

## Editorial

### Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit: Ziel verfehlt?

*Nicht alle von uns haben das Inkrafttreten der Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) am 18. Dezember 2008 als wirkliches Weihnachtsgeschenk empfunden. Eher im Gegenteil zeigte sich die deutsche Betriebsärzteschaft überrascht und hat dieses Präsent scheinbar immer noch nicht recht angenommen. An vielen Stellen wird referiert, interpretiert und laviert.*

*Dabei dreht sich die Diskussion hauptsächlich um die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen: Pflicht-, Angebots- und Wunschuntersuchungen, das ist die Frage. Heftig wird diskutiert, wann und welche Untersuchungen anzubieten und durchzuführen, von wem zu dulden und ob mit oder ohne Mehrwertsteuer abzurechnen sind.*

*Das ist kleines Karo, finde ich.*

*Die Debatte verstellt nämlich den Blick auf die große Herausforderung für Betriebsärzte durch das Inkrafttreten der ArbMedVV.*

*In Paragraph 1 gibt die ArbMedVV das Ziel aus, arbeitsmedizinische Vorsorge solle (zugleich) einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leisten.*

*Welch eine Chance für uns Betriebsärzte, mitten im gesellschaftlichen Leben!*

*Haben wir das bei unseren Diskussionen und in unserer alltäglichen Praxis im Blick?*

*Oder sind wir gerade dabei, das durch die Verordnung gesteckte Ziel, einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu leisten, grandios zu verfehlen?*

*Manchmal will mir scheinen, dass wir bei arbeitsmedizinischer Vorsorge nach wie vor vornehmlich an die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten und die Beratung vor dem Hintergrund individueller Wünsche von Betrieb und Proband denken.*

*Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit?*

*Mögliche Gründe für die Nichtbefassung damit könnten sein, dass das nach „Rente mit 67“ riecht. Und die ist, finanzpolitische Notwendigkeit hin und demografischer Wandel her, bei vielen Bundesbürgern nicht beliebt. Viele streben lieber in den Vorruhestand als die Verlängerung ihrer Lebensarbeitszeit in Erwägung zu ziehen.*

*Und es klingt danach, Gesundheit nicht als Wert an sich, sondern lediglich in Beziehung zur beruflichen Tätigkeit und damit relativiert wahrzunehmen.*

## Inhalt

### Editorial

„Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ in der ArbMedVV – das ist viel mehr als der Ordnungsrahmen für Vorsorgeuntersuchungen. „Sie ist Herausforderung und gesellschaftliche Aufgabe – ein Weihnachtsgeschenk, für das wir Betriebsärzte dankbar sein dürfen“ schreibt Dr. Michael Vollmer – nur müssten die Betriebsärzte die Herausforderung auch annehmen **33**

### Praxis

Quo vadis G 25 und G 41?  
fragt Dr. Rolf Kittel und stellt bedenkliche Tendenzen fest **35**  
Hinweise zur Differenzierung zwischen betrieblichem Eingliederungsmanagement und stufenweiser Wiedereingliederung **37**  
Auslotungsexperimente in der „Job-Strain“ – eine Antwort auf den Kommentar von Dr. Vollmer **39**  
Wie steht es um den Unfallversicherungsschutz beim Betriebssport? **41**  
Modell-Kühlschmierstoffe und Wirksamkeitsprüfung **42**  
Fall-Konferenz „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“ **44**

### Service

„Quo vadis Arbeitsmedizin“ – Forum selbstständiger Arbeitsmediziner am 21. April 2010 bei Nürnberg **45**  
Präventionsbericht: mehr Krankenkassen-Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung **46**

### Impressum

**48**

*Was also bedeutet Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit – in Zeiten von Internationalisierung und Globalisierung, gesellschaftlichem Wertewandel und angesichts der demografischen Entwicklung?*



Dr. med. Michael Vollmer  
Facharzt für Arbeitsmedizin  
Ludwigstraße 8  
64342 Seeheim-Jugenheim

Ausgehend von dem Rückgang stabiler Beschäftigungsverhältnisse und in Anlehnung an Hillage und Pollard, die bereits 1998 über „Employability“ publizierten, bedeutet sie die Fähigkeit von Menschen, erstmals eine Beschäftigung zu finden, sie zu halten und bei Bedarf eine neue Beschäftigung zu finden.

Dazu bedarf es auf der Grundlage fundierter Qualifikationen einer gezielten Planung, des Wissens um das Funktionieren der Arbeitswelt, der Fähigkeit, Arbeitsfelder zu wechseln und Neues zu lernen und der Bereitschaft und der Kompetenz zur eigenständigen Organisation beruflicher Veränderungen.

Ähnliche Schlagworte beschreiben die 1999 vorgelegten Konzepte der Europäischen Kommission und der Bundesregierung zur Beschäftigungsfähigkeit. Hier ist von Qualifikation und der Vermittlung von Fähigkeiten die Rede, die es Arbeitnehmern ermöglichen sollen, sich auf flexibilisierten Arbeitsmärkten relativ frei bewegen und dadurch ihre Existenz sichern zu können.

„Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ bedeutet also für die Menschen im Arbeitsleben vor allem lebenslanges Lernen, Selbstentwicklung und Kreativität, selbstständige, ergebnisorientierte Kommunikation und eigenes Zeitmanagement als Mitarbeiter.

Individuelle Voraussetzungen hierfür sind soziale und emotionale, kommunikative und personale Kompetenz, Methoden- und Fachwissen, arbeitsmarktorientiertes Verhalten und Aktivierung.

Unternehmen wird zum Erhalt der Employability die Förderung der Mitarbeiterentwicklung und lerning on the job, die Begründung und Unterhaltung inner- und außerbetrieblicher Kooperationsnetzwerke aufgegeben.

Den Begriff Gesundheit hört man in dieser Diskussion eher am Rande.

Gesundheit also am Rande? Die Arbeitsmedizin nun gar nicht mehr gefragt?

Das Gegenteil ist der Fall!

Jedenfalls dann, wenn wir uns als Betriebsärzte endlich voll und ganz als Teil des Systems verstehen und nicht ausgegrenzt und isoliert an Symptomen des Betriebs und der Probanden herumdoktern, reduziert auf „Rücken“ und „Haut“, „Lärm“ und „Bildschirm“.

So wenig wie Gesundheit als Voraussetzung individueller Arbeitsfähigkeit von der Lebensbalance als Ausgleich beruflicher und privater Interessen, die Lernfähigkeit von der Integration in soziale Netzwerke und die Fähigkeit zur Kooperation von der Eigenverantwortlichkeit von Mitarbeiterhandeln zu trennen ist, so sehr stellen alle diese Faktoren gemeinsam und in gegenseitiger Wechselwirkung Voraussetzungen für die umfassende Gesundheit, Wettbewerbsfähigkeit und damit die Aufrechterhaltung der Beschäftigungsfähigkeit dar.

Deshalb leuchtet ein, dass die Beschäftigungsfähigkeit nicht allein durch vom Betriebsarzt initiierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung erhalten werden kann. Ungezielte Fitnessprogramme, Rückenschulen oder Ernährungskurse verfehlen dieses Ziel. Auch individuelle Beratung zu Diabetes mellitus und Hypertonie, Darmkrebsprävention und Melanomscreening alleine erhalten nicht die Beschäftigungsfähigkeit.

Entscheidend und wirksam ist die intensive und dauerhafte Koordination und Kooperation aller betrieblichen Akteure: Der Leitung und der Mitarbeitenden, der innerbetrieblichen und der außerbetrieblichen Berater, wozu entscheidend der Betriebsarzt gehört: Niemand kennt wie er das Befinden und Sichtweise der Mitarbeiter aller Ebenen und das System Betrieb insgesamt.

Um diesen komplexen Aufgaben gewachsen zu sein, benötigt er allerdings seinerseits Fähigkeiten, die über das in Studium und Klinik Gelernte hinausgehen: systemisches Denken und multidisziplinäres Handeln, Management- und Moderationskompetenz.

Im Sinne des Erhalts unserer eigenen Beschäftigungsfähigkeit müssen wir sie erwerben!

„Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ in der ArbMedVV – das ist viel mehr als der Verordnungsrahmen für Vorsorgeuntersuchungen.

Sie ist Herausforderung und gesellschaftliche Aufgabe – und ein Weihnachtsgeschenk, für das wir Betriebsärzte dankbar sein dürfen.

## Deutsche Ärzteschaft vorbildlich

Die deutsche Ärzteschaft sei vorbildlich bei der Umsetzung internationaler Vorgaben für Patientensicherheit, sagte Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und wies damit die Forderungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung nach einem öffentlich zugänglichen Melderegister über ärztliche Behandlungsfehler zurück.

Bereits heute gingen bei den Schlichtungsstellen der Ärztekammern registrierte Fälle in ein „bundeseinheitliches Statistikprogramm“ ein. Statt eines Melderegisters wünsche sie sich bessere Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung, sagte Goesmann. Grund für Behandlungsfehler seien häufig Zeitmangel und Stress.

„Wir müssen den Weg in den Arztberuf wieder frei machen. Die Rahmenbedingungen für den Arztberuf müssen endlich so gestaltet werden, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte in der Betreuung und Behandlung von Patienten wieder ihre Berufung finden. Es geht um die Motivation einer ganzen Generation nachwachsender Ärztinnen und Ärzte. Eine Gesellschaft des langen Lebens braucht Ärzte in Klinik und Praxis und nicht in anderen Berufsfeldern, sonst bricht die Versorgung ein“ mahnt Prof. Dr. Jörg Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer.

Der Kammerpräsident fordert die Politik auf, den zukünftigen ärztlichen Versorgungsbedarf prioritär zu diskutieren und konkrete Ziele festzulegen. „Wir brauchen endlich eine Wertschätzung ärztlicher Arbeit, mehr Stellen in den Kliniken, Abbau von Überstunden und Bürokratie und eine bessere Bezahlung“ – so der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs. □

# Quo vadis G 25 und G 41

*Werden Untersuchungen bei Fahr-Steuer- und Überwachungstätigkeiten und Tätigkeiten mit Absturzgefahr weiter durchgeführt?*

Am 24. 12. 2008 ist die Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung (ArbmedVV) in Kraft getreten. In den dort genannten Pflicht- und Angebotsuntersuchungen sind die Grundsätze G 25 und G 41 nicht mehr aufgeführt. Der Verordnungsgeber vertritt die Auffassung, dass die Grundsätze G 25 und G 41 Eignungsuntersuchungen sind und keine Vorsorgeuntersuchungen. In der Begründung zur ArbmedVV wird zur Nichteinbeziehung der Grundsätze G 25 und G 41 ausgeführt, dass bei Pflichtuntersuchungen das Grundrecht auf freie Berufsausübung (Art 12 Abs.1 GG) und das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) in besonderer Weise betroffen sind und das EU-Recht für diesen Bereich keine Untersuchungen vorsieht.

Dazu ist kritisch anzumerken, dass die Untersuchungen nach G 25 und G 41 bis Dezember 2008 nur als Angebotsuntersuchungen durchgeführt wurden mit Ausnahme der Eisenbahnunfallkasse (– dort Pflichtuntersuchungen) und trotzdem allgemein akzeptiert waren und sind. Über 600.000 G 25-Untersuchungen pro Jahr sind ein Beleg dafür, dass der G25 eine anerkannte Regel der Arbeitsmedizin ist. Die völlige Herausnahme der bewährten G 25- und G 41-Untersuchungen aus der ArbmedVV ist arbeitsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Die Grundsätze 25 und 41 sind als arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen konzipiert, um Unfall- und Gesundheitsgefahren für Personen mit Fahr-Steuer- und Überwachungs-Tätigkeiten sowie mit Absturzgefahrung zu verhindern. Im Vordergrund stand immer der arbeitsmedizinische Vorsorgegedanke mit

Beratung und Betreuung dieser besonders gefährdeten Personen mit hoher Verantwortung z. T. mit Wechsel- und Nachtschichttätigkeit, auch wenn neben der individuellen Betreuung gleichzeitig die Eignung bzw. Tauglichkeit für diese besonderen Tätigkeiten festgestellt wurde.

Durch individuelle Beratung und Einleitung zielgerichteter Behandlungsmaßnahmen wie z. B. Reha-Behandlungen können die Beschäftigten nach vorübergehender Krankschreibung bzw. Herausnahme aus der gefährlichen Tätigkeit häufig wieder am alten Arbeitsplatz eingesetzt werden. Die wichtigste ärztliche Intention ist die Fürsorge für die Beschäftigten. Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach G 25 und G 41 sind konzipiert mit dem Ziel des Schutzes des Einzelnen und nicht des Ausschlusses von Beschäftigten von gefahrgeneigten Tätigkeiten wegen Nichteignung.

## Verkehrsbetriebe

Die Untersuchungen nach G 25 und G 41 sind in den von mit betreuten Verkehrsbetrieben bisher seit über 30 Jahren von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Betriebsräten wegen der besonderen Gefährdung und gesundheitlichen Belastungen an Arbeitsplätzen mit Fahr-Steuer- und Überwachungstätigkeiten sowie mit Absturzgefahr allgemein akzeptiert und anerkannt. Die ganzheitliche Untersuchung mit individueller Beratung dient auch dem Schutz der Untersuchten. Nicht selten werden unbekannte Krankheiten wie z. B. koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Hirndurchblutungsstö-

## Kontakt

Dr. med. Rolf Kittel  
 Bundeseisenbahnvermögen  
 Ärztezentrum Südwest  
 Leitender Arzt  
 Facharzt für Arbeitsmedizin  
 Sozialmedizin-Umweltmedizin  
 Bahnhofplatz 1b  
 76137 Karlsruhe  
 E-Mail: Rolf.Kittel@bev.bund.de



rungen und Erkrankungen mit erhöhter Tages-Schläfrigkeit durch die Untersuchungen erstmals diagnostiziert, die sonst nicht aufgefallen wären.

Auch ist die Argumentation, dass die Untersuchungen nach G 25 und G 41 als Eignungsuntersuchungen nicht in die ArbmedVV aufgenommen werden können, nicht schlüssig. Bei Trägern von Atemschutzgeräten der Gruppe 2 und 3 werden Pflichtuntersuchungen und bei der Gruppe 1 Angebotsuntersuchungen nach dem Grundsatz 26 in der ArbmedVV vorgeschrieben. Bei Trägern von Atemschutzgeräten spielt wie bei Fahr- Steuer- und Überwachungstätigkeiten und Tätigkeiten mit Absturzgefahr die Eignung mit möglicher Selbst- und Fremdgefährdung eine wichtige Rolle. Mit der gleichen Argumentation hätte die Untersuchung von Atemschutzträgern in der ArbmedVV keine Berücksichtigung finden dürfen. Hier wird eindeutig mit zweierlei Maß gemessen. Nach der seit Dezember 2008 bestehenden Rechtslage haben die Untersuchungen nach G 25 und G 41 keine rechtliche Grundlage mehr; sind nicht mehr rechtsverbindlich. Aus der Sicht der Verordnungsgeber sind die Untersuchungen nach G 25 und G 41 nur noch als Wunschuntersuchungen nach § 11 Arbeitsschutzgesetz den Beschäftigten anzubieten. Die große Mehrheit der praktisch tätigen Be-

etriebsärzte sieht die Notwendigkeit, die Untersuchungen nach G 25 und G 41 weiter anzubieten.

Betriebsärzte beraten den Arbeitgeber in allen Fragen der Arbeitssicherheit und des Arbeitsschutzes und sind bei der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 und § 6 Arbeitsschutzgesetz zu beteiligen. Bei der Gefährdungsbeurteilung wird betriebsärztlich festzustellen sein, dass bei Tätigkeiten mit „Fahr-Steuer- und Überwachungstätigkeiten“ und „Absturzgefahr“ eine erhöhte Gefährdung vorliegt und die Beschäftigten nur bei betriebsärztlich festgestellter Eignung eingesetzt werden. Im Anhang 2 der Betriebsicherheitsverordnung wird gefordert, dass die Benutzung von Arbeitsmitteln – insbesondere das Fahren selbstfahrender Arbeitsmittel – dazu geeigneten Beschäftigten vorbehalten ist. Der Unternehmer kann die Eignung nicht selbst nach dem bloßen Augenschein feststellen. Die Eignung kann nur durch eine betriebsärztliche Untersuchung fachlich kompetent festgestellt werden. Für die Feststellung der Eignung steht der Grundsatz 25 als anerkannte arbeitsmedizinische Regel zur Verfügung. In den von mir betreuten Betrieben hat es sich bewährt, die gemeinsam mit der Sicherheitsfachkraft durchgeführten Gefährdungsanalyse dem Unternehmer mit Abdruck an den Betriebsrat schriftlich mitzuteilen mit dem Ergebnis, dass eine Untersuchung nach G 25 und G 41 bei „Fahr-Steuer- und Überwachungstätigkeiten“ und bei „Absturzgefahr“ zur Verhinderung von Unfällen bei erhöhter Gefährdung notwendig ist.

### Fehlende Verpflichtung

Seit Inkrafttreten der ArbmedVV haben einige mir bekannte Unternehmen eine Fortführung der G 25-Untersuchungen abgelehnt mit Hinweis auf die fehlende rechtliche Verpflichtung bei Nichteinbeziehung des G 25 in der ArbmedVV. So hat ein mir bekanntes kleineres Verkehrsunternehmen geplant, die Untersuchungen nach G 25 nicht mehr durchzuführen mit Hinweis auf die regelmäßigen Untersuchungen nach der

Fahrerlaubnisverordnung alle 5 Jahre. Der Betriebsrat hat dies bei einer seit Jahren bestehenden und bewährten Betriebsvereinbarung zur Durchführung der G 25-Untersuchungen vorläufig abgelehnt, so dass die Untersuchungen weiter durchgeführt werden.

### Umfassend beraten

In den dargestellten Fällen kann der Betriebsarzt den Unternehmer in Abstimmung mit der Sicherheitsfachkraft umfassend beraten und ihn auf die mögliche Gesundheits- und Unfallgefährdung bei Wegfall der Untersuchungen hinweisen. Die ärztliche Screening-Untersuchung für Bus- und LKW-Fahrer nach der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) kann jeder approbierte Arzt – also auch ein Kinder- und Frauenarzt – durchführen auch ohne spezifische Fach- und Arbeitsplatzkenntnisse. Es wird nur eine orientierende Screening-Untersuchung und ein Urinstatus verlangt. Der Untersuchungsabstand von 5 Jahren ist bei Arbeitnehmern über 40 Jahren eindeutig zu lang. In der Zwischenzeit treten bei älteren Arbeitnehmern nicht selten alterstypische Erkrankungen auf, wie z. B. Diabetes, metabolisches Syndrom, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, und Hirndurchblutungsstörungen, die bei einem kürzeren Untersuchungsintervall erkannt werden könnten. Nicht selten haben die Beschäftigten keinen Hausarzt, so dass erst beim Betriebsarzt erstmals eine gründliche Untersuchung durchgeführt wird. Bei den bewährten G 25-Untersuchungen durch erfahrene Betriebsärzte wurde deshalb das Untersuchungsintervall bei Personen über 40 Jahren auf 2–3 Jahre und über 60 Jahre auf 1–2 Jahre festgelegt zur rechtzeitigen Erkennung von gefährdenden und anderer Erkrankungen. Auch angesichts der künftigen Notwendigkeit der Arbeit bis zum 67. Lebensjahr in belastenden Berufen z. B. als Bus- und LKW-Fahrer mit Wechsel- und Nachtschichtbelastung kommt einer intensiven arbeitsmedizinischen Betreuung älterer Arbeitnehmer mit Durchführung des G 25 zur Aufrechterhaltung der Arbeits-

fähigkeit und zur Vermeidung einer vorzeitigen Invalidisierung eine entscheidende Bedeutung zu.

Bei der Durchführung der FeV-Screening-Untersuchungen ist der LKW- und Busfahrer der Adressat der ärztlichen Untersuchungsbescheinigung. Wenn in der Bescheinigung Einschränkungen und die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen vermerkt sind, kann der Betroffene diese zerreißen und weitere Ärzte aufsuchen, so lange, bis in der Bescheinigung das gewünschte Ergebnis vermerkt ist („doctor hopping“). Nicht selten wird die Untersuchungsbescheinigung nach FeV bei anderen Untersuchungsanlässen beim Hausarzt oder Facharzt – quasi als Nebenprodukt der eigentlichen Untersuchung – auf Wunsch der Patienten ausgestellt. Erst kürzlich hat mir bei der Einstellungsuntersuchung ein LKW-Fahrer mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II eine 4 Monate alte Bescheinigung eines Allgemeinarztes über die ärztliche Untersuchung nach FeV § 11 Abs. 9 vorgelegt mit dem Ergebnis, dass keine weitergehende Untersuchung notwendig sei, da keine Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnte. Das Beispiel zeigt, dass die orientierenden FeV-Screening-Untersuchungen alle 5 Jahre nicht geeignet sind, regelmäßige, mit zunehmendem Alter häufiger durchgeführte arbeitsmedizinische Untersuchungen nach G 25 durch fachkompetente Betriebsärzte zu ersetzen.

Die Untersuchungen nach G 25 und G 41 sind aus arbeitsmedizinischer Sicht außerhalb des Geltungsbereichs der ArbmedVV weiter durchzuführen zur Vermeidung von Gesundheits- und Unfallgefahren für Personen mit Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten sowie mit Absturzgefährdung und Dritte. Die Untersuchungen können auf der Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz vom Arbeitgeber in Rahmen seines Direktions rechts angeordnet werden. Der Betriebsarzt, die Sicherheitsfachkraft und die zuständige Aufsichtsperson des Unfallversicherungsträgers kann den Ar-



beitgeber hierbei fachlich beraten. Eine weitere Möglichkeit ist der Abschluss einer Betriebsvereinbarung unter Einbeziehung des Betriebsrats, um die Untersuchungen nach G 25 und G 41 rechtsverbindlich durchführen zu können. Beispiele von Betriebsvereinbarungen können von der Internetseite des Verbands deutscher Betriebs- und Werksärzte [www.vdbw.de](http://www.vdbw.de) heruntergeladen werden oder bei der Sektion Bahnen der Verwaltungs-BG Hamburg angefordert werden (Musterbetriebsvereinbarung G 25). Liegen besondere Unfall- und Gesundheitsgefahren vor, können Maßnahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge mit Pflicht- oder Angebotsuntersuchungen auch auf der Grundlage des § 17 Abs. 2 und § 19 Abs. 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch VII von der Aufsichts-

person des Unfallversicherungsträgers angeordnet werden.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann ich feststellen, dass die Tendenz, Untersuchungen nach G 25 und G 41 mit dem Argument einer fehlenden Rechtsgrundlage und aus Einsparungsgründen wegfallen zu lassen, eindeutig zunimmt. Die bewährten, dem Gesundheits- und Unfallschutz dienenden Untersuchungen nach G 25 und G 41 können weiterhin auf der Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz oder durch Abschluss einer Betriebsvereinbarung außerhalb des Geltungsbereichs der ArbmedVV durchgeführt werden. Der Betriebsarzt sollte den

Arbeitgeber in Abstimmung mit den Sicherheitsfachkräften und ggf. in Abstimmung mit den Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger entsprechend aufklären. Der Arbeitgeber sollte darüber informiert werden, dass er möglicherweise bei einem Unfall bei nicht durchgeführter Untersuchung und besonderen Unfall- und Gesundheitsgefahren haftbar gemacht werden kann. So könnte z. B. ein mit Transporttätigkeit im Betrieb eingesetzter LKW-Fahrer mit vermehrter Tagesmüdigkeit bei Schlafapnoesyndrom nach einem durch Einschlafen bei der Arbeit verursachten Unfall den Arbeitgeber haftbar machen, da der Unfall bei Früherkennung der Erkrankung durch eine Untersuchung nach G 25 hätte vermieden werden können. □

## Hinweise zur Differenzierung zwischen Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) und Stufenweiser Wiedereingliederung

Mitunter wird der Betriebsarzt / die Betriebsärztin gebeten, den Unterschied zwischen **Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM)** und der **Stufenweisen Wiedereingliederung** und in dem Zusammenhang **Krankrückkehrgespräche** darzulegen. Für das **Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement**, dass bei jedem Beschäftigten **ab 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit** (egal ob zusammenhängend oder an 42 einzelnen Tagen) erfolgen muß (§ 84 Abs. 2 SGB IX), sollte am besten eine Arbeitsgruppe gebildet werden, deren Mitglieder alle der Schweigepflicht unterliegen. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, den betroffenen Mitarbeiter schneller wieder an seinen Arbeitsplatz zurückführen zu können. Die Anwendung gilt für alle Beschäftigten und beschränkt sich nicht auf Schwerbehinderte oder diesen gleich-

gestellte Personen. Adressat ist der Arbeitgeber, der durch interne oder externe Experten dabei unterstützt wird. Der/die Beschäftigte wird angeschrieben, das Schreiben wird von Personalabteilung und Betriebsrat gemeinsam unterzeichnet, und der / die Beschäftigte wird darin aufgefordert, sich an eine Person ihres Vertrauens aus diesem Arbeitskreis zu wenden. Die Gruppe kann dann, muß aber nicht, gemeinsam entscheiden, was für diesen Beschäftigten getan werden kann, um ihn wieder zu integrieren. Hilfestellung kann ein Beratungsgespräch sein, oder eine Umsetzung oder eine verbesserte ergonomische Ausstattung des Arbeitsplatzes. Der oder die Mitarbeiter / -in muss sich nicht aktiv an dem Prozeß beteiligen. Der Arbeitgeber hat aber durch dieses Verfahren sichergestellt, dass es ihm bei einer evtl. notwendigen krankheitsbe-

dingten Kündigung nicht nachteilig ausgelegt wird, denn der Arbeitgeber hat dann von seiner Seite alles daran gesetzt, den Beschäftigten an seinem Arbeitsplatz zu halten.

Bei der **Stufenweisen Wiedereingliederung** (nach § 74 SGB V, § 28 SGB IX) geht es darum, Beschäftigten, die längere Zeit ausgefallen sind, Zeit zu geben, sich wieder an ihren Arbeitsplatz zu gewöhnen. Keiner von uns ist heute 100 % krank und morgen 100 % gesund. Auf diese Weise kann der Beschäftigte seine Leistungsfähigkeit ausprobieren und seine Arbeitsleistung stufenweise wieder steigern. Die Initiative geht zu meist vom behandelnden Arzt aus und der Arbeitgeber muss damit einverstanden sein. Es besteht die Möglichkeit, einzelne Belastungsfaktoren zu reduzieren, z. B. die Arbeitszeit, die Intensität der Tätigkeit, zu hebende und zu tra-

gende Lasten etc. Der Beschäftigte gilt weiterhin als krank und bezieht auch nur Krankengeld, so als wäre er / sie weiterhin krank zu Hause.

Mit **Krankenrückkehrgespräch** oder Rückkehrgespräch bezeichnet man ein oder mehrere Gespräche, die der Vorgesetzte mit dem Erkrankten nach Rückkehr an seinen Arbeitsplatz führt. Es soll zur Aufklärung der Krankheitsgründe beitragen, ob z. B. eine Ursache auch am Arbeitsplatz liegt, die man gemeinsam beheben kann. Der Arbeitgeber darf aber nicht verlangen, den Grund der Erkrankung zu erfahren. Das Gespräch kann sehr unterschiedliche Richtungen nehmen. Es reicht von Hilfestellung und Fürsorge bis zu Kontrolle und Sanktion. Krankenrückkehrgespräche kann ich als Vorgesetzter natürlich jederzeit führen. Wenn sie im Interesse des Beschäftigten geführt werden, dann möchte der Vorgesetzte dadurch erfahren, ob der Beschäftigte wieder voll einsatzfähig ist oder ob noch irgendwelche Einschränkungen zu beachten sind und wie es ihm denn geht. Der Erfolg dieses Gespräches hängt weitestgehend von der Art und Weise ab, wie es der Vorgesetzte führt. Es kann mit aufrichtiger Empathie erfolgen, aber auch genau so gut nur als Druckmittel eingesetzt werden. Letzteres führt meistens dazu, dass sich das Arbeitsklima verschlechtert und Menschen unter Druck sind noch nie produktiv, motiviert und kreativ bei der Arbeit gewesen. Wichtig für das Unternehmen ist, sich im Vorfeld über die Vor- und Nachteile eines solchen Gesprächs klar zu werden, einen entsprechenden Leitfaden zu entwickeln und vor allem die Vorgesetzten und Führungskräfte eingehend zu schulen.

In diesem Zusammenhang habe ich folgendes Anschreiben entwickelt, was vielleicht für den einen oder anderen Leser / Leserin hilfreich ist:

Dr. Monika Stichert

### Briefentwurf im Rahmen des Anschreibens bei Eröffnung des BEM

Sehr geehrte.....

*Wir haben erfahren, dass Sie seit längerer Zeit erkrankt sind oder waren. Mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen unsere Hilfe anbieten und informieren Sie deshalb heute über das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement.*

*Hierzu hat die ..... eine Dienstvereinbarung abgeschlossen, die das gesamte Vorgehen im Rahmen des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements festlegt. Das Ganze soll Ihnen helfen, die Erkrankung zu überwinden und erneuten Arbeitsunfähigkeitszeiten vorzubeugen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir als Personalabteilung im Normalfall keine Informationen über die Art ihrer Erkrankung haben. Es ist aber vielleicht auch für jemanden, der schwerer erkrankt ist, wie z. B. an einer Krebserkrankung, hilfreich, mit der einen oder anderen der unten genannten Personen Kontakt aufzunehmen und Hilfestellung zu bekommen. Es ist uns klar, dass es in diesen Fällen nicht darum gehen kann, jemanden wieder schneller an den Arbeitsplatz zu bekommen, sondern um eine neutrale Hilfe.*

*Zur Durchführung wurde bei der ..... ein Integrationsteam gebildet, welches aus folgenden Personen besteht:*

- Ein/eine Beauftragte/r der Dienststellenleitung – Tel.-Nr.:
- Ein/eine Beauftragte/r des Personalrates – Tel.-Nr.:
- Die Schwerbehindertenvertretung – Tel.-Nr.:
- Die Gleichstellungsbeauftragte – Tel.-Nr.:
- Der/die Betriebsarzt/-ärztin – Herr / Frau Dr. .... – Tel.-Nr.:

*Wir wollen Ihnen bei einer anstehenden Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess helfen, z. B. durch die gezielte Einleitung von entsprechenden präventiven Maßnahmen, die dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit, der Vermeidung von Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen und der Sicherung des Arbeitsplatzes dienen soll.*

*Für Sie wichtig ist, dass **Alle im Integrationsteam der Schweigepflicht** unterliegen und dass das ganze Verfahren vertraulich behandelt wird, soweit nicht mit Ihnen gemeinsam entschieden wird, dass weitere Personen hinzugezogen werden sollen.*

*Wir, die Personalabteilung, möchten Sie deshalb zu einem ersten Gespräch mit einem von Ihnen ausgewählten Mitglied des Integrationsteams einladen. Das Gespräch wird auf jeden Fall vertraulich behandelt. Wir möchten Sie auch darauf aufmerksam machen, dass die Teilnahme an dem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement für Sie freiwillig ist, der Arbeitgeber zu diesem Angebot aber verpflichtet ist. Sollten Sie das Gespräch nicht oder noch nicht wünschen, entstehen Ihnen hierdurch keine beruflichen Nachteile. Sie können sich bei allen Gesprächen von einer Person Ihres Vertrauens begleiten lassen.*

*Wir würden uns freuen, wenn Sie unser Angebot annehmen und einem ersten Gesprächstermin mit einem Mitglied des Integrationsteams zustimmen. Erst dann werden wir das Integrationsteam über Ihren Namen informieren. Sollten Sie sich schon einen Gesprächspartner aus dem Integrationsteam ausgesucht haben, so leiten wir Ihren Wunsch gerne direkt an das Integrationsteam weiter. Das Mitglied wird dann zwecks Terminvereinbarung, wenn Sie das noch nicht von sich aus gemacht haben, auf Sie zukommen.*

*Bis dahin wünschen wir Ihnen eine Gute Besserung (bzw. alles Gute, wenn nicht mehr krank)*

*Mit freundlichen Grüßen*

*Personalabteilung*

# Auslotungsexperimente in der „Job-Strain“- Bewältigung stellen nur eine polarisierte Interven- tionsmöglichkeit auf Mitarbeiterebene dar

Poersch, M., Schmitt, M.

Institut für Resilienz und Recovery GmbH, Koblenz

Poersch@irrgmbh.de

Der Kommentar von Michael Vollmer zu unserer Arbeit zeigt uns, dass unsere Absicht missverstanden wurde, bzw. wir die bewusste Fokussierung auf einen polarisierten Ansatz nicht deutlich genug herausgestellt haben. Deshalb begrüßen wir den Kommentar und freuen uns, wenn die Diskussion weitergeführt werden kann.

In unserem Artikel hatten wir „Auslotungsexperimente“ des „Job-Strain“ betroffenen Mitarbeiters als eine coachend-therapeutische Option im Umgang mit hohem Arbeitsdruck und zu geringen Handlungsspielräumen vorgestellt.

Michael Vollmer schreibt, dass unser „coachend-therapeutischer Ansatz“ weder bei der Ursachenfindung noch bei der Problemlösung interdisziplinäre, ganzheitliche oder systemische Ansätze erkennen lasse. Dies ist zutreffend und entsprach der Absicht des Artikels, der weder als Übersichtsartikel über die verschiedenen sinnvollen Interventionsebenen, noch als alltagstaugliche Interventionsleitlinie, etwa für Betriebsärzte geplant war.

Auch wir sehen „DC-Arbeitsstress“ im Einzelnen Mitarbeiter immer als komplexe Herausforderung für verschiedene Berufsdisziplinen und alle (!) betrieblichen Akteure. Letztendlich kann wahrscheinlich nur eine dialektische Interventionsstrategie erfolversprechend sein, Abb. 1. Beide Ebenen (Mitarbeiter, Betrieb/Führung) sollten parallel und ganzheitlich gefördert werden. In der Zwischenzeit sollten beide Ebenen auch lernen, vorübergehende Spannungen auszuhalten, wenn nur einzelne polari-

sierte Interventionen, etwa im Sinne von „Übergangs- oder Erste-Hilfe-Strategien“ angewandt werden und die jeweils andere Ebene sich übergangen sieht oder mit Verantwortungsübernahme überfordert fühlt. Man kann wahrscheinlich nicht häufig genug betonen, dass polarisierte Interventionen von keiner Ebene als endgültige, „passende“ Interventionen verstanden werden dürfen.

Eine frühzeitige Einbindung des Betriebsarztes in der Ursachensuche und Lösungsfindung ist immer sinnvoll und wird von uns regelmäßig angestrebt. Dies ist nach unserer Erfahrung leider nicht immer die gelebte betriebliche Realität, sodass der Klient / Patient nicht so selten notgedrungen alleine mit seinem Coach / Therapeuten sinnvolle Wege aus dem „Job-Strain“ heraus, meistens unter erheblichem Zeitdruck, suchen muss. Wir teilen die Befürchtung von Vollmer, dass ein einseitiges Interventionsverständnis zum „DC-Arbeitsstress“ nur auf Mitarbeiterebene das gefährliche Missverständnis fördern kann, Arbeitsstress sei primär Privatsache des Mitarbeiters, bzw. Fähigkeitsmangel seiner Stresskompensationsfähigkeit.

Allerdings, so der bewusst gewählte Schwerpunkt des Artikels, darf auch bei systemischem „DC-Stress“-Verständnis der häufiger existente, unterschiedlich große individuelle Anteil auf der Mitarbeiterebene nicht übersehen werden, der immer auch einen moderierenden Einfluss hat. Hier kann nach unserer bisherigen Erfahrung sowohl gute „erste Hilfe“, als auch nachhaltige Änderung in der individuellen „Erwerbshaltung“

## Kontakt

Dr. med. Marius Poersch  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Rehawesen, Leiter FörderService  
OA Dr. von Ehrenwall'sche Klinik  
Walporzheimer Straße 2  
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

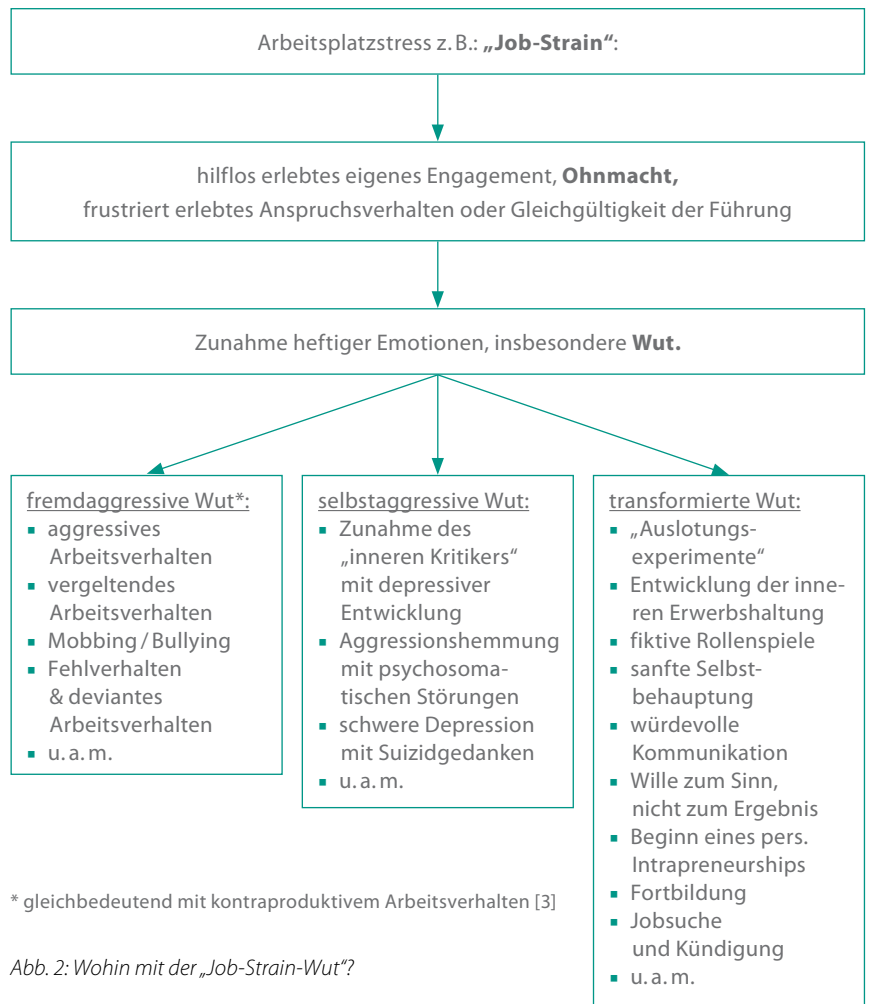
erreicht werden – beides mit „win-win“ für Betrieb und Mitarbeiter. Im „DC-Stress“ liegen beim Mitarbeiter (und häufiger auch im Betrieb) „die Nerven blank“. Wenn rasche und wirksame „Erste-Hilfe“ Interventionen im Betrieb mit Berücksichtigung aller Beteiligten nicht möglich sind, bleibt dem primär „DC-Stress“ betroffenen Mitarbeiter meistens nur die Möglichkeit, außerhalb des Betriebes, z. B. in einer coachend-therapeutischen Beziehung nach Unterstützung zu suchen.

In der Sicherheit der coachend-therapeutischen Beziehung geht es auch um die konstruktive Bewältigung von heftigen Emotionen, z. T. erheblicher Wut beim gestressten Mitarbeiter, siehe Abb. 2: wohin mit der „Job-Strain“-Wut? Der „Job-Strain-gstresste“ Mitarbeiter erlebt sich meistens trotz großen persönlichen Einsatzes nicht mehr in der Lage, seine Arbeitsaufgaben zu bewältigen, er erlebt eine Überforderung, der er sich ohnmächtig hilflos ausgeliefert fühlt. Sobald er in der führungsbedingten Arbeitsplatzgestaltung Zynismus, Ungerechtigkeit (oder nur Gleichgültigkeit) erlebt, ist erfahrungsgemäß der Umschlag der zunehmenden Wut in entweder (a) kontraproduktives Arbeiten, oder (b) in Aggressionshemmung mit ängstlich-somatiform-depressiven Störungen sehr nahe, bzw. bereits angelaufen. Dieses kontraproduktive Arbeitsverhalten mit Ausleben der Aggressionen am Arbeitsplatz oder bewusst gegen den Be-

trieb ist immer für jeden Betrieb (und alle Mitarbeiter) gefährlich und kostenintensiv, sodass auch ein individuelles „heimliches“, d. H. an der Schweigepflicht des Patienten / Klienten orientiertes Coaching mit dem Ziel einer reifen Wuttransformation in betrieblich sinnvolles Verhalten auch systemisch das Betriebsklima und die Betriebsproduktivität im Blick hat. Wenn der Klient / Patient in der „ersten-Hilfe-Reaktion“ zu einer reifen Wuttransformation in der Lage ist (hilfreich unterstützt wurde), wird er erfahrungsgemäß schrittweise auch nachhaltig zu einer reiferen inneren Erwerbshaltung (ggfs mit Unterstützung) kommen können. Das aggressionsgehemmte, die eigene Hilflosigkeit ohnmächtig wahrnehmende und damit psychisch krank machende Arbeitsverhalten ist nicht direkt betriebsgefährlich, aber für Betrieb, die Versicherer und letztendlich die Volkswirtschaft sehr kostenintensiv. Ein rein stressorientiertes Bewältigungscoaching ohne Berücksichtigung der Wut, ohne Suche nach reiferen Wut-Transformationshandlungen, dürfte in der akuten und nachhaltigen „Job-Strain“-Bewältigung an der Realität vorbeigehen und nur kurzfristige Effekte erzielen. Für beide problematischen Formen einer arbeitsstressinduzierten Wutbewältigung gilt jedoch zunächst die Herausforderung an den gestressten Mitarbeiter, die subjektiv angenommene eigene Handlungs-ohnmacht emotionsneutral und sachlich wenigstens einmal etwa durch „Auslotungsexperimente“ zu überprüfen: Stimmt es wirklich, dass ich in dieser (Job-Strain) Situation rein gar nichts verändern kann (Arbeitsdruck, Handlungsspielräume), um meinen aktuellen Stress zu reduzieren? „Auslotungsexperimente“ entsprechen in diesem Sinne einer sekundär präventiven Massnahme, Abb. 2., welche auf der Mitarbeiterebene polarisiert (sekundäre Verhaltensprävention). Bereits kleine eigene Änderungsmöglichkeiten können der ohnmächtigen Hilflosigkeit, dem Gefühl des absoluten Ausgeliefertseins die entscheidende Spitze nehmen und damit die gefährliche kontraproduktive Wut zumindest reduzieren. Sie signalisieren: ich bin nicht

		Interventionsmethodik	
		dialektisch	polarisierend
Interventions-ebene	Mitarbeiter	z. B.: partizipatives Gesundheitsmanagement, dialektische Resilienz-förderung	Stressbewältigung (prim. Verhaltensprävention), Auslotungsexperimente, u. a. m. (sek. Verhaltensprävention)
	Betrieb / Führung		Führungscoaching (Verhältnisprävention)

Abb. 1: Dialektische und polarisierende Interventionsmöglichkeiten beim krankheitsfördernden „Job-Strain“



\* gleichbedeutend mit kontraproduktivem Arbeitsverhalten [3]

Abb. 2: Wohin mit der „Job-Strain-Wut“?

machtlos, sondern habe jetzt zumindest eine kleine Gestaltungsmöglichkeit. Gar nicht selten wird der „Job-Strain“ gestresste Mitarbeiter anschließend erfahren, dass seine tatsächlichen Handlungsspielräume doch (etwas) größer waren, als ursprünglich vermutet, und dass sein aktives Handeln und Kommunizieren mit sinnvollen Zielen (Transformation der Wut) ihm persönlich gut getan hat. Hat der in Stresssituationen zunächst zur frustrierten Hilflosigkeit, oder ohn-

mächtigen Wut neigende Mitarbeiter z. B. durch „Auslotungsexperimente“ ermutigende Bewältigungserfahrungen sammeln können, eine reifere innere Erwerbshaltung gefunden, dann wird er seine neue Erwerbshaltung schrittweise unter „win-win-Gesichtspunkten“ für sich und den Betrieb weiter „ausloten“. Es gibt weitere innere Haltungen, mit denen sich arbeitsgestresste Erwerbstätige zu einer „Wut-Transformation“ motivieren lassen können, siehe Abb. 2.



Dieser Mitarbeiter ist in diesem Wut-Transformationsprozess auch resilienter geworden – unabhängig von der Vermutung, dass sein „Job-Strain“ sehr wahrscheinlich gerade auch eine Intervention auf Betriebs-, bzw. Führungsebene benötigt hätte.

Hier ist allerdings erneut die berechtigte Sorge von Vollmer zu nennen, dass arbeitsbedingte psychische Mitarbeiterbelastungen zum rein privaten Problem eingestuft werden und hierdurch letztendlich betriebliche (gesellschaftliche) Verantwortlichkeiten vermieden werden. Auch ein Resilienzcoaching der Mitarbeiter als alleinige Intervention

kann dem komplexen Problem nicht gerecht werden und könnte ggfs sogar missbräuchlich eingesetzt werden.

Fazit: Wir hoffen, dass unser Verständnis von „Auslotungsexperimenten“ insbesondere zur reifen Transformation der „Job-Strain“-Wut als polarisierter, sekundär präventiver Ansatz auf Mitarbeiterebene, Abb. 1., nun verständlicher geworden ist. Der „Königsweg“ besteht eher in ganzheitlichen Ansätzen, z. B. mit dialektischer Interventionsmethodik, idealerweise durch Coaches, die in einer Person arbeitspsychologische und psychotherapeutische Kompetenzen (inklusive Selbsterfahrung) vereinigen.

Es stellt sich uns vielmehr die Frage, auf welche polarisierenden Interventionsmethoden trotz Missverständnisgefahr derzeit nicht verzichtet werden kann. Um unseren ersten Artikel kurz zu halten, hatten wir diese Überlegungen zunächst nicht aufgenommen. □

*Literatur beim Autor*

Die Arbeit wurde aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz und des Europäischen Sozialfonds gefördert.

## Wie steht es um den Unfallversicherungsschutz beim Betriebssport?

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde der Wunsch an das Unternehmen herangetragen, Betriebssportgruppen einzurichten und zu unterstützen. Als positiv wurde dargestellt, dass dies auch dem Zusammenhalt der Belegschaft dient und die Beschäftigten sich dann vielleicht mehr bewegen werden. Es sollten Gruppen für folgende Sportarten gebildet werden: Nordic Walking, Radfahren, Fußball, Volleyball, etc.

Nun kam die Frage auf, ob die Beschäftigten denn dann versichert sind, bzw. aus Arbeitgebersicht: „Kommen Kosten durch anfallende Arbeitsunfälle = Sportunfälle auf uns zu?“

In einer grundsätzlichen Entscheidung hat das Bundessozialgericht festgelegt, welche anspruchsbegründenden Kriterien erfüllt sein müssen, damit in der Haftungs begründung von einem versicherten Sport ausgegangen werden muss. Es wurden im wesentlichen 5 Kriterien festgelegt:

1. Die sportlichen Übungen müssen dem Ausgleich für die körperliche, geistige oder nervliche Belastung durch die Arbeit dienen. Im Grunde genommen kann

jede Sportart geeignet sein, wenn nicht der Wettkampfcharakter im Vordergrund steht. Es muss also abgewogen werden, ob mehr der Ausgleichssport oder mehr der Wettkampfcharakter im Vordergrund steht. Spielen z.B. Mannschaften verschiedener Firmen gegeneinander oder mit anderen Sportgruppen um Rangplätze in einer Listung, dann steht der Wettkampfcharakter im Vordergrund und es handelt sich nicht um einen versicherten Sport.

2. Die sportlichen Übungen müssen regelmäßig stattfinden. Nur gelegentlich stattfindende Sportausübungen (weniger als 1x pro Monat) sind nicht mehr versichert.

3. Der Teilnehmerkreis soll im Wesentlichen auf die Beschäftigten des Unternehmens beschränkt sein. Würden sich mehrere Firmen zusammenschließen, da ansonsten nicht genügend Teilnehmer zusammen kommen würden, wäre der Sport immer noch versichert.

4. Die Zeitabstände sportlicher Aktivitäten und die Dauer der Übungen müssen in einem dem Ausgleichszweck entsprechenden Zusammenhang mit der Betriebstätigkeit stehen. Im Vordergrund steht der generelle Ausgleich für die Ar-

beitstätigkeit. Es ist somit egal, ob die Veranstaltung direkt nach der Arbeitsschicht oder am Wochenende stattfindet. 5. Die sportlichen Übungen müssen im Rahmen einer unternehmensbezogenen Organisation stattfinden, was nichts anderes heißt, als das der Unternehmer Einfluss auf die Organisation der Sportveranstaltung nehmen kann. Dies kann durch die Überwachung des Sportbetriebes, durch die Festlegung von Übungszeiten hinsichtlich Zeit, Dauer und Ort stattfinden.

Kommt man zu dem Schluss, dass dies eine unter Versicherungsschutz stehende Veranstaltung ist, dann ist auch der Weg Hin und Zurück, das Umkleiden und Duschen versichert.

Zusammengefasst kann gesagt werden: Sobald der Betrieb Einfluss auf die Sportveranstaltung nehmen kann und es sich nicht um die Teilnahme an einer Wettkampfvorbereitung handelt, dann gilt ein evtl. auftretender Unfall als Arbeitsunfall. □

*Dr. Monika Stichert*

*Quelle: sicher arbeiten 3/92, S. 83 und 2/99, S. 55*

# Modell-Kühlschmierstoffe und Wirksamkeitsprüfung



Dr. Wolfgang Pittermann (Düsseldorf) – [drpittermann@myfaz.net](mailto:drpittermann@myfaz.net)

## Sind Kühlschmierstoffe (KSS) hautirritativ?

Für die recht allgemeine Frage, ob Kühlschmierstoffe hautirritierend sind, gibt es viele Antworten. Einige davon finden sich in der Interventionsstudie „Hautschutz“ (BGFA-Report 1, Dez. 2008). In der *Zusammenfassung* und im Kapitel *Studienziele* werden KSS definitiv als „hautirritativ wirkend“ beschrieben. In der Diskussion werden Kühlschmierstoffe als „potenzielle Irritantien“ geführt. Im Kapitel *Kühlschmierstoffexposition* werden die KSS näher definiert und darauf hingewiesen, dass „wiederholter Kontakt mit wassergemischten KSS die Hornschicht schädigen kann“. In der *Schlussfolgerung* der Studie wird auf die Hautgefährdung durch die aktuell betriebliche Kühlschmierstoffbelastung nicht mehr Bezug genommen.

Vor dem gleichen Problem, die Hautbelastung durch KSS nicht konkret, etwa vergleichbar der UV-Belastung zu beschreiben, stehen Anwender, Werks- und Arbeitsmediziner und allen voran die Hersteller von Hautmittel. Für die Testung auf Wirksamkeit von Hautschutzmittel sind reine Chemikalien wie Natrium Lauryl Sulfat (wasserlösliche Noxen) sowie Toluol (früher) und Cumol und n-Oktan (wasser-unlösliche Noxen) als Modell-Noxen gebräuchlich. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass diese Chemikalien mit der Noxe „Kühlschmierstoff“ wenig gemein haben und überdies dass das Dogma „gegen hydrophile Noxen“ nur lipophile Hautmittel (W/O) und „gegen lipophile Noxen“ nur hydrophile (O/W) Formulierungen einzusetzen, nicht mehr haltbar ist.

## Berufsgenossenschaften, VSI und Modell-KSS

Vor einigen Jahren wurde dieses Problem von der BG Metall erkannt. Vertreter des VSI (Verband Schmierstoff-Industrie) und des VKIS (Verbraucherkreis Industrieschmierstoffe) haben sich unter Federführung der BG Metall Nord Süd (Hauptabteilung Prävention, Dipl. Chem. Michael Rocker) geeinigt, vier verschiedene, gebräuchliche KSS-Typen (robust, realitätsnah) ausschließlich zum Zwecke der Wirksamkeitsprüfung von Hautschutzmittel bereit zustellen. Damit hatten die Berufsdermatologen und die Hersteller erstmals die Möglichkeit, über Modell-Noxen zu verfügen, deren Praxisbezogenheit im Gegensatz zum Einsatz von reinen Chemikalien nicht mehr in Frage steht.

Das Ziel der Initiative ist in der Präventionsleitlinie des Sachgebietes „Hautschutz“ im Fachausschuss „Persönliche Schutzausrüstungen“ beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Stand 2006) beschrieben: „Die standardisierte, praxisnahe (= reale Einwirkungssituation) Wirksamkeitsprüfung von Hautmittel gegen vier typische Modell-KSS-Formulierungen (wassermischbar / nicht-wassermischbar; vollsynthetisch, esterölbasisch, mineralölbasisch)...“. In der Allgemeinen Präventionsleitlinie (Stand März 2008) ist diese Spezifikation zurückgenommen, aber stattdessen folgender Hinweis eingebaut: „Zu beachten ist, dass eine Einteilung der Expositionen in Gruppen wie wassermischbare oder nichtwassermischbare Arbeitsstoffe allein zu ungenau ist. ... Am Besten wird

der Wirksamkeitsnachweis mit einer Exposition entsprechend den Praxisgegebenheiten durchgeführt“

Ein Blick auf die **Tabelle 1** (Sicherheitsdatenblätter zu den Modell-Kühlschmierstoffen; Quelle Hr. M. Rocker) zeigt, dass die auf der Hautoberfläche ablaufenden thermodynamischen Verhältnisse durch die bisher üblichen Modell-Noxen (siehe oben) nicht praxisnah imitiert werden können. In Kühlschmierstoffen sind zu viele dermatologisch wirksame Inhaltsstoffe in unterschiedlicher Mischung und Quantität enthalten.

## Testmodelle (TRGS 401)

Zu den möglichen *in-vitro* Modellen führt die TRGS 401 aus: „Mindestens sollte die Wirksamkeit mit dem BUS-Modell (Bovine Udder Skin) oder einem 3D-Hautmodell getestet sein“. Mit dem BUS-Modell werden seit einigen Jahren sowohl Verträglichkeitsprüfungen (Hautgefährdung) für Kühlschmierstoffe (frisch / gebraucht) als auch Wirksamkeitsprüfungen von Hautschutzmittel gegen Kühlschmierstoffe und Metallreiniger (frisch / gebraucht) durchgeführt. Beide Prüfarten werden von Anwendern wie Herstellern in Auftrag gegeben. Im *in-vitro* BUS-Test wird biochemisch (Ganzhautstanzen) die epidermale, zelluläre Reaktion auf topisch, offen / geschlossen applizierte Chemikalien / Formulierungen 0,5 h, 1,0 h und 5,0 h nach Applikation (einmal / wiederholt) untersucht. Die gewählten Parameter sind die Zytotoxizität (MTT-Test) und die Gewebeskonzentration von Prostaglandin E<sub>2</sub> (Ent-

**Tabelle 1: Inhaltsstoffe „Modell-Kühlschmierstoffe“ nach SDB**

	<b>vollsynthetisch Typ 1 (wassermischbar)</b>	<b>mineralölbasisch Typ 4 (wassermischbar)</b>
Bakterizid	3,3'-methylenbis (5-methyl-oxazolidin) (1 %–5 %)	3,3'-methylenbis (5-methyl-oxazolidin) (1 %–5 %)
Korrosionsschutz	Borsäure < 5 %	
Fungizid	Natriumpyrithion (0,2 %–0,5 %)	
Emulgator		Fettalkoholpolyglykoether (5 %–10 %)
Emulgator		2-Hexyldecan-1-ol (1 %–5 %)

	<b>mineralölbasisch Typ 2 (nicht-wassermischbar)</b>	<b>esterölbasisch Typ 3 (nicht-wassermischbar)</b>
Korrosionsschutz	Calciumsulfonat (5 %–10 %)	
Schmierkomponente	Mineralölschnitt (50 %–100 %)	Esteröl (50 %–100 %)
Hochdruckzusatz	Aminneutralisierter Phosphorsäureester (0,1 %–1 %)	Amine, C11-14- verzweigte Alkylphosphate, (1 %–5 %)

zündungspotenzial). Sie stellen die beiden Komponenten einer Hautirritation dar. Die lebensfähige Haut des isoliert perfundierten Rindereuters entspricht in der Qualität der menschlichen Rückenhaut. Das wurde in Vergleichsuntersuchungen für Dermatikaentwicklungen nachgewiesen.

### Vorgangsweise und Ergebnisse

Bisher ließen verschiedene Hersteller Markt- und Entwicklungsprodukte auf Wirksamkeit gegen Modell-KSS prüfen. Aktuell haben auf der A + A 2009 (Düsseldorf) die Firmen HERWEchem.-techn. Erzeugnisse GmbH, 74889 Sinsheim-Dühren, >info@herwe.de< und H. Feilbach GmbH & Co.KG, 55252 Mainz-Kastel, >info@feilbach.de< die im Test erfolgreichen Produkte vorgestellt und beworben. Weitere Produkttestungen sind bereits angekündigt.

Zunächst wird die Irritation, die am unbehandelten Hautmodell durch die Modellkühlschmierstoffe in Anwendungskonzentration nach 0,5 h, 1,0 h und 5,0 h hervorgerufen wird, quantifiziert. Im zweiten Schritt wird die Haut durch Aufbringen der Hautmittel vorbehandelt, nach 10/15 Minuten die Noxe appliziert und die Irritation wieder nach 0,5 h, 1,0 h und 5,0 h quantifiziert. Damit ist es möglich, den Grad des Schädigungspotenzials der Noxe wie auch der Schutzwirkung des Hautpräparates mit der gleichen Methode zeitabhängig zu verfolgen und zu vergleichen. Wirksame Produkte sind in der Lage nach 10 Minuten Einwirkzeit das Schädigungspotenzial der KSS nach Einmal- und wiederholter Applikation um 70 % bis 100% zu reduzieren. Unwirksame Hautschutzmittel erreichen keine oder nur eine geringere Reduktion (0 %–50 %). In den bisherigen Untersuchungsserien hat sich herausgestellt, dass der Schutz

gegen die nichtwassermischbaren KSS und im Besonderen gegen den esterölbasischen KSS (Typ 3) eine Herausforderung für die Produktentwickler darstellt.

### Ausblick und Schlussfolgerung

Mit der Bereitstellung der Modell-KSS durch BG und VSI wird es zukünftig möglich sein, die Prävention gegen Berufsdermatosen in der Metallbranche gezielter als bisher weiterzuentwickeln. Die Tests (*in-vivo* / *in-vitro*) geben dem Betriebsarzt die Möglichkeit, die Wirksamkeit der eingesetzten Hautmittel spezifisch auf die Arbeitsstoffsituation ausgerichtet nachzufragen. Ansprechpartner sind Hersteller und der Bundesverband Handschutz (BVH) e. V. Liegt Verdacht auf Hautirritation durch KSS oder andere Arbeitsstoffe vor, kann das aktuelle Irritationspotential des KSS getestet werden, wie auch das Schutzz Potenzial des eingesetzten Hautmittels. Die Ansprechpartner sind wieder Hersteller (KSS und Hautmittel) und der Autor. Die Richtung gibt die Allgemeine Präventionsleitlinie der DGUV (2008) bereits vor: „Zu beachten ist, dass eine Einteilung der Expositionen in Gruppen wie wassermischbare oder nichtwassermischbare Arbeitsstoffe allein zu ungenau ist.“ □

### Literatur

- [1] Pittermann, W., Holtmann, W. and M. Kietzmann, (2003a): *Systematic in vitro studies of the skin compatibility of cutting fluids. Occupational and Environmental Dermatology; 51 2; D51–D56*
- [2] Pittermann, W., Holtmann, W. und M. Kietzmann (2003 b): *Prävention gegen lipophile Noxen durch Hautschutzprodukte. Arbeitsmed. Sozialmed., Umweltmed. 38, 435–442*
- [3] Pittermann, W. (2004): *Methoden zum Wirksamkeitsnachweis von Hautschutzmittel im Tagungsbericht 2004 (Herbsttagung, Mainz) des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. Seite 255–268*
- [4] Kietzmann, M., Löscher, W., Arens, D., Maaf, P., Lubach, D. (1993): *The isolated perfused bovine udder as an in vitro model of percutaneous drug absorption. Skin viability and percutaneous absorption of dexamethasone, benzoyl peroxide, and etofenamate. J Pharmacol Toxicol Methods 30, 75–84*

# Fall-Konferenz

## „Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz“

– Aus der Praxis für die Praxis –

Dr. Monika Stichert



Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression ist eine Initiative der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Institutionen und Organisationen. Ziel ist sowohl die Verbesserung der Information der allgemeinen Öffentlichkeit über die Erkrankung Depression, als auch die Verbesserung der Versorgungssituation depressiv Erkrankter wie auch die Vernetzung der in Düsseldorf vorhandenen Strukturen. In diesem Zusammenhang entstand die Idee, Fachleute aus Psychiatrie/ Psychotherapie wie auch Betriebs- / Arbeitsmediziner zusammen zu bringen, um gemeinsam zum Wohle der psychisch erkrankten Beschäftigten anonymisiert Fallbesprechungen durchzuführen. Es wurde richtig erkannt, dass die zunehmende Zahl von Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund von psychischen Problemen am Arbeitsplatz nicht an der Tür der betriebsärztlichen Sprechstunde Halt macht. Die Einladung zur ersten gemeinsamen Fallkonferenz erfolgte durch den Vorstandsvorsitzenden des Bündnisses gegen Depression e. V., Herrn Dr. med. Jürgen Krömer und der stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisstelle Düsseldorf der ÄKNO, Frau Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek. Netterweise konnten die Räume der LVR-Klinikums Düsseldorf hierzu genutzt werden. Wir waren 16 interessierte Kollegen und Kolleginnen, die sich an diesem ersten Termin trafen. In kollegialer und angeregter Atmosphäre konnten alle Teilnehmer/-innen ihre Problemfälle vorstellen bzw. von bereits erfolgreich gemeisterten Fällen berichten.

An diesem ersten Termin wurde das Thema „akute Psychose am Arbeitsplatz“ intensiver besprochen. Tritt so ein Fall ein, zum Glück immer noch sehr selten, muss zunächst geklärt werden, ob eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht. Wenn dies der Fall ist, muss unverzüglich die Polizei bzw. das Ordnungsamt eingeschaltet werden. Ohne die nachgewiesene Eigen- oder Fremdgefährdung ist jedoch ein Psych-KG nicht möglich. Hilfreich kann auch, wie uns Herr Michael van Kampen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Düsseldorf, informierte, eine umfangreiche Fremdanamnese sein. Es muss also geklärt werden, ob es Personen im Umfeld des Erkrankten gibt, die weitere Informationen zum Krankheitsbild und seinen Symptomen beisteuern können. Eine Kontaktaufnahme zum Hausarzt ist immer sinnvoll. Wenn man als Betriebsarzt nicht weiter kommt, dann sollte der Sozialpsychiatrische Dienst am Wohnort eingeschaltete werden. Dieser wird den Erkrankten zunächst anschreiben oder in dringenden Fällen zeitnah besuchen. Wenn die psychischen Auffälligkeiten länger bestehen und die Diagnostik verschleppt wird, ist dies meistens schlecht für den Erfolg der späteren Therapie. Daneben besteht ein enormer Leidensdruck beim Patienten, da Psychotiker häufig in großer Angst leben. Hilfreich für die Betriebsärzte ist es, Ansprechpartner in der Stadt, in der die Firma liegt, zu gewinnen. Es können auch sog. „soziale Kümmerer“, wie Herr Dr. Reifferscheidt von der Firma Henkel berichtete, in den Firmen eingesetzt werden.

Bei psychisch Erkrankten ist das Ausmaß der Symptomatik und das bestehende Umfeld entscheidend für jegliche Art der Therapie (ambulant, stationär, Tagesklinik). Gerade bei depressiven Patienten kann eine stationäre Therapie sehr hilfreich sein, um einfach jegliche Belastung an der Klinik für einige Zeit abgeben zu können.

Wird der Betriebsarzt in einem solchen Fall mit hinzugezogen, sollte der vorliegende Auftrag offen ausgesprochen und ganz klar sein. Meistens könnten Ersttermine bei verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen und Kolleginnen innerhalb von 6 Wochen vereinbart werden. Tiefenpsychologisch arbeitende Kollegen und Kolleginnen haben seltener Wechsel der Patienten aufgrund der lang dauernden Therapien, so dass dort seltener Termine frei werden.

Werden Psychotherapeuten mit Sprachkenntnissen für Menschen mit Migrationshintergrund benötigt, stehen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Listen zur Verfügung.

Es war ein von Allen begrüßter kollegialer Austausch, der viermal pro Jahr wiederholt werden soll. Die 2. Fallkonferenz „Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz“ ist für den 15. April 2010 geplant. Interessierte Kollegen und Kolleginnen können sich bei der Geschäftsstelle des Bündnisses gegen Depression, Frau Dr. Toeller [viktoria.toeller@lvr.de](mailto:viktoria.toeller@lvr.de) anmelden. □

Dr. Monika Stichert



# „Quo vadis Arbeitsmedizin“ – Forum selbstständiger Arbeitsmediziner, 21. April 2010 bei Nürnberg (91093 Heßdorf)

## Ziele der Veranstaltung

Immer mehr Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner sind freiberuflich tätig oder interessieren sich für eine selbstständige Tätigkeit. Dieser Tatsache tragen wir mit der Begründung des Forums selbstständiger Arbeitsmediziner unter der von früher vertrauten Überschrift „Quo vadis Arbeitsmedizin“ Rechnung. Fachlich stehen praktische betriebsärztliche Themen im Mittelpunkt. In diesem Jahr geht es um konkrete Fragen der Begründung von Selbstständigkeit und der Kooperation von freiberuflich tätigen Betriebsärzten. Zum anderen möchten wir das Kennenlernen vor Ort und die Vernetzung in der Region fördern. Deshalb laden wir Sie nach Vorträgen und Diskussion zum gemeinsamen Abendessen ein.

## Ablauf

15:30 Uhr

Ankommen, Gespräche, Stehcafe

16:00 Uhr

**Ich mache mich selbstständig!**

**Erfahrungsbericht**

**über eine Niederlassung**

Referent: Dr. med. Michael Sehling (Schwetzingen)

Vorsitzender des Landesverbandes Baden des VDBW

16:30 Uhr

Diskussion

17:15 Uhr

**Kooperationen von Selbstständigen – Möglichkeiten und Grenzen**

Referent: Dr. med. Wolfgang Braun (Essen)

Stellvertretender Vorsitzender

des Landesverbandes Nordrhein-Nord des VDBW

17:45 Uhr

Diskussion

18:30 Uhr

Gemeinsames Abendessen.

## Zielgruppe

Selbstständige Arbeitsmediziner und solche, die eine Selbstständigkeit in Erwägung ziehen bzw. planen

## Veranstaltungsort

Hotel Aurora, Im Gewerbestpark 24, 91093 Heßdorf

**Mittwoch, 21. April 2010:**

15:30 bis 18:30 Uhr

anschließend gemeinsames Abendessen und Erfahrungsaustausch

## Dozenten

- **Dr. med Michael Sehling, Schwetzingen:**  
„Ich mache mich selbstständig...“
- **Dr. med. Wolfgang Braun, Essen:**  
„Kooperation von Selbstständigen...“

**Fortbildungspunkte sind bei der Landesärztekammer beantragt.**

## Kosten je Teilnehmer

50,00 Euro Teilnehmergebühren

Die Veranstaltung wird von der Fa. Peter Greven Physioderma unterstützt.

## Anmeldungen zur Veranstaltung

**Bitte baldmöglichst, die Anmeldungen werden nach Eingang berücksichtigt**

**Anmeldeformular im Internet unter [www.vdbw.de](http://www.vdbw.de)**

VDBW

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.

Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner

VDBW e.V.

Friedrich-Eberle-Straße 4 a

76227 Karlsruhe

Telefon: 07 21-9 33 81 80

Fax: 07 21-93 38 18-8

E-Mail: [info@vdbw.de](mailto:info@vdbw.de)

## In 2010 werden noch weitere Seminare für Betriebs- und Werksärzte angeboten:

### Psychosoziale und -mentale Seminare

- „Konfliktmanagement“ mit S. Strohschnitter, am 09./10.04.10 in Düsseldorf und am 01./02.10.10 in Kassel
- „Umgang mit Stress“ mit Dr. Hess-Gräfenberg am 05./06.11.10 in Düsseldorf

### Hautkrebsscreening-Seminare

mit Dr. Stavermann am 08.05.10 in Berlin; weitere Termine in Stuttgart, München und Düsseldorf

### Betriebswirtschafts-Seminare

- „Projektmanagement“ mit Prof. Nagengast am 23./24.04.10 in Deggendorf
- „Marketing“ mit Prof. Nagengast am 09./10.07.10 in Deggendorf
- „Controlling“ mit Prof. Nagengast am 19./20.11.10 in Deggendorf

### Seminare zu besonderen ärztlichen Fragestellungen

- Untersuchungssystematik nach G46 mit Dr. Spallek/Dr. Kuhn am 25.06.10 in Berlin
- Manualmedizin mit Dr. Hack am 23./24.04.10 in Leipzig und am 02./03.07.10 in Köln
- „Der adipöse Patient“ mit Dr. Schwarz am 25./26.06.10 in Stuttgart und 12./13.11.10 in Kassel

### Psychische Gesundheit

- Kompaktseminar mit Prof. Dr. Dr. Schneider und Dr. Peschke am 17. April 2010 in Karlsruhe
- Kompaktseminar mit Herr Glomm u. a. am 08. Mai 2010 in Hamburg

### Quo vadis Arbeitsmedizin – Forum selbstständiger Arbeitsmediziner

- „Quo vadis“ mit Drs. Sehling/Dr. Braun am 25.08.10 in Magdeburg und 10.11.10 in Essen (ident. Inhalte)

# Präventionsbericht: mehr Krankenkassen-Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung



Dr. Harald Strippel, M.Sc.

Kerstin Kiefer organisiert seit zehn Jahren die betriebliche Gesundheitsförderung in der Kreisverwaltung Recklinghausen: „Wir arbeiten eng mit der Betriebsärztin und mit dem Arbeitsschutz zusammen. Das heißt, wir pflegen und favorisieren hier den ganzheitlichen Ansatz mit einem Drei-Säulen-Modell: Erstens ist da der gesetzliche Auftrag zum Arbeitsschutz, zweitens der betriebsärztliche Dienst, und drittens die betriebliche Gesundheitsförderung als freiwillige Aufgabe des Arbeitgebers im Rahmen der Fürsorge.“

Auch die Krankenkassen sind in Recklinghausen an der betrieblichen Gesundheitsförderung – kurz: BGF – beteiligt. Sie bringen vielfältige Aktivitäten und Fördergelder ein. Schließlich hat die gesetzliche Krankenversicherung erkannt: Wer sich am Arbeitsplatz wohl fühlt, erkrankt seltener. Auch wurde die BGF 2007 gesetzlich zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen aufgewertet.

Alle Kassenarten dokumentieren ihre Aktivitäten. Der Präventionsbericht 2009 führt die bundesweiten Zahlen zusammen. Für das Berichtsjahr 2008

zeigt er, dass die Krankenkassen in der BGF über 3.400 Projekte förderten. Das sind rund 14 Prozent mehr als im Berichtsvorjahr. Die Anzahl der teilnehmenden Betriebe konnte von 3.888 auf 4.788 gesteigert werden (Tabelle 1).

Etwa drei Viertel der Interventionen widmen sich der Reduktion körperlicher Belastungen, je ein Drittel dem Stressmanagement, der gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung und der Gemeinschaftsverpflegung, ein Fünftel dem Suchtmittelkonsum. Im Vordergrund der verhältnisbezogenen Interventionen stand erstens die Verbesserung der Umgebungsbedingungen bzw. der Arbeits- oder Betriebsorganisation und zweitens der Arbeits- oder Unfallschutz.

Ein häufiger Beitrag der Krankenkassen zur BGF ist, Analysen der Arbeitsunfähigkeits-Daten durchzuführen, um Präventionsbedarf aufzuzeigen. Andere Methoden der Bedarfsermittlung in den Betrieben unterstützen sie ebenfalls: Arbeitsplatzbegehungen, Mitarbeiterbefragungen, Bewegungsanalysen oder Belastungsermittlungen.

## Kontakt

Dr. Harald Strippel, M.Sc.  
Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V. (MDS)  
Bereich Sozialmedizin –  
Versorgungsberatung  
Lützowstraße 53  
45141 Essen  
<http://www.mds-ev.de>

## Funktionierende Entscheidungsstrukturen sind wichtig

BGF-Aktivitäten richten sich überproportional häufig an Unternehmen aus dem verarbeitenden Gewerbe. Das entspricht im Hinblick auf körperlich schwere Arbeiten und größere Unfallgefahren in diesen Betrieben durchaus dem Präventionsbedarf.

Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen, in denen Geschäftsleitung, Betriebsrat, Krankenkassen und andere Akteure einschließlich der Mitarbeiter zusammenwirken, sind für langfristige angelegte BGF-Initiativen besonders bedeutsam. Wenn es solche Steuerungsstrukturen gab – was bei 59 Prozent der Projekte der Fall war – bürgt dies für eine insgesamt höhere Qualität der BGF, das heißt: für umfassendere Bedarfsanalysen und Interventionen sowie mehr Erfolgskontrollen.

Bei 73 Prozent der BGF-Initiativen wurden bereits Erfolgskontrollen durchgeführt, oder diese sind geplant. Die Erfolgsmessungen bezogen sich am häufigsten auf die Zufriedenheit der Beschäftigten und der Arbeitgeber mit der Intervention. Auch der Krankenstand, die Abläufe und Strukturen im Betrieb sowie Verhaltensparameter wurden häufig erhoben.

**Tabelle 1:**  
**Aktivitäten der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung**

	2007	2008	Veränderung
Anzahl der Dokumentations-Bögen	3.014	3.423	+ 14 %
Anzahl der Betriebe	3.888	4.788	+ 23 %
Schätzzahl direkt erreichter Personen	483.782	535.578	+ 11 %
Summe der Ausgaben (Mio. Euro)	32,18	35,93	+ 12 %
Ausgaben je Vers. (Euro)	0,46	0,51	+ 11 %

## Erreichen die Krankenkassen ihre Präventionsziele?

ASUpraxis hat im Februarheft des vergangenen Jahres über die Ziele berichtet, die sich die gesetzlichen Krankenkassen für die Jahre 2009 und 2010 gesetzt haben. Nun weist der aktuelle Präventionsbericht erstmals den Stand der Umsetzung dieser Ziele aus. Sie bestehen in konkreten, quantitativen Vorgaben hinsichtlich der durchzuführenden Maßnahmen oder der Betriebe sowie Zielgruppen, die erreicht werden sollen. Ein Beispiele: Die Anzahl der Betriebe mit betrieblichen Steuerungskreisen soll um zehn Prozent gesteigert werden. Tabelle 2 zeigt, dass sich angestrebte Intensivierung der Aktivitäten im ersten Gültigkeitsjahr der Ziele tatsächlich erreichen ließ. Mit einer Ausnahme: Die Krankenkassen konnten noch nicht vermehrt Initiativen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern. Das dürfte daran liegen, dass es sich dabei um Kernleistungen des Betriebs selbst handelt. Sie erfordern eine Abstimmung der Tarifpartner untereinander oder der Geschäftsleitung mit dem Betriebsrat. Es ist für die Krankenkassen nicht einfach, derartige weittragende Maßnahmen anzuregen und die komplexe Umsetzung zu begleiten. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen: Die Krankenkassen sind bei ihrer Zielerreichung auf einem guten Weg. Unterdessen haben sich die gesetzlichen Krankenkassen darauf verständigt, die Ziele – quantitativ entsprechend angepasst – bis 2012 weiterzuführen.

## Qualität der Projekte weiter verbessert

Die durchschnittliche bisherige Laufzeit der Projekte stieg an, und zwar von 23 Monaten im Vorjahr auf 27 Monate im Berichtsjahr. Die Gesamtdauer der Aktivitäten ist noch länger, weil der jährliche Präventionsbericht jeweils nur eine Momentaufnahme erfasst. Die Zahl der Gesundheitszirkel in den krankenkassengeförderten Projekten nahm seit dem Beginn der Bericht-

**Tabelle 2: Erreichungsgrad der GKV-Präventionsziele im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung**

<b>Oberziel arbeitsweltbezogene Prävention</b>			
<b>Teilziel 1</b>	<b>Basis-erhebung</b>	<b>Jahr 1:</b>	<b>Verände- rung in %</b>
<b>Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	
Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>908</b>	<b>1.074</b>	<b>18 %</b>
<b>Teilziel 2</b>			
<b>Stressbewältigung/Stressmanagement</b>			
Anzahl an betrieblichen Präventionsmaßnahmen mit der inhaltlichen Ausrichtung Stressbewältigung / Stressmanagement (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>945</b>	<b>1.088</b>	<b>15 %</b>
<b>Teilziel 3</b>			
<b>Ältere Arbeitnehmer</b>			
Schätzzahl älterer Arbeitnehmer (ab 50 Jahre), die direkt über Präventionsmaßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen erreicht wurden (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>10.971</b>	<b>12.300</b>	<b>12 %</b>
<b>Oberziel arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung</b>			
<b>Teilziel 1</b>	<b>Basis-erhebung</b>	<b>Jahr 1:</b>	<b>Verände- rung in %</b>
<b>Steuerungskreise</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	
Anzahl an Betrieben mit betrieblichen Steuerungskreisen (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>2.512</b>	<b>2.706</b>	<b>8 %</b>
<b>Teilziel 2</b>			
<b>Gesundheitszirkel</b>			
Anzahl der Betriebe, bei denen betriebliche Gesundheitszirkel durchgeführt wurden (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>911</b>	<b>1.109</b>	<b>22 %</b>
<b>Teilziel 3</b>			
<b>Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben</b>			
Anzahl an Betrieben mit speziellen Angeboten für die Beschäftigten zur besseren Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsleben (Steigerung bis 2009 um 10%)	<b>183</b>	<b>180</b>	<b>- 2 %</b>

erstattung im Jahr 2001 stark zu. Sie erreichte nun die Zahl von 2.827. Aus Gesundheitszirkeln stammen typischerweise Vorschläge, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden können. Falls

Gesundheitszirkel vorhanden waren, bezogen sich 74 Prozent der Interventionen sowohl auf die Verhältnisse im Betrieb als auch auf das individuelle Verhalten der Mitarbeiter, falls nicht,



nur 22 Prozent. Die gleichzeitige Ansprache von Verhältnissen und Verhalten wird als besonders effektiv und wirksam angesehen.

### Weitere Aktivitäten: Setting und individuelle Prävention

Im Präventionsbericht finden sich nicht nur Daten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auch zu den Aktivitäten in Settings – wie Schulen oder Kindertagesstätten – sowie zu den Kursen und Seminaren, mit denen Versicherte ihre individuelle Gesundheit fördern.

Insgesamt zeichnet der Präventionsbericht ein positives Bild von der Reichweite, Breite und Intensität der Gesundheitsförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Er zieht das Fazit, dieses Engagement sei weiter zu intensivieren.

Notwendig ist das allemal, denn es bemüht sich ja bisher nur ein kleiner Teil der Unternehmen gezielt um Primärprävention und Gesundheitsförderung. Dort, wo bereits begonnen wurde, herrscht Zustimmung und Optimismus. So in der eingangs erwähnten Kreisverwaltung Recklinghausen – dieses Praxisbeispiel findet sich im Präventionsbericht 2009. Die BGF geht dort sehr gut mit der Personalentwicklung

zusammen. Das zunehmende Durchschnittsalter der Belegschaft hat die Leistung schon lange als eine Herausforderung erkannt. Die Beschäftigten fit und leistungsfähig zu halten, ist wichtig. Auch weiß die Kreisverwaltung, dass es in Zukunft aufgrund des demographischen Wandels schwieriger sein wird, gut qualifiziertes neues Personal zu gewinnen. Kerstin Kiefer stellt im Hinblick auf diesen Aspekt ihres Zuständigkeitsbereichs Betriebliches Gesundheitsmanagement fest: „Wenn jetzt mehr und mehr der ‚Kampf um die Talente‘ beginnt, können wir im öffentlichen Dienst zwar nicht mit üppigen Gehältern winken. Aber wir versprechen uns Vorteile davon sagen zu können: ‚Bei uns gibt es eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wir haben eine breit aufgestellte betriebliche Gesundheitsförderung und einen guten Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier sind Sie als Arbeitnehmer prima aufgehoben.‘ Damit werden wir halt in Zukunft punkten!“

Der MDS sendet den Präventionsbericht 2009 auf Anfrage gern zu. Der Bericht und der ergänzende Tabellenband findet sich auch im Internet unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) □

### Impressum ASUpraxis

#### ASUpraxis – Der Betriebsarzt

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

#### Chefredaktion

J. Dreher (verantwortlich)

#### Medizinische Redaktion

Dr. med. A. Bahemann  
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg  
Prof. Dr. med. M. Kentner  
Dr. med. J. Petersen  
Dr. med. A. Schoeller  
Dr. med. M. Stichert  
Dr. med. M. Vollmer  
Prof. Dr. med. A. Weber

#### Anschrift für Manuskripteinsendung:

Jürgen Dreher  
Musberger Straße 50  
70565 Stuttgart  
Telefon: 07 11-74 23 84  
Fax: 07 11-7 45 04 21  
Mobil: 0 15 20-1 74 19 49  
E-Mail: [juergen.dreher@online.de](mailto:juergen.dreher@online.de)



Danke für Ihre Spende

Postbank Köln  
500 500 500  
BLZ 370 100 50

**Brot  
für die Welt**  
[www.brot-fuer-die-welt.de](http://www.brot-fuer-die-welt.de)

Foto: Ch. Krackhardt