

Abstracts der wissenschaftlichen Sitzung des BsAfB auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2008 in Berlin

Silvester Siegmann

„Gemeinsam die Zukunft gestalten“ war das Leitthema des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie vom 22. bis 25. Oktober 2008 in Berlin. Veranstalter sind jedes Jahr die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC), die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Im Mittelpunkt der Tagungen standen aktuelle Erkenntnisse für Klinik und Praxis des gemeinsamen orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebietes sowie berufspolitische und strukturelle Entwicklungen. Die Veranstalter erwarteten über 8.000 Teilnehmer. Themen der Vorträge waren neben Erkrankungen auch aktuelle Erkenntnisse zu Operationstechniken. Die Fortbildungssitzungen wurden dem interdisziplinären Aspekt des Wirbelsäulenschmerzes gewidmet.

Im Rahmen dieses Kongresses gab es einen wissenschaftlichen Block zur Arbeitsmedizin. Die Ehre der eröffnenden Sitzung wurde dem BsAfB zu Teil mit dem Leitthema „Orthopädie und Arbeitswelt“:

Leitung: Ricken, Siegmann

„Psychosomatik von Rücken- und Gelenkbeschwerden“
Stock

„Zusammenarbeit von Orthopäden, Betriebs-sicherheitsmanagern und Managern für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeitsplatzergonomie“
Siegmann

„Betriebliches Eingliederungsmanagement, Gesundheitszirkel, Physiotherapie im Betrieb, Rückenschule, Betriebssport und Ergonomie von Arbeitsplätzen als Beispiele für die Mitwirkung von Orthopäden bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung“
Ricken

„Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) - Einbeziehung orthopädischer Fachkompetenz bei dem Schwerpunktthema Skelett-Muskel-Erkrankungen, Einfluss von BGM auf Fehlzeiten durch „Rücken- und Gelenkbeschwerden““
Weikert

Zu diesen Vorträgen finden Sie in dieser Ausgabe der Praktischen Arbeitsmedizin die Abstracts. Weitere Themen des wissenschaftlichen Blocks zur Arbeitsmedizin:

„Gonarthrose als Berufskrankheit“
Leitung: Erlinghagen, Günther

„Die wissenschaftliche Begründung zur BK „Gonarthrose““
Bolm-Audorff

„Die Umsetzung der wissenschaftlichen Begründung aus Sicht der Unfallversicherung - Probleme und Lösungsansätze“
Kranig

„Forschung zu den Wirkungszusammenhängen aus chirurgischer Sicht der Unfallversicherung“
Hofmann

„Forschung zu den Wirkungszusammenhängen aus radiologischer Sicht“
Glaser

„Forschung zu den Wirkungszusammenhängen aus arbeitswissenschaftlicher Sicht“
Glitsch, Ditchen, Ellegast

„Arbeitsbedingte Gefährdungen der oberen Extremitäten“
Leitung: Brandenburg, Schröter

„Arbeitsbedingte Erkrankungen des Hand-Arm-Systems aus medizinischer Sicht“
Lill

„Arbeitsbedingte Erkrankungen des Hand-Arm-Systems aus arbeitswissenschaftlicher Sicht“
Ellegast, Hoehne-Hückstädt

„Die Berufskrankheitenreife des CTS aus arbeitsmedizinischer Sicht“
Spallek

„CTS als mögliche neue BK aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung“
Kranig

„Arbeitsbedingtes CTS - Behandlung und Erfahrungen aus klinischer Sicht“
Grundentaler, Höpfner, Eisenschenk

Abstract Psychosomatik von Rücken- und Gelenkbeschwerden

Christian Stock

Laut einer Publikation des Bundesministeriums für Bildung und Forschung über Chronischen Schmerz¹ sind Rückenschmerzen nach den Kopfschmerzen die zweithäufigsten Beschwerden, mit denen Patienten einen Arzt aufsuchen.

Vier Fünftel aller Menschen haben während ihres Lebens mindestens einmal damit zu tun. In Umfragen verspüren zu jedem beliebigen Zeitpunkt jeweils rund 40% der Befragten Schmerzen im Rücken.

Bei Männern sind Rückenschmerzen mit 14% die häufigste Ursache für Arbeitsausfälle, bei Frauen die zweithäufigste (11%). Zwei Drittel aller Reha-Maßnahmen in Deutschland betreffen Rückenerkrankungen, ebenso rund 20% aller vorzeitigen Renteneintritte.

Alle Kliniker wissen, dass man oft kein somatisches Korrelat zu den Beschwerden findet (nur bei ca. 5 – 10%). Jeder von uns kennt Patienten, die trotz erheblicher Degenerationszeichen keine Schmerzen haben und Patienten, die keine röntgenologischen Veränderungen zeigen und dennoch starke Schmerzen angeben.

Spätestens seit der „Gate-Control-Theorie“ (1965 und modifiziert 1983) weiß man, dass auch affektive Faktoren die Intensität eines Schmerzreizes modulieren können. Neuere Theorien seit den 90er Jahren (z. B. das psychobiologische Modell von H. Flor) gehen inzwischen selbstverständlich davon aus, dass bei chronischen Schmerzen psychosoziale Einflussfaktoren bedeutsamer sind als Nerven- oder Gewebeschädigungen².

Schmerzverstärkend wirken: die Neigung, den Schmerz zu „katastrophisieren“, wenn der Alltag im Wesentlichen auf den Schmerz bezogen organisiert wird und dem Schmerz die gesamte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Auch eine fatalistisch resignative Einstellung ist als Bewältigungsstrategie ungünstig und trägt zur Chronifizierung bei. Angst und Depression führen zu einem verstärkten Schmerzerleben (Komorbidität). Frühe Schmerzerfahrungen (z. B. Misshandlungen) bedin-

Abstract

Zusammenarbeit von Orthopäden und Managern für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeitsplatzergonomie

Silvester Siegmann

gen eine verstärkte Schmerzempfindlichkeit im späteren Leben³.

Um diesen Faktoren gerecht zu werden, wurde daher seit den 80er Jahren ein bio-psycho-soziales Schmerzverständnis entwickelt und es wurde deutlich, dass bei chronischen Schmerzen ein interdisziplinärer Ansatz in der Behandlung gefragt ist.

Neben den heute etablierten medikamentösen und anästhesiologischen Therapieverfahren sind Psychotherapeutische Verfahren inzwischen Standard bei der Schmerztherapie.

Um einen kurzen Überblick zu geben, sei daher hier die sehr nützliche Einteilung von Egle und Nickel von chronischen Schmerzzuständen in fünf Gruppen erwähnt, in denen der organische, der psychische und der soziale Anteil unterschiedlich gewichtet werden:

1. Körperliche Erkrankung mit adäquater Krankheitsbewältigung
2. Körperliche Erkrankung mit inadäquater Krankheitsbewältigung
3. Körperliche Erkrankung und gleichzeitige psychische Erkrankung (Komorbidität)
4. Funktionelle Störung
5. Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Störung⁴

Die ersten drei Kategorien werden auch vereinfacht „primär organisch“ genannt, die letzten beiden Kategorien „primär psychisch determiniert“.

Aus dieser Einteilung ergibt sich eine differenzielle Indikation zu den verschiedenen Psychotherapieverfahren:

1. Eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung ist primär NICHT indiziert, eine somatische Behandlung ist ausreichend (Analgetika, Blockaden, TENS, Akupunktur, balneophysikalische Maßnahmen, Krankengymnastik etc.). Entspannungsverfahren und Hypnose können ggf. zur Schmerzreduktion eingesetzt werden.
2. Die somatische Behandlung (Analgetika, Blockaden etc.) wird mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung kombiniert. Adaptive Krank-

heitsbewältigung durch ein kognitiv behaviourales Schmerzbewältigungstraining.

3. Die somatische Behandlung wird mit einer psychosomatischen Behandlung kombiniert. Relevant sind vor allem Angsterkrankungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Die spezifische Psychotherapieform richtet sich nach der komorbiden Erkrankung.
4. Entspannungsverfahren sind die Therapieverfahren der ersten Wahl. Abhängig von der Ursache können weitere spezifischere psychotherapeutische Therapieverfahren hinzukommen.
5. Eine kausale Behandlung der psychischen Grunderkrankung ist indiziert, mit dem jeweils effektivsten Behandlungsverfahren. Bei einer Agoraphobie mit Leitsymptomatik Schmerz ist das beispielsweise eine Verhaltenstherapie, bei der somatoformen Schmerzstörung eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie.⁵

Wie man sieht, ist die konsequente Anwendung des bio-psycho-sozialen Behandlungsmodells in der heutigen Therapie chronischer Schmerzen unerlässlich geworden und ergänzt die medikamentöse und anästhesiologische Behandlung in idealer Weise.

Literatur

- 1 BMBF, Bonn, 2001, Chronischer Schmerz, Seite 21
- 2 Ulrich T. Egle, Schmerzstörungen, in: „Psychosomatik am Beginn des 21. Jhdts“, Verlag Hans Huber, Bern, 2001, Seite 459
- 3 ebenda
- 4 U.T. Egle und R. Nickel, Psychoanalytisch fundierte Psychotherapie bei chronischen Schmerzzuständen, in: Senf und Broda: Praxis der Psychotherapie, Thieme, Stuttgart 2000, Seite 526-530
- 5 ebenda Seite 530

Um dem ganzheitlichen Ansatz im Arbeitsschutz gerecht zu werden, setzt das Betriebssicherheitsmanagement-System auf eine enge Zusammenarbeit der Akteure. Durch den allgemeinen Wandel der Arbeit, Technik, Wirtschaft und Gesellschaft ist neben dem Wandel von der Pathogenese hin zur Salutogenese auch eine Veränderung der Anforderungen an den Menschen sowie eine Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu vermehrt auftretenden psychischen Erkrankungen deutlich zu erkennen: Depressionen, Burn-out oder Angststörungen sind nach Angaben des BKK Bundesverbandes mittlerweile die vierthäufigste Krankheit am Arbeitsplatz und der Hauptgrund für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf.

Allerdings fällt Führungskräften gerade der Umgang mit psychisch Erkrankten schwer. Nicht zuletzt angesichts des drohenden Fachkräftemangels erkennen immer mehr Unternehmer hier dringenden Handlungsbedarf. Dieses ist eines der gemeinsamen Themenfelder, in denen das Betriebssicherheitsmanagement mit seinen Managern für Sicherheit und Gesundheitsschutz, Betriebliches Gesundheitsmanagement und externe Spezialisten wie z. B. Orthopäden Hand in Hand arbeiten müssen.

Das wird am Beispiel der „Rückenschmerzen“ deutlich: Ursache hierfür können Fehlbelastungen des Muskel-Skelettsystems auf Grund schlechter Arbeitsplatzergonomie sein, es können aber auch degenerative Veränderungen oder auch psychosomatische Erscheinungen sein. Erst das koordinierte Zusammenspiel der Disziplinen führt zu nachhaltigen Lösungen.

Aufgabe des Betriebssicherheitsmanagers ist es, an genau diesem Knotenpunkt die Koordination zu übernehmen. So wird er nach längeren oder wiederholten Fehlzeiten des betroffenen Mitarbeiters die Situation klären und im Team mit dem Manager für Sicherheit und Gesundheitsschutz und dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement Maßnahmen zur betrieblichen Eingliederung planen, damit der Betroffene nicht in eine Abwärtsspirale aus Krankschreibung und Angst vor Arbeitsplatzverlust gerät. Zu diesem Zweck wird er sich z.B. einen „Disability Manager“ mit in sein Team holen oder einen Betriebsarzt und/oder den behandelnden Orthopäden hinzuziehen.

Abstract

Zusammenarbeit von Orthopäden und Betriebsärzten bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Uwe Ricken

Betriebliches Eingliederungsmanagement, Gesundheitszirkel, Physiotherapie im Betrieb, Rückenschule, Betriebssport und Ergonomie als Beispiele für die Mitwirkung von Orthopäden bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliches Eingliederungsmanagement
36% aller Reha-Leistungen der DRV entfallen auf orthopädische Erkrankungen (1). Die Kenntnis der Anforderungen an das Skelett-Muskelsystem bei der geplanten Tätigkeit hat für eine Wiedereingliederungsmaßnahme nach längerer Krankheit eine entscheidende Bedeutung. Die Kommunikation zwischen den behandelnden Orthopäden und dem Betriebsarzt kann wesentlich zum Reha-Erfolg beitragen.

Gesundheitszirkel

Bei der DaimlerChrysler AG kooperierten das Gesundheitszentrum bei der Sekundär- und Tertiärprävention mit Orthopäden (2). Bei Seminaren, Kursen und Gesundheitszirkeln wurde auf die Fachkompetenz von Orthopäden zurückgegriffen.

Physiotherapie im Betrieb

Physiotherapeuten agieren seit vielen Jahren im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Rückenschulen wurden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell gefördert. Die Physiotherapeuten gewinnen durch ihre Präsenz im Betrieb und durch den direkten Umgang mit den Mitarbeitern deren Vertrauen.

Wie bei allen Heilhilfsberufen sollte ihr Wir-

ken unter ärztlicher oder orthopädischer Kontrolle erfolgen. Durch regelmäßige Teambesprechungen können sie über aktuelle Empfehlungen (Bildschirmhöhe, Arbeitsplatzergonomie) und medizinische Erkenntnisse (chronische Schmerzkrankheit, Bewegung bei Rückenschmerzen und psychosomatische Zusammenhänge) von Orthopäden und Betriebsärzten informiert werden.

Rückenschule

Da es für die klassische Rückenschule keinen ausreichenden Wirksamkeitsnachweis gab, haben bundesweit anerkannte Ärzte, Sportwissenschaftler, Physiotherapeuten, Gymnastiklehrer und Psychologen aus Erkenntnissen der Wissenschaft das Konzept der Neuen Rückenschule erarbeitet (3). „Der bio-psycho-soziale Ansatz der Neuen Rückenschule ändert die Sichtweise der Teilnehmer zum Rückenschmerz und befähigt sie, einen aktiven, rückenfreundlichen Lebensstil zu führen. Das Kursprogramm beinhaltet sowohl verhaltens- und verhältnispräventive Aspekte mit bio-psycho-sozialem Ansatz. Pädagogisch-psychologische Vermittlungsstrategien fördern die Eigenverantwortlichkeit und die Fähigkeit zum selbstwirksamen Handeln. Damit leistet die Neue Rückenschule einen wichtigen Beitrag zu mehr Rückengesundheit!“ (3)

Betriebssport

Die häufige Kombination aus Gebietsbezeichnung Orthopädie und Zusatzbezeichnung Sportmedizin lässt es wünschenswert erscheinen, dass sich Orthopäden auch beim Betriebssport als Sportärzte engagieren.

Ergonomie

Häufig waren Orthopäden Promotoren der Ergonomie. Bei der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen können durch Teamwork von Betriebsärzten und Orthopäden Synergieeffekte genutzt und eine hohe Ergebnisqualität erzielt werden.

Literatur

1. Kulick, Barbara. Symposium des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsbundes. Stand der Umsetzung des BEM aus Sicht der Rentenversicherung. [Online] 22. Februar 2008. [Zitat vom: 18. Oktober 2008.] http://skl14b.ukl.uni-freiburg.de/rfv/live/Symp/BEM_Rentenversicherung_Kulick.pdf.
2. Harwerth, Axel. Workshop beim Gesundheitskongress „Health on Top“ Königswinter/Petersberg. Gesundheitsmanagement - mehr als nur Vermeidung von Krankheit -. [Online] 23. September 2004. [Zitat vom: 18. Oktober 2008.] http://www.skolamed.de/hot/hot2004/presentation_dr_harwerth.pdf.
3. Kuhnt, U. und Fleichaus, J. Bundesverband der deutschen Rückenschulen (BdR) e.V. Dortmunder Deklaration zur Förderung der nationalen Rückengesundheit durch die Neue Rückenschule. [Online] 15. März 2008. [Zitat vom: 18. Oktober 2008.] <http://www.bdr-ev.de/pdf/dd.pdf>.

Abstract

Betriebliches Gesundheitsmanagement Einbeziehung orthopädischer Fachkompetenz bei dem Schwerpunktthema Skelett-Muskelerkrankungen, Einfluss von BGM auf Fehlzeiten durch Rücken- und Gelenkbeschwerden

Wolfgang Weikert

Rücken- und Gelenkbeschwerden entwickeln sich im Gesundheitssystem zu einer „Volksseuche“. Sie zählen inzwischen zu den „größten Gesundheitsproblemen Deutschlands“¹. Bei den Männern stellen Rückenprobleme mit 14% „die häufigste Ursache für Arbeitsausfälle“ dar, bei den Frauen ist es mit 11% die zweithäufigste Ursache². In den von uns betreuten

Unternehmen stellten die Rücken- und Gelenkbeschwerden ca. 35% aller AU-Fälle³ und führten damit die AU-Statistik an.

Viele Unternehmen führen inzwischen ein sogenanntes „Gesundheitsmanagement“ durch, wo sie mit Hilfe von externen und internen Experten (Gesundheitsmanager, Betriebsärzte,

etc.) versuchen, das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Betrieb zu analysieren und betriebliche Ursachen hierfür soweit als möglich zu eliminieren und erneuten Erkrankungen im Sinne des § 84, Abs. 2, SGB IX vorzubeugen. Dabei gehen die meisten Unternehmen aber noch relativ unstrukturiert vor, indem sie viele Einzelmaßnahmen anbieten, die weder auf-

ander bezogen sind noch anhand ihrer tatsächlichen Wirkungen evaluiert werden⁴. Das führt zu Unzufriedenheit über die durchgeführten Maßnahmen und zu keinen nennenswerten Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen einzelner Erkrankungen, wie zum Beispiel Rücken- und Gelenkbeschwerden.

Der Referent stellt anhand eines Betriebes aus der Nahrungsmittelindustrie die Vorgehensweise eines systematischen, integrativen Gesundheitsmanagements, das zum Beispiel auch die orthopädische Fachkompetenz vor Ort einbeziehen will, exemplarisch dar:

- Es findet zunächst eine **Diagnose** des Gesundheitsstatus des Unternehmens statt.
- Aufgrund dieser **Diagnosen** werden von allen Beteiligten Interventionen geplant und durchgeführt.
- Diese Interventionen werden **evaluiert**.
- Der Zyklus beginnt bei Bedarf von vorn und wird kontinuierlich optimiert⁵.

Anhand eines klinischen Fallbeispiels von Rücken- und Gelenkbeschwerden einer jungen

Frau im Alter von 28 Jahren zeigt der Referent die Risiken einer isolierten Behandlung und die verbesserten Möglichkeiten einer Kooperation mit niedergelassenen Orthopäden vor Ort auf. Dabei nimmt der Betriebliche Gesundheitsberater⁶ des Betriebes die Rolle eines Case-managers ein, der die Behandlung und Nachsorge im Sinne von Gesundheitsmanagement steuert.

Der Gesundheitsberater bezieht neben den Fachärzten auch den Arbeitsplatz, die Vorgesetzten und die Familienangehörigen mit in die Behandlung ein und sichert so einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Er kooperiert eng mit den örtlichen Haus- und Fachärzten.

Die bisherigen Maßnahmen führten zu einer erheblichen Reduzierung des Fehlzeitengeschehens der betroffenen Mitarbeiterin. Aus den dabei gewonnenen Erkenntnissen wurden zusätzlich Primär- und Sekundärpräventive Maßnahmen entwickelt und im Betrieb durchgeführt. Eine größer angelegte Studie zum Erfolg der Maßnahmen im Gesamtbetrieb ist in Vorbereitung⁷.

Literatur

- 1 Bertelsmann Stiftung: „Gesundheitspfad Rücken“, Gütersloh 2007
- 2 Stock, Christian: „Psychosomatik von Rücken- und Gelenkbeschwerden“, Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin, 22. Oktober 2008
- 3 Daten AU-Statistik AOK Osnabrück 2006 für einen Betrieb der Nahrungsmittelindustrie
- 4 Wolfgang Weikert: „Integratives Gesundheitsmanagement – Was ist das?“, Studie zur Einführung von Gesundheitsmanagement in Unternehmen der Industrie, erscheint 2009
- 5 Im Sinne eines KVP (Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses)
- 6 Ausbildungskonzept für Betriebliche Helfer. Weitere Informationen beim Referenten.
- 7 ebenda

Rezension BGIA-Handbuch Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Konkrete Lösungen für einen zeitgemäßen Arbeitsschutz

Unser modernes Berufsleben stellt heute höchste Anforderungen an den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Im gleichen Maße wachsen die Ansprüche an die Verantwortlichen. Das bedeutet: Lösungsvorschläge müssen sich wirklich für die Praxis im Betrieb eignen und komfortabel aufbereitet zur Verfügung stehen.

Das ergänzbare BGIA-Handbuch stellt schon seit vielen Jahren aktuelle Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Verfügung, die im beruflichen Alltag hervorragend verwendet werden können:

- Anleitungen und Entscheidungshilfen zur Gefährdungsermittlung und -beurteilung
- Hinweise für ein effektives Risikomanagement
- Tipps für geeignete Schutzmaßnahmen
- sicherheitstechnische Kenndaten und Ergebnisse positiv geprüfter Arbeitsmittel
- arbeitsschutzrelevante Entwicklungen auf europäischer Ebene u.v.m.

Regelmäßige Aktualisierungen garantieren, dass neue Themen frühzeitig aufgegriffen und vorhandene Beiträge laufend an den Stand der Sicherheitstechnik und des geltenden Vorschriften- und Regelwerkes angepasst werden.

Besonderer Vorteil: Das BGIA-Handbuch gibt es zusätzlich zur gedruckten Ausgabe auch online! Mehr Informationen hierzu unter www.BGIA-HANDBUCHdigital.de.

BGIA-Handbuch

Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Ergänzbare Sammlung der sicherheitstechnischen Informations- und Arbeitsblätter für die betriebliche Praxis

Herausgeber: BGIA – Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Verantwortlich für den Inhalt: Prof. Dr. rer. nat. Helmut Blome und Prof. Dr. rer. Nat. D. Reinert

2., aktualisierte Auflage 2008. Loseblattwerk einschließlich der 1. Lieferung, 2.277 Seiten in 2 Ordnern, EUR 98,—

ISBN 978 3 503 07417 4
ERICH SCHMIDT VERLAG

