

## Editorial

### Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein wichtiger Wettbewerbsfaktor!

„TEAM – Toll, Ein Anderer Macht's – Die Wahrheit über Teamarbeit“ – so lautet der Titel eines kürzlich von Dietrich von der Oelsnitz und Michael W. Busch im Orell Füssli Verlag erschienenen Buches.

Der französische Agraringenieur Max Ringelmann entdeckte das Phänomen des sozialen Faulenzens im Team. Die Untersuchung unterschiedlich großer Gruppen studentischer Hilfskräfte beim Tauziehen zeigte, dass je größer die Mannschaft ist, desto geringer die Zugkraft des Einzelnen ist. Ringelmann vermutete in seiner Doktorarbeit von 1913 Koordinationsprobleme. Oelsnitz und Busch als Experten für Organisation und Führung zeigen in ihrem Buch, dass jedoch ursächlich die Motivation der Gruppenmitglieder verantwortlich ist.

Was ist nun ein gutes Team? Hier gibt es große Unterschiede. Die Autoren geben Rezepte, Strategien, Tipps und Tricks, wie man ein Team so organisiert, dass es funktioniert. – Ohne Teamarbeit geht in Betrieben gar nichts mehr. Gute Teamarbeit entscheidet nicht nur in der Wirtschaft über Aufstieg oder Abstieg eines Unternehmens und stellt einen wichtigen Wettbewerbsfaktor dar. Wie können aber alle Akteure auf ein Ziel hin ausgerichtet und motiviert werden dieses auch zu erreichen? Was trägt die Gesundheit der Mitarbeiter eines Unternehmens zur Zielerreichung bei?

Das betriebliche Gesundheitsmanagement nimmt sich dieser Fragen an. Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden im Idealfall mit der betrieblichen Suchtprävention, dem Eingliederungsmanagement, der Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung verknüpft. Grundlage eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine valide Analyse. Hierzu gibt die fünfte Folge der Reihe „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ mit der Darstellung der Analysemethoden psychischer Belastungsfaktoren wertvolle Hinweise.

Das Oktoberheft der ASUpraxis hat sich ausführlich mit Fragen des Dopings am Arbeitsplatz und den Voraussetzungen für eine erfolgreiche betriebliche Suchtprävention beschäftigt. Dies wird fortgesetzt mit einem Beitrag des Arbeitsmediziners Dr. Rolf Hess-Gräfenberg, der am Beispiel der Alkoholabhängigkeit zahlreiche Tipps aus der betriebsärztlichen Praxis gibt.

## Inhalt

### Editorial

Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein wichtiger Wettbewerbsfaktor! **145**

### Praxis

Untersuchungsanlass: Putatives Potatorium **146**

Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 5 **153**

Fakten: Bericht über gefährliche Produkte 2012 **155**

G24-Untersuchung von Raumpflegerinnen **156**

Vorbeugung von Hauterkrankungen **160**

### Impressum

**160**

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf die vorzügliche Expertise der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“. Obgleich bereits 2006 erschienen, bietet sie doch eine einzigartige und noch heute aktuelle Bewertung von betrieblichen Maßnahmen und viele wertvolle Literaturhinweise. Betriebliche Suchtpräventionsprogramme haben sich bewährt, bei Suchtproblemen am Arbeitsplatz wirksam zu helfen und damit auch zur Enttabuisierung des Themas beizutragen.



Hautkrankheiten sind im betrieblichen Alltag eine der häufigsten beruflich bedingten Erkrankungen. Dr. Menno Visser aus Bremen stellt eine eigene Studie an 400 Raumpflegerinnen vor. Parallel zu der Einführung eines Hautschutzprogrammes wurde die Untersuchung nach G 24 auf freiwilliger Basis angeboten. In 10% der untersuchten Probanden ergab sich ein Befund, der die Erstellung eines Hautarztberichtes gerechtfertigt hätte. Ergänzend stellt der Autor einen Mitteilungsbogen zur Vorbeugung von Hauterkrankungen vor.

Viel Freude mit dem bunten Strauß an Themen wünscht Ihnen

Dr. Jutta Kindel

Ärztin für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Hamburg

# Untersuchungsanlass: Putatives Potatorium

*Einige Anregungen und Bausteine zum Umgang mit Suchterkrankungen und ihrer strukturierten Thematisierung im Betrieb am Beispiel von Alkoholabhängigkeit*



## Autor

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg  
Vorsitzender des Ausschusses  
Arbeits- und Umweltmedizin  
der Ärztekammer Nordrhein



Abbildung 1: Briefumschlag mit Zeichnung, den ich von einem suchtkranken Mitarbeiter nach erfolgreicher Therapie erhalten habe

Das Nachrichtennetz Arbmednet stellt ein beliebtes und von einer treuen Gemeinde genutztes Diskussionsforum dar. Die Bandbreite und Tiefe der fachlichen Erörterung ist im Hinblick auf Umfang, Qualität und Tiefe erfahrungsgemäß – neutral gesagt – inhomogen.

So tauchte – getreu dem Motto, dass es keine unerlaubten Fragen gibt – jüngst die Frage auf, ob es auch zu den Aufgaben eines Betriebsarztes gehöre, sich mit Suchterkrankungen zu beschäftigen. Es handelte sich offenbar um einen arbeitsmedizinischen Novizen, jemandem dem die Offenbarung der Vielfalt unseres Faches noch bevorsteht, so dürfte mancher süffisant seinen Wissens- und Erfahrungsvorsprung genossen haben.

So mangelte es auch nicht an Antworten, die mal einen mehr pädagogischen, mal einen mehr fürsorglichen Ton trafen. So ist das halt in solchen Foren: Man hinterlässt nicht nur Fragen und Antworten sondern auch einen genetischen Fingerabdruck.

## Die rechtfertigende Indikation

Gleichwohl berührte die Frage – wie man im Strahlenschutz sagen würde – die rechtfertigende Indikation – die Frage nach der rechtsgestützten Basis unseres Tuns. Und sie sollte uns darauf aufmerksam machen, in welchem ausgewiesenen Kontext unser Handeln stattfindet (Abbildung 2).

Es besteht sicherlich Einvernehmen, dass Prävention von Suchterkrankungen, ihre frühzeitige Identifikation sowie die Anbahnung von weiterführenden therapeutischen Schritten in den betriebsärztlichen Aufgabenkanon gehören. Gleichwohl besitzen Suchterkrankungen im betrieblichen Setting einige Besonderheiten, mit denen man vertraut sein sollte. Besonderheiten, die es angeraten lassen, ein klares Verständnis von der eigenen Rolle und Funktion zu besitzen. Ferner ist es von Vorteil, die Anlässe und Spielregeln, bei denen arbeitsmedizinische Kompetenz zweckmäßigerweise in Anspruch genommen werden kann oder sollte, gegenüber den betrieblichen Funktionsträgern verständlich zu vermitteln und einzufordern. Nachfolgend einige unsystematische Anmerkungen, die als Handreichung zur Systematisierung der eigenen Routine gedacht sind.

**Betriebsarzt, betriebliche Entscheidungsträger und Beschäftigte\* mit Alkoholproblemen sprechen eine gemeinsame Sprache, haben jedoch unterschiedliche Perspektiven.**

Betriebsarzt, Vorgesetzte und Beschäftigte haben ihre eigene legitime Perspektive, die sich in ihrer unterschiedlichen Funktion, Rolle und damit verknüpften Interessen begründen:

Beginnen wir beim Vorgesetzten, der es zu schätzen weiß, dass die anfallenden Arbeiten reibungslos und zur allseitigen Zufriedenheit erledigt werden. Das ist nun mal sein Job. Vorgesetzte teilen mit uns das Grundbedürfnis, Unangenehmes, mit anderen Worten, Konflikte zu meiden.

Der Suchtkranke ist in den ersten Jahren seiner sich anbahnenden Suchtkarriere in der Regel ein guter Bedürfnisbefriediger, dysfunktional für sich selbst aber umso mehr vorteilhaft für den Vorgesetzten. Seine meist krankheitsimmanente Sehnsucht nach Anerkennung und Wertschätzung macht ihn häufig zum unersetzbaren, leistungsbereiten, geschmeidigen Mitarbeiter, der durch Detailwissen und besonderes Engagement auffällt. Wie bei jeder Regel gibt es auch hier die Ausnahme. Der Mitarbeiter der schnell reizbar und konfliktfreudig ist, seine Sucht im Sinne einer aggressiven Form der Selbstbehauptung verteidigt und seinen Vorgesetzten auf Distanz hält. Er gibt dem Vorgesetzten zu verstehen, dass er seine Grundbedürfnisse nach

\* im Weiteren wird zur besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet

BG-Vorschrift

## Unfallverhütungsvorschrift

### Grundsätze der Prävention

vom 1. Januar 2004

#### § 7

#### Befähigung für Tätigkeiten

(1) Bei der Übertragung von Aufgaben auf Versicherte hat der Unternehmer je nach Art der Tätigkeiten zu berücksichtigen, ob die Versicherten befähigt sind, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Aufgabenerfüllung zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten.

(2) Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.

#### Drittes Kapitel

Pflichten der Versicherten

#### § 15

#### Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

(1) Die Versicherten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Unternehmers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie für Sicherheit und Gesundheitsschutz derjenigen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen betroffen sind. Die Versicherten haben die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen. Versicherte haben die entsprechenden Anweisungen des Unternehmers zu befolgen. Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.

(2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.

(3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

#### Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit

#### § 3 Aufgaben der Betriebsärzte

(1) Die Betriebsärzte haben die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Sie haben insbesondere

4. darauf hinzuwirken, dass sich alle im Betrieb Beschäftigten den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend verhalten, insbesondere sie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, sowie über die Einrichtungen und Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren zu belehren ...

Harmonie am vorteilhaftesten sichert, wenn er ihn in Ruhe seine Arbeit machen lässt.

**Jeder verträgt die Wahrheit: Untersucht und beraten wird nur derjenige, der über den Untersuchungsanlass in einem persönlichen Gespräch mit dem Vorgesetzten unterrichtet wurde.**

Erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit ergeben sich Auffälligkeiten und betriebliche Störungen, die uns bei einem unregelmäßigem Verständnis von Zuständigkeiten mit einem Stereotyp konfrontieren, das jedem, der über eine längere betriebsärztliche Praxis verfügt, vertraut sein dürfte: Man redet (in der Abteilung) über aber nicht mit dem Betroffenen und der Vorgesetzte veranlasst aus Scheu vor dem Konflikt über die Personalstelle eine Untersuchung und bittet den Betriebsarzt bei der Gelegenheit der Untersuchung rein zufällig auf den Alkoholkonsum zu stoßen. Ein No Go, wie wir alle wissen!

Es gilt der Grundsatz: Eine Untersuchung findet grundsätzlich erst statt, wenn der Beschäftigte mit den Wahrnehmungen des Vorgesetzten konfrontiert und seine Sorge um eine Suchterkrankung mitgeteilt wurde. Der Anlass sollte grundsätzlich betrieblicher Natur sein: Das Verhalten ist auffällig und gerät in Konflikt mit den arbeitsvertraglichen Verpflichtungen, die unzureichend erledigt werden.

Das ist die Eingangsvoraussetzung, das Ticket für eine betriebsärztliche Beratung und/oder Untersuchung.

Nur so kann der Betriebsarzt mit dem Beschäftigten in einen offenen Dialog treten, ihn mit den Wahrnehmungen seines Vorgesetzten konfrontieren, ihm helfen, sein Verhalten zu reflektieren und Angebote machen, die Eigenwahrnehmung zu überprüfen. Es gilt auch für den Suchtkranken der Grundsatz, dass jeder die Wahrheit verträgt. Machen Sie sich nicht zum Komplizen einer Erkrankung, die gesetzmäßig zum vorzeitigen Tod führt, so die „Zumutung“, die man Vorgesetzten in Gesprächen oder Schulungen zur Suchthematik (s. u.) mit auf dem Weg geben sollte: Behandeln Sie

Abbildung 2: BGVA 1/ ASiG: Die rechtfertigende Indikation für die betriebliche Suchtprävention

### Warum muss das Erstgespräch im Schutz einer Zweierbeziehung erfolgen?

Gehen Sie davon aus: Sie sind der Erste, der mit ihm und nicht über ihn spricht

Verweigerung der Verantwortungsübernahme im Schutz der Beziehung  
Gegnerschaft in der Begegnung

Befehlen sie einem Fahrer auf glatter Straße zu bremsen.  
Es entsteht Panik, Panik feststellen zu müssen,  
dass das System stärker ist als man selbst

Abbildung 3: Ein Rat an den Vorgesetzten:  
Gehen Sie davon aus, dass Sie der erste sind, der ihn/sie mit den Realitäten konfrontiert.

ihren Mitarbeiter wie einen erwachsenen Menschen, der ein Recht hat, die Wahrheit darüber zu erfahren, – nicht wie er ist aber – wie sie ihn erleben!

### Anlass für eine Einbeziehung des Betriebsarztes

Meine Erfahrung hat gezeigt, dass es nützlich ist, die Anlässe zu definieren, bei denen Vorgesetzte bzw. die Personalabteilung den Kontakt zum Betriebsarzt aufnehmen bzw. eine Untersuchung / Beratung / Inanspruchnahme veranlassen sollten.

Beigefügt finden Sie eine Übersicht über die wichtigsten Anlässe. Es hat den Vorteil, dass dieser Fahrplan die Perspektive der Funktionsträger einnimmt und im Sinne einer Gebrauchsanweisung genutzt werden kann, verbunden mit der Chance auf einen niedrigschwelligen Zugang. Jedenfalls trägt es aus meiner Sicht dazu bei, die eigene Rolle und Funktion zu klären und gegenüber den betrieblichen Verantwortlichen zu kommunizieren.

Insbesondere das Angebot zu einem Klärungsgespräch (Abbildung 4 bzw.

### Anlassbezogene Einbindung des Betriebsarztes bei Verdacht auf Suchtmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit

#### Anlass 1:

Beratung des Vorgesetzten, wenn der Einstieg in den Eskalationspfad geprüft bzw. vorbereitet werden soll

#### Anlass 2:

Beschäftigter nimmt nach einem Konfrontationsgespräch Beratungsangebot beim Betriebsarzt an

#### Anlass 3:

Eignungsuntersuchung – ausgeübte Tätigkeit ist mit einer Eigen- oder Fremdgefährdung verbunden

#### Anlass 4:

Teilnahme an Konfrontationsgesprächen im Rahmen des betrieblichen Eskalationspfades

#### Anlass 5:

Sicherung des Therapieerfolges vor bzw. bei Abschluss einer Entwöhnungstherapie

Abbildung 4: Gebrauchsanweisung für den Einsatz des Betriebsarztes

Abbildung 9, Anlass 1 – Vorbereitung eines Konfliktgespräches) trägt dazu bei, dass man als Betriebsarzt bereits in einer sehr frühen Phase eingebunden ist und den Prozess begleiten kann. Es entlastet die Vorgesetzten bereits vor Aufnahme des ersten Konfliktgespräches und stellt mit ihnen den Dialog her, der dringend erforderlich ist, um den Rahmen für eine abgestimmte fürsorgliche Belagerung des Suchtkranken zu schaffen, die häufig bis zur Therapieeinsicht (die Krankheitseinsicht stellt sich meist erst in der Therapie ein) von Nöten ist (siehe hierzu auch Abbildung 6, Sägezahnmuster).

**Grundsätze für die Gesprächsführung: Ich lasse mir nur von Jemandem helfen, dem ich vertraue. Das gilt auch für Suchtkranke.**

Verhalten kann man nur ändern, wenn man eine Bindung zu dem Beschäftigten herstellt, wobei bei ihm Entscheidungsfreiheit als auch die vollständige Verantwortungsübernahme bleiben. In der Kommunikation gilt Offenheit im Schutz der Beziehung.

Beschäftigte mit einer Suchtbiographie haben häufig in ihrer Kindheit keine feste Bindung erfahren, also das was wir umgangssprachlich als Urvertrauen bezeichnen. Beziehungen zu anderen Menschen sind nicht sicher und es mangelt an positiven Erfahrungen, die Selbstvertrauen und das Vertrauen auf eigene Ressourcen haben wachsen lassen. Suchtkranke sind häufig zerrissen von Annäherungszielen (geliebt und anerkannt zu werden) und dem Vermeidungsziel, das in dem Bestreben besteht, von der Gemeinschaft nicht ausgeschlossen zu werden. Dies führt zu einem Inkonsistenzerleben und maladaptiven Prozessen, an deren Ende selbstschädigende Verhaltensmuster stehen. Wer sich mit der Psychodynamik von seelischen Erkrankungen und den neurobiologischen, therapiebedeutsamen Erkenntnissen befassen möchte, dem sei das Standardwerk von Klaus Grawe<sup>1</sup> empfohlen. Wahrlich keine leichte Kost, aber hoch aufschlussreich und hilfreich als ein Vademecum, das empathisches Verständnis

mit dem aktuellen Erkenntnisstand der Gehirnforschung verbindet.

Eine Hilfe kann man nur dann bieten, wenn es gelingt, mit dem Beschäftigten Annäherungsziele zu definieren und ihm seine prekäre Autonomie zu lassen. Da ich berufsspezifisch mit einigem missionarischen Eifer beseelt bin, habe ich die Erfahrung gemacht, dass Loslassen, nicht überzeugen wollen, mit einem erheblichen Zugewinn für alle Beteiligten verbunden ist.

**Es gilt deshalb der jesuitische Grundsatz: Fortiter in re, suaviter in modo – hart in der Sache, weich in der Form.**

Der Beschäftigte wird über den Anlass der Untersuchung und die möglichen Konsequenzen informiert. In Kurzform: die Untersuchung ist ebenso wie ggf. notwendige Laboruntersuchungen generell freiwillig. Die Konsequenzen für ein fehlendes Einverständnis bleiben auch in der Verantwortung und Entscheidung des Betroffenen. Es macht keinen Sinn, den Betroffenen in eine Krankheitsdefinition zu drängen. Lehnt der Betroffene eine Beratung ab, dann erhält sein Vorgesetzter – mit Wissen des Beschäftigten – den Rat,

**Mitte der 90-iger Jahre wurde der „HbA<sub>1c</sub>-Wert des Alkoholkonsums“ in die Praxisroutine eingeführt**



Abbildung 5: Die Laborparameter geben Auskunft über (forensisch) akzeptable Trinkmengen, erlauben aber keine Diagnose

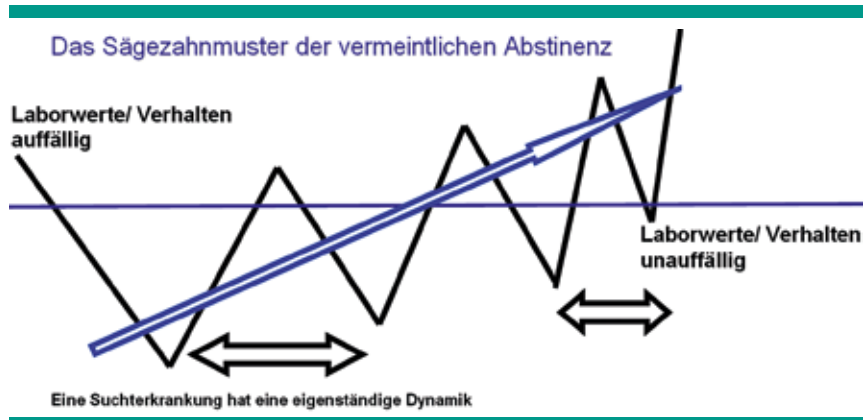


Abbildung 6: Wir sind nur bedingt darin geschult, Veränderungen, die sich über eine längere Zeitachse vollziehen in ihrer Dynamik zu erkennen

ihm weiterhin vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken; im Sinne von Fürsorge aber auch Kontrolle.

Im Falle einer Gefährdung Dritter (siehe Abbildung 4 bzw. Abbildung 9, Anlass 3) ist die Fortführung der Tätigkeit an eine arbeitsmedizinische Bescheinigung gebunden. Falls diese dem Arbeitgeber nicht vorliegt, kann dies mittelbar arbeitsrechtliche Folgen haben, aber auch daraus ergibt sich keine Verpflichtung zur Teilnahme an der Untersuchung.

Bei erhöhten CDT-Werten werden befristete Bedenken ausgesprochen. Diese können nach einer Kontrolle, die nach zwei bis drei Wochen erfolgt ggf. aufgehoben werden, natürlich unter der Voraussetzung engmaschiger Nachuntersuchungsfristen, auf die sich der Beschäftigte einrichten muss. Das Ergebnis der Untersuchung wird in der Praxis nach Eingang der Ergebnisse erneut besprochen. Diagnosen bzw. Gründe für die Einschränkung unterliegen der Schweigepflicht.

Der Nachweis einer Alkoholsucht ist im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchung nicht möglich, einzig der laborchemische Nachweis eines übermäßigen Konsums. Diese Grenze der Diagnostik sollte man auch dem Betroffenen nicht vorenthalten. Die sichere Diagnose ist nur durch die gnadenlose Ehrlichkeit mit sich selber möglich oder unter stationären, kontrollierten Bedingungen möglich. Dieses diagnostische Paradoxon und die offene Kom-

munikation darüber gibt die Verantwortung an den Betroffenen zurück. Sie schafft Klarheit und verschließt eine Rückzugsoption, sich hinter der Aussage eines medizinischen Experten zu verstecken, um die eigene Situation zu bagatellisieren oder aus der eigenen Verantwortung zu treten.

Was sich nach meiner Erfahrung bewährt hat, ist das Angebot an den Beschäftigten, Wesen und Natur der Erkrankung (nicht unbedingt ihre abschreckenden Folgen) zu schildern sowie das Angebot, einer ehrlichen Auskunft über die betriebsärztlichen Wahrnehmungen, die man im gemeinsamen Gespräch über ihn unter Würdigung der zugetragenen Beobachtungen im Betrieb gewonnen hat. Es bietet dem Betroffenen die Gelegenheit diese Informationen mit dem Selbstbild abzugleichen. Und so kann – in Stichworten – eine Besichtigung der Sucht-Landschaft aussehen:

Suchtkranke Menschen trinken nicht aus Genuss, sondern um eine emotionale Lücke zu füllen. Fehlendes Selbstvertrauen, das Gefühl nicht geliebt oder anerkannt zu sein, das Gefühl, dass keiner für einen Verständnis hat, Selbstvorwürfe, die bis hin zu Selbsthass führen, bestimmen die Seelen-Landschaft, das Wahrnehmen und Erleben, eines suchtkranken Menschen. Wer für die Beratung weitere Stichworte oder nach eigenen Worten sucht, der findet im Gespräch mit trockenen Abhängigen oder in dem psychiatrischen Lehrbuch

von Dörner/Plog „Irren ist menschlich“<sup>42</sup> eine wahre Schatztruhe an Anregungen.

Das alles – so der Inhalt der Beratung – solle der Betroffene erst einmal setzen lassen. Die Tür zur Betriebsarztpraxis steht jederzeit offen für weitere therapeutische Hilfen.

Fast obligatorisch erfolgt die Feststellung: Ich bin erfahrungsoffen, aber Sie wären der Erste in den vielen Jahren meiner betriebsärztlichen Tätigkeit, bei dem sich im Nachhinein nicht doch ein Suchtproblem herauskristallisiert. Schließlich fällt es Vorgesetzten schwer, einen solchen Schritt zu veranlassen, da ist erfahrungsgemäß schon einiges geschehen und aufgelaufen.

Die laborchemische Kontrolle wird als Chance angeboten, die eigene Einschätzung einer Realitätsprobe zu unterziehen.

Da man – was man nicht ausschließen kann – schlechte Botschaften nur persönlich mitteilt, wird eine Nachuntersuchung in zirka einer Woche vereinbart, um die Ergebnisse zu besprechen. Ein erneutes Gespräch mutet zwar beiden Gesprächspartnern erneut Zeit und dem Beschäftigten gegebenenfalls auch längere Fahrtzeiten zu, macht aber auch die Bedeutung deutlich, die man der Person und ihrem Problem beimisst.

### Rein und wieder raus die Kartoffeln oder das Sägezahnmuster der Sucht

Der betriebliche Eskalationspfad legt einen eher linearen Verlauf der Entscheidungen nahe. Biologische Systeme haben allerdings die Eigenschaft, sich nicht an lineare Algorithmen zu halten: Das gilt auch für Suchtkranke, die auf die Erstkonfrontation reagieren und zumindest zeitweise ihr (Trink-)Verhalten an die veränderten Realitäten anpassen, im Betrieb, indem sie ihr Arbeitsverhalten unauffälliger gestalten, in der Praxis, indem sie durch Konsumreduktion den CDT-Wert auf Normalwerte titrieren. Nach dem vermeintlich ergebnislosen Erstkontakt beim Betriebsarzt und zunächst erfreulichen Verhaltensverän-

## Schweigepflicht und Gefährdung Dritter

Der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht durch den Betriebsarzt stellt **das äußerste Mittel** dar. Der Betriebsarzt informiert den Mitarbeiter ausführlich über seinen Gesundheitszustand und die Risiken, die sich aufgrund seiner Erkrankung für Dritte ergeben können. Zeigt sich der Mitarbeiter – **trotz mehrfacher und intensiver Bemühungen** – uneinsichtig und kommt der Betriebsarzt im Rahmen einer Interessenabwägung zu der Entscheidung, **dass die Offenbarung ein angemessenes und verhältnismäßiges Mittel zur Gefahrenabwehr darstellt**, unterrichtet der Betriebsarzt die Personalabteilung / Straßenverkehrsamt.

Parzeller, Wenk, Rothschild: Die ärztliche Schweigepflicht CME-Fortbildung,

in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 5, 4. 2. 2005

<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=45243>

### Abbildung 7

derungen erlahmen häufig die Bemühungen der Vorgesetzten unter der normativen Kraft des betrieblichen Alltags und in Verkennung der Dynamik, die diese Erkrankung besitzt.

Es ist deshalb sehr entscheidend mit den Funktionsträgern in Kontakt zu bleiben und sie zu ermutigen – im Sinne von sportlichen Laufdisziplinen – von der Kurzstrecke auf die Langstrecke zu wechseln. Erst dadurch entsteht der therapeutische, einsichtsfördernde Druck, der den Abhängigen zu der Erkenntnis leitet, das er – im Sinne von Gregory Bateson – nicht mehr „Kapitän der eigenen Seele“<sup>43</sup> ist.

### Schweigepflicht bei beratungsresistenter fehlender Therapie- bzw. Krankheitseinsicht

Vorweg: Ich habe bisher noch nicht zur Ultima ratio greifen müssen. Zweimal stand ich kurz davor. In beiden Fällen hatte ich mir nach mehrmaligen intensiven Beratungen durch Unterschrift bestätigen lassen, dass ich nach Ablauf einer weiteren Woche die Verkehrsbehörde unterrichten würde, falls bis dahin keine nachweislichen Bemühungen um einen Therapieplatz erbracht würden. Das hatte dann doch gewirkt. Eine schöne

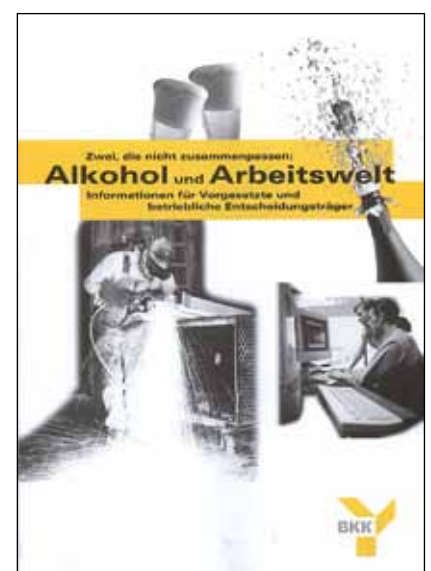


Abbildung 8: Diese Broschüren können kostenlos bezogen werden bei: [www.dvr.de/betriebe\\_bg/672.htm](http://www.dvr.de/betriebe_bg/672.htm) bzw. bei [www.bkk.de/arbeitgeber/betriebliche-gesundheitsfoerderung/handlungsfelder/suchtmittelkonsum-alkohol](http://www.bkk.de/arbeitgeber/betriebliche-gesundheitsfoerderung/handlungsfelder/suchtmittelkonsum-alkohol)

Anlass	Zeitpunkt	Inhalt der betriebsärztlichen Beratung	Kommunikation /Datenschutz	Arbeitsrechtliche Konsequenzen
<p>1 <b>Beratung des Vorgesetzten, wenn der Einstieg in den Eskalationspfad geprüft bzw. vorbereitet werden soll</b></p> <p>Klärung der Frage: Begründen die Wahrnehmungen einen Einstieg in den Eskalationspfad bzw. wie bereite ich mich auf das Konfrontationsgespräch vor und welche weiteren Konsequenzen folgen daraus.</p>	Vor Eintritt in die Stufe 1	Vorgesetzter schildert seine Wahrnehmungen und die Gründe, warum er Handlungsbedarf sieht. Beratung des Vorgesetzten zum weiteren Vorgehen. Entscheidungshilfe, ob Voraussetzungen für einen Einstieg in den Eskalationspfad gegeben sind. Falls Voraussetzungen gegeben sind: Beratung des Vorgesetzten über inhaltliche Gestaltung des Konfrontationsgespräches und weiteres Vorgehen.	Darstellung der Wahrnehmungen geschieht ohne Nennung des Mitarbeiter-Namens	Keine
<p>2 <b>Beschäftigter nimmt nach einem Konfrontationsgespräch das Beratungsangebot beim Betriebsarzt an.</b></p>	Stufe 1 oder später	Allgemeine Informationen über Suchterkrankungen, Auswirkungen, Folgen und Hilfsmöglichkeiten Hilfen zur Selbsteinschätzung Interview, körperliche und laborchemische Untersuchung Vereinbarung von Zielen und ihre Überprüfung im Rahmen eines erneuten Beratungsgespräches Vereinbarung eines Folgetermins. Ggf. (meist erst nach erneutem oder mehrmaligen Kontakt): Anbahnung einer Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie	Betrieb erhält nur die Mitteilung, dass Beschäftigter die arbeitsmedizinische Sprechstunde aufgesucht hat. Keine Diagnosen, keine Aussagen zur Eignung. Ggf. im Beisein des Betroffenen tel. Info an den Vorgesetzten: Schenken Sie ihm / ihr Aufmerksamkeit im Sinne von Sorge wie auch Kontrolle Falls die Verhaltensauffälligkeiten auf andere Gründe zurückzuführen sind, gezielte Hilfsangebote ggf. auch – nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Mitarbeiters- „Entwarnung“ an den Vorgesetzten Hilfestellung für eine gezielte Therapie	Keine
<p>3 <b>Eignungsuntersuchung – ausgeübte Tätigkeit ist mit einer Eigen- oder Fremdgefährdung verbunden</b></p> <p>Beschäftigter übt eine Tätigkeit aus, bei der eine Eigen oder Fremdgefährdung möglich ist, z. B. Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit. Maschinengetriebene Tätigkeiten, Absturzgefährdende Tätigkeiten, ärztliche Behandlung)... Im Rahmen der Wahrnehmung seiner Fürsorgepflichten, veranlasst der Vorgesetzte eine Vorstellung beim Betriebsarzt zur Klärung, ob Eignung gegeben ist. Veranlassung begründet sich aus den allgemeinen Fürsorgepflichten sowie den berufsgenossenschaftlichen Vorschriften zum Unfall- und Arbeitsschutz (hier speziell BGVA 1: Grundsätze der Prävention) Personalabteilung schickt Untersuchungs-auftrag an Betriebsarzt.</p>	Stufe 2 oder später	Ausführliche Darstellung von Anlass, Sinn, Zweck, Inhalt, Entscheidungsgrundlagen und Folgen der Untersuchung. Allgemeine Informationen über Suchterkrankungen, Auswirkungen, Folgen – medizinisch und arbeitsrechtlich – und Hilfsmöglichkeiten Hilfen zur Selbsteinschätzung Interview, körperliche und laborchemische Untersuchung Vereinbarung von Zielen und ihre Überprüfung im Rahmen eines erneuten Beratungsgespräches Vereinbarung eines Folgetermins zur Besprechung der Untersuchungsergebnisse und ihres Einflusses auf die Eignung Ggf. (meist erst mehreren erneuten Kontakten): Anbahnung einer Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie	Bei fehlender Einwilligung Abbruch der Beratung und Mitteilung an Arbeitgeber, dass abschließende Stellungnahme zur Eignung nicht möglich ist. Weitergabe des Untersuchungsergebnisses erfolgt nur bei schriftlichem Einverständnis des Mitarbeiters. Keine Weitergabe von Diagnosen! Untersuchungsergebnis beschränkt sich auf die Mitteilung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Bedenken</li> <li>Keine Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. verkürzte Nachuntersuchung, erneute Untersuchung ohne Vorankündigung, keine Fahrtätigkeit usw.)</li> <li>Befristete Bedenken (z. B. Bedenken können durch eine Nachuntersuchung in ..... Wochen ggf. aufgehoben werden</li> <li>Dauernde Bedenken</li> </ul>	Da weiterer Einsatz an die Voraussetzung geknüpft wird, dass Betriebsarzt „grünes“ Licht gibt, kann Nicht-Teilnahme bzw. Untersuchungsergebnis arbeitsrechtliche Folgen nach sich ziehen: Untersuchung ist nicht pflichtgemäß. Beschäftigter bleibt Nachweis der Unbedenklichkeit schuldig und kann bis zum Nachweis der Eignung nicht weiter beschäftigt werden.
<p>4 <b>Teilnahme an Konfrontationsgesprächen im Rahmen des betrieblichen Eskalationspfades</b></p>	Stufe 2	Durch Anwesenheit des Betriebsarztes wird sichtbar, dass man über Krankheit redet und Hilfe anbietet.	Betriebsarzt übernimmt Moderatoren / Übersetzerrolle	
<p>5 <b>Sicherung des Therapieerfolges vor bzw. bei Abschluss einer Entwöhnungstherapie</b></p> <p>Konfrontationsgespräch im Rahmen des betrieblichen Eskalationspfades</p>	Während der laufenden Suchttherapie bzw. unmittelbar nach deren Abschluss	Betriebsarzt tauscht sich mit den Therapeuten in der Suchtklinik aus zur Vorbereitung eines erfolgreichen Wiedereinstiegs in das Berufsleben Prüfen, ob Wiedereingliederung auf alten oder einen anderen Arbeitsplatz	Erstellung eines WE-Planes	Kontakt mit Suchtklinik und Weitergabe von Empfehlungen erfolgt nur mit Einverständnis des Betroffenen

Abbildung 9: Hand-out für die betrieblichen Entscheidungsträger: Anlassbezogene Einbindung des Betriebsarztes bei Verdacht auf alkoholischen Suchtmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit

STUFE	TEILNEHMER	INHALT	ZU TREFFENDE VEREINBARUNG	MASSNAHMEN
1. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betroffener(r)</li> <li>▪ Vorgesetzte(r)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorgesetzter trägt Fakten, Wahrnehmungen und subjektive Eindrücke vor</li> </ul>	Problembezogene Auflagen: z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pünktlichkeit</li> <li>▪ Nüchternheit</li> <li>▪ Leistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Betroffene erhält Stufenplan</li> <li>▪ Angebot einer Beratung durch den <b>Betriebsarzt</b></li> </ul>
2. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betroffene(r)</li> <li>▪ Vorgesetzte(r)</li> <li>▪ <b>Betriebsarzt*</b></li> <li>▪ <i>Betriebliche Suchtberatung</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis auf Nichteinhaltung der Vereinbarung</li> <li>▪ Erläuterung der Betriebsvereinbarung</li> <li>▪ Information über Hilfsangebote</li> <li>▪ Angebot einer betriebsärztlichen Beratung</li> <li>▪ bzw. Hinweis auf Notwendigkeit einer Eignungsuntersuchung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neuauflage der alten Vereinbarung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anündigung einer Abmahnung</li> <li>▪ Angebot einer Beratung durch den <b>Betriebsarzt</b></li> <li>▪ Bei Tätigkeiten mit Eigen bzw. Fremdgefährdung Veranlassung einer Eignungsuntersuchung</li> </ul>
3. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betroffene(r)</li> <li>▪ Vorgesetzte(r)</li> <li>▪ <b>Betriebsarzt**</b></li> <li>▪ <i>Betriebliche Suchtberatung</i></li> <li>▪ Personalabteilung</li> <li>▪ Betriebsrat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis auf Nichteinhaltung der Vereinbarung</li> <li>▪ Fakten, Wahrnehmungen und subjektive Eindrücke in Bezug auf Alkoholkonsum</li> <li>▪ Erläuterung der arbeitsrechtlichen Folgen</li> <li>▪ Verdeutlichung der Übereinstimmung aller Beteiligten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neuauflage der alten Vereinbarung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schriftliche Abmahnung durch Personalabteilung</li> <li>▪ Erneuerung des Hilfsangebotes</li> </ul>
4. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wie unter 3. Familienangehörige(r)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wie unter 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anmeldung zur Therapie innerhalb einer Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aussprechen von persönlichen Konsequenzen seines sozialen Umfeldes</li> </ul>
5. Stufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betroffene(r)</li> <li>▪ Vorgesetzte(r)</li> <li>▪ Personalabteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kündigung</li> </ul>		* fakultativ ** obligatorisch

Abbildung 10: Betrieblicher Eskalationspfad bei Hinweisen auf übermäßigen Alkoholkonsum

Übersicht und Entscheidungshilfe bietet ein Artikel, der 2005 im Deutschen Ärzteblatt im Rahmen einer CME-Fortbildung erschienen ist (siehe Abbildung 5).

### Vom reaktiven zum proaktiven Suchtmanagement

Im Sinne einer einheitlichen Rechtssicherheit und Transparenz der betrieblichen Verfahrensabläufe sollte eine Betriebsvereinbarung angestrebt werden, die die o. g. Aspekte berücksichtigt und auf die Besonderheiten des Betriebes herunterbricht. Mustertexte (für Klein-, Mittel- und Großbetriebe) finden sich beispielsweise in einer Broschüre, die gemeinsam vom Verkehrssicherheitsrat und der DGUV herausgebracht wird sowie in einer Broschüre der BKK (siehe Abbildung 8). Wer einen enzyklopädischen Überblick gewinnen will, ist beim wissenschaftlichen Institut des DGB (WSI) richtig aufgehoben, das über eine umfangreiche Sammlung verfügt.

### In-House-Schulungen für Führungskräfte in einer Suchteinrichtung

Es ist zweckmäßig zu einer ambulanten oder stationären Einrichtung, die im geographischen Einzugsgebiet des Betriebes liegt, engere Kontakte zu knüpfen. Ich habe gute Erfahrungen gemacht mit eintägigen Schulungen, die für Führungskräfte in den Räumlichkeiten einer stationären Reha-Klinik in Zusammenarbeit mit der Sucht-Einrichtung angeboten werden.

Programm: Der Leiter / Chefarzt berichtet über Wissenstand der Suchtentstehung und allgemein anerkannte Standards der Therapie, der Betriebsarzt stellt seine anlassbezogenen Funktionen (siehe Abbildung 4 bzw. Abbildung 9), seine Lotsenfunktion sowie den betrieblichen Eskalationspfad dar (siehe Abbildung 10). Nach einer Besichtigung und Führung durch die Einrichtung erfolgt zu guter Letzt eine ggf. mit Rollenspielen angereicherte Einheit zur akzeptierenden Gesprächsführung.

Eine Alternative, mit der ich in den achtziger und neunziger Jahren begonnen habe, bietet ein (Halb-)Tages-Seminar zusammen mit einem oder mehreren trockenen Suchtkranken. Den Kontakt habe ich über örtliche Selbsthilfegruppen hergestellt, die gerne ihre Erfahrungen einbringen. Wer Näheres über Ausgestaltung und Methodik wissen will, darf gerne mit mir Kontakt aufnehmen oder muss sich auf eine spätere Ausgabe von ASU-Praxis vertrauen lassen. Herrmann Hesse sagt: Nur das, was zu Ende gelitten wird, ist auch zu Ende gelöst. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

<sup>1</sup> Klaus Grawe: *Neuropsychotherapie Hogrefe Göttingen 2004*

<sup>2</sup> Dörner / Plog: *Irren ist menschlich Psychiatrie-Verlag Gütersloh (z. Zt. nur antiquarisch oder in der Bibliothek erhältlich)*

<sup>3</sup> G. Bateson: *Die Kybernetik des Selbst: Eine Theorie des Alkoholismus in Ökologie des Geistes, Frankfurt, Suhrkamp 1983*



# Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 5

## 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 wurden 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.

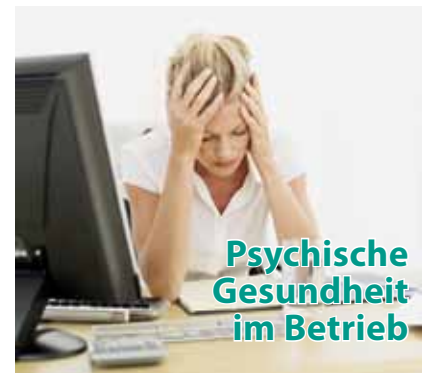
Die Vorstellung erfolgreicher **betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungs-

ansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

## Perspektiven und Methoden

### 5.3.1 Beispielhafte, bewährte Analyseinstrumente zu Stufe 2

Als Verfahren haben sich auf betrieblicher Ebene insbesondere moderierte Arbeitssituationsanalysen bewährt, die nach einer Einweisung mit hinreichender Qualität von den betrieblichen Experten, insbesondere dem Betriebsarzt, eingesetzt werden können. Außerdem sind die ausgewählten Methoden insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen, aber auch vertiefend in Abteilungen großer Unternehmen anwendbar. Der Betriebsarzt ist aufgrund seiner Stellung (Schweigepflicht) prädestiniert, die moderierten Arbeitssituationsanalysen durchzuführen: Verschwiegenheit in persönlichen und Transparenz und Rückmeldung an die Leitung in organisationalen Belangen sind in der Rolle möglich. Als Instrument für eine schriftliche Mitarbeiterbefragung wird beispielhaft der vielfach erprobte SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) empfohlen. Als Gruppenmethoden werden Arbeitssituationsanalyse und Soft-Analyse vorgestellt. Beide lassen sich als pragmatische Methoden einfach und schnell einsetzen. Sie ermöglichen den Mitarbeitern die Vergewisserung über gesundheitsförderliche Ressourcen in der Arbeit und die Identifikation von Verbesserungsbedarf, regen zur Lösungsfindung an und beteiligen an der Entwicklung von passenden Maßnahmen. Die Kommunikation untereinander führt zu Orientierung, Entlastung und Aktivierung. Es werden allerdings Erwar-



tungen geweckt! Obwohl es sich bei beiden Verfahren um primär „subjektive“ Ergebnisse handelt, bieten sie doch in der Häufung von Rückmeldungen die Chance, die wichtigsten Veränderungsbedarfe und die Dringlichkeit von Veränderungen einzuschätzen. Die Ergebnisse werden vom Moderator anonymisiert weiter gegeben. Sie sind in der Regel nicht umsetzungsreif. Als nächster Schritt bietet sich die Etablierung eines Gesundheitszirkels zur Klärung der Realisierbarkeit der Maßnahmen und deren Umsetzungsbegeleitung an. Die Entscheidung über die Maßnahmen und deren zeitliche Abfolge treffen die Betriebsleitung und die Personalvertretung. Wichtig ist, dass alle Führungskräfte und Mitarbeiter zeitnah über die Ergebnisse informiert werden.

Der regelhafte Einsatz einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung der Mitarbeiter mit moderierter Arbeitssituationsanalyse und bereichsbezogenen Gesundheitszirkeln ist ein unverzichtbares Analyse- und Interventionsinstrument, das neben der Generierung von Lösungen auch noch das Potential in sich birgt, das Bewältigungshandeln und Erleben von Bewältigungsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu entwickeln.

### Arbeitssituationsanalyse nach Nieder:

Es handelt sich um die mündliche Befragung einer Arbeitsgruppe, eines Teams über die wichtigsten Belastungen. (Nieder, 2005) Vorgehensweise: 10 bis 15 Teilnehmer, 2 bis 3 Stunden bis zu einem halben Tag unter neutraler Moderation durch den Betriebsarzt oder externe Moderatoren, sollte nicht hierarchieübergreifend angewandt werden. Vorbereitung der Leitfragen auf Pinnwand oder Flipchart, Stifte, Moderationskarten und Klebepunkte.

	Gegenwart	Zukunft
+	Satisfaction Was läuft zufriedenstellend (gut)? Worauf können wir uns verlassen? Worauf sind wir stolz?	Opportunities Welche Optimierungschancen und Entwicklungsmöglichkeiten gibt es? Was können wir ausbauen?
-	Faults Wo liegen Unzulänglichkeiten, Schwierigkeiten, Schwachstellen, Fehler?	Threats Wo lauern künftige Gefahren? Was sind unsere Befürchtungen?

**Leitfragen:**

1. Was finden Sie positiv an Ihrem Arbeitsplatz?
2. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand denken: Halten Sie eine Veränderung Ihrer Arbeitssituation für – Nicht wichtig – Teilweise wichtig – Sehr wichtig?
3. In welchen Bereichen Ihrer Arbeitssituation sollte am ehesten eine Veränderung erfolgen: Tätigkeit, Organisation, Vorgesetztenverhalten, Arbeitsumgebung, Betriebsklima ...?
4. An welche konkreten Belastungen haben Sie gedacht, als Sie Ihren Bewertungspunkt vergeben haben?
5. Welche Anregungen haben Sie zur Verbesserung der Arbeitssituation?
6. Was könnten Sie als Mitarbeiter tun, was der Betrieb?

**SOFT-Analyse:**

Die SOFT-Analyse ist eine aus dem englischen Sprachraum stammende Methode. Sie wird in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt<sup>1</sup>, ihre Herkunft ist jedoch unklar. Die Buchstabenfolge S-O-F-T steht für die folgenden englischen Begriffe:

- Satisfaction: Zufriedenstellendes (Was läuft gut?)
- Opportunities: Gelegenheiten (Chancen, Herausforderungen, Möglichkeiten)
- Faults: Fehler (Störungen, Schwachstellen, Probleme)
- Threats: Bedrohungen, Befürchtungen (Was könnte schlimmstenfalls passieren?, potentiell gefährliche Aspekte)

Es werden sowohl positive als auch negative und sowohl gegenwarts- als auch zukunftsbezogene Dimensionen erfasst. Die Arbeit mit dieser Struktur erleichtert es, die große Fülle unterschiedlicher Wahrnehmungen und Einschätzungen der Beteiligten nicht nur nachvollziehbar zu machen, sondern nach den vorgegebenen Kriterien zu systematisieren.

<sup>1</sup> Z. B. in: Zielfindung und Zielklärung ein Leitfaden  
Materialien zur Qualitätssicherung, QS 21.  
Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend 1998, S. 21 ff.

**Vorgehensweise:**

1. Anwendungsbereich definieren, auf den sich die Analyse beziehen soll (beispielsweise Zusammenarbeit, Kommunikationsklima, Arbeitsorganisation, Zielvereinbarungen).
2. Die vier Fragedimensionen werden von allen Beteiligten individuell bearbeitet. Die Stichworte werden jeweils auf Moderationskarten festgehalten. Je nach Gruppengröße werden pro Teilnehmer die jeweils drei wichtigsten Punkte notiert.
3. Die individuellen Sichtweisen der Beteiligten werden zusammengetragen, auf der Pinwand visualisiert und diskutiert. Das Ziel besteht neben dem Austausch darin, Gewichtungen zu erreichen. So ergibt sich ein Gesamteindruck über die Wahrnehmung der Stärken und Chancen des Teams/ des Betriebes, aber auch der Probleme und Befürchtungen. Es ist sinnvoll und hilfreich, auch die Wechselwirkungen bzw. das Spannungsverhältnis zwischen den Faults und den Opportunities in den Blick zu nehmen.
4. Herausarbeitung von zu bearbeitenden Themen vor dem Hintergrund der Ergebnisse.

Zeitaufwand: Je nach Umfang des Themas, Größe der Gruppe und Intensität der Bearbeitung einen halben bis zu einem Tag.

**Schriftliche Mitarbeiterbefragung:**

**beispielsweise SALSA –**

**Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse**

Soll in größeren Betrieben das Screening der Stufe 2 mittels eines schriftlichen Fragebogens erfolgen, empfiehlt sich beispielsweise der SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse). Bei dem Fragebogen SALSA handelt es sich um ein anwendungserprobtes und wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, mit dem Ziel, die subjektiv wahrgenommene Arbeitssituation zuverlässig und gültig zu erfassen. Das Verfahren wurde

an der ETH Zürich entwickelt, um die innerbetrieblichen, im Bereich der Humanressourcen liegenden Entwicklungspotentiale zu identifizieren und deren Möglichkeiten zu entfalten.

Erfasst werden die Schlüsselmerkmale psychischer und sozialer Befindlichkeit, wie quantitative sowie qualitative Über- und Unterforderung, soziale Unterstützung, Betriebsklima, Handlungskompetenz und -spielraum, Transparenz und Potentiale der Selbstregulation. Abweichend von der klassischen Sicht, die die krankmachenden Bedingungen der Arbeitswelt (Fehlbeanspruchung, Stress) in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken, zielt der SALSA Fragebogen auf die Bedingungen und Schutzfaktoren, die zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer gesundheitlichen Gesamtbilanz beitragen. Gesundheit wird dabei positiv im systemtheoretischen Sinne als dynamisches Gleichgewicht innerhalb der Person sowie zwischen der Person und ihrer Umwelt verstanden. SALSA folgt dem Gesundheitsbegriff von Antonovsky.

Die SALSA Methode ist in der BAuA Toolbox gelistet:

([www.baua.de/de/informationen-fuer-die-praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/SALSA.html](http://www.baua.de/de/informationen-fuer-die-praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/SALSA.html)).

Das Verfahren wird auch von der DGUV empfohlen:

([www.dguv.de/inhalt/medien/bestellung/fach/documents/betriebsaerzte.pdf](http://www.dguv.de/inhalt/medien/bestellung/fach/documents/betriebsaerzte.pdf)).

**Gesundheitszirkel:**

Leitidee des Gesundheitszirkels ist die aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Beschäftigten werden als Experten für ihre Arbeitssituation gesehen. Ihr Wissen über die Arbeitsabläufe, die Belastungen und Umgebungsbedingungen sind die Grundlage für die Verbesserungsvorschläge.

Voraussetzung für die Arbeit im Gesundheitszirkel ist ein Überblick über die Belastungssituation im Unternehmen. Der Gesundheitsbericht, die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung und/oder moderierter Arbeitssituationsanalysen lassen erkennen, wo im Unternehmen Handlungsbedarf besteht. In diesen Bereichen sollte ein Gesundheitszirkel zeitlich befristet eingesetzt werden. Nach dem von den Krankenkassen praktizierten Konzept gehören dem Zirkel fünf bis sieben Beschäftigte, der unmittelbare Vorgesetzte, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt, Vertreter von Betriebs- bzw. Personalrat und ein Moderator an. Der Gesundheitszirkel kann bei Bedarf durch weitere Experten beispielsweise der Unfallversicherung erweitert werden. Ein Vertreter der Geschäftsführung wird häufig zu Beginn und zum Ende der Zirkelsitzungen eingeladen. Ein anderes Modell sieht als Teilnehmer nur Beschäftigte und einen Moderator vor. Der Vorteil wird in einer eher offenen und vertrauten Gesprächsatmosphäre gesehen. In der Praxis treten beide Formen, aber auch Mischformen nebeneinander auf.

Allen Modellen liegt eine gemeinsame Vorgehensweise zu Grunde: Ausgehend von den Ergebnissen der Bedarfsanalyse sollen die ersten Sitzungstermine dafür verwendet werden, die aufgeführten Belastungen und Beschwerden zu diskutieren. Die Beschäftigten als Experten in eigener Sache tragen dazu ihre Erfahrungen mit den Belastungsfaktoren zusammen. Die Fachleute ergänzen dieses durch ihr Expertenwissen. Als zweiter Schritt ist vorgesehen, für die besonders belastenden und gesundheitlich beanspruchenden Arbeits- oder Umgebungsbedingungen geeignete Lösungsvorschläge zu benennen. Den Abschluss bildet die Festlegung der Zuständigkeit für die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge und die Aufstellung eines Zeitplanes. Über die Arbeit des Gesundheitszirkels sollten die Beschäftigten im Unternehmen während der ganzen Laufzeit informiert werden. Über die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge berät beispielsweise ein Arbeitskreis Gesundheit oder der Arbeitsschutzausschuss. Das Gremium setzt Prioritäten, steuert die Maßnahmen und bewertet die erzielten Ergebnisse. □

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

#### Literatur:

- GDA-Portal (2008), *Dokumente, Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation*. online (Zugriff am 15. 04. 2011)
- Holm, M., Geray, M. (2008), *Integration der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung*; [www.inqa.de](http://www.inqa.de)
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 2010. [www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger\\_Deklarationjuli2010.pdf](http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklarationjuli2010.pdf) (Zugriff am 15. 04. 2011)
- Nieder, P. (2005). *Anpacken wo der Schuh drückt. Das Instrument Arbeitssituationsanalyse, Organisationsentwicklung 4 / 05, S. 54–61*
- Praxishilfe1 *Gesundheit mit System. Printversion und Internet, Einrichtung eines Gesundheitsmanagementsystems mit Stressmodulen, VBG*
- Richter, G., Friesenbichler, H., Vanis, M., *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz Teil 4: Psychische Belastungen Checklisten für den Einstieg; Bochum 2006*

### BAuA veröffentlicht und bewertet gesammelte Meldungen

## Fakten: Bericht über gefährliche Produkte

Von unsicheren Produkten gehen hohe Risiken für die Gesundheit aus. Das Produktsicherheitsgesetz beauftragt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), über die Sicherheit von Gebrauchsgegenständen und Arbeitsmitteln zu informieren. In der Reihe „Gefährliche Produkte – Informationen zur Produktsicherheit“ veröffentlicht die BAuA jährlich eine Auswertung der vorliegenden Meldungen über gefährliche technische Produkte. Kürzlich ist die aktuelle Ausgabe 2012 mit der Analyse der Daten aus dem Jahr 2011 erschienen.

Für den Bericht ausgewertet werden neben der deutschen Tagespresse und den Meldungen über tödliche Arbeitsunfälle auch die nationalen RAPEX-Meldungen. RAPEX steht für „Rapid Exchange of Information System“ und ist das Schnellwarnsystem der Europäischen Kommission zu gefährlichen Produkten. Im Jahr 2011 gab es insgesamt 158 RAPEX-Meldungen aus Deutschland. Dabei wurden Produkte aus allen Kategorien berücksichtigt.

Bei allen beanstandeten Geräten, die der Maschinenrichtlinie unterliegen, bestand beispielsweise die Gefahr, sich zu schneiden oder durch umher fliegende Teile getroffen zu werden. Im Bereich Kosmetik konnte in einer Körperlotion ein nicht zugelassener Konservierungsstoff nachgewiesen werden. Insgesamt gab es aus Deutschland 28 Meldungen über kosmetische Mittel. Ein Modell-Hubschrauber fiel negativ auf, weil die Gefahr bestand, durch rotierende Teile, die nicht richtig befestigt waren, verletzt zu werden. National wurden acht Produkte gemeldet, die gegen die Spielzeugrichtlinie verstießen.

Positiv zu vermerken ist, dass der Anteil chinesischer Produkte unter den Meldungen erheblich gesunken ist. Ob sich dieser Trend fortsetzt, muss sich jedoch in den Folgejahren erst noch zeigen.

Bei der Analyse der tödlichen Arbeitsunfälle stellten die Wissenschaftler fest: Besonders häufig werden Baumaschinen wie Bagger oder Kräne als ursächlich oder mitursächlich für Arbeitsunfälle genannt. Viele Unfälle ereignen sich außerdem mit Arbeitsbühnen oder Gabelstaplern. Im Vergleich mit den RAPEX-Daten überraschte die BAuA-Wissenschaftler, dass – obwohl sich besonders viele tödliche Arbeitsunfälle mit Produkten ereignen, die der Maschinenrichtlinie unterliegen – es nur in vier Produktgruppen Beanstandungen über RAPEX gab. Die BAuA-Experten gehen zudem davon aus, dass etwa jeder sechste tödliche Arbeitsunfall, an dem ein technisches Produkt beteiligt war, hätte vermieden werden können. Ingenieure sollten deshalb nicht nur den bestimmungsgemäßen sondern auch den vorhersehbaren Gebrauch des Produktes schon bei der Konstruktion berücksichtigen.

*Gefährliche Produkte 2012 – Informationen zur Produktsicherheit; Isabell Bentz, Jochen Blume, Matthias Honnacker, Hans-Jörg Windberg, Tanja Wybierek; 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012, ISBN: 978-3-88261-143-4, 152 Seiten.* Der Bericht steht als PDF unter [www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen) auf der BAuA-Website. Weitere Informationen zur Produktsicherheit bietet auch das Portal [www.produktsicherheitsportal.de](http://www.produktsicherheitsportal.de) der BAuA. □



### Autor

Dr. Menno Visser ist Betriebsarzt für verschiedene Betriebe und Dienststellen des Landes Bremen.

# G24-Untersuchung von Raumpflegerinnen

## 1. Ziel der Untersuchung

Durch eine Umstrukturierung wurden über 400 Raumpfleger/innen, die bisher in vielen einzelnen Betrieben beschäftigt waren, von einem großen Betrieb übernommen. So konnte ab dem Jahr 2009 eine systematische betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung erfolgen. Ab 2011 wurde dann erstmalig den Raumpfleger/innen eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G24 angeboten. Parallel dazu wurde ein einheitliches Hautschutzprogramm eingeführt, das die unterschiedlichen Programme ersetzte. Die Vorsorgeuntersuchungen wurden mittels eines vom Betriebsarzt entwickelten Untersuchungsbogens dokumentiert und statistisch ausgewertet.

Ziel dieser Auswertung war es, Erkenntnisse zu erhalten über

- die Hauterkrankungen der Raumpflegerinnen und
- die Nutzung und Akzeptanz des Hautschutzprogramms.

Außerdem sollte

- der verwendete selbst entwickelte Untersuchungsbogen und
- die Zusammenarbeit mit den Hautärzten

beurteilt werden.

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Organisation der Gebäudereinigung und der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

Von den Raumpfleger/innen waren keine Bereiche zu reinigen, bei denen ständig Schutzhandschuhen getragen werden mussten. Insofern ergab die Gefährdungsanalyse, dass die Raumpfleger/innen Feuchtarbeit von durchschnittlich mehr als zwei Stunden aber weniger als vier Stunden täglich ausüb-

ten, zumal die tägliche Arbeitszeit mit wenigen Ausnahmen fünf oder weniger Stunden betrug, siehe Tabelle 1. Infolgedessen war der Arbeitgeber gemäß der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge zwar verpflichtet, eine G24-Untersuchung anzubieten; die Vorsorgeuntersuchung war jedoch für die Raumpflegerinnen freiwillig.

**Tabelle 1: Untersuchtetes Kollektiv (n=84)**

	Dauer der Raumpflegetätigkeit	Dauer der beruflichen Hautbelastung insgesamt	Lebensalter	Arbeitszeit (Std. / Tag)*
Minimal	1,0	2,0	42,0	2,5
Quartal 25 %	20,0	20,0	51,0	4,0
Median	23,0	25,5	56,0	4,3
Quartal 75 %	31,0	32,0	59,0	5,0
maximal	40,0	44,0	64,0	8,0
Mittelwert	23,9	25,7	54,8	4,5

\* tarifliche Wochenarbeitszeit geteilt durch 5

2011 wurden alle Raumpfleger/innen angeschrieben (siehe Seite 160). In dem Anschreiben wurde über die Hautbelastung für Raumpflegerkräfte und das Angebot einer freiwilligen Untersuchung nach G24 informiert und gebeten, einen beigefügten Rückmeldebogen auszufüllen. Um die Akzeptanz der Untersuchung zu erhöhen, wurde nicht nur die Untersuchungszeit (die der Betriebsarzt auf einem gesonderten Formular dokumentierte), sondern auch die An- und Abfahrtszeiten zum Untersuchungsort als Arbeitszeit gewertet. Zusätzlich wurden die Fahrkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erstattet. Die Untersuchung fand an zwei Untersuchungsorten statt, um die Anfahrtswege zu verkürzen. Auf Vorschlag des zuständigen Unfallversicherungsträgers erfolgte die Meldung von auffälligen Befunden, die eigentlich einen Hautarztbericht (F6050) erfordert hätte, auf einem einfachen Meldebogen. In diesem Meldebogen konnte, falls bereits ein Hautarzt behandelte, dieser dem Unfallversicherungsträger mitgeteilt werden.

### 2.1. Repräsentativität des Kollektivs

Die Untersuchung umfasst den Zeitraum vom März 2011 bis Mai 2012. Im März 2011 betrug das Gesamtkollektiv 421 weibliche und zwei männliche Raumpfleger/innen (wegen der geringen Zahl werden

die männlichen Raumpfleger im Folgenden nicht weiter betrachtet). Das untersuchte Kollektiv ist mit 20 % der Gesamtzahl (84 von 421 weiblichen Raumpflegerinnen) nicht hinreichend repräsentativ, insbesondere, da die Anmeldung zur G24-Untersuchung freiwillig war. So kamen bei der Anmeldung gegenläufige Tendenzen zur Wirkung, deren Auswirkung nicht abzuschätzen ist. Bei den parallel durchgeführten Arbeitsplatzbegehungen gaben die Raumpflegerinnen, die die Untersuchung abgelehnt hatten, auf Nachfrage, warum sie sich nicht beteiligt hätten, folgende Antworten: „Ich habe doch nichts an der Haut ...!“ oder seltener: „Ich bin doch bereits beim Hautarzt in Behandlung ...!“ Das hohe Alter des untersuchten Kollektivs (siehe Tabelle 1) ist allerdings repräsentativ, da zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr als die Hälfte des Gesamtkollektivs älter als 55 Jahre war.

### 2.3. Erhebung der Daten

Die Erhebung der Daten erfolgte mit einem vom Betriebsarzt entwickelten

Untersuchungsbogen, siehe Abbildung 1, der sich an dem Hautarztbericht (F6050) und dem G24 orientiert. Neben der Dauer der Raumpflegetätigkeit (auch bei anderen Arbeitgebern) wurde auch nach der Dauer von anderen hautbelastenden Tätigkeiten gefragt. Hier ergab sich, dass 23 Raumpflegerinnen (27% der Fälle) eine andere hautbelastende Tätigkeit vor Aufnahme der Raumpflegetätigkeit (oder während deren Unterbrechung) ausgeübt hatten, beispielsweise als Friseurin, in Spülküchen, als Krankenpflegehelferin usw. Daraus konnte dann die Dauer der beruflichen Hautbelastung insgesamt errechnet werden. Unter Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht wurde auch nach den Nebentätigkeiten gefragt. Hier ergab sich, dass 19 Raumpflegerinnen (23% der Fälle) eine Nebentätigkeit ausübten, und zwar ausschließlich als Raumpflegerin. Die Dauer der Nebentätigkeit betrug 0,5 bis 3 Std./Tag (Median 2 Std., Mittelwert 1,8 Std.).

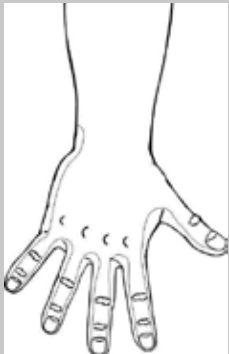

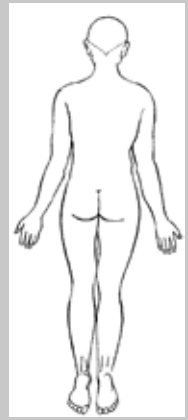
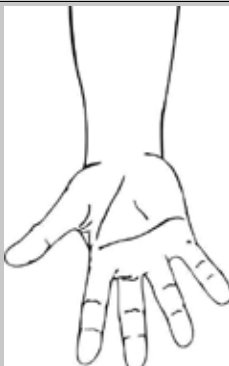
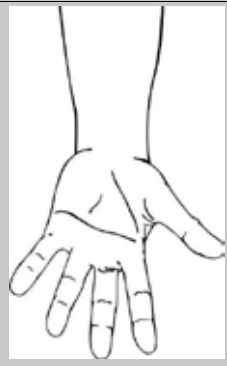
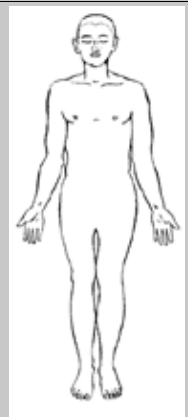
Ein ähnlicher Untersuchungsbogen für Arbeitsmediziner, die beispielsweise Gärtner/innen betreuen, kann beim Autor angefordert werden (menno.visser@arbeitsschutz.bremen.de).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Untersuchung der Haut

Neben vielen teilweise sehr diskreten Befunde bei der Untersuchung der Haut der Hände, siehe Tabelle 2, ergab sich in acht Fällen (10%) ein Befund, der einen Hautarztbericht (F6050) rechtfertigen würde. Alle acht Fälle wurden dementsprechend bereits seit mindestens sechs Monaten hautärztlich behandelt. In drei von diesen acht Fällen war vom Hautarzt bereits ein Hautarztverfahren eingeleitet worden, in fünf Fällen war dies nicht erfolgt. Von den drei bereits eingeleiteten Hautarztverfahren war in einem Einzelfall vor 26 Jahren eine BeK Haut mit Aufgabe der damaligen Tätigkeit als Friseurin anerkannt worden, seit 2010 wird jetzt nach über zwanzigjähriger Tätigkeit als Raumpflegerin (erneut) ein Hautarztverfahren durchgeführt.

Abbildung 1: Untersuchungsbogen G24 für Raumpflegerinnen bzw. für Feuchtarbeiter (ein universeller G24-Untersuchungsbogen ist beim Autor per E-Mail erhältlich: menno.visser@arbeitsschutz.bremen.de)

Untersuch.dat.	Name	
Geburtsdatum:	Vorname	
1.1 Raumpflege Std./Tag:		
zu reinigendes Objekt:		
hautbelastende Nebentätigkeit:	Std./Tag:	
1.2 seit wann <u>insgesamt</u> als Raumpflegerin tätig:		
1.3 vorherige hautbelastende Tätigkeit:	in Jahren:	
Bemerk:		
2. aktueller Hautbefund:	Kein Befund <input type="checkbox"/> A) Rötung <input type="checkbox"/>	
B) Schuppung <input type="checkbox"/> C) Knötchen <input type="checkbox"/> D) Bläschen <input type="checkbox"/>		
E) Krustenbildung <input type="checkbox"/> F) Schwellung <input type="checkbox"/> <u>Begrenzung:</u> G) scharf		
H) unscharf <input type="checkbox"/> K) Streuung <input type="checkbox"/> <u>[Buchstaben in Skizze]</u> <u>Auftreten:</u>		
L) während Tätigkeit <input type="checkbox"/> M) während AU/Urlaub <input type="checkbox"/> N) unter Cortison <input type="checkbox"/>		
2.2 Wann <u>aktuelle</u> Hauterkrankung <u>erstmalig</u> aufgetreten?		
2.3 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein <input type="checkbox"/> , Wenn ja,		
wann? durch wen?		
3 Anamnese: unauffällig <input type="checkbox"/> a) Allergie <input type="checkbox"/> , gegen Berufsallergene <input type="checkbox"/> Welches:		
Allergiepass: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> b) <u>Handekzem</u> in der Vorgeschichte <input type="checkbox"/>		
zuletzt: behandelt durch:		
bb) ständiges/wiederholt auftretend <input type="checkbox"/>		
c) Schuppenflechte der Hände <input type="checkbox"/> d) Keratosis pilaris <input type="checkbox"/> e) Wollunverträglichkeit <input type="checkbox"/>		
f) Beugeekzeme <input type="checkbox"/> g) vorberuflich Handekzem <input type="checkbox"/> h) Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen <input type="checkbox"/> i) Einrisse in den Ohrläppchen/Mundwinkel <input type="checkbox"/> j) Einrisse in Hornhaut (Finger und Zehen) <input type="checkbox"/> k) Pityriasis alba <input type="checkbox"/> n) weißer Dermographismus <input type="checkbox"/>		
Weiteres:		
Ergebnis: keine Bed. <input type="checkbox"/> ... unter best. Voraussetz. <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/>		
dauernde Bed. <input type="checkbox"/> NU(Monat/Jahr). best. Voraussetz.		
4.1 trägt <u>Handschuhe</u> : nein: <input type="checkbox"/> teilweise: <input type="checkbox"/> Immer bei Feuchtarbeit: <input type="checkbox"/>		
angebotene gut: <input type="checkbox"/> schlecht: <input type="checkbox"/> andere benutzt: <input type="checkbox"/> und zwar:		
4.2 benutzt <u>Hautschutzmittel</u> : nein: <input type="checkbox"/> teilweise: <input type="checkbox"/> immer bei Feuchtarbeit: <input type="checkbox"/>		
angebotenes gut: <input type="checkbox"/> schlecht: <input type="checkbox"/> anderes benutzt: <input type="checkbox"/> und zwar:		
4.3 benutzt <u>Hautpflegemittel</u> : nein: <input type="checkbox"/> teilweise: <input type="checkbox"/> immer bei Feuchtarbeit: <input type="checkbox"/>		
angebotenes gut: <input type="checkbox"/> schlecht: <input type="checkbox"/> anderes benutzt: <input type="checkbox"/> und zwar:		
<b>Skizze</b> (Großbuchstabe ausgeprägter, Kleinbuchstabe leichter Befund)		
		
rechts	dorsal	links
		
rechts	palmar	links

**Tabelle 2: Hautbefund (Mehrfachnennungen, n=84)**

Rötung	Schup-pung	Knöt-chen	Bläs-chen	Krusten-bildung	Schwel-lung	Begrenzung		Streu-ung
						scharf	un-scharf	
6	11	0	3	1	0	0	2	0

**3.2. Anamnese**

Bei der Anamneseerhebung ergaben sich einige relevante Hauterkrankungen, siehe Tabelle 3. Außerdem zeigte sich in vier Fällen (Dokumentation in Allergiepäss) eine möglicherweise beruflich relevante Allergie: Zweimal gegenüber Hausstaubmilben, nach Angaben der Beschäftigten nur zuhause von Bedeutung, und zweimal gegenüber Inhaltsstoffe von Hautpflegemitteln (betrif nicht das angebotene Hautschutzprogramm).

Möglichkeit zu der Beurteilung „gut“ oder „schlecht“ gegeben. Nur 53% der Raumpflegerinnen benutzten Schutzhandschuhe „immer bei Feuchtarbeit“. Von den restlichen 47% wurde bemängelt, dass mit Handschuhen kein Tischabwischen oder andere Feinarbeiten möglich seien. Dies steht im Gegensatz zu der Erfahrung von Raumpflegerinnen mit Hauterkrankung, die auch mit Baumwollunterzieh-Handschuhen diese Arbeiten erledigen können. Auch wurde bemängelt, dass ein ständiges Wechseln

**Tabelle 3: anamnestische Angaben (Mehrfachnennungen, n=84)**

Allergie	24
davon berufl. relevante Allergie	4
Handkezem in der Vorgeschichte	18
davon vorberufliches Handkezem	1
Schuppenflechte der Hände	2
Keratosis pilaris	5
Wollunverträglichkeit	15
Beugeekzem	3
Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen	10
Einrisse in Ohrfläppchen/Mundwinkel	3
Einrisse bei Hornhaut in Finger und Zehen j	7
Pityriasis alba	0
Hertogezeichen	1
Weißer dermographismus	1

Hinsichtlich des Hautschutzprogramms ergab sich, dass nahezu 90% ein Hautpflegemittel nach der Arbeit benutzten, siehe Abbildung 2. Allerdings wurde die (bewusst) fehlende Parfümierung bemängelt. Auch die Akzeptanz von Hautschutzmitteln war mit 73% „immer“ oder „teilweisem“ Benutzen erfreulich hoch. Viermal wurde ein „klebriges oder fettiges“ Gefühl nach der Benutzung geschildert. Hier konnte beraten werden, dass Hautschutzmittel erst in die Haut einziehen müssen, bevor beispielsweise ein Handschuh angezogen werden sollte. Das neue Hautschutzprogramm wurde zu 90% als „gut“ bezeichnet. Allerdings wurde nur die

zwischen Reinigen mit und ohne Handschuhe unpraktisch sei. Erstaunlich, dass sogar 4% (drei Fälle) nie, also auch nicht bei der Reinigung von Sanitäranlagen, Schutzhandschuhe benutzen.

**3.3. Maßnahmen des Betriebsarztes**

Erfreulicherweise ergaben sich keine „dauernden“ oder „befristeten Bedenken gegen die Fortführung der Tätigkeit“ gemäß G24. In 24 Fällen (29%) wurden vom Betriebsarzt „keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen“ ausgesprochen. Neben den acht Fäl-

len mit ausgeprägten Befunden, siehe 3.1, war dies beispielsweise der Fall, wenn die Raumpflegerin über leichte Hautprobleme an den Händen berichtete, die aber zum Untersuchungszeitpunkt nicht nachweisbar waren. Die bestimmten Voraussetzungen (Mehrfachnennungen möglich) waren 18 mal eine verkürzte Untersuchungsfrist (weniger als 60 Monate). Achtmal wurden Baumwollunterziehhandschuhe gefordert. Infolge der bereits eingeleiteten Hautarztverfahren wurden dreimal spezielle Schutzhandschuhen und dreimal speziellen Hautschutz- und -pflegemittel vom Betriebsarzt gefordert.

Parallel zu dieser Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber und der Beschäftigten erfolgte in den fünf Fällen mit längerer hautärztlicher Behandlung ohne Erstellung eines Hautarztberichtes eine Meldung an den zuständigen Unfallversicherungsträger. Diese Meldung hatte in allen Fällen die Erstellung eines Hautarztberichtes durch den behandelnden Hautarzt zur Folge.

Außerdem wurden die Arbeitsplätze fast aller betroffenen Raumpflegerinnen begangen und vor Ort die Reinigungsverfahren, Reinigungsmittel und das Hautschutzprogramm beurteilt (ohne Beanstandungen!).

**4. Diskussion**

Die Untersuchung ergab, dass sich in immerhin 10% der untersuchten Raumpflegerinnen ein Befund ergab, der die Erstattung eines Hautarztberichtes (F6050) gerechtfertigt hätte. Da in dem Betrieb mittlerweile moderne Reinigungsverfahren und Reinigungsmittel eingesetzt werden, sind folgende Gründe zu vermuten:

- Die Dauer der Feuchtarbeit ist wegen Nebentätigkeiten (auch Raumpflegebereich) höher als vier Stunden täglich anzusetzen.
- Schutzhandschuhe werden nicht konsequent getragen.
- Früher höhere Hautbelastung aufgrund ungeeigneter Reinigungsverfahren und Reinigungsmittel.

Für die geringe Beteiligung sind insbesondere folgende Ursachen zu anzunehmen:

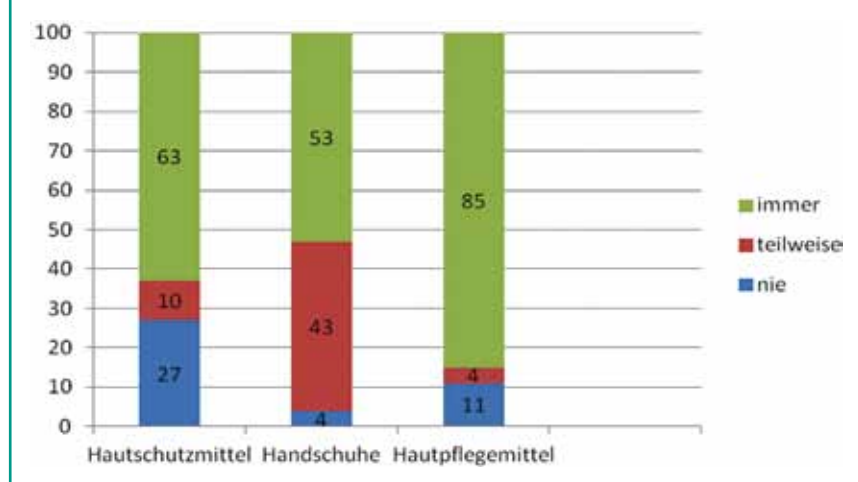


Abbildung 2: Benutzung des Hautschutzprogrammes und der Schutzhandschuhe (Handschuhe bei Feuchtarbeit) in % (n=84)

Sozialer Hintergrund des Klientels. Das Klientel ist zum Teil dem sogenannten prekären Milieu zuzuordnen ist. Beispielsweise war die Lesefähigkeit in einigen Fällen nur sehr eingeschränkt. Fehlendes Verständnis der Klienten darüber, dass eine Vorsorgeuntersuchung gerade auch dann sinnvoll ist, wenn (noch) keine Symptome vorliegen oder wenn bereits eine hautärztliche Behandlung erfolgt. Hier ist die Information durch den Betriebsarzt zu verbessern. Sinnvoll ist auch die Durchführung einer G24-Untersuchung vor Einstellung: So können beispielsweise Beschäftigte mit einer anerkannten BeK Haut (siehe 3.1) gezielt beraten werden. Auch dürfte diese Erstuntersuchung die Akzeptanz für die folgenden Untersuchungen steigern. Bei den Schutzhandschuhen ergibt sich das Problem, dass die Raumpflegerinnen angewiesen sind, bei fehlender Feuchtarbeit keine Schutzhandschuhe zu tragen, um den „Feuchte-Kammer-Effekt“ unter den Schutzhandschuhen zu verringern. Dies führt allerdings zu einem im Arbeitsablauf als unpraktisch erlebten häufigen Handschuhwechsel. Zur Verbesserung bietet der Betrieb den Raumpflegerinnen deswegen mehrere Paar Schutzhandschuhe an, die an einem Tag nacheinander getragen werden. So kann der Handschuhwechsel erleichtert werden, weil nicht mittlerweile durch den Schweiß feucht gewordene Handschuhe wieder angezogen werden müssen. Da nach ausgiebiger Recherche kein Untersuchungsbogen für G24 gefunden wurde, wurde ein eigener Untersuchungsbogen entwickelt, der stark an den Untersuchungsgrundsatz G24 angelehnt ist. Dieser Untersuchungsbogen hat sich in der betriebsärztlichen Praxis bewährt, jedoch

sind manche gemäß G24 gestellte Fragen und Tests (z. B. der Test zum „weißen Dermographismus“) in ihrer Bedeutung für die betriebsärztliche Praxis unklar. Generell sollte von Betriebsärzten und Hautärzten gemeinsam ein Untersuchungsbogen analog zum Untersuchungsbogen für G46 erstellt werden. Dies würde die G24-Untersuchung deutlich erleichtern. Die Rückkopplung mit den Hautärzten ist sehr unterschiedlich zu bewerten. Neben einigen sehr engagierten Kolleg/inn/en, mit denen mehrfach über Fälle konferiert wurde, war überraschend, dass in fünf Fällen trotz bekannter beruflicher Hautbelastung und längerer Behandlungsdauer von den behandelnden Hautärzten kein Hautarztbericht erstellt worden war. Auf Nachfrage erhielt der Betriebsarzt mehrfach die Antwort, dass ein Hautarztbericht doch nichts an der Behandlung ändere, sondern nur mehr bürokratischer Aufwand bedeuten würde. Abgesehen davon, dass Hautarztberichte den Unfallversicherungsträgern und letztendlich auch

### Auszug aus der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)

#### Anhang Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsuntersuchungen sowie weitere Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge

##### Teil 1

##### Tätigkeiten mit Gefahrstoffen

##### (1) Pflichtuntersuchungen bei:

2. a) Feuchtarbeit von regelmäßig vier Stunden oder mehr je Tag,

##### (2) Angebotsuntersuchungen bei:

2. e) Feuchtarbeit von regelmäßig mehr als zwei Stunden je Tag,

den Betriebsärzten wesentliche Informationen über die Hautbelastung von Berufsgruppen geben können, werden ohne Erstellung eines Hautarztbericht den Raumpflegerinnen Maßnahmen vorzuenthalten, wie beispielsweise das Stufenverfahren „Haut“<sup>1</sup>

Desweiteren ergab sich, dass der der Hautarztbericht (F6050) wegen einiger Angaben zur hautärztlichen Diagnostik und Behandlung für Betriebsärzte ungeeignet ist. Die in der vorliegenden Untersuchung praktizierte quasi formlose Meldung an den Unfallversicherungsträger war nur deshalb ausreichend, weil (zufällig) alle gemeldeten Fälle bereits hautärztlich behandelt wurden. Hier ist aber in Kürze ein „Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut“ (F6160)<sup>2</sup> zu erwarten, der Abhilfe schaffen wird.

Ein weiteres Problem bei der Einleitung des Hautarztberichtes durch die Hautärzte ist, dass je nach persönlicher Vorliebe des Hautarztes spezielle Hautschutzmittel und Handschuhe „verordnet“ werden, in vielen Fällen ohne Berücksichtigung der Tatsache, dass im Betrieb bereits ein geeignetes Hautprogramm eingeführt ist. Einmal auf ein bestimmtes Produkt festgelegt, ist eine Beschäftigte nicht mehr zu bewegen, auf die vom Betrieb angebotenen Produkte (die oft vor der Hauterkrankung nicht benutzt wurden!) umzustellen. Meist ist es den Hautärzten auch nicht möglich, korrekte Angaben von den Beschäftigten zu erhalten, sodass ein zeitnaher Kontakt zwischen Betriebsarzt und behandelndem Hautarzt notwendig wäre. So könnte in Zukunft (mit Hilfe des „Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut“ eine Verbesserung erreicht werden. □

Dr. Menno Visser, Arzt für Arbeitsmedizin  
Freie Hansestadt Bremen, Performa Nord –  
Eigenbetrieb des Landes Bremen

<sup>1</sup> Skudlik, C., John, S. M.: Stufenverfahren Haut. Praktische Umsetzung aus dermatologischer Sicht. Trauma Berufskrankh 2007, 9: 296–300 DOI 10.1007/s10039-007-1284-6 Springer Medizin Verlag 2007

<sup>2</sup> Persönliche Mitteilung Frau Prof. A. Bauer, Dresden

# Musteranschreiben



Eine Mitteilung Ihres Betriebsarztes

## Vorbeugung von Hauterkrankungen

Sie als Raumpflegerin oder Raumpfleger üben einen Beruf aus, der Ihre Haut beansprucht, weil

- Ihre Haut regelmäßig und längere Zeit Kontakt mit Wasser hat, und weil
- sich unter Ihrem Arbeitshandschuh eine feuchte Kammer bildet.

In beiden Fällen wird die natürliche Hautschranke im wahrsten Sinne des Wortes aufgeweicht. Das kann auf Dauer zu einem Hautausschlag (chronisches Handekzem) führen. Auch können sonst ungefährliche Substanzen bei aufgeweichter Haut leichter eindringen und Allergien auslösen.

Wegen dieser Hautgefährdung bietet Ihnen FIRMA XY eine **Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung** durch den Betriebsarzt an.

Das sollten Sie wissen:

- Die Untersuchung ist freiwillig. Wenn Sie nicht daran teilnehmen, hat das keinen Nachteil für Sie. Höchstens den Nachteil, dass Sie nicht persönlich beraten werden.
- Der Arbeitgeber erhält keine Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung. Im Übrigen unterliege ich als Betriebsarzt genau wie Ihr Hausarzt der ärztlichen Schweigepflicht.

▪ Die Untersuchung findet während der Arbeitszeit statt oder die Zeit für die Untersuchung und eine angemessene Anfahrts- und Rückfahrtzeit wird als Arbeitszeit angerechnet.

▪ Bei dieser Untersuchung geht es nur um die Haut Ihrer Hände. Mehr Haut müssen Sie nicht zeigen! Deswegen dauert die Untersuchung und Beratung auch nur 10 bis maximal 20 Minuten.

▪ Bei der Untersuchung handelt es sich um eine persönliche Beratung, wie Sie Ihre Haut am Arbeitsplatz schützen und pflegen können. Eine Behandlung von Hauterkrankungen wird nicht durchgeführt.

Um eine vertrauliche Umgebung zu schaffen, findet die Untersuchung nicht an Ihrem Arbeitsplatz, sondern in medizinischen Zentren (Anfahrtskizze auf der Rückseite) statt:

**für Bremen im**  
Arbeitsmedizinischer Dienst,  
ADRESSE

**für Bremen Nord im**  
Gesundheitsamt Bremen,  
ADRESSE

Wenn Sie das Untersuchungsangebot annehmen, werden Sie persönlich vom Arbeitsmedizinischen Dienst eingeladen. Aber haben Sie etwas Geduld.

### Impressum ASUpraxis

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

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

**Chefredaktion**  
Dr. med. O. Erens (verantwortlich)

**Redaktion**  
Dr. med. U. Hein-Rusinek  
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg  
Dr. med. M. Konner  
Dr. med. A. Schoeller  
Dr. med. M. Stichert

**Anschrift für Manuskripteinsendung:**  
Redaktion ASUpraxis  
Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG  
Forststraße 131  
70193 Stuttgart  
E-Mail: [asu@gentner.de](mailto:asu@gentner.de)

Wegen der großen Zahl von Raumpflegerinnen / Raumpfleger kann es noch etwas dauern, bis auch Sie eingeladen werden. Über Ihre Teilnahme würde ich mich freuen.



Mit freundlichen  
Grüßen  
Ihr Betriebsarzt

Dr. Menno Visser,  
Arzt für  
Arbeitsmedizin