

Editorial

Die Zukunft der Arbeitsmedizin liegt in ihrem präventiven Potential

– oder was wir Arbeitsmediziner von dem Brauingenieur lernen können, der mit einem Bauingenieur verwechselt wurde.

„Internisten wissen alles und können nichts; Chirurgen können alles und wissen nichts.“ Pathologen wissen alles aber viel zu spät.“ Dieser Aphorismus darf wohl zum Allgemeingut innerhalb der approbierten Gemeinde gezählt werden und dürfte auch für den untrainierten „Sprücheklopfer“ sozusagen als kommunikative Notration in Gesprächssituationen abrufbar sein, wo Unterhaltungskunst gefordert ist. Leider ist der gebräuchliche Aphorismus ebenso inkomplett wie einige rheumatische Krankheitsbilder. Die Arbeitsmedizin wurde – wie in der Vergangenheit häufig – im gesundheitspolitischen Diskurs einfach vergessen. Dabei ließe sich vorzüglich ergänzen: „Pathologen wissen alles aber zu spät; Arbeitsmediziner wissen alles aber viel zu früh.“

Man werfe nur einen Blick in das 1556 erschienene Werk „De re metallica libri XII“ (auch im benutzfreundlichen Deutsch verfügbar als DTV-Dünndruckausgabe). Es wurde verfasst von Georgius Agricola, einem der „Säulenheiligen“ des Arbeitsschutzes. Sein opus magnum verzaubert mit seinen wunderschönen Zeichnungen, die vielfach Hinweise zum Arbeitsschutz enthalten. So beispielhaft für die Steinausschläger, die mit passiven Schutzhilfen ausgestattet sind, wie Handschuhe, Gesichtsmaske und Bein kleider. Und man vergleiche diese mit Fotos von Arbeitern im gleichen Gewerk, die zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts mit weit weniger tauglichen Hilfen ausgestattet sind. Dann entwickelt man ein Gefühl für die Latenz, die Zeitabstände, die zwischen dem Wissen um Gefahren und ihrer Vermeidung liegen und dem Zeitpunkt, an dem das Wissen in den gesellschaftlichen Diskurs eindringt. Es folgt weitere Zeit bis dieses Wissen in einer rechtsverbindlichen Regelung Eingang findet.

Weitere zeitliche Quantensprünge sind erforderlich, bis dieses Wissen sich schließlich im Alltagshandeln „aufhebt“, wenn dieses Wissen in der Alltagskultur ankommt, sich in einem habituellen Reflex, als gelebtes Alltagshandeln festgesetzt hat.

Inhalt

Editorial

Es ist das primär-, sekundär- und auch tertiär-präventive Potential, das unser Fachgebiet auszeichnet, gesundheitspolitisch aber nicht ausgeschöpft wird, obwohl gerade da die Zukunft der Arbeitsmedizin liegt – so Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg **97**

Praxis

Die Umsetzung einer betrieblichen Drogenpolitik. Es diskutierten Experten aus Wissenschaft, Wirtschaft, Gewerkschaft und Suchtmedizin **100**

Gesundheitsökonomische Evaluation der JobReha bei Volkswagen Hannover **102**

Luftbelastung durch Pyrolyseprodukte **105**

Personalrisiko durch MRSA – ein unterschätztes Thema **107**

Hitze am Arbeitsplatz und die neue Technische Regel ASR 3.5 „Raumtemperatur“ **112**

Impressum **112**

Seit den Ursprüngen unserer Disziplin begleitet uns dieser Widerspruch zwischen Wissen um präventive Möglichkeiten und der Latenz seiner gesellschaftlichen Aneignung und Indienstnahme. Ob Asbest, Lärm, Lösemittel oder ionisierende Strahlen, an prä-morbiden bzw. -mortalen Warnungen durch unser Fachgebiet hat es nicht gefehlt. Wie viel individuelles Leiden und gesellschaftliche Schadensfolgen hätte man vermeiden können.



Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg
Facharzt für Arbeitsmedizin,
E-Mail: hess-graefenberg@t-online.de

Unser Job verlangt von uns, durchaus miteinander konkurrierende Charaktereigenschaften in Einklang zu bringen: Leidenschaft und Geduld, Überzeugungswille und Affektkontrolle, Renitenz und Gelassenheit, Fachwissen und Zivilcourage. Und wer kann sich schon glücklich schätzen, über ein ausbalanciertes Gleichmaß dieser Eigenschaften zu verfügen. Die uns aufgezwingene „Vorratshaltung“ an präventivem Wissen ist Schicksal und Bestimmung zugleich.

Es ist tatsächlich das primär-, sekundär- ja und auch tertiärpräventive Potential, das unser Fachgebiet, unsere Expertise, unsere Erfahrungen auszeichnet und gesundheitspolitisch eine bisher unzureichend ausgeschöpfte Wirksamkeit besitzt. Beharrlichkeit und Leidenschaft zeichnen auch die Vorstände von VDBW und DAGUM aus, die seit Jahren nicht müde werden, Politik und Öffentlichkeit auf freiliegende präventive Ressourcen und Potentiale unseres Faches aufmerksam zu machen und auch innerhalb der arbeitsmedizinischen Gemeinde ermutigen, eine aktive Rolle im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu besetzen. So z. B. mit dem Positionspapier „Zukunft der Arbeitsmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung“, das in 2004 vor dem Hintergrund der Beratungen zum Präventionsgesetz entstand.

Nachgelegt wurde 2007 mit den „13 Thesen der Arbeitsmedizin zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland“ verfasst von Letzel, Stork und Tautz im Namen des Vorstandes der DGAUM sowie vor wenigen Wochen mit dem „Appell zu einer präventiv orientierten Umgestaltung unseres Gesundheitssystems“, der den Ministern Rösler und von der Leyen von den Vorständen der DGAUM und des VDBW überreicht wurde: „Deutschland braucht leistungsfähige Arbeitnehmer, um sich im globalen Wettbewerb zu behaupten. Trotzdem lassen wir es zu, dass viele Arbeitnehmer vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden – aufgrund von Erkrankungen, die durch Präventionsmaßnahmen vermeidbar wären.“ So im Vorwort des aktuellen Appells, der jedem zur Lektüre ans Herz gelegt sei.

Der in Deutschland größte gesundheitspolitische Settingansatz, so die Autoren der 13 Thesen, und damit der wesentliche Schlüssel zur Prävention sind 39 Millionen Erwerbstätige, die über bestehende rahmenrechtliche Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erreicht werden können. Man darf ergänzen, viele davon, die ansonsten erst im Falle einer manifesten Erkrankung den Weg in die niedergelassene Praxis finden.

Dabei, so die zutreffende Diagnose, leidet unser Versorgungssystem unter einer unzureichenden Kommunikation und Koordination zwischen unterschiedlichen Ressorts und Leistungsträgern sowie verschiedenen Rechtsnormen:

Die Folgen:

- Mangelnde berufliche Rehabilitation, trotz erfolgreicher aufwendiger medizinischer Rehabilitation,
- tatenlose Akzeptanz von Erwerbslosigkeit durch chronische Krankheiten als deren häufige Ursache,
- schlechte Vernetzung von präventiver und kurativer Medizin,

- unterschiedliche Zuständigkeiten für arbeitsbedingte und arbeitsunabhängige Gesundheitsgefährdungen der Beschäftigten hinsichtlich ihrer Beschäftigungsfähigkeit.

Hier wird sehr zutreffend der alltägliche „Wahnsinn“ geschildert, den wir in der arbeitsmedizinischen Sprechstunde durch aktive Kommunikation mit den unterschiedlichen Leistungsträgern zumindest tendenziell zu kompensieren versuchen. Wie oft erhalten wir von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und von Rehaeinrichtungen ebenso gut gemeinte wie wenig hilfreiche Atteste bzw. sozialmedizinische Epikrisen, die eine Umsetzung, eine Tätigkeitseinschränkung empfehlen, die in Unkenntnis der betrieblichen Rahmenbedingungen, der Arbeitsprozesse und konkreten Belastungen erfolgen.

Das treibt gelegentlich unterhaltsame Blüten, wenn z. B. einem Beschäftigten, der 40 Kg Übergewicht mehr oder minder erfolgreich(er) trägt vom Heben und Tragen von Lasten über 5 Kg abgeraten wird, wenn einem Briefzusteller ein täglicher Fußweg von 30 bis 35 Kilometern unhinterfragt als bestimmendes Tätigkeitsmerkmal abgenommen wird. Darf nicht heben, darf nicht tragen, das sind die harmlosen Varianten. Fehlte nur noch: darf nicht atmen...

Folgeschwerer sind solche, die so gut gemeint sind, dass sie den Verlust des Arbeitsplatzes heraufbeschwören, arbeitsrechtliche K.o.-Kriterien enthalten. Unser Wissen über die Besonderheiten des Betriebes, seine Möglichkeiten, Eingliederungsprozesse zu unterstützen, organisatorisch oder technisch Leistungseinschränkungen abzufedern aber auch das Wissen über die Grenzen, dessen was machbar ist. Das ist elementares und nur dem Arbeitsmediziner zur Verfügung stehendes Spezialistenwissen, das wir kommunizieren mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, Rehaträgern und -einrichtungen, Integrationsämtern, Krankenkassen und der Bundesagentur – natürlich nur im Einvernehmen mit dem Beschäftigten – zum Nutzen des Beschäftigten und des Betriebes mit dem Ziel einer abgestimmten Strategie zur Abwendung eines Arbeitsplatzverlustes. Immer häufiger und auch erfolgreicher nehmen wir Arbeitsmediziner die Funktion eines Übersetzers und Schnittstellenmanagers wahr und unterstützen Beschäftigte und das Unternehmen, die Probleme abzumildern, die sich aus der unzureichenden Vernetzung und Abstimmung der Versorgungssysteme untereinander und mit der Arbeitswelt ergeben.

Dies gilt natürlich auch für die Primärprävention und für die vielfältigen Möglichkeiten, arbeitsbedingte wie auch arbeitsunabhängige Krankheiten und ihre Risiken im Vorfeld ihres Entstehens zu identifizieren und individuelle sowie – beispielhaft bei den psychischen Belastungen – auch unternehmensbezogene Strategien zu entwickeln.

Man wird einwenden, dass dies schon immer unsere Aufgabe war und bereits 1973 der Gesetzgeber die medizinische Untersuchung im § 3 Arbeitssicherheitsgesetz nicht mit dem Attribut arbeitsmedizinisch eingeschränkt hat: Wörtlich: ...hat die Arbeitnehmer medizinisch zu untersuchen.

Gleichwohl wage ich die Behauptung, dass sich das Selbstverständnis und das Selbstbild in den letzten Jahren nachhaltig gewandelt haben und damit auch Inhalt und Ausrichtung des präventiven Ansatzes. Viele Kolleginnen und Kollegen haben von der Individualberatung zur Gruppen- und Organisationsberatung gefunden oder befinden sich vom Organ auf dem Weg zur Organisation, in der salutogene Ressourcen und Potentialen ebenso vorhanden sind und abgerufen werden sollten wie Risiken wirken für die Gesundheit und ihrer Erhaltung.

Als ich Mitte der 80er Jahre in der Arbeitsmedizin begonnen habe, hat sich die Arbeitsmedizin noch fast ausschließlich über die organfixierte Vorsorgeuntersuchung definiert. Man lese nur mal alte Tagungsberichte. Das Selbstverständnis hatte noch patriarchalische Restbestände, Vermittlung von Wissen und Kompetenzen erfolgte vorrangig im Vier-Augen-Setting, im sicheren Schutz des Untersuchungszimmers. Die Gefahr in unserem Fach, eine weißkittelumhüllte Patina anzusetzen, war auch zu damaligen Zeiten vergleichsweise gering. Dafür war die Nähe zur Arbeitswelt und ihren Beschäftigten zu gering. Trotzdem: Die klinische Sozialisation und ihre Fixierung auf Individuen und ihre Untersuchung prägte sehr maßgeblich das eigene Selbstverständnis. Vorträge, Seminare, Workshops zu Stress, Sucht, Heben und Tragen, Ernährung und Bewegung angeleitet, gestaltet, moderiert und durchgeführt vom zuständigen Betriebsarzt/ärztin, na das hatte vor 20 Jahren schon einen exotischen Charakter.

Da herrschte noch die Delegitis, die Neigung auf externe Berater zu verweisen, teils aus Bequemlichkeit, meist aber aus Befangenheit, weil man hierauf unzureichend vorbereitet war, über das Wissen durchaus verfügte, aber keine Vorstellung über Didaktik und Methodik seiner Vermittlung besaß. Und schließlich wirkte auch das Rollenbild, das Unternehmensführungen von einem Betriebsarzt hatten. Der „Ausgang“ für den Arbeitsmediziner, das Verlassen des Untersuchungszimmers, war in dieser Vorstellungswelt auch nur für definierte Anlässe, Begehungen und ASA-Sitzungen vorgesehen.

Der Einsatz von Flip-Chart, Power-Point, Metaplan, der unbefangene Einsatz von Dialogtechniken, die den Umgang mit kleineren und größeren Gruppen erlauben, haben tatsächlich neue Fenster geöffnet und geben uns die Chance, Kompetenzvermittlung und Stärkung der Selbstwirksamkeit in allen Fragen der Gesundheit auf ein qualitativ höherwertiges Niveau zu stellen. Die Gruppe ist das geeignete Biotop, um Verhaltens- und Verhältnisprävention, Beschäftigte und Organisation in den Dialog zu bringen. Sie lebt von der Ambivalenz zwischen Organ- und Organisationsberatung. Wem es gelingt hier zu vermitteln und zu überzeugen, der gewinnt Vertrauen und dem (ver)traut man knifflige Aufgaben an. Viele Kolleginnen und Kollegen haben diese Chance erkannt, sind dabei unseren Standort neu zu definieren. Und es wären noch weitaus mehr, wenn nicht – vorrangig in überbetrieblichen Diensten – die Einsatzzeiten systematisch runtergefahren und damit auch die zeitlichen Ressourcen beschnitten würden, die man für ein solches Unterfangen benötigt.

Wie auch immer: Das Potential der Arbeitsmedizin kommt erst beim Zusammenführen von Organ- und Organisationsberatung, von Verhaltens- und Verhältnisprävention zur vollständigen Entfaltung. In einem partizipativ gestalteten, ganzheitlich verstandenen betrieblichen Präventionsansatz liegt eindeutig die Zukunft.

Vielleicht erwartet uns dann irgendwann das gleiche Schlüsselerlebnis wie einem Unternehmensberater, der – wie er mir erzählte – eine Ausbildung zum Brauingenieur abgeschlossen hat. Nennen wir ihn einfach und sinnfällig Herrn Gärig. Als Herr Gärig als Brauingenieur begann, war dies die Zeit, als neue Abfülltechniken erstmals die Haltbarkeit des abgefüllten Bieres so verlängerten, dass eine überregionale Vermarktung möglich wurde. Das Sterben vieler kleiner Brauereien war absehbar. Herr Gärig zog hieraus den Schluss, sich beruflich umzuorientieren. Seine Geschäftsidee bestand in der Erkenntnis, dass viele Hersteller nichts um ihre potentiellen Kunden wussten und umgekehrt viele Kunden nicht wussten, welcher Hersteller das für ihn längst Herbeigesehnte in seinem Waren- bzw. Angebotskatalog bereithielt. Mit dieser Geschäftsidee, die – wie man heute sagen würde – zwischen Vertrieb und Direktmarketing angesiedelt war, beriet er sehr erfolgreich auch ein Bauunternehmen. Ihm wurden von dem Bauunternehmen im Laufe der Jahre Aufträge in Millionenhöhe anvertraut. Anlässlich einer Jubiläumsfeier stellte der Geschäftsführer Herrn Gärig vor, lobte die 10-jährige erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Bauingenieur. Nein, halt so stellte Herr Gärig richtig, er sei Brau- nicht Bauingenieur. Der Geschäftsführer versteuerte – oder wie die bibelfesten Psychologen gerne zu sagen pflegen petrifizierte (in Anlehnung an Petrus der Fels). Sein Haukolorit mutierte in eine kalkweiße Tönung angesichts der Erkenntnis, dass er sein Vermögen einem Brau – und nicht einem im Fach kompetenten Bauingenieur anvertraut hatte. Der Geschäftsführer erholte sich von diesem Schock, die Geschäftsverbindung wurde – weil erfolgreich – zu beiderseitigem Nutzen fortgeführt. Stellen wir uns doch mal eine ähnliche Situation vor, wo uns die Geschäftsführung als Organberater vorstellt und wir ihn berichtigen müssten, dass wir Organisationsberater in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Prävention seien... Was macht Herr Gärig heute: Er berät u. a. das weltweit größte Software-Unternehmen als Ghost-Negotiator. Was er da macht: Er stellt kluge, banale, vermeintlich dumme und was sonst noch für Fragen aus der Perspektive eines potentiellen Kunden und trägt dazu bei, dem Produkt zu mehr Anwenderfreundlichkeit zu verhelfen. Eigentlich das Gegenteil zu klassischen Unternehmensberatern, die Antworten geben auf Fragen, die gar keiner gestellt hat.

Na, das wäre auch noch ein Betätigungsfeld für uns: Fragen zu stellen, eben noch keine paraten Antworten zu haben, aber anzubieten, diese gemeinsam im Betrieb zu erarbeiten. Ganz der Erkenntnis Brechts folgend, dass kluge Fragen häufig mehr bewegen als vermeintliche Antworten. So eine Art approbierter Sokrates. Ermutigend auch der Umstand, dass die Rechtsprechung im Unterschied zur Antike keine Todesstrafe für ungebetene Fragesteller mehr vorsieht. Noch Fragen?

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg