

# PRAKTISCHE ARBEITSMEDIZIN

© BsAfB e.V.

Ausgabe 1 / Juli 2005

## Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin – für viele Jahre unverzichtbar

Seit Anfang 2005 ermöglicht die neue Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 (Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit) Kleinbetrieben eine alternative Betreuungsform. Bisher hat ein großer Teil



der 36 gewerblichen Berufsgenossenschaften die BGV A2 umgesetzt. Vielfach wird befürchtet, der Bedarf an Betriebsärzten würde hierdurch erheblich reduziert. Die neue Musterweiterbildungsordnung macht den Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin für niedergelassene Ärzte de facto unmöglich.

(lesen Sie weiter auf Seite 6)

Frühdefibrillation - Neue Techniken

Seite 8

Chronisch infiziertes Personal

Seite 9

Thema Arbeitsplatzbeurteilung

Seite 16

## Editorial



Nach langwierigen und umfangreichen Vorbereitungen haben wir die erste Auflage der „Praktischen Arbeitsmedizin“ als das Verbandsorgan des Bundesverbandes selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V. - BsAfB herausgeben können. Der Schwerpunkt dieser Fachzeitschrift soll die Relevanz und die kompakte Information für den Betriebsarzt bei seiner täglichen arbeitsmedizinischen Tätigkeit sein. Die Artikel der ersten Ausgabe zeigen, in welche Richtung wir mit „Praktische Arbeitsmedizin“ wollen: Sie sind eingeladen, die künftigen Inhalte aktiv mitzubestimmen.

Die „Praktische Arbeitsmedizin“ soll zunächst vierteljährlich erscheinen und 10 Euro pro Heft kosten. Mitglieder des BsAfB erhalten sie ohne zusätzliche Abonnementkosten. Die moderate Erhöhung des Mitgliedsbeitrages auf der letzten Mitgliederversammlung (jetzt 80 €/a bei Zusendung der Rundschreiben an die E-Mail Adresse) ermöglicht die Finanzierung der Fachzeitschrift für unsere Mitglieder.

Wir sind sehr glücklich darüber, anerkannte Persönlichkeiten, die durch zahlreiche interessante Veröffentlichungen und Kommentare (z.B. auch im Arbmednet) aufgefallen sind, für die Schriftleitung zu gewinnen. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Andreas Meyer-Falcke hat die Verantwortung für den arbeitsmedizinischen Bereich und Dipl.-Min. Silvester Siegmann für die Themen der Arbeitssicherheit übernommen.

Die redaktionelle Arbeit an dieser Zeitschrift wird den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats (Seite 26) durch gemeinsamen Zugriff auf ein Intranet (MS SharePoint Services) erheblich erleichtert. Auf dieser Webseite können die Beiratsmitglieder kommentieren und korrigieren. Die Dokumente beinhalten aber die Kommentare und Berichtigungen der Mitarbeiter, die die Artikel zuvor durchgesehen haben. Durch dieses zeitsparende Onlineverfahren, ohne Mehrfachkorrektur derselben Orthografiefehler, wollen wir die Veröffentlichung interessanter Artikel spätestens in der übernächsten Ausgabe ermöglichen.

Im Gegensatz zu anderen Zeitschriften behält der Autor seine Verfügungsgewalt über den eingereichten Artikel. Dieser kann dann vollständig oder auszugsweise woanders veröffentlicht werden. Beispielsweise Papiere mit „good practice“ können an Studenten und bei Referaten ausgegeben werden. Das Abonnieren von „Praktischer Arbeitsmedizin“, der Kauf einzelner Ausgaben oder einzelner Artikel (in Printform oder als geschützte PDF-Datei) soll über unseren Webshop [www.PA.shop.t-online.de](http://www.PA.shop.t-online.de) ermöglicht werden.

Die „Praktische Arbeitsmedizin“ soll Denkanstöße geben und Diskussionen anregen. Im kollegialen Austausch sollen neue Erkenntnisse in der Arbeitsmedizin erörtert werden. Berufspolitische Themen sollen ebenfalls sachlich diskutiert werden. Wir freuen uns, wenn uns Autoren empfohlen oder Themenvorschläge unterbreitet werden. Nutzen Sie hierfür unsere für Sie kostenfreie Telefonnummer 0800-101 61 67, unsere E-Mail Adresse [info@bsafb.de](mailto:info@bsafb.de) oder unserer „Formular“ unter dem Button <Fachzeitschrift> auf unserer Homepage [www.praktischarbeitsmedizin.de](http://www.praktischarbeitsmedizin.de). Für das Einreichen von Artikeln senden wir Ihnen gerne unsere unkomplizierten Autorenempfehlungen zu.



Dr. med. Uwe Ricken  
Vorsitzender des BsAfB e.V.

# Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin - für viele Jahre unverzichtbar

von Dr. med. Uwe Ricken

**Seit Anfang 2005 ermöglicht die neue Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 (Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit) Kleinbetrieben eine alternative Betreuungsform. Bisher hat ein großer Teil der 36 gewerblichen Berufsgenossenschaften die BGV A2 umgesetzt. Vielfach wird befürchtet, der Bedarf an Betriebsärzten würde hierdurch erheblich reduziert. Die neue Musterweiterbildungsordnung macht den Erwerb der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin für niedergelassene Ärzte de facto unmöglich.**

Ende 2003 lag die Zahl der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bei 6199<sup>1</sup>. Diese Betriebsärzte sind bis auf wenige Ausnahmen Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin. Mit ihrem zusätzlichen Fachwissen stellen sie eine Bereicherung für die Arbeitsmedizin dar. Die Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin trugen zu diesem Zeitpunkt 4464<sup>2</sup> Mediziner. Ein Teil der Kollegen aus allen Gruppen ist sicherlich aus Altersgründen nicht mehr tätig. Einige, die zunächst die Zusatzbezeichnung trugen, haben zwischenzeitlich zusätzlich die Facharztqualifikation Arbeitsmedizin erlangt.

Seit dem 1. Januar 2005 dürfen Vorsorgeuntersuchungen nach GefahrstoffV, BiostoffV und GenTSV nur noch von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin oder der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin durchgeführt werden. Eine Übergangsregelung ist bisher nicht vorgesehen. Notwendige Kooperationen zwischen Arbeitsmedizinern und Betriebsärzten auf der einen Seite und z.B. Pulmonologen, Radiologen, Dermatologen und HNO-Ärzten auf der anderen Seite lassen sich nicht rechtzeitig umsetzen. Viele Spezialisten wissen noch nicht, dass ihrer befristeten Ermächtigung zu Jahresbeginn die gesetzliche Grundlage entzogen wurde. Durch den fehlenden Bestandsschutz sind im Gegensatz zu anderen juristischen Neuerungen teilweise soziale Härten aufgetreten.

Die Möglichkeit, sich als bereits niedergelassener Arzt in der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin beruflich zu qualifizieren und entsprechend

tätig zu werden, besteht nach der neuen Musterweiterbildungsordnung de facto nicht mehr. Zum Jahresende 2003 waren nur 36,5%<sup>3</sup> der Leistungserbringer Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin.

Bei der arbeitsmedizinischen Betreuung von Kleinbetrieben haben bisher ein Drittel der gewerblichen Berufsgenossenschaften die neue Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 umgesetzt. Bis zum Jahresende rechnet man damit, dass alle gewerblichen BGs die Umsetzung

Der aktuell vorgesehene Verzicht auf die arbeitsmedizinische Qualifizierung bereits niedergelassener Ärzte mag in den ersten Jahren durch weniger betriebsärztliche Aufgaben kompensiert werden. Nach einigen Jahren werden wir durch die demographische Entwicklung<sup>6</sup> vermutlich wieder einen Arbeitsmedizinermangel haben.

Es ist zweifelhaft, ob sich bei der einseitigen Ausrichtung zur Qualifikation durch weiterbil-

---

» ES IST ZWEIFELHAFT, OB SICH BEI DER EINSEITIGEN AUSRICHTUNG ZUR QUALIFIKATION DURCH WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGTE ÄRZTE DER BEDARF AN ZUKÜNFTIGEN ARBEITSMEDIZINERN DECKEN LÄSST. «

---

vollständig abschließen. Die Pflichtbetreuung durch einen Betriebsarzt kann bei weniger als 50 Mitarbeitern entfallen. Hier muß die reale Betriebsgrößenfestlegung der jeweiligen BG beachtet werden. Der Aufwand für den einzelnen Unternehmer, für die oft erforderliche persönliche Teilnahme an Motivations-, Informations- und Fortbildungsmaßnahmen und anderen Voraussetzungen für die alternative Betreuung, ist je nach BG erheblich.

Der Anteil der Vollzeitarbeiter in den oben genannten Kleinbetrieben betrug 2003: 38,6%<sup>4</sup>. Es lässt sich gegenwärtig schlecht abschätzen, wie groß der Anteil der bisher regelmäßig arbeitsmedizinisch betreuten Mitarbeiter von diesen 38,6% sein wird, bei denen der Unternehmer die Alternative anstatt der Regelbetreuung wählt. Bei allen Kleinbetrieben mit alternativer Betreuung bleiben zunächst einmal die Grundbetreuung mit dem Betriebsarzt und die anlassbezogene Betreuung, mit ihren häufigen Anlässen. Darüber hinaus sollen die Unternehmer in der alternativen Betreuung durch Betriebsärzte, mit Erfahrung in der Betreuung von Kleinbetrieben<sup>5</sup>, geschult werden. Dieses Szenario gilt zunächst nur für die gewerblichen Berufsgenossenschaften.

dungsermächtigte Ärzte der Bedarf an zukünftigen Arbeitsmedizinern decken lässt. Lassen sich innerhalb weniger Jahre genügend interessierte Ärzte für eine Weiterbildung im Angestelltenverhältnis (bisher 36,5% mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin) motivieren? Nach den Statistiken der Bundesärztekammer bleibt die Zahl der Ärzte mit Gebietsbezeichnung oder Zusatzbezeichnung über die Jahre relativ konstant. Auch der Anteil dieser beiden Gruppen zueinander hat sich kaum verändert. Nach der Facharztanerkennung bestehen wenige Möglichkeiten als selbstständiger Arbeitsmediziner seine Dienstleistungen anzubieten oder einen arbeitsmedizinischen Dienst zu gründen. Gibt es genügend geeignete Weiterbildungler, die die Kriterien der neuen Musterweiterbildungsordnung erfüllen? Wegen der Überalterung der Arbeits- und Betriebsmediziner müssen ohnehin erheblich größere Kapazitäten geschaffen werden.

Durch die neue GefahrstoffV, die neue BiostoffV und die neue GenTSV stehen seit Anfang dieses Jahres 12,9 %<sup>7</sup> der Leistungserbringer nicht mehr im gleichen Maße zur Verfügung. Der größte Anteil wurde durch 6.613 „Betriebsärzte“ (49,4 %) gestellt. Hier wird es mit der aktuellen Weiterbildungsordnung nicht

genügend Nachwuchs geben. Höchstens 36,5 % weiterbildungsermächtigte Arbeitsmediziner können nicht den sehr großen Bedarf an Nachwuchsmedizinern ausbilden<sup>8</sup>.

Es gibt Befürworter der Vollzeitberufsmedizin, die die arbeitsmedizinische Qualifikation der „autodidaktisch weitergebildeten“ Betriebsmediziner in Frage stellen. Die Vertreter dieser These sind bisher eine wissenschaftliche Evaluation ihrer Mutmaßungen schuldig geblieben. Die betriebsmedizinische Tätigkeit neben einem Hauptberuf in einer Praxis wird als Konkurrenzsituation aufgefasst.

Praxisinhaber mit arbeitsmedizinischer Tätigkeit erwerben zertifizierte Fortbildungspunkte in „Qualitätszirkeln Arbeitsmedizin“. In diesen Qualitätszirkeln werden untereinander arbeitsmedizinische Sachverhalte diskutiert und erörtert. Die Mitglieder des BsAfb zeichnen sich (seit ihrer Gründung einer Arbeitsgemeinschaft vor zehn Jahren) durch die große Affinität zum Internet, regem Emailverkehr, Nutzung von Arbeitsmedizinforen und Bildung von Arbeitskreisen aus. Wir waren niemals Einzelkämpfer.

Es sollte die obstruierende langfristige Tätigkeit im Angestelltenverhältnis bei einem weiterbildungsermächtigten Arbeitsmediziner abgeschafft werden, um den in einigen Jahren drohende Betriebsärztemangel<sup>9</sup> abzumildern oder zu verhindern. Eine Weiterbildungsordnung, die es niedergelassenen Fachärzten anderer Fachgebiete (z.B. Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin) unmöglich macht, die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin zu erwerben, wird ca. zwei Drittel des potentiellen Nachwuchses an dieser beruflichen Tätigkeit

hindern. Die Notwendigkeit, in einigen Jahren erneut Ärzte für arbeitsmedizinische Dienstleistungen mit geringerer spezifischer Qualifikation zu rekrutieren, bliebe unausweichlich. Dem Ansehen der Betriebsmedizin/Arbeitsmedizin würde insgesamt geschadet.

Die Qualität der fachlichen Kompetenz aller arbeitsmedizinisch tätigen Ärzte (Gebietsbezeichnung oder Zusatzbezeichnung) sollte dann wissenschaftlich evaluiert werden. Noch relevanter ist die Überprüfung der Strukturprozess- und Ergebnisqualität der vom Anbieter durchgeführten arbeitsmedizinischen Dienstleistungen. Hier könnte durch eine eigenverantwortliche Spezialisierung auf Bereiche mit sehr gutem Fachwissen und guter apparativer Ausstattung eine hohe Qualität der durchgeführten arbeitsmedizinischen Tätigkeiten erzielt werden. Dies gilt sowohl für zusätzlich an der medizinischen Grundversorgung teilnehmende Praxisinhaber als auch für angestellte Arbeitsmediziner (z.B. Jahrzehnte in einem Walzwerk). Kooperationen mit Spezialisten in anderen Fachgebieten (gerade jetzt nach Wegfall der Ermächtigungen) wie z.B. der Radiologie, der Pulmonologie, der Dermatologie und Laborchemie (Biomonitoring) wird notwendiger denn je.

<sup>1</sup> Dr. med. Annegret Schoeller, Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 4, 28. Januar 2005

<sup>2</sup> Siehe 1

<sup>3</sup> Siehe 1: „Arbeitsmedizin“ 4.464 von „Gesamtzahl“ 12.236 entspricht 36,5 %

<sup>4</sup> Dipl.-Ing. Gerhard Strothotte, Abteilungsleiter der Berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ), Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Referat auf dem Betriebsärztetag:

5.242.777 Vollarbeiter in Betrieben mit 1-9 MA plus 5.495.640 in Betrieben mit 10-49 MA = 10.738.417 MA,

Die Gesamtzahl der Vollarbeiter wurde mit 27.799.370 angegeben; 10.738.417 sind ein Anteil von 38,6 %.

<sup>5</sup> z.B. BG Chemie – hier würde sich eine Zusammenarbeit mit dem BsAfb anbieten!

<sup>6</sup> <http://www.bundesaerztekammer.de/25/20050224/200502241.html> - Statistik der Bundesärztekammer zur Arztlentwicklung von Ende 2004

<sup>7</sup> Siehe 3: Fachkunde Abs. 3 und Abs. 4 ergaben 617 plus 956 ermächtigte Ärzte, Die Summe 1.573 entspricht 12,9 %

<sup>8</sup> Lösungsvorschläge für dieses Dilemma sollen einem weiteren Artikel vorbehalten bleiben.

<sup>9</sup> Dr. rer. pol. Thomas Kopetsch, Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 11, 18. März 2005; zum allgemein drohenden Ärztemangel

**Dr. med. Uwe Ricken**  
dr.ricken@bsafbev.de

## ANZEIGE

UB MEDIA

**Fach-Datenbank  
Arbeitsschutz**

www.ubmedia.de

### Das digitale Informationsmedium für Arbeitsmediziner!

Alle wichtigen Informationen mit nur einem Klick verfügbar:

- Rechtsvorschriften
- Erläuterungen
- Ausfüllbare Arbeitshilfen
- Checklisten u. v. m.

Testen Sie die Fach-Datenbank jetzt 20 Tage kostenlos und unverbindlich unter:

www.ubmedia.de



# Frühdefibrillation: Neue Techniken ermöglichen wirksame Hilfe

von Sven-P. Augustin

**Jährlich versterben in der Bundesrepublik Deutschland nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes ca. 80000 Menschen an den Folgen eines Herzinfarktes. Bei Berücksichtigung aller Meldungen einer Todesursache die im Kreislaufsystem begründet ist, sind sogar mehr als 400000 Opfer zu beklagen.**

gesellschaften auf der ILCOR-Konferenz (International Liaison on Resuscitation) im Jahr 2000 bezüglich der Reanimation bei Kammerflimmern geändert. International wird die Defibrillation auch durch nicht ärztliche Ersthelfer gefordert.

Hierzu benötigte moderne automatische Defibrillatoren (AED) sind in der Lage, auf der Basis von mehreren Tausend gespeicherten

stalliert werden, führt diese vielversprechende neue technische Möglichkeit in der Bundesrepublik eher ein „Schattendasein“.

In einer Studie, die in 17 kanadischen Städten durchgeführt wurde, wurde die Effektivität der Defibrillation durch Ersthelfer untersucht. Die Studie umfasst 5638 Patienten mit einem Herzstillstand außerhalb von Kliniken. In der Gruppe „Frühdefibrillation“ wurden 1391 Patienten versorgt, während 4247 Patienten mit dem ACLS - Behandlungsregime behandelt wurden. Die „Paramedics“ waren hier in eine standardisierte Behandlung, inklusive endotrachealer Intubation und intravenöser Applikation von Medikamenten, unterwiesen. Die Erfolgsquote bezogen auf die Krankenhausentlassung unterschied sich nicht signifikant (5%:5,1%).

Die Autoren ziehen daher den Schluss, dass die Summe aller ACLS-Maßnahmen die Überlebensrate im Vergleich zu einem System mit Frühdefibrillation nicht steigern kann. Bei weiteren Planungen sollte der Herz-Lungen-Wiederbelebung inklusive Laiendefibrillation eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Die hohe Priorität der Herz-Lungen-Wiederbelebung mit der (AED)-Defibrillation kann m. E. ohne Abstriche auf die hiesige Situation übertragen werden, so dass wir (hoffentlich) eine deutliche Zunahme der AED-Geräte und daraus resultierend eine bessere Überlebensrate bei Kammerflimmern haben werden.

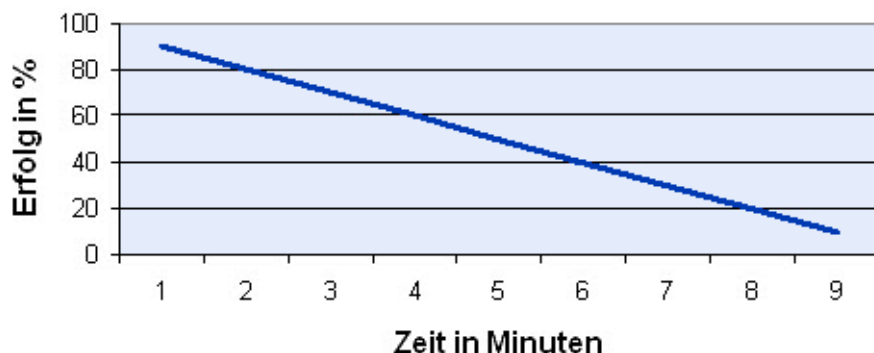
	1996	1997	1998	1999
Kreislaufsystem	425884	415892	411404	406122
Herzinfarkt	85206	82893	81988	76961

Für die Bundesrepublik Deutschland wird davon ausgegangen, dass realistischer Weise bis zu 200 000 Menschen jedes Jahr den plötzlichen Herztod mit Kammerflimmern und Herzstillstand versterben. Einer großen Anzahl von Todesopfern hätte geholfen werden können, wenn zeitnah einfache Maßnahmen ergriffen worden wären. Spätestens seit der Veröffentlichung von Cummins im Jahr 1989 ist dieser Zusammenhang bekannt.

EKG's, mit einer Spezifität von nahezu 100% nicht zu defibrillierende Herzrhythmen zu erkennen. Bei dem zu defibrillierenden Herzrhythmus Kammerflimmern ist die Sensitivität ähnlich hoch.

Da diese AED-Geräte die Herzrhythmusstörung erkennen und selbstständig die empfohlene Therapie vorschlagen, erhält der Anwender von dem Gerät eine gesprochene Handlungsanweisung. Der Anwender ist in der Lage,

**Reanimationserfolg vs. Zeit bis zur Defibrillation bei Kammerflimmern**



Leider ist der Zeitraum bis zur notärztlichen Behandlung von Alarmierungsweg, Witterung, Einsatzort und weiteren Umständen abhängig, so dass häufig für die erfolgreiche Behandlung des Kammerflimmerns zuviel Zeit vergeht. Aus diesem Grunde wurden die Empfehlungen der internationalen Wiederbelebungsgesellschaften

ohne genaue kardiologische oder notfallmedizinische Kenntnisse frühzeitig die überlebenswichtige Therapie dem Patienten zu gewährleisten.

Während in den USA per Gesetz (15. November 2000, Cardiac Arrest Survival Act) vermehrt AED Geräte im öffentlichen Raum in-

Weitere Informationen beim Autor  
**Sven-P. Augustin**  
 Sven-Augustin@gmx.de

American Heart Association, ACLS Provider Manual, Cummins, RO, et. Al, 2002  
 Cummins, RO, et. al. Annals Emerg Med 1989, 18: 1269-1275.  
 Cummins RO, et. al. Automatic external defibrillators used by emergency medical technicians: a controlled clinical trial. JAMA. 1987; 257:1605-10  
 Stiell, I.G., et. al. for the Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group NEJM, 2004; 351:647-656 Advanced Cardiac Life Support in Out-of-Hospital Cardiac Arrest

# Betriebsärztinnen/-ärzte und chronisch infiziertes Personal

von Dr. med. Jens Jarke

## 1. Einleitung

Personen, die im medizinischen Bereich arbeiten, haben naturgemäß ein erhöhtes Risiko, mit Trägern von Infektionserregern in Kontakt zu kommen. Durch den verbreiteten Einsatz invasiver Methoden in der Krankenpflege und Behandlung – das Spektrum reicht von der intramuskulären Injektion und der Blutentnahme bis hin zur Herz- oder Lebertransplantation – besteht bei diesen Tätigkeiten auch die Möglichkeit, mit durch Blut übertragbaren Erregern in Kontakt zu kommen und sich mit solchen Erregern zu infizieren. Umgekehrt können Angehörige medizinischer Berufe, die sich beruflich oder außerberuflich infiziert haben und chronisch ansteckungsfähig bleiben, diese Infektion auf die Patienten übertragen. Einige der hier in Bezug auf chronische Virusinfektionen behandelten Fragen haben neue oder vergleichbare Bedeutung im Zusammenhang mit Fällen persistierender MSRA-Besiedlung bei medizinischem Personal erhalten.

## 2. Häufigkeit und Gefährdungspotential beruflicher Expositionen

Auch wenn man sich bei der Betrachtung der Häufigkeit beruflich bedingter Expositionen gegenüber Infektionserregern auf blutübertragene Erreger wie Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und Humanes Immunschwäche Virus (HIV) konzentriert und sich auf Kontakt potenziell infektiöser Körperflüssigkeiten mit Schleimhäuten und auf perkutane Verletzungen beschränkt, bleibt es schwierig, Angaben zur Häufigkeit derartiger Expositionen zu machen. Zwar sollten alle Blut-Schleimhautkontakte und perkutanen Verletzungen als Arbeitsunfälle gemeldet werden, aber in der Praxis unterbleibt eine solche Meldung sehr häufig, meist weil auf Grundlage einer mehr oder weniger zutreffenden subjektiven Einschätzung des Gefährdungspotentials das Infektionsrisiko als gering und eine Meldung als zeitraubend und nutzlos eingeschätzt wird. Bei prospektiven Untersuchungen ergeben sich daher, je nach untersuchtem Arbeitsbereich, Dunkelziffern von ca. 40-90% nicht gemeldeter Arbeitsunfälle.

Besonders gefahrenträchtig im Hinblick auf perkutane Verletzungen und Schleimhautkontaminationen sind naturgemäß Blutentnahmen, das Legen und Entfernen von Infusionssystemen, Operationen sowie Geburten und gynäkologische Eingriffe.

Ca. 95% der Chirurgen erleben im Laufe eines Jahres mindestens einmal eine Schleimhautkontamination und ca. 75% eine Stich- oder Schnittverletzung, bezogen auf 100 Operationen liegen die Raten perkutaner Verletzungen zwischen 1,5 und 8,0, die der Schleimhaut- und Hautkontamination zwischen 5 und 30 auf 100. Die überwiegende Mehrzahl der Stichverletzungen im operativen Bereich sind jedoch glücklicherweise Verletzungen an Nicht-Hohlraumnadeln (Nahtnadeln) durch den Handschuh hindurch, was mit einem deutlich geringeren Infektionsrisiko als Stichverletzungen an blutgefüllten Kanülen belastet ist.

Neben der Häufigkeit der Exposition wird das tatsächliche Infektionsrisiko also auch bestimmt durch die Art der Exposition und die dabei inokulierte Menge potenziell erregerehaltiger Körperflüssigkeit. Weitere wesentliche Faktoren für die Höhe des Infektionsrisikos stellen die Prävalenz infektiöser Patienten im jeweiligen Patientenkontext, die Konzentration eines Infektionserregers in der entsprechenden Körperflüssigkeit, die Art des Erregers und die Empfänglichkeit gegenüber einem bestimmten Krankheitserreger auf Seiten der exponierten Person dar.

Ein Vergleich der entsprechenden Parameter für die drei wichtigsten blutübertragenen Erreger (siehe Tabelle 1, Seite 8) zeigt, dass das Risiko einer Übertragung von Hepatitisviren in Deutschland deutlich höher ist als das einer Übertragung von HIV. Glücklicherweise kann jedoch wenigstens der Gefahr einer HBV-Infektion durch die Hepatitis B-Schutzimpfung wirksam vorgebeugt werden.

Die Mehrheit der chronisch mit HBV, HCV und/oder HIV infizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen hat die Infektion nicht im beruflichen Zusammenhang erworben; diese „Carri-

er“ tragen natürlich auch zu den nosokomialen Infektionen bei.

## 3. Nosokomiale Infektionen und chronisch infiziertes Personal

Seit langem sind HBV-Übertragungen von infizierten Angehörigen der Gesundheits- und Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern u.a.) auf die ihnen anvertrauten Patienten bekannt. Die meisten dieser Fälle gingen von Zahnärzten und Kieferchirurgen aus, einige von operativ tätigen Gynäkologen (ein Gynäkologe infizierte 22/9% von 268 Patientinnen). 1996 wurden fünf Fälle einer HCV-Infektion bei Patienten eines HCV-infizierten Herzchirurgen bekannt. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, dass das medizinische Personal Hepatitis-infiziert war und nichts von seinem Zustand wusste. Die Zahnärzte arbeiteten ohne Handschuhe, die Operateure verwendeten verletzungsträchtige Techniken etwa das Abtasten der Nadelspitze beim Nähen. Auch in Deutschland sind mehrere Fälle nosokomialer Übertragung von HBV und HCV durch im Gesundheitswesen Tätige publiziert worden. Von einer Dunkelziffer muss ausgegangen werden.

1991 wurde erstmals ein Einzelfall aus den USA dokumentiert, wonach ein AIDS-kranker Zahnarzt 5 Patienten wahrscheinlich durch die Nicht-Einhaltung elementarer Hygienemaßnahmen mit HIV infiziert haben soll. 1997 wurde in Frankreich ein weiterer Fall einer HIV-Übertragung durch einen infizierten Chirurgen bekannt. HIV wird mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit als Hepatitis B auf Patienten übertragen (von 753 Patienten, an denen drei HIV-infizierte Chirurgen Operationen vornahmen, wurde keiner mit HIV infiziert). In Deutschland sind HIV-Übertragungen auf Patienten bisher nicht bekannt geworden.

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV sind, aus hygienisch-infektiologischer Sicht ihre Berufe ohne Gefährdung von Patienten weiter ausüben. Dieses gilt uneingeschränkt auch für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Been-

**Tabelle 1: Vergleich verschiedener Parameter, die das Infektionsrisiko für HBV, HCV und HIV im medizinischen Bereich in Deutschland beeinflussen**

	HBV	HCV	HIV
Anzahl chronisch infizierter Personen	400-500.000	350-400.000	35-40.000
Geschätzte Anzahl der Neuinfektionen/ Jahr	50.000	5.000	2.000
Anteil der frisch Infizierten, die eine chronische Infektion entwickeln	5-10%	70%	100%
Mittlere Viruskonzentration im Blut bei einer nicht-therapierten infizierten Person	107-109 Viruspartikel/ ml	106-107 Viruskopien/ ml (sehr variabel)	104-105 Viruskopien/ ml
Mittlere Infektionswahrscheinlichkeit bei perkutaner Inokulation	Bei HBs-/HBe-Ag-positiver Index-person ca. 30%	Anti-HCV-positive Index-person ca. 2%, HCV-RNA-positive Index-person ca. 5-10 %	0,3 - 0,4%
Prophylaktische oder postexpositionelle prophylaktische Maßnahmen	Impfung, Hep.B-Hyperimmunglobulin	Frühtherapie über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Diagnose einer Infektion mit Interferon-alpha/ Peg-Interferon	Postexpositionsprophylaxe mit in der Regel 3 antiretroviralen Substanzen über einen Zeitraum von 4 Wochen
Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen (bei rechtzeitigem Einsatz)	ca. 95%	ca. 95%	>80%, <100%

(Quellen: RKI, Merkblätter für Ärzte, URL: <http://www.rki.de>)

digung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes.

Voraussetzung dafür ist, dass von allen Verantwortlichen, die allgemeinen Maßnahmen zum Infektionsschutz, die für die Beschäftigten und die Patienten gleichermaßen wichtig sind, getroffen werden. Die Einhaltung der allgemeinen Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen minimiert ein HBV-, HCV-, HIV-Übertragungsrisiko auf Patienten bei (zahn-)ärztlichen, kranken- und Altenpflegerischen Tätigkeiten. Einschränkungen der Berufsausübung bei chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektionen sind nur im Einzelfall für bestimmte Übertragungsträchtige bzw. gefahrgeneigte Tätigkeiten (und ggf. in Abhängigkeit von der Virämie) erforderlich. Diese Einschränkungen betreffen fast ausschließlich operativ tätige Ärztinnen oder Ärzte, sehr selten nicht-ärztliches Assistenzpersonal aber keine anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Seit Ende der 1990er Jahre wurden verschiedene fachliche Empfehlungen veröffentlicht; entstanden ist ein gestuftes System von Regelungen zur Berufsausübung durch seropositive, chronisch infizierte Mitarbeiter/-innen zum Schutz Dritter vor Infektionsgefährdungen. Auch zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber betroffenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon frühzeitig geäußert. Weiterhin gibt es eine (noch nicht sehr gefes-

tigte) Rechtsmeinung und –praxis zu Fragen des Arbeitsrechtes, insbesondere bezüglich der Bewerbung und der Einstellungsuntersuchung bzw. „Eignungsuntersuchung“.

Trotz dieser relativ differenzierten Empfehlungen wird in der Alltagspraxis sehr uneinheitlich verfahren. Folge sind Ungleichbehandlung und Rechtsunsicherheit. Einerseits arbeiten vielerorts die Fallkonferenzen auf Ebene von Krankenhäusern oder Kommunen unauffällig und effektiv. Beschäftigte, denen Tätigkeitsbeschränkungen auferlegt wurden, erhalten - ohne soziale oder materielle Nachteile - Aufgaben zugeordnet, bei denen Gefährdungen Dritter vermieden werden. Andererseits häufen sich die Fälle, in denen z.B. Alten- und Krankenpflegepersonal die Zulassung zur Berufsausbildung, die staatliche Anerkennung oder die Berufsausübung untersagt wird. Keine der bekannt gewordenen Entscheidungen dieser Art war sinnvoll, fachlich notwendig und verhältnismäßig.

#### 4. Empfehlungen für die Verhütung der Übertragung von, HBV, HCV und HIV auf Patienten

Grundsätzlich gehören bei der Infektionsprävention der Patientenschutz und der Mitarbeiterschutz zusammen (zwei Seiten einer Medaille), rechtlich fallen sie jedoch in unterschiedliche Bereiche. Empfehlungen zum Patientenschutz, die auch Regelungen zur Berufsaus-

übung und nicht zum Berufsausschluss sind, wurden u.a. von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und dem Robert Koch-Institut (RKI) empfohlen (Epid. Bull. 30/99: 221-223; Epid. Bull. 34/99: 251-252; Epid. Bull. 35/99: 261-262 und Epid. Bull. 3/2001). Mittlerweile liegen auch europäische Konsensus-Leitlinien zu HBV und HCV vor, die insbesondere bezüglich evtl. Tätigkeitsbeschränkungen bei HCV zurückhaltender sind als die deutschen Empfehlungen (Gunson, 2003). Hier die Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen bzw. europäischen Leitlinien:

» Kontinuierliche betriebsärztliche bzw. arbeitsmedizinische Betreuung (Vorsorgeuntersuchungen bzw. Erst-/Nachuntersuchungen) einschließlich Überprüfung des HBV/HCV-Serostatus aller nicht immunen Tätigen gemäß § 15 BioStoffV unter Anwendung des G 42 sowie aller nicht immunen Medizin- und Zahnmedizinstudierenden; eine entsprechende freiwillige Verpflichtung der Selbständigen ist anzustreben. Personen, die sich weigern, ihren HBV/HCV-Status bzw. HBV-Immunistatus nach HBV-Impfung regelmäßig überprüfen zu lassen, sollen Tätigkeiten mit Übertragungsfahr nicht ausüben. Arbeitgeber dürfen solche Personen gemäß § 15 BioStoffV zu deren Eigenschutz nicht für diese Tätigkeiten einsetzen (Jacobs 2002).

**ARBEITSMEDIZIN § 15 BioStoffV**

**Angebotsuntersuchungen oder  
Pflichtuntersuchungen**

(z.B. infektionsgefährdende Tätigkeiten)

- immer **Hepatitis**-Serologie
- und **Beratung** Angebot HIV-Test  
**Hinweis auf evtl. Eigen-/Fremdgefährdung**

» Personen die Tätigkeiten mit Übertragungsgefahr ausüben und bei denen HIV-Infektionsrisiken bestanden oder bestehen, sollten durch einen HIV-Test abklären, ob sie infiziert sind und dadurch als potenzielle Infektionsquelle in Betracht kommen. Bei negativem Testergebnis und weiter bestehendem HIV-Infektionsrisiko sollten sie den Test in regelmäßigen Abständen wiederholen. Der HIV-Test ist freiwillig, er gehört nicht zu den im Anhang IV zur BioStoffV genannten Untersuchungen. Nach dem G 42 wird der HIV-Test angeboten und ggf. anonym durchgeführt. Der HIV-Test darf nur nach Beratung und Einwilligung der Beschäftigten erfolgen. In der Beratung sollten die möglichen Konsequenzen, die sich im Falle eines positiven Testergebnisses ergeben könnten, angesprochen werden (z.B. mögliche Tätigkeitseinschränkung, Umsetzung in einen anderen Arbeitsbereich u.a.).

» Hepatitis-B-Impfung: Schließung aller Impflücken bei allen im Gesundheitswesen Tätigen gemäß STIKO-Empfehlung

» Regelmäßige Unterweisung des Personals insbesondere im Hinblick auf die konsequente Durchführung der erforderlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen, z.B.

- Das Tragen doppelter Handschuhe bei operativen Eingriffen,
- Die Verwendung „sicherer“ Instrumente (z.B. Verwendung von blunt needles u.ä.), bei denen das Risiko einer Verletzung durch die Berücksichtigung der Sicherheitstechnik in der Konstruktion minimiert wird,
- Den Gebrauch von Schutzkleidung, Schutzbrille, Maske und Visier (UVV „Gesundheitsdienst“ – BGV C8, § 7 BioStoffV),
- Die Verwendung adäquater Gefäße zur Entsorgung von kontagiösem Material und kontagiösen Gegenständen (z.B. Kanülenabwurfbehälter);
- Eine nach sicherheitstechnischen Grundsätzen ausgerichtete Arbeitsorganisation,
- Die Meldung einer jeden Verletzung mit Infektionsrisiko an die zuständige Stelle (u.a. Betriebsarzt/Betriebsärztin),

» Das schnelle Umsetzen neuer Erkenntnisse zur Reduzierung des Infektionsrisikos für Pati-

## Ihr Partner rund ums Auge. Sehtestgeräte, Perimeter, Seminare und mehr ...



**Neu: Mobiles Perimeter –  
Perivist Compact nach FeV und G 25  
Transport in leichter Tasche**

**Vistec AG**  
Werner-von-Siemens-Str. 13  
D-82140 Olching  
Telefon ++49 81 42 /4 48 57-60  
Telefax ++49 81 42 /4 48 57-70  
e-mail info@vistec-ag.de  
internet www.vistec-ag.de

 **VISTEC**  
Vision Technologies



enten wie für Personal (z.B. Anwendung hand-schuhschonender Techniken);

» Besondere Vorsichtsmaßnahmen bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr („übertragungsträchtige Tätigkeiten“):

**TÄTIGKEITEN mit erhöhter ÜBERTRAGUNGSGEFAHR**

- Operationen in beengtem Operationsfeld
- Operieren mit unterbrochener Sichtkontrolle
- Operationen mit langer Dauer
- Operation, bei denen mit den Fingern in der Nähe scharfer/spitzer Instrumente gearbeitet wird
- Operationen mit manueller Führung bzw. Tasten der Nadel
- Verschluss der Sternotomie und vergleichbare verletzungsträchtige Tätigkeiten in der ärztlichen, zahnärztlichen und kieferchirurgischen Praxis

Zu diesen Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr sollen nur HCV-RNA-negative und anti-HIV-negative Personen herangezogen werden, die darüber hinaus Immunität gegen HBV besitzen, entweder als Folge ausgeheilter Infektion oder nach erfolgreicher HBV-Schutzimpfung.

HbsAg/HCV-RNA-/anti HIV-positive Personen sind akut oder chronisch mit HBV/HCV / HIV infiziert. Ihr Blut bzw. Serum muss als potenziell kontagiös angesehen werden. Für die Festlegung besonderer Vorsichtsmaßnahmen und/oder Tätigkeitsbeschränkungen gegenüber diesen Personen kann auch die Einschätzung der Infektiosität (Viruslast) von zusätzlicher Bedeutung sein. Unter den Fachleuten besteht allerdings Konsens, dass sich derzeit für keine der drei chronischen Infektionen ein zuverlässiger „Grenzwert“ („Cut-off“) festlegen lässt, auf Grund dessen z.B. ein Tätigkeitsverbot auszusprechen wäre.

Es werden grundsätzlich keine Berufsverbote für seropositive, chronisch infizierte Mitarbeiter/ innen in Gesundheitseinrichtungen vorgeschlagen, sondern es handelt sich um Regelungen zur Berufsausübung, die allenfalls Auflagen bezüglich bestimmter Tätigkeiten beinhalten können. Auflagen zur Berufsausübung müssen verhältnismäßig sein; ungerechtfertigte Tätigkeitsbeschränkungen oder gar -verbote sind nicht statthaft.

Im Abwägungsprozess zwischen dem Schutzanspruch von Patienten und der Rücksichtnahme auf berufliche und soziale Interessen des betroffenen Gesundheitsfachpersonals ist der Betriebsarzt/die Betriebsärztin häufig erste/r Ansprechpartner/in und Berater/in der Betroffenen. Die ärztliche Schweigepflicht schützt das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Betriebsarzt/Betriebsärztin und Betroffenen. Deren Mitteilungspflichten nach der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung gegen-

über dem Arbeitgeber sind sehr begrenzt und dürfen keine Diagnosen enthalten. Dadurch kommt Betriebsärzten/Betriebsärztinnen eine sehr verantwortungsvolle Schlüsselfunktion zu

Betriebsärzte/Betriebsärztinnen bewegen sich jedoch beim Infektionsschutz oftmals im „Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz und Patientenschutz“ (Schmid et al 2002). Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin berät Arbeitgeber und (betroffene) Beschäftigte beim Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Ihre Aufgabe ist jedoch allein der Arbeitsschutz (Mitarbeiter-schutz); der Schutz Dritter, z.B. von Patienten vor Infektionen durch Beschäftigte, ist nicht Aufgabe des Betriebsarztes/der Betriebsärztin sondern der Hygienebeauftragten und Mikrobiologen. Sie arbeiten häufig – z.B. beim Personalscreening auf MRSA - eng zusammen, weil die Betriebsärzte/Betriebsärztinnen eine besondere Vertrauensstellung beim Personal haben.

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin (oder der Mikrobiologe bei MRSA-Fällen) sollte immer, wenn Personal in operativen Bereichen betroffen ist, eine Fallkonferenz zur Wertung des Risikos und ggf. zur Festlegung der erforderlichen Maßnahmen einberufen bzw. sich an die örtlich etablierte ständige Fallkonferenz wenden. Die DVV (Epid. Bull. 30/99) hat Überlegungen zur Zusammensetzung eines solchen Gremiums innerhalb und außerhalb der stationären Versorgung diskutiert. Wenn örtlich noch kein beratendes Gremium besteht und/oder sonst keine Ansprechpartner bekannt sind oder in Zweifelsfällen kann der Ausschuss „Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz“ der DVV eingeschaltet werden.

**FALLKONFERENZ**

- Betriebsarzt
- Fachkollege der/des Betroffenen
- Hygieniker
- Vorgesetzte/Pflegeleitung
- Virologe
- ggf. die/der Betroffene
- ggf. behandelnder Arzt
- ggf. Sachverständige
- ggf. Betriebs-/Personalrat
- evtl. Gesundheitsamt

**Wichtig: Einzelfallbeurteilung**

Für chronisch HBV-/HCV-/HIV-infiziertes pflegerisches oder ärztliches Assistenzpersonal, welches Tätigkeiten mit „normalem“ Infektionsrisiko ausübt, ist i.d.R. die Einberufung einer Fallkonferenz nicht erforderlich. In diesen Fällen ist eine intensive Schulung über die allgemeinen Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen sowie die Umsetzung der Maßnahmen gemäß § 15 BioStoffV durch den

Betriebsarzt/die Betriebsärztin ausreichend. Mittlerweile sind an vielen Orten Fallkonferenzen tätig geworden. Verfahrensvorschläge u.a. für das „offene Verfahren“ und das „anonyme Verfahren“ wurden in Bremen erarbeitet und publiziert (Wunderle et.al. 2004). Beim offenen Verfahren sind die Betroffenen damit einverstanden und auf Wunsch beteiligt; alle für das Verfahren relevanten Punkte werden unter Wahrung der Schweigepflicht in der Fallkonferenz offen besprochen und bewertet. Beim anonymen Verfahren beruft sich der/die Betroffene auf die ärztliche Schweigepflicht des Betriebsarztes/der Betriebsärztin. In der Fallkonferenz wird der Fall ohne Beteiligung der/des Betroffenen und ohne Kenntnis der personenbezogenen Daten diskutiert und bewertet. Als z.B. sozial und fachlich exponierte Personen (z.B. bekannter Herzchirurg) betroffen waren, wurde die Fallkonferenz einer anderen, entfernten Stadt einberufen. In der Diskussion war auch die beteiligte Einrichtung unbekannt. Der Fallkonferenz muss es um den Patientenschutz (Recht auf körperliche Unversehrtheit) und um den Arbeitsschutz (Persönlichkeitsschutz und Recht der freien Berufsausübung der/des Betroffenen) gehen. Ziel der Fallkonferenz ist die Diskussion und Bewertung des Risikoprofils bezogen auf die jeweilige konkrete Tätigkeit. Die zu findenden Maßnahmen müssen notwendig, geeignet und angemessen i.S. der Infektionsprävention sein. Eine Entscheidung der Fallkonferenz kann u.U. zu einer Einschränkung der Tätigkeit der/des chronisch Infizierten führen. Andererseits bedeutet die auf breiter Basis getroffene Entscheidung für die Betroffenen und ihre Arbeitgeber eine Absicherung ihrer zukünftigen Tätigkeit.

Es wird also in allen hygienisch/infektiologisch relevanten Fällen eine Fallkonferenz (dazu gehört MRSA) einberufen. Das Ergebnis der Diskussion wird in einem Protokoll zusammengefasst und im „offenen Verfahren“ der/dem Erkrankten direkt ausgehändigt. Im offenen Verfahren sollte z.B. dann, wenn Umsetzungen vorgeschlagen werden, der Betriebsrat bzw. die Personalvertretung beteiligt werden. In einem „anonymen Verfahren“ obliegt es dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin der/dem Betroffenen das Protokoll zu übergeben. Die Übergabe ist zu protokollieren. Im Einzelfall kann der Betriebsarzt/die Betriebsärztin orientiert an den von der Fallkonferenz vorgeschlagenen Maßnahmen Tätigkeitsbeschränkungen/-verbote (zum Schutz von Betroffenen) über den Arbeitgeber aussprechen lassen.

Lehnt die/der Betroffene die als notwendig erachteten Maßnahmen ab bzw. hält sie nicht ein und gefährdet dadurch Dritte, kann der Be-

etriebsarzt/die Betriebsärztin das Gesundheitsamt einschalten. Hier – und nur hier – kann der Betriebsarzt/die Betriebsärztin in das „Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht“ (Nassauer 1999) geraten: Er muss im Wege des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) zunächst den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen können. Denn nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG, §§ 6 und 7 IfSG) bestehen für Ärzte keine Meldepflichten bei chronisch HBV-, HCV- oder HIV-Infizierten gegenüber dem Gesundheitsamt (Ausnahme: Erstdiagnose einer chronischen HBV-/HCV-Infektion); entsprechende Daten dürfen dem Gesundheitsamt grundsätzlich weder bekannt gemacht noch von diesem angenommen und gespeichert werden.

Das Gesundheitsamt kann nach dem IfSG (§ 28) dafür sorgen, dass die von der Fallkonferenz für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden. Im extremen Problemfall kann (als letzte Möglichkeit) eine Tätigkeitsbeschränkung oder ein Berufsverbot ausgesprochen werden (§ 31 IfSG), wenn die Maßnahme notwendig, geeignet und verhältnismäßig ist.

**Rechtfertigender Notstand**

Der Bruch der Schweigepflicht – "Tat" – ist gerechtfertigt, wenn ein Arzt

- in einer gegenwärtigen,
- nicht anders abwendbaren Gefahr
- für ein Leben und Leib ...
- oder ein anderes Rechtsgut
- eine Tat begeht,
- um die Gefahr ...
- von einem anderen abzuwenden, ...

**§ 34 StGB**

Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist.

### 5. Fürsorgepflicht des Arbeitgebers

Wenn ein Trägerstatus von HBV und HCV und/oder HIV (oder eine MRSA-Kolonisation) bei Beschäftigten im Gesundheitswesen auch dem Arbeitgeber bekannt wird, dann kommt der Fürsorgepflicht von Arbeitgebern bzw. Dienstherren eine besondere Bedeutung zu. Diese ist analog zu den "Gemeinsamen Hinweisen und Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur HIV-Infektion" zum Einsatz von HBV-/HCV-infizierten Mitarbeitern zu sehen, da die Übertragungswege und Schutzmaßnahmen für die blutübertragenden Infektionen weitgehend identisch sind:

1. Ein HBV- oder HCV- und/oder HIV- infizierter Mitarbeiter bedarf in besonderer Weise des Schutzes und der Fürsorge seines Arbeitgebers und des Verständnisses der anderen Mitarbeiter.

2. Liegt bei einem Krankenhausmitarbeiter eine HBV- oder HCV- und/oder HIV-Infektion vor, so hat das Krankenhaus zu prüfen, ob der infizierte Mitarbeiter im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben weiterhin eingesetzt werden kann.

3. Kann bei einer Weiterbeschäftigung im bisherigen Tätigkeitsbereich eine Gefahr für den HBV- oder HCV- und/oder HIV- infizierten, immunsupprimierten Mitarbeiter selbst (z.B. Gefahr einer Hepatitis A-Infektion, Umgang mit lebertoxischen Substanzen wie Zytostatika) oder

eine Infektionsgefahr für Dritte (Patienten, Mitarbeiter) nicht ausgeschlossen werden, so hat das Krankenhaus geeignete Schutzmaßnahmen für den Mitarbeiter zu ergreifen (z.B. Hepatitis A-Impfung) und ggf. Maßnahmen zum Schutz Dritter zu diskutieren (Fallkonferenz hier im offenen Verfahren) und umzusetzen.

4. Reichen Schutzmaßnahmen nicht aus, kann und sollte das Krankenhaus den HBV- oder HCV- und/oder HIV- infizierten Mitarbeiter umsetzen und ihn mit neuen Aufgaben betrauen, bei denen die unter Nr. 3 genannten Ge-

## Werden Sie Mitglied im BsAfB e.V.!

## Anmeldeformular auf [www.bsafb.de](http://www.bsafb.de) unter „Kontakt“

Oder wenden Sie sich an unsere Geschäftsstelle:  
 BsAfB e.V.  
 Gartenstraße 29  
 49152 Bad Essen  
 Tel.: 0800 - 101 61 87  
 Fax: 0 54 72 - 978 319  
[s.garbe@bsafbev.de](mailto:s.garbe@bsafbev.de)  
[info@bsafb.de](mailto:info@bsafb.de)

fahren vermieden werden. Wenn eine einvernehmliche Regelung nicht zu erzielen ist, kann dies im Rahmen des Direktionsrechts geschehen. Die HBV- oder HCV- und/oder HIV-Infektion eines Mitarbeiters stellt für sich genommen grundsätzlich keinen Grund zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses dar, da sie – zumindest in frühem Stadium – die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.

5. Kann die Infektionsgefahr durch die unter Nr. 3 und 4 genannten Schritte nicht vermieden werden, kommt u.U. auch eine Änderungskündigung in Betracht (Beendigung des bestehenden Vertrages verbunden mit dem Angebot, das Arbeitsverhältnis unter geänderten Bedingungen – z.B. geänderte Einsatzbereiche – fortzusetzen).

6. Es ist ggf. zu prüfen (§§ 193 Abs. 1 oder 2 sowie 202 SGB VII), inwieweit der Carrier-Status als Arbeitsunfallfolge (§ 8 SGB VII) z.B. durch Stichverletzung oder als Berufskrankheit (§ 9 SGB VII) der Nr. 3101 Anl. 1 zur BKV erworben wurde. Besondere Maßnahmen zum Schutz des Versicherten, ggf. auch Ausgleichszahlungen („Übergangsgeld“) – vgl. Nr. 4 und 5 – sind dann vom zuständigen UV-Träger zu erbringen. (Jarke, Marcus 2002)

Bei allen Schritten sollte auf die besondere psychische Lage des Mitarbeiters eingegangen werden und schonender Umgang sowie fürsorgliches Verständnis im Vordergrund stehen. Entscheidungen über den Einsatz von HBV- oder HCV- und/oder HIV-infizierten Mitarbeitern erfordern die Einschaltung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 1f Arbeitssicherheitsgesetz – ASiG) und möglichst einer Fallkonferenz. Auf evtl. Pflichten zur Information oder Beteiligung des Betriebsrates bzw. der Personalvertretung wird hingewiesen. Diese Grundsätze zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers können auch auf Fälle persistierender MRSA-Kolonisation beim Personal angewendet werden, solange ein Sanierungserfolg nicht nachgewiesen ist (Epid. Bull. 05/05).

## 6. Arbeitsrechtliche Aspekte

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV (oder MRSA) sind, aus medizinisch-fachlicher Sicht ihre Berufe ohne Gefährdung von Patienten weiter ausüben. Dieses gilt uneingeschränkt auch für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Beendigung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes. Daran muss sich die ar-

beitsrechtliche Bewertung (vgl. ausführlich Jacobs 2002) bei der Einstellung und im bestehenden Arbeitsverhältnis orientieren.

Die HBV-/HCV-/HIV-Infektion (oder die MRSA-Kolonisation) hat in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung der Bewerber/innen. Auch lässt sich allein aufgrund einer chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektion keine Vorhersage für eventuelle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit treffen.

Von der Rechtsprechung sind bisher nur folgende Fragen als zulässig erachtet worden, zu denen Arbeitgeber sich Informationen verschaffen dürfen:

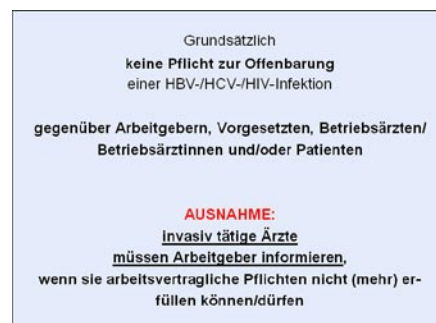
- solche, die die Eignung der Bewerber/innen für die entsprechende Tätigkeit betreffen;
- solche, die von Bedeutung für die Prognose zur Arbeitsfähigkeit unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit sind;
- solche, die für die Beurteilung von Gefahren für andere Mitarbeiter/innen oder Patienten/Patientinnen (Ansteckung mit Virusinfektionen oder MRSA) relevant sind.

Bewerber/innen bzw. Beschäftigte im medizinischen Bereich haben keine allgemeine Pflicht, ihre HBV-/HCV-/HIV-Infektion gegenüber Arbeitgebern, Vorgesetzten, Betriebsärzten zu offenbaren.

In Vertragsverhandlungen muss man die Wahrheit sagen. Dies bezieht sich allerdings nur auf solche Fragen, die für das Vertragsverhältnis von Bedeutung sind. Die symptomlose bzw. chronische HBV-/HCV-/HIV-Infektion darf im Bewerbungsgespräch verschwiegen werden; weil die HBV-/HCV-/HIV-Infektion in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung bzw. die vorgesehene berufliche Tätigkeit der Bewerber/innen hat. Fragen, die sich nicht auf diese Tätigkeit beziehen, dürfen vom Arbeitgeber nicht gestellt werden. Daraus ergibt sich das Recht, diese Fragen nicht zu beantworten. Eine unrichtige Antwort gilt hier nicht als arglistige Täuschung. Juristisch nicht ganz korrekt wurde dies als „Recht zur Lüge“ bezeichnet. Selbst eine falsche Antwort auf ausdrückliche Fragen z.B. nach einer HIV-Infektion in einem Fragebogen ist wegen Unzulässigkeit dieser Frage keine arglistige Täuschung und hat damit rechtlich keine Auswirkungen auf ein daraufhin begründetes Arbeitsverhältnis.

Eine Ausnahme können einige wenige medizinische Tätigkeiten (z.B. in der Chirurgie) sein. Arbeitsrechtler argumentieren, dass Ärzte (Operateure), die eingestellt wurden/werden sollen, um ganz wesentlich verletzungs-trächtige Tätigkeiten auszuüben, eine HIV-Infektion dem Arbeitgeber anzeigen müssen. Da sie zum Schutze der Patienten gerade diese

Tätigkeiten nicht ausüben sollen, können/dürfen sie auch die dem Arbeitgeber geschuldete Arbeitsleistung nicht (mehr) erbringen. Dieser Sachverhalt sei anzeigespflichtig.



Die Arbeitsfähigkeit unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit kann bei HBV/HCV und HIV nur durch wenige schwerwiegende Krankheitsverläufe gefährdet sein; zum Beispiel

- HBV/HCV: chronisch-aktive Hepatitis, Leberzirrhose, Leberkarzinom

- HIV: schwerer Immundefekt, HIV-Enzephalopathie.

Da die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit bei Menschen mit solchen Krankheiten groß ist, hat der Arbeitgeber dann das Recht, nach bevorstehender Arbeitsunfähigkeit in absehbarer Zeit zu fragen und eine wahrheitsgemäße Antwort zu bekommen.

Nach der Rechtsprechung wird dem Arbeitgeber im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen („Eignungsuntersuchung“) ein Fragerecht eingeräumt nur bzgl. bestehender Erkrankungen, die die berufliche Tätigkeit beeinflussen können. Das gleiche gilt für Untersuchungen gemäß § 7 BAT. Im Gegensatz zu den o.g. Vorsorgeuntersuchungen nach § 15 BioStoffV bzw. UVV „Arbeitsmedizinische Vorsorge“, die oftmals als „Erstuntersuchung“ an Stelle einer Einstellungsuntersuchung durchgeführt werden (vgl. 3.), sind Eignungsuntersuchungen nach § 7 BAT Bestandteil des Arbeitsvertrages und somit für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst verbindlich, d.h. eine Weigerung, sich einer solchen Untersuchung zu unterziehen, kann zu Konsequenzen führen (z.B. dass das Beschäftigungsverhältnis nicht zustande kommt). Ähnliches gilt für die Eignungsuntersuchungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Deshalb ist hier die ärztliche Sorgfalt besonders wichtig, nur solche Untersuchungen durchzuführen, die fachlich zur Beantwortung der zulässigen Fragen zwingend erforderlich sind. Ärztinnen/Ärzten dürfen nur in diesem Rahmen zu der Informationsgewin-



nung beitragen und den Arbeitgebern in Bezug auf die jeweils vorgesehene Tätigkeit mitteilen: „geeignet“ oder „nicht geeignet“.

Der Arbeitgeber darf vom Arbeitnehmer eine gesundheitliche Untersuchung jedoch nur verlangen, wenn sie individuell für die Beurteilung der Eignung des Arbeitnehmers für den vorgesehenen Arbeitsplatz/für die vorgesehene Arbeit (Einstellung) oder für die im Arbeitsverhältnis ausgeübte Tätigkeit erforderlich ist und die Untersuchung nicht bereits aufgrund einer Rechtsvorschrift vor Beginn der Beschäftigung und während der Tätigkeit vorgeschrieben ist. Routineuntersuchungen aller Bewerber/innen z.B. bezüglich Hepatitis- oder HIV-Serologie oder eines allgemeinen Drogenscreenings laut Bundesarbeitsgericht sind nicht statthaft (BAG Urteil vom 12.08.1999 – 2AZR 55/99).

Untersuchungen zur Feststellung der Eignung im oben bezeichneten Sinn dürfen im Einstellungsverfahren von Ärztinnen/Ärzten nur vorgenommen werden, wenn der Arbeitnehmer nach Aufklärung über Art und Umfang ausdrücklich eingewilligt hat. Auch im bestehenden Arbeitsverhältnis berechtigen allein die Zwecke des Arbeitsverhältnisses den Arbeitgeber nicht, den einzelnen Arbeitnehmer zu einer ärztlichen Untersuchung zu veranlassen.

Eine arbeitsvertragliche Nebenpflicht des Arbeitnehmers, sich regelmäßig einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, besteht nicht. Vor einem (freiwilligen) Personalscreening auf MRSA sollte im Vorhinein schriftlich festgelegt werden, wie im Falle eines MRSA-Nachweises oder des Versagens einer Sanierung verfahren werden soll. Erforderlich ist auch in diesem Fall die Einwilligung des Arbeitnehmers.

Grundsätzlich  
keine Untersuchung auf HBV, HCV, HIV  
ohne Zustimmung des Bewerbers/Beschäftigten

Verlangen des Arbeitgebers nur individuell gerechtfertigt bei Personen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben

Chronisch HBV- oder HCV- und/oder HIV-infizierte Angehörige von Gesundheitsberufen müssen in der Regel im Bewerbungsgespräch oder während des Arbeitsverhältnisses ihre Krankheit nicht anzeigen und sie müssen einer vom Arbeitgeber geforderten (Eignungs-) Untersuchung grundsätzlich nicht zustimmen. In der Alltagspraxis gestaltet sich das oftmals sehr schwierig, weil eine Verweigerung der Zustimmung, den Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren bzw. von einer Tätigkeit zur Folge haben kann. Andererseits sollten die Ärztinnen/Ärzten, die Einstellungs- oder Personaluntersuchungen im Arbeitgeberauftrag durchführen, die Bewerber/innen darüber auf-

klären, dass ärztlicherseits nicht alle vom Arbeitgeber verlangten Untersuchungen auch tatsächlich durchgeführt werden dürfen (s.u.).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund wird verschiedentlich eine Vertragsklausel vorgeschlagen, mit der (auch selbständige) Ärztinnen/Ärzte und andere Personen im Gesundheitswesen verpflichtet werden können, sich untersuchen zu lassen. Sowohl bezüglich der wie aller weiteren (Eignungs-) Untersuchungen ist eine solche vertragliche Regelung strikt zu beschränken auf Personen, die übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben. Bei allen anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen ist sie unzulässig. Die Vertragsklauseln sollten auch Regelungen zum Verfahren bei evtl. Tätigkeitsbeschränkungen, zur Vertraulichkeit und zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers im Sinne der Hinweise der DKG enthalten (vgl. 5).

Auch dann, wenn Arbeitnehmer durch tarif- oder arbeitsvertragliche Regelungen verpflichtet sind, sich untersuchen zu lassen und nach Aufklärung der Untersuchung zugestimmt haben, dürfen die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte nicht alle Untersuchungen durchführen, die sie oder der Arbeitgeber für sachdienlich halten. Die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte müssen das Arbeitgeberinteresse unter fachlichen Gesichtspunkten abwägen gegen das Recht der Arbeitnehmer/innen auf Unversehrtheit der Person (a.a.O.: BAG Urteil vom 12.08.1999). Der Schutz ist um so intensiver, je näher die Daten der Intimsphäre der/des Betroffenen stehen. Letzteres gilt insbesondere für Untersuchungen auf HIV, weil HIV-Infizierte immer noch in besonderem Maß sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung ausgesetzt sein können. Ärztinnen/Ärzten, die Einstellungs- oder Personaluntersuchungen im Arbeitgeberauftrag durchführen, stehen gleichzeitig in einem Rechtsverhältnis zu den Bewerbern/Bewerberinnen, aus dem gemäß BAG eine besondere Verantwortung für deren Schutz erwächst.

## Literatur

DVV. Empfehlung zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-B-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 1999, 30: 222-223  
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/99/9930INT.PDF>

DVV. Empfehlung zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst. Epid Bull 2001, 03: 15-16  
[http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2001/3TEXT\\_01.PDF](http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2001/3TEXT_01.PDF)

GUNSON RN; Shouval D; Roggendorf M et al. Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patients. J Clin Virol 2003; 27: 213-230

JACOBS, M. Der kranke Arzt: Virale Hepatitiden im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Pflichten zur Vermeidung der

Übertragung von Personal auf Patient aus arbeitsrechtlicher Sicht.

MedR 2002, 3 :140-145

JARKE J.; MARCUS, U. Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 37 (2002) 5: 218-231

NASSAUER, A. Der Betriebsarzt im Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 1999, 42: 481-485

NASSAUER, A.; Mielke, M. Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus. Anmerkungen für die Arbeitsmedizin.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2000; 43: 459-465

NASSAUER, A. Zur Notwendigkeit von Regelungen zur Berufsausübung von HBV- und HCV-Trägern in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2001; 44: 1011-1014

RKI. Zur Problematik der nosokomialen Übertragung von HIV. Epid Bull 1999, 34: 251-253

<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/99/9934INT.PDF>

RKI: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO)

<http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/IMPFFEN.HTM>

RKI: Fachtagung der AG Nosokomiale Infektionen am RKI zur Intensivierung von Präventionsstrategien bei MRSA. Epid Bull 2005, 05: 31-38

[http://www.rki.de/cdn\\_006/nn\\_225576/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2005/05\\_05.templa-teld=raw.property=publicationFile.pdf/05\\_05](http://www.rki.de/cdn_006/nn_225576/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2005/05_05.templa-teld=raw.property=publicationFile.pdf/05_05)

SCHMID, K., Lederer, P.; Frank, P.; Drexler, H.: Infiziertes Personal im Gesundheitsdienst

- Infektionsschutz im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutz und Patientenschutz.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 37 (2002)2: 95 - 101

WUNDERLE, W.; Hittmann, F.; von Schwarzkopf, H. Verfahrensvorschlag zum Umgang mit chronisch infizierten Mitarbeitern (HBV-, HCV, HIV-Infektion) in medizinischen Einrichtungen in Bremen.

Gesundheitswesen 2004; 66: 1-6

## Gesetze und Verordnungen

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

<http://jurcom5.juris.de/bundesrecht/arbbschg/>

- Biostoff-Verordnung (BioStoffV)

[http://www.umwelt-online.de/recht/gefsto/ff/gen\\_tech/bst\\_ges.htm](http://www.umwelt-online.de/recht/gefsto/ff/gen_tech/bst_ges.htm)

- Unfallverhütungsvorschrift (UVV)

„Gesundheitsdienst“ -BGV C8/GUV 8.1

- Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

- Infektionsschutzgesetz – IfSG

<http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG.HTM>

<http://jurcom5.juris.de/bundesrecht/ifsg/htmltree.html>

**Dr. med. Jens Jarke**  
jens.jarke@bwg.hamburg.de



# Die Arbeitsplatzbeurteilung als zentraler Baustein zukünftiger betriebsärztlicher Tätigkeit

von Dipl.-Min. Silvester Siegmann und PD Dr. med. Andreas Meyer-Falcke

Basierend auf der EG-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit vom 12. Juni 1989 wurde im August 1996 das Arbeitsschutzgesetz erlassen. Das Arbeitsschutzgesetz regelt für alle Tätigkeitsbereiche die grundlegenden Pflichten des Arbeitgebers, die Pflichten und die Rechte der Beschäftigten sowie die Überwachung des Arbeitsschutzes nach diesem Gesetz durch die zuständigen staatlichen Behörden. Zu den Grundpflichten der Arbeitgeber gehört in Ergänzung zum damals gültigen Recht, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten erforderlichen Maßnahmen zu treffen, den Gesundheitsschutz für die Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten, die Voraussetzungen für die Durchführung der Präventionsmaßnahmen zu schaf-

fen und den betrieblichen Arbeitsschutz zu organisieren und zu integrieren. Einer der ständig aktuellen (und vom Betriebsarzt bisher in seiner Bedeutung unterschätzter) Kernpunkte dieses Gesetzes findet sich in § 5 „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“. Er beinhaltet die Verpflichtung der Arbeitgeber, die Ursachen und Bedingungen, die zu Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren führen können, zu ermitteln und zu beurteilen. Dabei soll sich der Arbeitgeber ggf. fachkundig beraten lassen.

Keywords:

Arbeitsplatzbeurteilung, Betriebsarzt, gesetzliche Forderung, Rollenverständnis

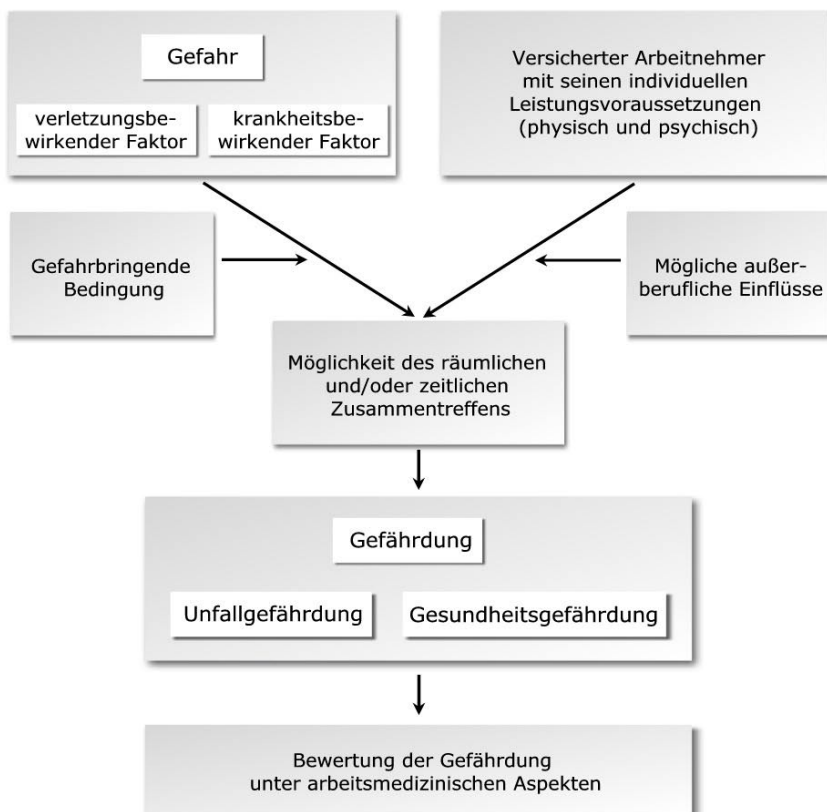
Betriebsärztliche Aufgabe

Jeder Arbeitgeber erreicht rasch die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit, will er sämtliche po-

tentiellen Arbeitsschutzprobleme aus eigener Kompetenz mit den dazugehörigen Lösungen zusammenführen. Jeder Arbeitgeber hat sich daher - unabhängig von der Anzahl der bei ihm Beschäftigten - »arbeitsschützerischen« Sachverstandes zu versichern.

Nach den Vorgaben des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) von 1973 sind die Betriebsärzte (§ 3 ASiG) und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit (§ 6 ASiG) die Berater der Betriebe in allen Fragen, die in Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit auftreten. Offensichtlich hat diese seit über 25 Jahren bestehende gesetzlich vorgegebene »Bringschuld« der Arbeitsschutzberater noch nicht überall Eingang in die betriebliche Praxis gefunden. Dabei bildet gerade die aktuelle BGV A2 dazu eine wunderbare Grundlage. In „jüngeren“ Arbeitsschutzvorschriften (ganz aktuell die neue GefStoffV und die Änderungen in der BioStoffV) wird die Beraterrolle daher erneut betont. Die an der Gesamtheit aller Beschäftigten orientierte Beratung des Arbeitgebers hinsichtlich Schwerpunkten möglicher gesundheitlicher Gefährdungen war schon immer eine Schwerpunktaufgabe der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit; zusammengefasst unter den Begriffen „Arbeitsplatzbeurteilung / Gefährdungsbeurteilung“ wird die Bedeutung dieser Kernaufgabe seit 1996 durch deren ausdrückliche Erwähnung im ASiG (Art. 2 Arbeitsschutzartikelgesetz: Anpassung der §§ 3 und 6 ASiG) unterstrichen. Damit gehört diese Dienstleistung - im Gegensatz zu den zahlreichen speziellen Vorsorgeuntersuchungen unstrittig - zum Katalog der auf die betriebsärztlichen Einsatzstunden anzurechnenden Tätigkeiten und birgt hervorragende Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung der neuen BGV A2. Durch den diskutierten möglichen zukünftigen Wegfall des Einsatzstundenmodells würde das Ganze noch immens an Bedeutung gewinnen.

Der spezifisch medizinische Inhalt kommt dadurch zum Tragen, dass der Betriebsarzt der einzige der im Konzert der Arbeitsschutzberater Tätigen ist, der mögliche Gefährdungen unter gesundheitlichen Aspekten kompetent bewerten und notwendige Präventivmaßnahmen in eine Prioritätenliste einordnen kann.



## Übersicht Gefährdungsfaktoren

<p><b>Gefahrstoffe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Gase</li> <li>» Dämpfe</li> <li>» Schwebstoff</li> <li>» Flüssigkeiten</li> <li>» Feststoffe</li> <li>» Durchgehende Reaktionen</li> </ul> <p><b>Brand- und/oder Explosionsgefährdung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Brandgefährdung durch Feststoffe, Flüssigkeiten, Gase</li> <li>» Explosionsgefährdung durch Stäube, Dämpfe, Gase</li> <li>» Zündquellen bei Brand- bzw. Explosionsgefahr</li> <li>» Brandfördernde Stoffe</li> <li>» Explosivstoffe</li> <li>» Explosionsfähige Atmosphäre</li> </ul> <p><b>Physikalische Einwirkungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Lärm</li> <li>» Infra-/Ultraschall</li> <li>» Ganz- oder Teilkörperschwingungen</li> <li>» Ionisierende Strahlung</li> <li>» Nichtionisierende Strahlung</li> <li>» Elektromagnetische Felder</li> </ul> <p><b>Biologische Gefährdung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Infektionsgefahr durch Mikroorganismen und Viren</li> <li>» Gentechnisch veränderte Organismen</li> <li>» Allergene und toxische Stoffe von Mikroorganismen</li> </ul> <p><b>Belastung durch Arbeitsumgebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Klima</li> <li>» Beleuchtung</li> <li>» Lüftung</li> </ul>	<p><b>Mechanische Gefährdung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ungeschützte bewegte Maschinenteile</li> <li>» Teile mit gefährlichen Oberflächen</li> <li>» Unkontrolliert bewegte Teile</li> <li>» Bewegte Transport- oder Arbeitsmittel</li> <li>» Herabfallende umstürzende Gegenstände</li> </ul> <p><b>Physische Belastung/Arbeitsschwere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Schwere dynamische Arbeit</li> <li>» Einseitige dynamische Arbeit</li> <li>» Haltungsarbeit/Haltarbeit</li> <li>» Arbeiten in engen Räumen oder Behältern</li> <li>» Ergonomische Gestaltungsmängel</li> </ul> <p><b>Elektrische Gefährdung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Gefährliche Körperdurchströmung</li> <li>» Lichtbögen</li> <li>» Elektrostatische Aufladung</li> <li>» Elektromagnetische Felder</li> </ul> <p><b>Thermische Gefährdung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kontakt mit heißen Medien</li> <li>» Kontakt mit kalten Medien</li> </ul> <p><b>Psychische Belastungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Arbeitstätigkeit</li> <li>» Arbeitsorganisation</li> <li>» Soziale Bedingungen</li> </ul> <p><b>Weitere Gefährdungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sturz, Absturz, Ausrutschen</li> <li>» Verkehrs- und Transportwege</li> <li>» Fußböden, Treppen</li> <li>» Druckbehälter</li> </ul>
---	--

### Rechtliche Forderung

In zahlreichen Gesetzen und Verordnungen wird diese Beteiligung zwar direkt oder indirekt gefordert, in der täglichen Praxis findet man dies aber leider häufig nicht so umgesetzt.

In der folgenden Zusammenstellung finden sie eine Auswahl der wichtigsten Stellen, die diese Forderung enthalten:

### **ASiG § 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

1. den Arbeitgeber und die sonst für den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung verantwortlichen Personen zu beraten, insbesondere bei ...

g. der Beurteilung der Arbeitsbedingungen, ...

### **ArbSchG § 4 Allgemeine Grundsätze**

Der Arbeitgeber hat bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen:

1. ...

3. bei den Maßnahmen sind der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen; ...

### **ArbSchG § 5**

#### **Beurteilung der Arbeitsbedingungen**

(1) Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. (Durch § 3 ASiG ist der Betriebsarzt hier eingebunden.) ...

### **GefStoffV § 7**

#### **Informationsermittlung und Gefährdungsbeurteilung**

...

(7) Die Gefährdungsbeurteilung darf nur von fachkundigen Personen durchgeführt werden. Verfügt der Arbeitgeber nicht selbst über die entsprechenden Kenntnisse, so hat er sich fachkundig beraten zu lassen. Fachkundige Personen sind insbesondere der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit ...

### **GefStoffV § 7**

#### **Arbeitsmedizinische Vorsorge**

(1) Im Rahmen der nach § 3 des Arbeitsschutzgesetzes zu treffenden Maßnahmen hat der Arbeitgeber für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen. Sie umfasst die zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erforderlichen arbeitsmedizini-

schen Maßnahmen. Bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen gehören dazu insbesondere

1. die arbeitsmedizinische Beurteilung gefährstoff- und tätigkeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich der Empfehlung geeigneter Schutzmaßnahmen,
2. die Aufklärung und Beratung der Beschäftigten über die mit der Tätigkeit verbundenen Gesundheitsgefährdungen einschließlich solcher, die sich aus vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben können, ...

**BioStoffV §§ 5-8:**

- § 5 Informationen für die Gefährdungsbeurteilung
- § 6 Gefährdungsbeurteilung bei gezielten Tätigkeiten
- § 7 Gefährdungsbeurteilung bei nicht gezielten Tätigkeiten
- § 8 Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ... Der Arbeitgeber hat sich bei der Gefährdungsbeurteilung fachkundig beraten zu lassen, sofern er nicht selbst über die erforderlichen Kenntnisse verfügt. Fachkundige Personen sind insbesondere der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit ...

**ArbStättV § 3**

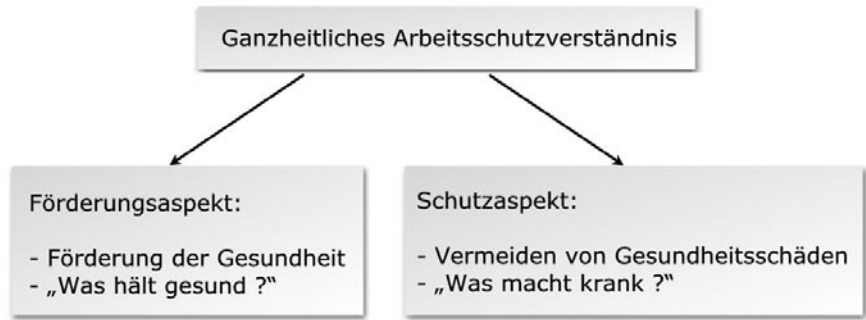
**Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten**

- (1) Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass Arbeitsstätten den Vorschriften dieser Verordnung einschließlich ihres Anhangs entsprechend so eingerichtet und betrieben werden, dass von ihnen keine Gefährdungen für die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten ausgehen ...
- (2) Beschäftigt der Arbeitgeber Menschen mit Behinderungen, hat er Arbeitsstätten so einzurichten und zu betreiben, dass die besonderen Belange dieser Beschäftigten im Hinblick auf Sicherheit und Gesundheitsschutz berücksichtigt werden ... (Aus (1) ergibt sich indirekt der Zwang zur Beurteilung, da er sonst dies nicht erfüllen kann. Aus (2) ergibt sich die Beteiligung des Arbeitsmediziners.)

**BetrSichV § 3 Gefährdungsbeurteilung**

- (1) Der Arbeitgeber hat bei der Gefährdungsbeurteilung ... die notwendigen Maßnahmen für die sichere Bereitstellung und Benutzung der Arbeitsmittel zu ermitteln. Dabei hat er insbesondere die Gefährdungen zu berücksichtigen, die mit der Benutzung des Arbeitsmittels selbst verbunden sind und die am Arbeitsplatz durch Wechselwirkungen der Arbeitsmittel untereinander oder mit Arbeitsstoffen oder der Arbeitsumgebung hervorgerufen werden. ...

**BildscharbV § 3**



**Beurteilung der Arbeitsbedingungen**

Bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber bei Bildschirmarbeitsplätzen die Sicherheits- und Gesundheitsbedingungen insbesondere hinsichtlich einer möglichen Gefährdung des Sehvermögens sowie körperlicher Probleme und psychischer Belastungen zu ermitteln und zu beurteilen.

**LasthandhabV § 3**

**Übertragung von Aufgaben**

Bei der Übertragung von Aufgaben der manuellen Handhabung von Lasten, die für die Beschäftigten zu einer Gefährdung für Sicherheit und Gesundheit führen, hat der Arbeitgeber die körperliche Eignung der Beschäftigten zur Ausführung der Aufgaben zu berücksichtigen. (Hieraus ergibt sich indirekt der Zwang zur Beurteilung unter Beteiligung des Arbeitsmediziners.)

**GenTSV § 8**

**Allgemeine Schutzpflicht, Arbeitsschutz**

- (1) Wer gentechnische Arbeiten durchführen lässt, hat im Hinblick auf den Schutz der Beschäftigten zur Feststellung der erforderlichen Maßnahmen mögliche Gefahren zu ermitteln und zu beurteilen. (Der dafür zuständige Arbeitsschutzberater ist ja wohl eindeutig der Betriebsarzt.)

**Verordnung zum Schutz der Mütter am Arbeitsplatz § 1, 3:**

**§ 1 Beurteilung der Arbeitsbedingungen**

- (1) Der Arbeitgeber muss rechtzeitig für jede Tätigkeit, bei der werdende oder stillende Mütter durch die chemischen Gefahrstoffe, biologischen Arbeitsstoffe, physikalischen Schadfaktoren, die Verfahren oder Arbeitsbedingungen nach Anlage 1 dieser Verordnung gefährdet werden können, Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung beurteilen.

**§ 3 Weitere Folgerungen aus der Beurteilung**

(2) Ist die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oder gegebenenfalls der Arbeitszeiten unter Berücksichtigung des Standes von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstiger gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse nicht möglich oder wegen des nachweislich unverhältnismäßigen Aufwandes nicht zumutbar, so trifft der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen für einen Arbeitsplatzwechsel der betroffenen Arbeitnehmerinnen. (Der dafür zuständige Arbeitsschutzberater ist ja wohl ebenfalls eindeutig der Betriebsarzt.)

Arbeitsschutzberater

Die an der Gesamtheit aller Beschäftigten orientierte Beratung des Arbeitgebers hinsichtlich Schwerpunkten möglicher gesundheitlicher Gefährdungen war schon immer eine grundlegende Schwerpunktaufgabe der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit: Wer seine Aufgaben im Bereich der Arbeitsplatzbeurteilung wahrnimmt, dem ergeben sich auch - oder besser gerade - durch die neue BGV A2 wieder ganz andere Perspektiven in der Betreuung der KMU. Und nicht nur dort: Der derzeitige Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit Herr Wolfgang Clement hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er die Notwendigkeit sieht zu einer Anschlussreform der Betreuung für größere Betriebe. Auch dazu wird es dann ein BG-übergreifendes und abgestimmtes Konzept geben.

Der spezifisch medizinische Inhalt der Arbeitsplatzbeurteilung kommt dadurch zum Tragen, dass der Betriebsarzt der einzige der im Konzert der Arbeitsschutzberater Tätigen ist (und diese Gruppe wird in naher Zukunft womöglich anwachsen), der mögliche Gefährdungen unter gesundheitlichen Aspekten kompetent bewerten und notwendige Präventivmaßnahmen in einer Prioritätenliste einordnen kann. Er allein kann zudem sachkundig entscheiden, ob beispielsweise eine als Ersatzstoff vorgesehene chemische Substanz tatsächlich das Auftreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen verhindern kann oder sekundärpräventive Maßnahmen unabweisbar sind.

**Die Struktur der Gefährdungen befindet sich im Wandel:**

- Der Betriebsarzt muss sich Kompetenzen zum gesamten Spektrum der Gefährdungen aneignen durch Nutzung qualifizierter und zertifizierter Fort- und Weiterbildungsangebote der arbeitsmedizinischen Akademien (siehe Adressenliste auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin <http://www.dgaum.de>) und berufsgenossenschaftlichen Ausbildungsträger (z.B. BGAG in Dresden unter <http://www.bgag-seminare.de>).
- Die naturgemäß medizinisch geprägte Vorbildung der Arbeitsmediziner erfordert den Erwerb von technischem Grundverständnis und dem Grundwissen zum primärpräventiv ausgelegten technischen Arbeitsschutz.
- Im Rahmen einer modernen, ganzheitlichen Herangehensweise im Arbeitsschutz muss der Arbeitsmediziner das ganze Arbeitssystem betrachten, um sich für den Betrieb wertvoll in die Arbeitssystemgestaltung unter Berücksichtigung der arbeitsmedizinischen Aspekte einbringen zu können.

Praktische Umsetzungshilfen

Zur praktischen Umsetzung dieser Anforderungen stehen dem Betriebsarzt zahlreiche Hilfen zur Verfügung. Zu nahezu jeder einzelnen Tätigkeit, die in einem Betrieb ausgeübt wird, existiert trotz aller Entbürokratisierungsmaßnahmen direkt oder indirekt eine Vorschrift im Gesetzes- und Regelwerk des Staates und der Unfallversicherungsträger, die sich mit jeder einzelnen der dort theoretisch oder tatsächlich vorhandenen Gefährdungen befasst. Hilfreicher wäre es wenn - auch in den einschlägigen betriebsärztlich relevanten Publikationen - mehr Lösungen und nicht so sehr Probleme thematisiert würden.

Denn im Mittelpunkt der Beratungstätigkeit auch des Betriebsarztes sollte häufiger die Frage stehen: „Hat schon jemand vor mir mein aktuelles Problem gelöst?“. Um rasch zu bereits realisierten Lösungsansätzen zu kommen, bieten sich beispielsweise elektronische Medien (z.B. UB-Media „Fachdatenbank Arbeitsschutz“ (Hrsg.: Priv.-Doz. Dr. med. habil. Andreas Meyer-Falcke, Dipl.-Ing. Günter Leßwing)) oder das Internet als „Stand der Technik“ an (auch zum Thema „Suchen und Finden im Internet“ gibt es hervorragende Fortbildungsangebote). Von der reinen Informations-Weiter-Vermittlung bis hin zur Einrichtung von „Call-Centern“ (z. B.: Listserv ARBMED-NET: <http://arbmed.klinikum.uni-muenchen.de/listserv.html> oder Kompetenz-Center-Projekt KOMNET: <http://www.komnet.nrw.de>) sind mittlerweile unterschiedliche Informationsvermittlungsverfahren - mit unterschiedlichem Anspruch und unterschiedlicher Informationsqualität - auf dem Markt.

Wer darüber hinaus über eine gute „personalisierte“ Vernetzung verfügt (z.B. Gründung von betriebsmedizinischen Zirkeln in der Region), hat große Chancen, bei der Suche nach Lösungen wirklich das „model of best practice“ zu finden.

Nachdem die Lösung für das konkrete Problem auf betrieblicher Ebene gefunden ist, besteht eine der Hauptaufgaben der Arbeitsschutzberater (und damit auch des Betriebs-

arztes) darin, den für die Umsetzung dieser gefundenen Lösung notwendigen Konsens zwischen den betrieblich Verantwortlichen und den Versicherten herzustellen und beide gleichermaßen von der Sinnhaftigkeit gerade dieser ausgewählten Lösung zu überzeugen. Hier ist der Betriebsarzt als Moderator gefordert: Z. B. „Kommunikation“ und „Präsentationstechniken“ sind zwei hervorragende Fortbildungsthemen und werden von qualifizierten Anbietern auch mit der Möglichkeit des Erwerbs von Fortbildungspunkten angeboten, nachzufragen bei ihrer Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Primärpräventive Arbeitsmedizin

Zudem dürfen wir nicht vergessen, dass natürlich auch der Betriebsarzt primärpräventiv tätig sein kann (weg von der Untersuchungsmedizin und Lackschuh-Betriebsärzten!), denn Primärprävention darf sich nicht ausschließlich auf technische Aspekte beschränken: Verhältnisse im Betrieb, die die Gesundheit der Arbeitnehmer beeinträchtigen können, sind wesentlich vielfältigerer Natur. Das dem moderneren Arbeitsschutz zu Grunde liegende weite, umfassende Verständnis ermöglicht die Subsumierung vieler Bereiche, die bislang seitens der „klassischen“ Arbeitsschützer eher als randständig betrachtet wurden. Exemplarisch sei auf die explizite Erwähnung im ArbSchG von sozialen Beziehungen oder unzureichender individueller Qualifikation als möglicher Quelle gesundheitlicher Beeinträchtigungen hingewiesen.

... und zu guter Letzt:

Wer die Anforderungen des modernen Arbeitsschutzrechts als Herausforderung begreift, dem eröffnen sich vielfältige (neue) Betätigungsfelder, z. B.:

- Erarbeitung von Indikatoren, die das Ausmaß an gesundheitlichen Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten beschreiben und Grundlage zielgerichteter Intervention sind;
- Mitarbeit bei der Entwicklung von Strategien zur Umsetzung von Arbeitsschutz-Inhalten;

- Einbringen medizinischer Aspekte in ziel- und problemorientierte Programme, die sich aus nahezu allen Arbeitsschutznormen (nicht nur das ASiG enthält „ärztliche Komponenten“!) ableiten lassen;
- im Netzwerk Kranken- und Unfallversicherungen, niedergelassene Ärzteschaft, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Arbeitsämter, Gewerbeärzte, in dem die Betriebsärzte die einzigen mit betrieblicher Kompetenz sind und damit der wesentliche „Netzwerk-Knotenpunkt“.

Literatur:

Bicker, H., Borsch-Galetke, E., Brede-Weisflog, B., Brenner, W., Enderle, G., Fliedner, T., Lehnert, G., Maas, H., Nemitz, B., Panter, W., Pressel, G., Schoeller, A., Seidel, H., Siegmund, S., Siegmund, K., Szadkowski, D., Weitowitz, H.-J.:

Kursbuch Arbeitsmedizin: Lehr- und Lerninhalte für die theoretischen Weiterbildungskurse A, B und C im Gebiet Arbeitsmedizin/Bereich Betriebsmedizin 2000.

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (Hrsg.): Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, 22 (2000).

Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb – Ratgeber.

Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin, Sonderschrift S 42, Wirtschaftsverlag NW, ISBN 3-89429-836-7 (1997).

5. Erfahrungsaustausch der Hochschulen zur Umsetzung der Neukonzeption der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit, Teil 2.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Dortmund/Berlin (2004).

Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz: Ein Handlungsleitfaden der Arbeitsschutzverwaltung NRW.

Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport NRW (Hrsg.), Düsseldorf (1999). S. 1 - 51.

Gruber, H., Mierdel, B.:

Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung.

Verlag Technik & Information, ISBN 3-934966-14-4 (2003)

Jansing, P.-J.:

Arbeitsmedizin im Spannungsfeld ökonomischer und ethischer Erwägungen.

In: Zbl. Arbeitsmed. 49 (1999) S. 9 - 14.

Kentner, M.:

Paradigmenwechsel im Gesundheits- und Arbeitsschutz.

In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 33 (1998) 9, S. 412 - 413.



Kiparski, R. v., Siegmann, S.:

Gefährdungs- und Belastungsanalysen – Praktische Hinweise zur Gefährdungsbeurteilung.

In: Ergo-Med, 5 (1997), S. 134 – 138.

Kiparski, R. v.; Siegmann, S.:

Gefährdungs- und Belastungsanalysen: Praktische Hinweise zur Gefährdungsbeurteilung.

In: Coenen, W.; Kentner, M.; Schiele, R.; [u. a.] (Hrsg.): arbeitsmedizin und arbeitsschutz aktuell. - München; Jena: Urban u. Fischer, (1998) S. 201 - 209.

Lehnert, G.; Valentin, H.:

Arbeits- und Betriebsmedizin zwischen Selbstverantwortung und Fremdbestimmung.

In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 35 (2000) 1, S. 14 - 20.

Meyer-Falcke, A.; Michalke, F.; Pröll, U.:

Neue Strategien im Arbeitsschutz: Die Region im Mittelpunkt. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.), Düsseldorf (1994).

Meyer-Falcke, A.:

Selbstbestimmung und Vorsorge.

In: Arbeitsvertragsrecht - Arbeitsschutzrecht / Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.). - Düsseldorf (1996), S. 165 - 168.

Meyer-Falcke, A., Siegmann, S.

Betriebliche Gefährdungsbeurteilung: Grundlage und prägendes Element betriebsärztlichen Handelns.

In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, Gentner Verlag, 35, 8 (2000), S. 382 – 388.

Meyer-Falcke, A., Siegmann, S.

Grundlegende Anforderungen aus dem staatlichen Arbeitsschutzrecht an die Entsorgungswirtschaft.

In: BGAG-Report 1/2004 „Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der Entsorgungswirtschaft“, ISBN 3-88383-659-1 (2004), S. 120 – 138.

Nieder, P., Susen, B.:

Betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung.

Verlag Paul Haupt, Bern-Stuttgart-Wien, ISBN 3-258-05580-7 (1997)

Pflaumbaum, W.; H. Blome, H.; Hallier, E.:

Auslösung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen.

In: Gefahrstoffe - Reinhaltung der Luft 6 (1997), S. 242 - 243.

Ulmer, H.-V.:

Zur Bedeutung der biologischen Streuung bei der arbeitsmedizinischen Gefährdungsbeurteilung anhand physiologischer Schwellenwerte.

In: Rettenmeier, A. W.; Feldhaus, C. (Hrsg.): Dokumentationsband über die 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin 1999. - Fulda (1999), S. 223 - 226.

**Dipl.-Min. Silvester Siegmann**

siegmann@uni-duesseldorf.de

**PD Dr. med. Andreas Meyer-Falcke**

andreas.meyer-falcke@mgffi.nrw.de

## Arbeitsmedizin 2005



- » **6. Forum Arbeitsmedizin Deggendorf**  
Mittwoch, 06. Juli bis Freitag, 08. Juli 2005
- » **4. Tag der Arbeitsmedizin in Berlin**  
Samstag, 27. August 2005
- » **4. Norddeutsches Forum Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit in Celle**  
Donnerstag, 15. September  
bis Freitag, 16. September 2005

Anmeldeunterlagen bitte anfordern bei

RG GmbH  
Bahnhofstraße 3a  
82166 Gräfelfing  
Telefon: 089 / 89 89 16 18  
Fax: 089 / 89 80 99 34  
Mail: info@rg-web.de

Oder informieren Sie sich immer aktuell im Internet:

**www.rg-web.de**



Ihr kompetenter Partner für  
Kongresse, Tagungen,  
Pressearbeit und Events

# 1. bundesweiter Betriebsärztetag am 5. und 6. Februar in Hannover

**Der erste bundesweite Betriebsärztetag stieß auf großes Interesse. Um niedergelassenen Ärzten die Teilnahme zu ermöglichen, wurde bewusst ein Wochenende gewählt.**

**Die Fachhochschule Osnabrück, die Firma Ternion und der BsAfB (vormals Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Betriebsärzte (AfB)) arbeiten schon seit Jahren auf dem Gebiet Qualitätsmanagement für Betriebsärzte zusammen. Die genauen Themen, Referenten, Abstracts und Zusammenfassungen finden sich auf der Homepage des BsAfB.**

Der Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V. (BsAfB)<sup>1</sup> hat Anfang Februar eine zweitägige Wochenendfortbildung veranstaltet. Die 13 Referate wurden von der Ärztekammer Niedersachsen mit insgesamt 17 Fortbildungspunkten zertifiziert. Es sollten bei der Themenauswahl nicht nur Mitglieder des Berufsverbandes sondern auch alle interessierten Betriebsärzte angesprochen werden, die Handlungshilfen für ihre tägliche Arbeit erwarten. Um niedergelassenen Ärzten die Teilnahme zu ermöglichen, wurde bewusst ein Wochenende gewählt. Die Begrüßung wurde auf Samstag 10.45 Uhr und das Ende des Events auf Sonntag 16.00 Uhr terminiert. So war es bei der verkehrstechnisch günstigen Lage möglich, aus allen Bundesländern anzureisen.

Bei der Themenauswahl<sup>2</sup> wurde besonders auf einen relevanten Praxisbezug geachtet. Das Schwerpunktthema des Kongresses war die angewandte bzw. praktische Arbeitsmedizin. Neues aus Forschung, Lehre und Gesetzgebung für die tägliche betriebsmedizinische Betreuung der Arbeitsstätten wurde ebenfalls intensiv dargestellt und diskutiert. Da die Mitglieder des BsAfB sich als die „Hausärzte unter den Arbeitsmedizinern“ verstehen, gab es Themen, die sowohl im Betrieb als auch in der Hausarztpraxis von Bedeutung sind.

Ein Beispiel ist das Referat von Frau Prof. Braun von Reinersdorff<sup>3</sup> und Dipl.-Ing. Thorsten Herbrüggen „Qualitätsmanagement für

Arztpraxen ...“. Die Fachhochschule Osnabrück, die Firma Ternion<sup>4</sup> und der BsAfB (vormals Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Betriebsärzte (AfB)) arbeiten schon seit Jahren auf dem Gebiet Qualitätsmanagement für Betriebsärzte zusammen. Aktuell wurde ein weiterer Forschungsantrag gestellt. Hier sollen in einer weiteren Kooperation mit dem Deutschen Hausärzteverband<sup>5</sup> unterschiedliche QM-Systeme evaluiert werden.



Die Themen Kanülenstichverletzungen, ...Prävention von Stichverletzungen..., chronisch hepatitis- oder HIV-infiziertes Personal im Gesundheitsdienst, ...Hautarztverfahren, Hautschutz, arbeitsbedingter Stress, ...automatische externe Defibrillatoren, Impfungen ... Reiseimpfungen sind kongruente Interessensgebiete für niedergelassene und arbeitsmedizinisch tätige Ärzte. Die genauen Themen, Referenten, Abstracts und Zusammenfassungen finden Sie auf der Homepage des BsAfB. Die Powerpointfolien sollen in den nächsten Wochen fast alle (nach Zustimmung der Referenten) zum Download im Pdf-Format bereitgestellt werden.

Die Stichpunkte unterschiedliche Sehtestverfahren bei der FeV, Musterweiterbildungsordnung Betriebsmedizin, zukünftiger Bedarf an Betriebsärzten, die neue BGV A2 (Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – Wegfall der arbeitsmedizinischen Pflichtbetreuung bei weniger als 50 MA) und computergestützte Leistungstests für die FeV sind Beispiele für die betriebsmedizinische Praxis.

Das Thema „Neue Rahmenbedingungen für die arbeitsmedizinische Vorsorge bei Gefahrstoffen und Biostoffen“ von Dr. med. Heino Slupinski „Landesgewerbearzt“ von Niedersachsen warf eine Fülle von Fragen auf. Zum Zeitpunkt des Betriebsärztetags war vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit noch kein Bestandschutz für ermächtigte Ärzte vorgesehen<sup>6</sup>.

Aus Sicht der Mitglieder war bereits der 1. Be-

triebsärztetag ein voller Erfolg. Der Veranstalter erhielt von allen Seiten Zuspruch für die gelungene Themen- und Referentenauswahl, die Wahl des Hotels und die gute Organisation des Betriebsärztetags.

Schon zur ersten Veranstaltung meldeten sich 220 Ärzte an. Der 2. bundesweite Betriebsärztetag wird am 21. und 22. Januar 2006 (Samstag und Sonntag) in Hannover stattfinden.

1 [www.bsafb.de](http://www.bsafb.de) oder [www.betriebsarztsuche.de](http://www.betriebsarztsuche.de)

2 Button <Betriebsärztetag> in der Menüleiste und dann <Referenten und Themen>

3 [www.wi.fh-osnabrueck.de](http://www.wi.fh-osnabrueck.de), [a.braun@fh-osnabrueck.de](mailto:a.braun@fh-osnabrueck.de)

4 [www.ternion.de](http://www.ternion.de), [thherbrueggen@ternion.de](mailto:thherbrueggen@ternion.de)

5 [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de)

6 Die zum Teil Existenz bedrohenden Auswirkungen siehe unter [www.arbeitsmedizinforum.de](http://www.arbeitsmedizinforum.de) > Button <Arbeitsmedizinforum>

# Impfstoffe für den Betriebsarzt

Bei der Impfstoffbestellung auf Rechnung des Arbeitgebers ergeben sich für Arbeitsmediziner besondere Anforderungen. Das strikte Einhalten der Kühlkette mit dokumentierter Mindest- und Maximaltemperatur, die Verwendung der zuerst eingelagerten Impfstoffe und das Beachten des Verfallsdatums gilt für jede Impfstoffbestellung. Bei der Betreuung größerer Betriebe, Seniorenheime, Rehakliniken und Krankenhäusern müssen die Impfstoffe häufiger „just in time“ geliefert werden. Die Anlieferungsstelle (Pforte, Sanitätsraum, Schwertezimmer) muss genau über die sofortige Einlagerung in den Kühlschrank informiert sein. Die Rechnung muss dem richtigen Ansprechpartner zugeleitet werden.

Die Bestellung kann über den Account des Betriebsarztes abgewickelt werden. Die Apothekenpreise sind bei der betriebsmedizinischen Verwendung nicht bindend. Erhebliche Rabatte und Sonderkonditionen für den BsAFB e.V. wurden vereinbart.

Für die Bestellabwicklung erweist sich ein Internetportal als sehr vorteilhaft, welches die Auslieferung aller gängigen Impfstoffe über eine spezialisierte Apotheke ermöglicht.<sup>1</sup> Die eingeräumten Rabatte und Sonderpreise zeichnen den Betriebsarzt als kompetenten Berater für den Betrieb aus.

Ein modernes Internetportal wie z.B. [www.gpk.de](http://www.gpk.de) bietet die Möglichkeit mit wenigen Mausklicks die unterschiedlichsten Impfstoffe mit verschiedenen Auslieferungsadressen, genauer Terminierung der Anlieferung und unter unterschiedlichen Rechnungsempfängern zu bestellen. Eine exakte Trennung zwischen Praxisbedarf bei Niedergelassenen und Bestellung im Auftrag für Betriebe erfordert die Software und kann als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden. Alle Details der Bestellungen werden im Portal passwortgeschützt gespeichert und lassen sich jederzeit nachvollziehen.

Kompetente Leistungen und innovative Services im Gesundheitsdienst und in der Gesundheitsvorsorge

Günstige Sonderkonditionen beim Einkauf von Impfstoffen und Arzneimitteln

Besuchen Sie unser Fachportal  
[www.gpk.de](http://www.gpk.de)

- ▶ Einfaches und bequemes Bestellen im Online-Shop unseres Kooperationspartners, der zertifizierten Versandapotheke RÖMER APOTHEKE. Lassen Sie sich unverbindlich registrieren.
- ▶ Kurze Versandzeiten
- ▶ Mehr als 1.500 Präparate zur Auswahl
- ▶ Mit SSL-Technik geschützter Einkauf
- ▶ Ständig aktuelle Informationen und Angebote

*GPk ist Kooperationspartner des BsAFB, darüber wird auf der Homepage und in dieser Zeitschrift berichtet.*

Ihr Ansprechpartner: **Eckart Rinck**  
Vertriebs- und Marketingleiter  
GPk-Büro Karlsruhe

Tel. (0721) 680 28 36  
Fax (0721) 680 27 14  
Email: [rinck@gpk.de](mailto:rinck@gpk.de)

**GPk**

Gesellschaft für  
medizinische Prävention  
und Kommunikation mbH

<sup>1</sup> Die Sondervereinbarungen können BsAFB-Mitglieder auf unserer Homepage im internen Bereich unter <Impfstoffe und mehr> nachlesen.

# TÜV-Plaketten für Arztpraxen

Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff,

Dipl.-Ing. Thorsten Herbrüggen und Dipl. Kfm. Markus Schnieders

**Qualitätssteigerung ist heute in aller Munde. Vom Bildungsbereich, von der Wirtschaft oder den Behörden fordert der Bürger bessere Lösungen, schnellere Entscheidungen und transparente Abläufe. Nach den Vorgaben des Gesundheits-Modernisierungs-Gesetzes (GMG) werden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Institutionen auf Basis des §135a Abs. 2 GMG verpflichtet, mit dem 1. Januar 2005 ein Qualitätsmanagement einzuführen.**

Knapp dreißig regionale Praxen und arbeitsmedizinische Zentren erhalten bei dieser Aufgabe Unterstützung von dem Forschungsteam der Fachhochschule Osnabrück. Prof. Dr. Andrea Braun von Reinersdorff und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter Dipl. Kfm. Markus Schnieders entwickeln gemeinsam mit der Lingener Unternehmensberatung TERNION (Dipl.-Ing. Thorsten Herbrüggen) ein Qualitätsmanagementsystem, das auf Haus- und Betriebsärzte individuell zugeschnitten ist.

„Bislang existiert kein praktikables Qualitätsmanagement-Modell für Praxen und Institutionen der haus- und betriebsärztlichen ambulanten Versorgung, welches die spezifischen Anforderungen der freiberuflichen Betriebsärzte und die hausärztlichen Tätigkeiten umfassend berücksichtigt.“, so der 1. Vorsitzende des BsAfB (Bundesverbandes selbständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V.), DR. MED. UWE RICKEN.“ Deshalb hat die Fachhochschule das notwendige und aktuelle Projekt zunächst aus dem eigenen Forschungspool unterstützt. Kürzlich hat die Arbeitsgruppe Innovative Projekte beim niedersächsischen Wissenschaftsministerium die Finanzierung in der Höhe von 98.000 Euro übernommen.

Das entwickelte Qualitätsmanagement-System ist individuell auf Hausärzte und Betriebsärzte zugeschnitten. Ziel ist die medizinische Versorgungsqualität zu gewährleisten und weiter auszubauen sowie die Verbesserung der Patientenversorgung und der Praxisorganisation. In einzelnen Workshops wurden die Hausärzte und Betriebsärzte mit den Forderungen des Qualitätsmanagement, deren Bedeutung und Umsetzungsmöglichkeiten in der täglichen Praxis vertraut gemacht. In den unterschiedlichen Veranstaltungen werden sowohl die hausärztlichen als auch die betriebs-

ärztlichen Abläufe betrachtet. Die Veranstaltungen waren nach folgenden Themen gestaffelt:

1. Strategie und Politik
2. Innovation
3. Kunden und Finanzen
4. Betriebs- und hausärztliche Kern-Prozesse

Nun präsentierten die Kooperationspartner ein umfassendes Qualitätshandbuch, das sie nach zahlreichen Workshops und eingehender Recherche in den beteiligten Praxen erstellt haben. Es enthält wichtige Hinweise, mit denen Ärzte ihre Praxis besser organisieren können. „Vieles müssen wir nicht selbst erledigen“, erläutert Elisabeth Gerling, Ärztin für Allgemeinmedizin. „Mit den Checklisten, die wir unserem Personal zur Verfügung stellen, können wir Aufgaben delegieren und Zeit für die Patienten gewinnen.“

„Auch die Motivation der Mitarbeiter steigt: Wenn sie merken, wo der Schuh drückt, bringen sie ihre Ideen ein“, ergänzt Dr. med. Ludger Senker vom Arbeitsmedizinischen Dienst in Lingen. Diese Verbesserungsvorschläge seien oft ganz einfach: zum Beispiel werden in seiner Praxis jetzt Thermometer im Außen- und Innenbereich der Kühltür angebracht, in denen teure Impfstoffe gelagert werden. Sie messen die Höchst- und Tiefsttemperaturen und geben wichtige Hinweise im Falle eines Stromausfalls.

Das entwickelte Qualitätsmanagementsystem hebt sich durch drei wesentliche Gesichtspunkte gegenüber denen am Markt bestehen Qualitätsmanagementsysteme ab:

1. Betrachtung der haus- und betriebsärztlichen Praxen und Zentren
2. Darstellung der haus- und betriebsärztlichen Prozesse in 18 Muster-Ablaufdiagrammen
3. Bereitstellung von 67 Muster-Dokumenten (vorgefertigte Dokumente, Checklisten, Briefe usw.), die individuell in der Praxis eingesetzt werden können
4. 16 Befragungsmodule
5. Nationale und internationale Vergleichbarkeit ist gegeben
6. Eine Handbuch-CD auf der alle Muster-Dokumente in digitaler Form abgelegt sind und so von den einzelnen Arztpraxen individuell auf die eigenen Anforderungen angepasst werden können

Das Qualitätshandbuch ist jedoch mehr als

eine Sammlung von Checklisten, Befragungskatalogen und Musterdokumenten. Es hilft vielmehr beim Einstieg ins Qualitätsmanagement und gibt wichtige Anstöße bei der Selbstüberprüfung. Mit Schulungen, „Probeaudits“ und individuellen Beratungen unterstützt das Forschungsteam die kooperierenden Praxen und Zentren bei der Selbstbewertung und der anschließenden externen Überprüfung. Diese umfasst eine Zertifizierung sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualität.

Laut SCHNIEDERS erwerben die Arztpraxen mit dem Zertifikat eine Art „TÜV-Plakette“, an der jeder Patient sowie die Krankenkassen erkennen können, dass die erforderlichen Qualitätsstandards in dieser Arztpraxis erfüllt werden. Das Zertifikat wird von der FH Osnabrück und dem Bundesverband selbständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V. (BsAfB) vergeben und hat 3 Jahre Gültigkeit.

BRAUN VON REINERSDORFF prognostiziert, dass künftig nicht zuletzt in einem sich deregulierenden Umfeld die „Qualität der Dienstleistung“ über die Überlebenschancen einer Arztpraxis entscheidet. Patienten werden in den nächsten Jahren verstärkt darauf achten, ob der sie behandelnde Arzt seine Qualität dokumentieren kann. Da der Patient selbst nicht in der Lage ist, die Behandlungsqualität zu beurteilen, orientiert er sich häufig an Ersatzkriterien. Dazu gehören u.a. störungsfreie Prozesse, Serviceleistungen der Praxis, Freundlichkeit des Personals. Darüber hinaus werden langfristig nur solche Praxen einen Versorgungsauftrag erhalten, die ein Qualitätsmanagement nachweisen können.

Die Fachhochschule Osnabrück bietet mit den Kooperationspartnern verschiedene Beratungspakete an, in denen individuell auf die einzelnen Arztpraxen eingegangen wird. Die Schwerpunkte der Beratung liegen in der QM-Handbucheinstellung und in der Begleitung zur Zertifizierung. Als Einstieg für ein Qualitätsmanagement können sie das QM-Handbuch bestellen.

Weitere Informationen dazu erhalten Sie im Projektbüro von Herrn Dipl.-Kfm. (FH) Markus Schnieders Tel. 0541/969-2117. [m.schnieders@fh-osnabrueck.de](mailto:m.schnieders@fh-osnabrueck.de)



# Mobbing - ein Thema auch für Arbeitsmediziner

von Dipl. Psych. Ulla Dick

**Es gibt schon lange keine „mobbingfreien“ Zonen mehr in den Betrieben und zudem muss man davon ausgehen, dass alle Berufsgruppen, alle Betriebsgrößen sowie Hierarchiestufen, alle Branchen und der öffentliche Dienst von Mobbing betroffen sind bzw. sein können.**

Auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte werden seit einigen Jahren zunehmend häufiger mit dem Phänomen Mobbing und den Folgen von Mobbing bei den Beschäftigten und in den Betrieben, die sie betreuen, konfrontiert. Was noch vor einigen Jahren als „Modewort“ vor allem von Personalverantwortlichen belächelt und abgetan wurde, ist mittlerweile für die Betriebe ein richtiger Kostenfaktor geworden.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geht in ihrer Studie aus dem Jahre 2002, „Der Mobbing-Report“, von einer Quote von 2,7 % aus. D.h. pro Hundert Beschäftigten leiden drei unter den Auswirkungen von Mobbing. Statistisch betrachtet addieren sich damit im Laufe eines Mobbinggeschehens für einen Betrieb ca. € 150.000 Kosten, entstanden durch Fehlzeiten, Fluktuation, Qualitätsverlust und Leistungsabfall.

Von Mobbing besonders betroffen sind Frauen, jüngere Mitarbeiter/innen bis zu 25 Jahre sowie Auszubildende. Das Mobbingrisiko bei Frauen liegt sogar um 75 % höher als das der Männer. Der typische Mobber ist laut Studie Vorgesetzter, zwischen 35 und 54 Jahre alt und gehört zu den langfristig Beschäftigten.

Mobbing ist deutlich von ganz normalen Konflikten zu unterscheiden, die im Arbeitsleben vorkommen. Solche „normalen“ Konflikte sind z.B.: Da wird man an einem Tag vom Kollegen nicht begrüßt, da gerät man mit einer Kollegin aneinander, weil die Vorstellungen über die korrekte Ablage im Büro auseinanderdriften, da ist man sauer auf den Vorgesetzten, weil man die gewünschte Fortbildung nicht bekommt.

Mobbing\* ist mehr als ein Konflikt, es ist ein prozeßhaftes Geschehen, das mit einem un-

bewältigten Konflikt beginnt und an dessen Ende ein Betroffener in der Regel seinen Arbeitsplatz verlässt, sei es wegen Arbeitsunfähigkeit, Versetzung, Eintritt in den Vorruhestand oder Kündigung. Beim Mobbing geschehen unerwünschte Handlungen regelmäßig über einen längeren Zeitraum (einige Arbeitsgerichte haben dessen Dauer mit einem halben Jahr konkretisiert), sie richten sich gegen eine einzelne Person, die unterlegen ist und ausgegrenzt wird. Mobbing ist für die Betroffenen ein psychische und physische Kränkung und führt die Betroffenen zum Hausarzt bzw. sofern das nötige Vertrauen vorhanden ist, zum Betriebsarzt.

Der Betriebsarzt wird mit ganz unterschiedlichen Beschwerden konfrontiert, hinter denen sich mobbingbedingte Ursachen verbergen können, deren Behandlung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Wenn Mobbingprobleme bei der Anamnese nicht explizit erwähnt werden, so sollte auf Signale für Mobbing geachtet werden wie z.B. Magen-Darm-Störungen wie Übelkeit, Erbrechen, Magengeschwüre, Schlafstörungen, Bluthochdruck, psychosomatische Störungen, Herzrasen usw. und auch die Sprache auf innerbetriebliche Probleme gebracht werden.

Mobbingbetroffene sehen sich häufig dem Umstand ausgesetzt, nicht nur am Arbeitsplatz ausgegrenzt und ungerecht behandelt zu werden, sondern auch vom behandelnden Arzt nicht ernst genommen zu werden nach dem Motto „so schlimm kann's doch nicht sein“. Man sollte bei Mobbing davon ausgehen „Es gibt nichts, was es nicht gibt!“ So unglaublich die Schilderungen über Verhaltensweisen von Kollegen oder Chefs sein mögen, der Phantasievorrat an Gemeinheiten scheint unerschöpflich zu sein.

Die dargebotene Problematik sowie die Folgen des Mobbing beim Patienten legen eine Krankschreibung nahe. Im Einzelfall mag dies die richtige Entscheidung sein, auf Dauer ist Krankschreiben keine Lösung, sondern kann allenfalls kurzfristig dafür sorgen, dass der Pa-

tient aus seinem pathologischen Umfeld vorübergehend entfernt wird.

Besser ist es, den Patienten darin zu unterstützen, das Problem aktiv mit allen Beteiligten zu erörtern. Sie können – in Abstimmung mit dem Mobbingbetroffenen – dafür sorgen, dass der Betriebsrat zur Seite steht und Kraft Ihres Amtes sollten Betriebsärzte das Thema Mobbing offensiv in der Firmenleitung, bei Führungskräften und Betriebsrat ansprechen.

Auch wenn es bei uns kein „Anti-Mobbing-Gesetz“ wie in Frankreich gibt, das deutsche Arbeitsrecht bietet ausreichend Möglichkeiten, gegen Mobbing vorzugehen. Der Betriebsrat oder ein externer Experte – und notfalls auch ein Arbeitsrechtler – sollten dafür angesprochen werden.

Als Service für Ihre Patienten sollten Betriebsärzte Adressen von örtlichen Selbsthilfegruppen vorhalten sowie Adressen von Psychotherapeuten bzw. psychosomatischen Kliniken. An dieser Stelle sei auf die die Mobbingline hingewiesen: Gemeinsam geben Experten der Evangelischen Kirche in Westfalen und im Rheinland, der Bistümer Aachen und Essen, der AOK Rheinland sowie von C@ll NRW Rat-suchenden (Betroffenen, Betriebsräten, Interessierten) kompetente Informationen. Sie erreichen die Beratungslinie anonym von Montag bis Donnerstag in der Zeit von 17 Uhr bis 20 Uhr unter 0180 3 100 113.

**Dipl. Psych. Ulla Dick**  
ulla.dick@t-online.de

Ulla Dick ist Diplompsychologin und befasst sich seit mehr als 15 Jahren mit dem Thema. Sie berät Unternehmen, schult Führungskräfte, Personal- und Betriebsräte. Ihre Beratungserfahrungen hat sie niedergeschrieben in „Keine Angst vor Mobbingfallen“, Eichborn-Verlag.

Betroffene können sich an das Hamburger Mobbing-Telefon wenden, das bundesweit Anrufe entgegennimmt und unter der Nummer 040 – 2023 4209 zu erreichen ist. Grundlagenwissen zu Mobbing bietet der Band „Mobbing“ von Heinz Leymann, Rowohlt Verlag; hier werden insbesondere die 45 Mobbinghandlungen beschrieben.