die Gesunderhaltung der Mitarbeiter noch mehr Bedeutung. Der Büromöbelhersteller Wilkhahn hat deshalb mit Prof. Ingo Froböse vom Zentrum für Gesundheit an der Deutschen Sporthochschule Köln ein neues Sitzkonzept für die Arbeit am Schreibtisch entwickelt. Jetzt wurde in einer wissenschaftlichen Feldstudie untersucht, ob und wie sich vielfältigere und häufigere Bewegungen am Schreibtisch auf Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit auswirken.

Es scheint paradox: Da werden seit 100 Jahren die körperlichen Belastungen im Büro reduziert. Alles ist in Griffnähe angeordnet, der Körper wird von korsettähnlichen Bürostühlen gestützt und der Arbeitsplatz ist auf Bild-

schirmgröße reduziert. Akten wälzen, Ordner schleppen und Botengänge – all das ist Vergangenheit. Lediglich die Finger müssen sich noch bewegen, um die Büroarbeit zu bewältigen. Und das Ergebnis? Die Menschen im Büro werden immer kränker! Prof. Ingo Froböse, renommierter Spezialist für Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln, erklärt, warum das so ist: „Ein lebendiger Organismus basiert auf dem Prinzip von Reiz und Reaktion. Millionen Rezeptoren im Körper registrieren die jeweiligen Bewegungsreize und kommunizieren den Versorgungsbedarf. Gibt es keine Reizsetzungen mehr, werden Körperkompetenzen nicht mehr versorgt und schalten sich ab.“ Die Folgen sind vielfältige Degenerationssymptome von Rückenschmerzen und Stoffwechselstörungen bis Herz-Kreislaufbeschwerden.

Neuere Studien aus Australien und aus Schweden zeigen, dass selbst regelmäßiger Ausgleichssport nicht mehr hilft, wenn im Beruf der dauerhafte Bewegungsmangel dominiert. Denn um den Zellstoffwechsel zu stimulieren und den Körper fit zu halten, braucht es vor allem kleine, vielfältige und häufig ausgeführte Bewegungen. Andere Studien zum Lernverhalten von Kindern und von Senioren hatten zudem nachgewiesen, dass es bei Bewegungsfragen nicht nur um körperliche Gesundheit, sondern auch um mentale Fitness geht. Deshalb hat der Büromöbelspezialist Wilkhahn in Kooperation mit dem Zentrum für Gesundheit ein neuartiges Bewegungskonzept für Bürostühle entwickelt, die sogenannte Trimension®. Erstmals im Bürostuhl ON eingesetzt fördert sie das natürliche, dreidimensionale Bewegungssitzen bei gleichzeitig sicherer Abstützung, um den Körper zu aktivieren, ohne ihn zu ermüden.



Der ON-Bürostuhl verbessert mit dreidimensionaler Sitzdynamik das Wohlbefinden und die Arbeitsleistung.

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

Eine erste Laborstudie hatte bereits bestätigt, dass ON den Körperkompetenzen entspricht und gesunde Bewegungsreize setzt. Jetzt hat das Zentrum für Gesundheit die Auswirkungen auf Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit im Büroalltag untersucht. Die Studie wurde mit 80 Probanden im Bürokomplex einer Versicherung über zwölf Wochen durchgeführt. Die Versuchsgruppe arbeitete nach Studienbeginn auf Bürostühlen der Modellreihe ON, die Kontrollgruppe auf ihren gewohnten, konventionellen Bürostühlen. Zur Bestimmung von Konzentrationsfähigkeit und subjektivem Wohlbefinden wurden anerkannte, wissenschaftlich standardisierte Tests und Fragebögen eingesetzt. Die Ergebnisse sind eindeutig: Die Konzentrationsleistung der „ON-Gruppe“ hatte sich bereits nach drei Monaten deutlich verbessert, während die Kontrollgruppe auf dem Niveau verblieb, das beide Gruppen zu Beginn der Studie erzielt hatten. – Und fast zwei Drittel aus der ON-Gruppe gaben an, dass sich ihr Wohlbefinden durch den Stuhl verbessert habe! □