

Die Arbeitsmedizin ist die medizinische Disziplin der Zukunft

Interview mit Dr. med. Andreas Tautz

Deutsche Post World Net, Chief Medical Officer,
Direktor Konzerngesundheitsmanagement, Bonn



Dr. med.
Andreas Tautz

Frage:

Sie haben jüngst auf einer Tagung „Arbeitsmedizin 2008“ der Technischen Akademie Wuppertal unterstrichen, dass die Arbeitsmedizin die medizinische Disziplin der Zukunft sei. Fast zeitgleich hat der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm die Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung gefordert und die Bundesregierung und die Länder aufgefordert, die dafür notwendigen Ressourcen und rechtlichen Instrumente zu Verfügung zu stellen. Sehen Sie sich durch diese Entwicklung in Ihrer Meinung bestärkt?

Antwort:

Ja, zweifellos. Nicht zuletzt verdeutlicht die Essenz der von der Bundesärztekammer veröffentlichten Definition der Arbeitsmedizin, deren aktuelle Bedeutung: „Die Arbeitsmedizin umfasst als präventivmedizinisches Fach“ (...) „die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen (...)“. 39 Millionen Erwerbstätige sind das Kern-Setting für Prävention in Deutschland – ein Zugang zu ärztlicher Beratung ist ihnen über unsere Arbeitsschutzgesetzgebung weitgehend rechtlich zugesichert. Auch wenn die Umsetzung derselben in der Praxis Verbesserungsbedarfe aufweist – ein solches Präventions-Setting ist unüber-
troffen.

Denken Sie allein an die Verteilung der Morbiditätsrisiken, inklusive der verhaltensabhängigen Zivilisationskrankheiten. Hier gibt es eine bis heute inakzeptable Abhängigkeit vom sozialen Status der Menschen. In den Unternehmen eröffnet die Möglichkeit des „Zugehens“ auf die Menschen gerade für Bevölkerungsgruppen mit geringerem Sozial- und Bildungsstatus überhaupt erst eine Chance des Zugangs zu Maßnahmen der Individualprävention. Die Stärkung von Prävention ist nicht nur für die Lebensqualität und den Erhalt der persönlichen Leistungsfähigkeit der Menschen, sondern auch zur ökonomischen Stabilisierung unseres Gesundheitswesens sowie überhaupt der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft unverzichtbar.

Um Ihrer möglichen nächsten Frage direkt vorzugreifen – „Ja, was macht’s denn so schwierig in der Umsetzung?“ Im wesentlichen liegt es an der beschränkten politischen Phantasie, gepaart mit vielfältigen lobbyistischen Interessen im Zukunftsmarkt „Gesundheit“. Das Bundesministerium für Gesundheit arbeitet an einem Präventionsgesetz und erkennt zunehmend die Bedeutung der Arbeitsmedizin für ihre Präventionsstrategie. Da gibt es aber einen kleinen Haken: Arbeitsmediziner – das sind die „BMAS-Ärzte“. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales startet wiederum seine eigenen

Projekte, insbesondere zur betrieblichen Gesundheitsförderung, unter Einbezug vielerlei externer „Expertise“ und manchmal merkwürdig anmutenden Resultaten, wie einer parallel zu den Planungen eines Präventionsgesetzes veröffentlichten – in der Entstehung eher autistisch anmutenden – „Gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie“. Arbeitsmedizin wird hier häufig unter juristisch-ingenieurtechnischen Gesichtspunkten betrachtet. Wir haben in vielen Gesprächen in beiden Ministerien sehr engagierte Verfechter des Präventionsgedankens, aber eben auch der Ressortabgrenzung kennen gelernt. Die einzige schmale Brücke oder der schmale Grat der Arbeitsmedizin zwischen beiden Ministerien ist die Arbeitsgruppe 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ bei der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung. Hier sind die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin und der Verband der Betriebs- und Werksärzte aktiv vertreten. Wir müssen uns aber klar machen, dass der „Zukunftsmarkt Gesundheit“, insbesondere dessen Element der Prävention, sehr anziehend wirkt – allein in der der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung sitzen wir zusammen mit 125 weiteren „Leistungsträgern der Prävention“ an einem Tisch. Als Arbeitsmediziner – Forschende und Praktizierende – sind wir gefragt, selbst aktiv zu werden,

Verantwortung zu übernehmen und zu gestalten – beispielsweise in zukunftsweisenden Projekten, wie der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Unternehmen, Betriebsärzte und niedergelassene Ärzte als Partner in der regionalen Gesundheitsversorgung“.

Frage:

Gesundheit ist ein existenzielles Gut. Die steigenden Leistungserwartungen an die Arbeitnehmer/innen bei tendenziell steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft bergen aber gesundheitliche Gefahren. Die Erwartungen der Unternehmen, der Beschäftigten und der Gesellschaft an die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung wächst. Ist die Arbeitsmedizin, sind die Werks- und Betriebsärzte auf diese neuen Anforderungen vorbereitet?

Antwort:

Unbestritten ist die Arbeitsmedizin die älteste und in ihrer Art einzige klar als Präventivmedizin definierte ärztliche Disziplin – mit allen Facetten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Als medizinische Disziplin hat sie auf diesem Gebiet einzigartige Erfolge erungen, sie hat dazu geführt, dass erhebliche Gefährdungspotentiale für Leib und Leben der Beschäftigten erkannt und verhindert werden konnten. Mit diesen Erfolgen hat die Arbeitsmedizin doch wesentlich dazu beigetragen, dass wir uns mit Themen wie „Steigende Leistungserwartungen an die Arbeitnehmer/innen bei tendenziell steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft und mögliche Gesundheitsgefährdungen“ auseinandersetzen. Übrigens ein Thema, über dassich in dieser Formulierung trefflich diskutieren ließe.

Die Arbeitsmedizin ist heute die integrierende Schnittstelle zwischen primärpräventiver Gesundheitsförderung und ambulanter Primärversorgung, eine koordinierende Plattform für alle an Primärprävention und Primärversorgung beteiligten Gesundheitsexperten . Der

Arbeitsmediziner ist Diagnostiker, Therapeut und Berater. Seine Aufgabe ist der Erhalt sowie die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen. Dies beinhaltet sowohl eine individuelle als auch eine systemische Beratung. Dabei darf er sich nicht auf den Ansatz einer Vermeidung „arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen“ anstelle eines umfassenden Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit beschränken lassen. Grundsätzlich werden die Ursache-Wirkungsbeziehungen bei der Entstehung von Krankheit, bzw. dem Erhalt von Gesundheit komplexer. Denken wir allein an die langjährig geübte Praxis einer rein somatisch orientierten Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzbeschwerden (inkl. den daraus resultierenden individuellen und volkswirtschaftlichen Schäden) und unser heutiges Wissen um den Einfluss psychosozialer Faktoren auf diese und weitere Beschwerdeguppen. Bereiche, in denen sich arbeitsbedingte und aus dem Privatleben bedingte Einflussfaktoren wechselseitig beeinflussen. Beispielhaft zu nennen ist hier die Angst vor Arbeitsplatzverlust und/oder umgebrochene Lebensentwürfe . Dagegen ist ein positives von gegenseitiger Wertschätzung geprägtes Arbeits- und Lebensklima ein Grundbaustein für starke persönliche Ressourcen. Arbeit zu haben ist im Grundsatz erst einmal ein gesundheitsförderliches Potential. Also alles überaus spannende Herausforderungen für die Arbeitsmedizin. Aber auch das ist Realität – in den letzten 30 Jahren hat sich der „Markt“ der Arbeitsmedizin in eine Richtung entwickelt, die Kritiker von einem „organisierten Ablasshandel“, bzw. „Marktsegment eines überdimensionalen aufgeblähten Ablasshandels“ sprechen lassen. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass es auch Kunden gibt, die dafür bezahlen, dass kein Gesundheitsschutz stattfindet. Ein Verlangen, dem durch einen Markt organisierter Exkulpation von unternehmerischen Pflichten im Arbeits- und Gesundheitsschutz Genüge geleistet wird. In Deutschland finden sich in ausreichendem Maße

Anbieter auf den Gebieten der Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, die ärztliche Tätigkeiten und sicherheitstechnische Beratung unter dem Prinzip der wirtschaftlichen Ergebnisoptimierung vermarkten – unter aktiver Tolerierung der autonomen Rechtssetzer und Schweigen der Arbeitsmediziner. Wen wundert es da noch, dass die Beschäftigung von Bäckern und Maurern als Betriebsärzte durch einen überbetrieblichen Anbieter arbeitsmedizinischer Dienstleistungen den jeweiligen Kunden nicht einmal aufgefallen ist. Hinzu kommt noch die Situation der Arbeitsmedizin an den deutschen Hochschulen, an denen immer mehr arbeitsmedizinische Institute geschlossen werden. Nein, in diesem Zusammenhang ist die Arbeitsmedizin sicher nicht durchgängig darauf vorbereitet, alle entstehenden Präventionserwartungen zu erfüllen. Aber sie ist dazu die am besten geeignete Ausgangsbasis. Uns als Arbeitsmediziner fehlt nicht selten der nötige Mut, unser Fach selbstbewusst zu vertreten und zwar in einer Art, dass die Adressaten unserer Botschaft auch verstehen und akzeptieren können, was unser Anliegen und unsere Expertise ist – abseits von einer so oft geübten Larmoyanz und einem einseitigen Beharren auf außerordentlicher Expertise und Weisungsfreiheit.

In erster Linie ist der Betriebsarzt ein Problemlöser, dem es gelingen muss, den unterschiedlichen im Unternehmen agierenden Akteuren zu vermitteln, dass er engagiert, kompetent und souverän die an ihn adressierten Problemstellungen bewältigt. Der unterschiedliche Interessenlagen moderiert, proaktiv Risiken erkennt und Lösungsansätze beschreibt. Der kommunikativ auf der Basis von Faktenwissen agiert, und betriebswirtschaftlich denken und handeln kann. Im Kern ist das nach wie vor nichts anderes als die Wahrnehmung der originären und schon im ASiG definierten betriebsärztlichen Aufgaben, inklusive der Rolle des Reha-Beraters, des Disability Managers und des Demografieberaters, etc. Was in diesem Zusammenhang auch eine unmittelbare

Entlastung des Unternehmens durch Vermeidung additiver, dem politischen Mainstream geschuldeter Beraterkosten und unnötiger Koordinationsaufwände bedeutet.

Wie auch immer – in der Prävention ist der Arbeitsmediziner Kapitän – der Hausarzt schwimmt in einem Meer von Kranken. Sicherlich auch der Vergütungssystematik geschuldet, geben 80 % der niedergelassenen Ärzte an, nicht mehr als 10 % ihrer Arbeitszeit für Primärprävention zu nutzen. In diesem Zusammenhang halte ich eine Einbindung der Betriebsärzte in die Systematik der integrierten medizinischen Versorgung der arbeitenden Bevölkerung für unerlässlich. Diese sollte die Integration von Prävention und Therapie innerhalb der Arbeitsmedizin, die verstärkte Einbindung in Disease Management Programme, die Nutzung der Gesundheitskarte in der Arbeitsmedizin und auch die Möglichkeit der Gründung von medizinischen Versorgungszentren beinhalten. Hierbei geht es insbesondere um die Vernetzung – nicht die Konkurrenz – mit den ärztlichen Kollegen und Kolleginnen im ambulanten und stationären Sektor.

Frage:

Die Post ist ausgezeichnet worden für ihr betriebliches Gesundheitsmanagement. Was machen Sie anders als andere und ist Ihr Modell auch auf andere übertragbar, auch auf mittelständische Unternehmen?

Antwort:

Je länger ich in der Arbeitsmedizin arbeite, um so mehr lerne ich, dass es die universellen Modelle nicht gibt, bzw. dass diese stark vom jeweiligen Unternehmen und den jeweils handelnden Akteuren abhängen. Als weltweit agierendes Unternehmen mit der Herausforderung unterschiedlicher Geschäftsbereiche mit in der Fläche verteilten Arbeitnehmern, arbeiten wir seit 11 Jahren erfolgreich mit einer auch im Rahmen einer Konzernbetriebsverein-

barung abgestimmten Gesundheitsfördersystematik. Arbeits- und Gesundheitsschutz, inkl. Gesundheitsförderung, ist als Ziel von der Unternehmensleitung festgeschrieben. Kennzahlen des Gesundheitsmanagements sind als Unternehmenskennzahlen neben klassischen Finanzkennzahlen etabliert. Gesundheitsmanagement ist als Aufgabe der Führungskräfte und als Bereich der Konzernzentrale etabliert. In diesem Sinne – das lässt sich ja unschwer meinem etwas sperrigen Titel entnehmen – habe ich eine Managementaufgabe, zu der die Leitung des betriebsärztlichen Dienstes gehört. Ganz einfach formuliert heißt das, dass ich mit fachlichem Hintergrund (als Arbeitsmediziner) eine Managementaufgabe unter ansonsten überwiegend Juristen und Betriebswirtschaftlern wahrnehmen kann. Das ist manchmal – für alle Beteiligten – schmerzhaft, führt aber dazu, dass das Thema Gesundheit in der Konzernleitung vertreten ist und nicht als an- oder abkoppelbare Dienstleistung verstanden wird. In der Tat aber ist der unternehmenseigene betriebsärztliche Dienst – darauf bin ich zugegebenermaßen stolz – „marktfähig“ mit transparenten Kennzahlen, Kosten und insbesondere zielgerichteten Leistungen als interner Dienstleister aufgestellt. Über unsere Leistungsstatistik monitoren wir u. a. Handlungsschwerpunkte, um hier ggf. gezielt nachsteuern zu können. Dabei agieren wir auch mit externen Partnern, wie unserer Betriebskrankenkasse, mit der wir z. B. im Rahmen eines Bonusprogramms Deutschlands größtes betriebliches Präventionsprogramm – den „Herz-Check im Betrieb“ auf die Beine gestellt haben. Die Daten aus der betriebsärztlichen Epidemiologie, die Gesundheitsberichte der Krankenkasse und Kennzahlen, wie z. B. der Krankenstand und der Zielerreichungsgrad, werden von uns kontinuierlich beobachtet und monatlich an alle Führungskräfte und Betriebsräte berichtet und kommentiert. Sie sind dreimonatlich Thema in „Business Reviews“ mit dem Vorstandsvorsitzenden. Darüber hinaus sind sie im Corporate Intranet einzusehen.

Das Reporting der Kennzahlen ist Bestandteil unserer Gesundheitsfördersystematik die im wesentlichen aus den vier Elementen Arbeitskreise Gesundheit/Gesundheitszirkel, Gesundheitsberichterstattung, Frühwarnsystem/Vorsorgegespräche und Gesundheitsfördermaßnahmen bestehen. Die Gesundheitsberichterstattung ist Grundlage für die Arbeit der lokalen Arbeitskreise Gesundheit, die unter Einbeziehung der Beschäftigten vor Ort Handlungsbedarfe analysieren und aus unserer „Toolbox Gesundheitsförderung“ qualitätsbasierte Maßnahmen auswählen und bei der Durchführung aus dem von uns zur Verfügung gestellten Gesundheitsförderbudget unterstützt werden. Das ist ja hier nun ein Interview, insofern würde es den Rahmen sprengen zu versuchen unsere Systematik im einzelnen zu erörtern. Aber vielleicht so viel dazu, wir haben sowohl kleinere als auch Groß-Unternehmen zum Auf- und Ausbau des Gesundheitsmanagements beraten. Die Grundsystematik ist sicherlich – erfolgreich – übertragbar. Ebenso, wie wir von den anderen lernen, z. B. in Netzwerken wie „Unternehmen für Gesundheit“, „Global Business Coalition against HIV/AIDS, Malaria and TBC, oder „Enterprise for Health“.

Frage:

Die Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung und Vorsorge – gerade auch im Hinblick auf eine sich abzeichnende Verlängerung der Lebensarbeitszeit – bedingt auch ein Umdenken bei den Gewerkschaften. Sehen Sie hier bereits positive Ansätze oder muss noch Überzeugungsarbeit geleistet werden?

Antwort:

Beides und nicht nur dort. Der DGB und die BDA haben sich 2004 in einer gemeinsamen Erklärung zur betrieblichen Gesundheitspolitik darauf geeinigt „in der betrieblichen Gesundheitspolitik einen wichtigen Baustein für die Prävention in Deutschland“ zu sehen:

„Beide Gestaltungsfelder, der verpflichtende Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die den Arbeitsschutz ergänzenden freiwilligen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, gehören zu einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik. Betriebliche Gesundheitspolitik umfasst alle Strategien, in die Humanressourcen unserer Wirtschaft zu investieren. Sie zielt darauf ab, die MitarbeiterInnen gesund und leistungsfähig zu erhalten. Betriebliche Gesundheitspolitik kann so dazu beitragen, die Innovationskraft und Produktivität zu erhöhen.“ (...) „Die Bedeutung der Prävention“ (...) „wird künftig zunehmen. Betriebliche Gesundheitspolitik, die u. a. darauf abzielt, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Beschäftigte am Arbeitsplatz gesund älter werden können, hat auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung große Bedeutung.“ (...) „Bei Prävention und Gesundheitsförderung handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe...“.

Drei Jahre später 2006 folgte eine gemeinsame Pressemitteilung von verdi, HVBG, BDA: „Gefordert wird, dass sich die geplante nationale Arbeitsschutzstrategie eindeutig und nachvollziehbar an der Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit sowie der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausrichten muss. Eine Ausweitung auf Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, wie z. B. die Prävention von Volkskrankheiten, wird dagegen einvernehmlich abgelehnt“.

Und schon sind wir wieder beim eingangs beschriebenen Ressortdenken, dies auch noch mal eindrucksvoll auf den Webseiten von DGUV und HVBG belegt: „Prävention hat das Ziel, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhindern sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Zeitgemäße Prävention folgt einem ganzheitlichen Ansatz, der sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Maßnahmen genauso einschließt wie den Gesundheitsschutz.“

Mal abgesehen von unsinnigen Doppelungen, wie „Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz“ oder sonstigen Euphemismen und Redundanzen, wie „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ – ja wofür denn Sicherheit, wenn nicht für die Gesundheit – oder „Prävention und Gesundheitsförderung“, folgt man hier dem Ansatz, erst einmal Zuständigkeit zu reklamieren, dann aber – zu Recht – über den eigenen Auftrag nachzudenken und der ist, im letzten Fall im Kern die Vermeidung von entschädigungspflichtigen Unfällen und Berufskrankheiten. Da sorgt die Kampagne der Unfallkassen doch manchmal für Schmunzeln: „Wir sind da, bevor Sie uns brauchen!“. Unsere Präventionslandschaft ist nicht dualisiert sondern atomisiert, es fehlt nach wie vor eine tatsächlich gemeinsame Präventionsstrategie, in der sich unternehmerische und gesamtgesellschaftliche Interessen ergänzen, und Potentiale der Arbeitsmedizin und ihrer Partner zur Verhinderung chronischer Erkrankungen, zum Erhalt und der Förderung von Gesundheit, Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit ausgeschöpft werden. Hier spielen die Gewerkschaften eine bedeutenden Rolle, auch wenn es sicherlich nicht „die“ Gewerkschaft gibt. Die Bandbreite geht hier von Gewerkschaften und ihren Vertretern, die unter Überschriften wie „Terror der Ökonomie führt zu Psychoterror und Mobbing“ agieren, über Gewerkschaften die in ihren Tarifverträgen die Pausenzeiten für körperlich belastete Beschäftigte reduzieren, nur um eine offensichtliche Arbeitszeitverlängerung nicht vertreten zu müssen, bis hin zu Gewerkschaften, die in ihren Tarifverträgen wegweisend die demografische Entwicklung berücksichtigen. Ich kann mir vorstellen, das zukünftig viel konkreter Leistungen zur Gesundheit in Tarifverträgen verhandelt werden und ich sehe viele engagierte Gewerkschafter, ebenso wie engagierte Unternehmer. Das Thema Gesundheit ist eine Brücke über die sich beide Seiten sachlich und ergebnisorientiert annähern können. Es bietet aber auch genügend

Potential zu einer brisanten Auseinandersetzung. Letzteres sollten wir verhindern, unserer Aufgabe ist es, beide Seiten fundiert und abseits von Emotionen zu beraten. Das ist wieder ein Beleg für die Breite unseres Faches, aus meiner Sicht der ganzheitlichsten ärztlichen Disziplin der Welt. □

Das Interview führte Jürgen Dreher

Vierte Erhebung über Arbeitsbedingungen

Die Europäischen Erhebungen über Arbeitsbedingungen – European Working Conditions Surveys (EWCS), die alle fünf Jahre von der „Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen“ der EU in Dublin durchgeführt werden, haben seit 1990 neue Einblicke in Themen im Zusammenhang mit der Qualität der Arbeit geliefert.

Die Erhebung zeichnet den Status der Arbeitsbedingungen in Europa nach und erfasst in Ausmaß und Veränderungspotentialen ein breites Themenspektrum wie körperliche Risiken, Arbeitszeiten, Arbeitsorganisation, Beschäftigungsfähigkeit, Arbeitszufriedenheit, Gesundheitsauswirkungen, Fehlzeiten, Nachhaltigkeit der Beschäftigung, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Gewalt und Belästigung sowie Arbeitsleistung.

Im Rahmen dieser vierten Erhebung wurden Ende 2005 Gespräche mit fast 30 000 Arbeitnehmern in 31 Ländern geführt.

Der vollständige Bericht „Fourth European Working Conditions Survey“ wurde 2007 in Englisch und Französisch veröffentlicht. Weitere Informationen:

www.eurofound.europa.eu □