

Editorial

Können Smartphone-Apps den Betriebsarzt unterstützen bzw. entlasten?

iArbeitsmedizin?

Nur wenige Wischbewegungen auf dem Bildschirm eines modernen Smartphones oder Tablet-Computers fördern immer Erstaunlicheres zutage, um welches Thema es auch gehen mag. „Apps“ (von „Application“, englisch für „Anwendungsprogramm“) heißen die kleinen Helferlein, die aus modernen internetfähigen Telekommunikationsgeräten mit ihren berührungsempfindlichen Touchscreens intelligente Wegbegleiter machen – im Alltag, in der Freizeit und natürlich auch im Berufsleben.

Da verwundert es kaum, dass auch Suchbegriffe aus der Arbeits- und Betriebsmedizin zahlreiche der kleinen Wunderprogramme auf den Schirm bringen, die versprechen, das Leben leichter zu machen – und das ohne Kosten. Wirklich gratis sind dann aber häufig nur jene Progrämmchen, die in großen Stückzahlen über die „Ladentische“ der App-Stores gehen und zur Refinanzierung mit Werbeeinblendungen unterfüttert sind. Sinn und Zweck der eigentlichen Anwendungen sich dabei kaum auszumachen – und die wenigen positiven Ausnahmen bestätigen die Regel.

Aber auch die käuflich zu erwerbenden Mini-Programme stellen die Nutzer leider viel zu oft nicht zufrieden, denn Preis und Leistung differieren meist deutlich. Nicht selten versprechen Beschreibung und Screenshots wesentlich mehr, als die Software am Ende zu leisten vermag. Doch für Reklamationen ist es dann in der Regel zu spät, denn für Smartphone-Software gibt es bislang kein Rückgaberecht, womit die „Digital Natives“ bislang scheinbar ganz gut leben können. Nicht zuletzt deshalb scheint bei den App-Entwicklern nach wie vor eine Art Goldgräber-Stimmung zu herrschen: Schnell und lieblos zusammengeschusterte Software, mit Bugs (Programmfehlern) und ohne ausreichende Dokumentation trifft man bei den „Little Helpers“ leider immer wieder an.

Was vermögen die Apps zu leisten? Können sie tatsächlich wichtige Aufgaben übernehmen und den Betriebs- oder Arbeitsmediziner im beruflichen Alltag entlasten? – In der Tat gibt es sie, die sinnvollen Apps. Sie sind jedoch rar gesät. Das eine oder



Inhalt

Editorial

iArbeitsmedizin? 113

Praxis

Prävention vor Reha vor Rente – oder: was das Markusevangelium mit Prävention zu tun hat 114

Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 4 118

Gesunde Arbeitsplätze durch Partnerschaft für Prävention 120

Fit für die Arbeitswelt 121

Wenn der Urlaub Angst macht 124

Impressum

128

andere Nachschlagewerk und dieses oder jenes Hilfsprogramm vermag tatsächlich dazu beizutragen, dass sich wiederkehrende Aufgaben (beispielsweise Berechnungen) ein klein wenig leichter und bequemer erledigen lassen. Doch professionelle Applikationen mit großem Mehrwert sind leider noch viel zu selten anzutreffen.

Somit bleibt größtenteils die ernüchternde Erkenntnis, dass die Apps derzeit eher einen „spielerischen“ Zugang zur digitalen Welt ermöglichen und allenfalls komplementär zu bereits bestehenden Anwendungen in der Praxis eingesetzt werden sollten.

Man darf jedoch davon ausgehen, dass unter anderem die Fachverlage zunehmend die Wertigkeit des neuen digitalen Marktes erkennen und qualitativ hochwertige Produkte – elektronisch aufbereitete und gegebenenfalls „abgespeckte“ Version bereits existierender Veröffentlichungen – auch für Smartphones und Tablets anbieten. Digitale Nachschlagewerke, Checklisten und Übersichten werden hoffentlich Betriebs- und Arbeitsmediziner ernsthaft entlasten helfen und dabei auch Synergien mit der Onlinewelt schaffen. Ob diese Entwicklung jedoch nachhaltig sein wird, bleibt abzuwarten, zumal Experten infrage stellen, ob die kleinen Helferlein heutiger Prägung überhaupt eine Zukunft haben.

Der Smartphone- und Tablet-Markt entwickelt sich rasant, und das wird auch weiterhin Auswirkungen auf Qualität und Inhalt der Apps haben. Entscheidend sind dabei die Anwender. Die ASUpraxis wird die Entwicklung weiterhin kritisch beobachten.

Dr. Oliver Erens

Prävention vor Reha vor Rente – oder: was das Markusevangelium mit Prävention zu tun hat

Mit „Symposion“ ist der Nachwelt einer von Platons Meisterdialogen überliefert: Ein kunstvoller Bericht über ein Gastmahl, bei dem – leicht bekleidet, auf Diwanen liegend – zum philosophischen Gespräch über die Liebe der eine oder andere Becher Wein gereicht wurden.

Zu einem Symposium hatte am 16. Mai auch die DRV-Rheinland eingeladen, genauer zum „Rheinischen Frühjahrssymposium Rehabilitation“. – Gelang es den Veranstaltern, an die antike Traditionspflege anzuknüpfen? Erfüllte der Titel das, was er versprach?

Der Berichterstatter darf Sie zunächst mit einer orakelhaften Antwort vertrösten: Für einen Altphilologen dürfte sich das Ergebnis anders darstellen als für einen bibelfesten neutestamentarisch geprägten Präventionsapostel. Geduld, Geduld. Wir werden zu gegebener Zeit darauf zurückkommen.

Soviel vorweg: Viele waren der Einladung trotz Mangels an unmittelbar erkennbaren hedonistischen Anreizen gefolgt und der Besuch hat sich auch für diejenigen gelohnt, denen bisher beim Betrachten und Lauschen von Powerpoint-Präsentationen die Erfahrung entrückter, erotischer Ekstase vorenthalten blieb.

Geladen waren Kooperationspartner aus der ambulanten und stationären Versorgung, Betriebsärzte, Firmen, Politik, Forschung und Reha-Wissenschaften. Inhaltlicher Schwerpunkt des Symposiums war, so das Versprechen des Veranstalters, die Intensivierung und Fortentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Firmen / Unternehmen, ambulanten und stationären Kooperati-

onspartnern und der Deutschen Rentenversicherung. Berichtet und diskutiert werden sollte über die Perspektiven der Rehabilitation, der ganztägig ambulanten Rehabilitation, der Reha-Forschung, über die Schnittstellen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie die Projekte „WeB-Reha“ und „Plan Gesundheit“.

„Gelingt es, den Eintritt in die Rente auf einen um vier Monate späteren Zeitpunkt zu verschieben, hat sich die Reha-Maßnahme bereits gerechnet“

Reha rechnet sich, damit stimmte der alternierende Vorsitzende der Vertreterversammlung der DRV-Rheinland **Winfried Fockenberg** die Veranstaltung ein. Gelänge es, den Eintritt in die Rente auf einen um vier Monate späteren Zeitpunkt zu verschieben, habe sich die Reha-Maßnahme bereits gerechnet. In den letzten Jahren seien die zur Verfügung stehenden Mittel vollständig ausgeschöpft worden. Die Finanzierung sei gedeckelt und orientiere sich an der Entwicklung der Bruttoarbeitslöhne, aber bedauerlicherweise nicht am realen – steigenden – Bedarf. Der wachsende Bedarf sei unter anderem der kollektiven Alterung der Versicherten, der zu erwartenden längeren Lebensarbeitszeit und den damit steigenden Morbiditätsrisiken geschuldet.

Es sei zwar verdienstvoll, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ab 2017 mit einer temporären Demografiekomponente den zusätzlichen Bedarf abstützen wolle, nur der



Autor

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg
Vorsitzender des Ausschusses
Arbeits- und Umweltmedizin
der Ärztekammer Nordrhein

späte Zeitpunkt der Einführung und das in Aussicht gestellte Volumen könnten nicht zufrieden stellen.

Eine „Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“, wie dies im vollen Titel mit dem Altersgrenzenanpassungsgesetz¹ beabsichtigt ist, werde damit wohl nicht erreicht.

„Wir wollen mit der Reha und nicht an der Reha sparen“

Wir wollen mit der Reha und nicht an der Reha sparen, so Ministerialdirektorin **Gitta Lampersbach**, Leiterin der Abteilung Prävention und Rehabilitation im BMAS. Im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 komme dem Thema Prävention herausragende Bedeutung zu. Ihre Abteilung führe Prävention und Rehabilitation im Namen. Dies sei mit einem eindeutigen Arbeitsauftrag der Ministerin verbunden. Es gelte, künftige Belastungen der Sozialsysteme

¹ Das Alterungsanpassungsgesetz lautet im vollen Wortlaut leicht monströs: „Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“

zu vermeiden. Wegen psychischer Krisen und Erkrankungen fielen jährlich 30 Millionen Krankheitstage an. Arbeitgeber investieren noch nicht ausreichend in Prävention und Schulung, insbesondere von Führungskräften, die auf ihre Rolle vorzubereiten sind.

Aufgabe von Politik sei es, die Rahmenbedingungen für gesundes und erfülltes Arbeiten zu schaffen. Dazu gehöre auch mehr Kosten- und Leistungstransparenz, die „Hebung von Effizienzreserven“, so die ebenso schneidige wie unmissverständliche Ansage aus dem Hause von der Leyen.

Im Zeitkorridor von 2006 bis 2011 sei der Anteil der ambulanten Reha um 300 % gestiegen und behaupte sich mittlerweile im bundesweiten Schnitt bei 15 % aller Reha-Maßnahmen mit wachsender Tendenz. In Zukunft liege das Augenmerk mehr auf der Nachsorge, um das Erlernte nicht zu vergessen. Das verlange auch eine längere Kontaktpflege mit den Rehabilitanden nach ihrer Entlassung.

Die UN-Behindertenkonvention umzusetzen und die Idee der Inklusion zu verankern, sei ein ernstes Anliegen der Bundesregierung, das sich auch in einem nationalen Aktionsplan wiederfinde.

Ein wachsendes Fachkräfte-„Angebot“ von jährlich zirka 100.000 in den Jahren 2014 bis 2025 kumuliere auf zirka 1,25 Millionen zusätzliche Beschäftigte. Hiervon sollten auch die Menschen mit Handicap profitieren. Dies entspräche einem Wertschöpfungspotenzial von 450 Mrd. Euro und damit dem jährlichen Bruttosozialprodukt des Bundeslandes Bayern.

„Die Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin funktioniert in großen Betrieben hervorragend. Es gilt jetzt, WeB-Reha zu öffnen für Klein- und Mittelbetriebe durch Stärkung regionaler Strukturen“

Die DRV-Rheinland setzt sich hohe qualitative Standards und ist bemüht, diese ständig zu verbessern, um die zirka 340 Mill. Euro, die ihr jährlich zur

Verfügung stehen, verantwortungsvoll und an den Zielen einer nachhaltigen Wirksamkeit ausgerichtet einzusetzen, betonte **Holger Baumann**, Mitglied der Geschäftsführung der DRV-Rheinland, in seinem Impulsreferat zu Status und Perspektiven der Reha.

Die ganztägige ambulante Reha habe sich mittlerweile etabliert. Mit einem Anteil von 25 % an allen bewilligten Rehamaßnahmen nimmt die DRV-Rheinland eine bundesweite Spitzenstellung ein (Durchschnitt 15 %). Die Philosophie, gegenüber der stationären Reha keine qualitativen Abstriche zuzulassen, habe sich bewährt. Die DRV-Rheinland kooperiert inzwischen mit fast 50 ambulanten Anbietern, die sich den anspruchsvollen Qualitätskriterien verpflichten.

Bewährt und mittlerweile etabliert habe sich auch das **WeB-Reha Verfahren**, die Kooperation und Kommunikation mit den Betriebsärzten. Seit 2008 wurden mehr als 700 Anträge bewilligt und erfolgreich abgeschlossen. Die Zahl der Nutzer und Anträge zeige eine kontinuierlich steigende Tendenz.

Während sich die Zusammenarbeit mit den in Großbetrieben angesiedelten Werksärzten hervorragend darstelle, würden in vielen Klein- und Mittelbetrieben noch nicht die Potenziale erkannt. Es stehe jetzt an, so Baumann, WeB-Reha mithilfe regionaler Strukturen zu öffnen. Prävention und Rehabilitation sollten wohnort- und betriebsnah erfolgen.

Eine weitere Vernetzung von medizinischer und beruflicher Reha sei auch mit dem **Reha-Arbeit-Direkt-Projekt** verbunden, das neben der Einrichtung und Weiterentwicklung eines flächendeckenden Arbeitgeber-Services auf der Agenda stehe.

„MBOR – Medizinisch-beruflich orientierte Reha wirkt, ist aber kostenintensiver und dauert in der Regel länger“

Uwe Egner, Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzfragen der DRV-Bund, berichtete, dass bei der Befragung von

Rehabilitanden jeder zweite angab, dass die Erwerbsfähigkeit kein Thema in der Rehamaßnahme gewesen sei.

Unabhängig von der Validität der zitierten Befragung könne nicht verkannt werden, dass ein deutlich gestiegener Bedarf bestehe, besondere berufliche Problemlagen frühzeitig zu erkennen und in den Rehaprozess und seine Ausrichtung einzuspeisen.

Die DRV versuche zurzeit mit wissenschaftlicher Unterstützung ein Prozessmodell zur MBOR zu entwickeln. Als Screening-Hilfe zum Identifizieren beruflicher Anforderungen sei auch eine spezielles Formular G 9590 „Anlage zur beruflichen Situation“ zum Download hinterlegt. Medizinisch-beruflich orientierte Reha wirkt, ist aber kostenintensiver und dauert in der Regel länger.

„Im Sport ist nur dreimal im Jahr Höchstleistung möglich. Periodisierung von Belastung ist im Arbeitsalltag erforderlich“

In der Sportmedizin praktiziere man seit über 30 Jahren MBOR, bemerkte **Prof. Dr. Ingo Froböse**, Hochschulprofessor an der Sporthochschule Köln, unter anderem Leiter des Instituts für Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln; vielen auch als Nachfolger von Prof. Hollmann sowie durch seine vielseitige Medienpräsenz bekannt.

Allein in der Champions League würden jährlich ca. 100 Millionen Euro in medizinische Reha investiert. Gegenläufig zur Arbeitswelt sei in der Sportmedizin seit langem die Pause in den Mittelpunkt der Trainingsaktivitäten gerückt. Beanspruchung und Erholung verlangen einer physiologische Balance, die Biologie ließe sich nicht überlisten. Sportler würden erst durch Pausen gut. Trainingsinhalt, -frequenz, -dichte und -dauer würden in ihrem Zusammenspiel den Trainingsreiz ergeben, der würde er falsch gesetzt, einen Leistungsabfall heraufbeschwöre.

Das Mantra der Arbeitswelt, jeden Tag 100 % Leistung, wäre entgegen jeder

biologischen Erkenntnis. Mehr als drei Marathonläufe im Jahr seien für einen Sportler nicht auf höchstem Niveau zu leisten. Es sei bedauerlich, dass im beruflichen Alltag die Pausen immer noch mit einem Mangel an Motivation und Leistungsbereitschaft attribuiert würden.

„Betriebsärzte können Lotsenfunktion wahrnehmen – BGF erreicht zur Zeit nur zirka 3 Mill. von 41 Mill. Beschäftigten“

Zu viel würde er versprechen, wenn er eine klar strukturierte Präventionsstrategie der Koalition darstellen sollte, bekannte **Olaf Liebig**, Leiter des Referates Rechtsfragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung im Bundesministerium für Gesundheit. Ein Präventionsgesetz sei aktuell nicht in Sicht. Es sei aber absehbar, dass „unter Berücksichtigung und Stärkung vorhandener Strukturen“ – so der Wortlaut der Koalitionsvereinbarung – die betriebliche Gesundheitsförderung an Bedeutung gewänne. Die mit der demografischen Entwicklung absehbare Überalterung, die zunehmende Krankheitsanfälligkeit sowie steigende Beitragslast für die Renten- und Krankenversicherungen rufen nach präventiven Antworten.

Nach einer Studie der internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit ist ein Return on Invest von 1:2,2 zu erwarten. Nach der Datenlage seines Hauses betreiben 27 von 169 Krankenkassen überhaupt keine betriebliche Gesundheitsförderung. Von BGF wurden – nach Auskunft der Krankenkassen – bisher zirka 1 Million Beschäftigte bzw. 6.000 Betriebe (mit potenziell 3 Mill. Ansprechpartnern) erreicht. Das sei bei 41 Millionen Beschäftigten sehr bescheiden.

Betriebsärzte könnten im betrieblichen Setting eine Lotsen- und Impulsfunktion übernehmen. Unter www.Unternehmen-unternehmen-Gesundheit.de hat das Ministerium eine Internetadresse eingerichtet und 100 gelungene, ermutigende Praxisbeispiele hinterlegt.

„Ambulante Reha (AR) – Potenziale und Grenzen“

Prof. Matthias Morfeld von der Hochschule Magdeburg, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, System der Rehabilitation, bekräftigte die gewachsene Bedeutung der ambulanten Reha. Während 1997 noch 8.400 ambulante Reha-Maßnahmen durchgeführt wurden, sei 2010 bereits mit 122.000 der sechsstelligen Bereich erreicht worden.

Sein Fazit:

- Ambulante und stationäre Reha sind bei Befolgung einheitlicher Qualitätsstandards gleichwertig
- Die Vorteile der ambulanten Reha werden noch nicht ausgeschöpft
- Ambulante Reha ist billiger als stationäre Reha
- Ambulante Reha eignet sich besonders für Ballungsräume
- Ambulante Reha hat das Potential zur Flexibilisierung der Reha-Zeit
- Ambulante Reha vernachlässigt bestimmte Bevölkerungsgruppen (beispielsweise Frauen und Ältere)
- Die Arbeitsplatznähe bei ambulanter Reha wird (noch) nicht ausreichend genutzt

„Essen ist das Mekka der ambulanten Reha“

Von den Vorteilen und wachsenden Akzeptanz der ambulanten Reha wusste auch **Jürgen Hinke** zu berichten, Fachbereich Reha-Management der DRV Rheinland. Zur Zeit kooperiere die DRV Rheinland mit 48 ambulanten Einrichtungen, wobei die Orthopädie (27) eine Spitzenposition einnehme, gefolgt von der Kardiologie (15), Neurologie (13) und der Psychosomatik (5). Rund 70 % der Indikationen sind aktuell orthopädischer Natur, mit einigem Abstand folgen Kardiologie (17 %), Neurologie (8 %) und die Psychosomatik (5 %), die aktuell noch ein Nischendasein führt.

Die Fallzahlen haben sich innerhalb von zehn Jahren mehr als versechsfacht

(2001: 1300; 2011: 8400). Die höchste Dichte an ambulanten Einrichtungen könne aktuell Essen vorweisen. Die Präsenz ambulanter Einrichtungen sei allerdings nicht auf Ballungszentren beschränkt.

„Prävention vor Reha vor Rente“

„Gehe lieber nach Hause und baue ein Netz, als dass du nach Fischen tauchst.“ Mit diesem anschaulichen Bild skizzierte **Ulrich Theißen**, Fachbereichsleiter Rehamanagement bei der DRV-Rheinland, Handlungsfelder, -perspektiven und Erfolgsfaktoren für ein gelingendes Networking.

Bei der Bewältigung komplexer Aufgaben lehre die Erfahrung, dass zunächst eine Bereitschaft zum Verständnis der Situation des Anderen und seiner Motive erforderlich sei. Hiervon ausgehend ließe sich ein erster kleinster gemeinsamer Nenner konsentieren.

Networking erfreue sich einer steigenden Tendenz mit guten Erfahrungen und Entwicklungspotenzial, vor allem im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (**MBOR**), der **ambulanten Reha**, der Kooperation mit den Betriebsärzten (**WeB-Reha**) sowie der Prävention (**Plan Gesundheit**).

Bei der MBOR rücke eine kompetente Betreuung von Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen vermehrt in den Fokus. Mit Reha-Arbeit-Direkt würde ein vielversprechender Ansatz in der Kooperation mit Berufsförderungswerken und stationären Reha-Einrichtungen erprobt. Auch der Ausbau eines flächendeckenden Arbeitgeber-Services im Sinne von Kompetenzzentren für Beschäftigungsfähigkeit. Eingliederung und Teilhabe berge noch Effizienzreserven.

Er verrate kein Geheimnis, dass **ambulante Reha** kostengünstiger sei als die stationäre Alternative. Deshalb sei ein Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen auch ein Beitrag, das Reha-Budget bei wachsendem Bedarf zu entlasten.

Bisher sei die Entscheidung für ambulante Leistung ausschließlich bei Wunsch des Rehabilitanden gefallen. Das Potential für ambulante Versorgungsangebote ist deshalb längst nicht ausgeschöpft.

Nicht verkannt werden könne, dass das Angebot an ambulanter, gemeindenahe psychosomatischer Reha noch in den Kinderschuhen stecke und großes Entwicklungspotential besäße.

Es habe sich ausgezahlt, dass man von Anbeginn an auf eine vergleichbare Qualität zur stationären Reha Wert gelegt habe. Das spiegele sich auch in der Beschwerdeshäufigkeit, Unzufriedenheit mit der Reha, wieder, die bei 0,26% liege.

Nur zirka 30% der Kosten für eine vergleichbare Reha fallen bei einem **Web-Reha Verfahren** für das Unternehmen an, das habe ein jüngst im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichter Beitrag² belegt.

Der Betriebsarzt als Initiator eines Reha-Antrages, als Teilnehmer bei der Erstellung eines Therapieplanes und last but not least als Steuermann der Wiedereingliederung komme sowohl Beschäftigten, Unternehmen als auch dem Reha-Träger zugute. Eine klassische Win-Win-Situation mit dem Makel, dass sich in vielen Klein- und mittelgroßen Betrieben das Unternehmen und der betriebsärztliche Anbieter bei der Vertragsgestaltung auf ein Minimum an gesetzlich Verlangtem begrenzten. Hier wäre das wirtschaftliche Einsparpotenzial noch nicht wahrgenommen worden.

In Zukunft sollen neben den Betriebsärzten auch die ambulanten Reha-Einrichtungen bei der Identifikation von Reha-Bedarf zu Prozess-Beteiligten werden.

Aufbauend auf die Erfahrungen von Web-Reha hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland gemeinsam mit der pronova BKK und dem betriebsärztlichen Dienst der Firma Currenta

2 Knülle, Erich Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit: Reha als wichtiger Baustein Dtsch Arztebl 2012; 109(12):

das Präventionsprojekt „**Plan Gesundheit!**“ entwickelt (ein ausführlicher Bericht erscheint in dieser Ausgabe).

Das Präventionsprojekt wendet sich auf der Grundlage des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI an Beschäftigte mit hohen Gesundheitsrisiken, hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und negativen Gesundheitsprognosen. Es zielt darauf, langfristige Lebensstiländerungen zu bewirken und das Risiko von Erwerbsminderungsrenten zu minimieren. Durch eine möglichst frühzeitige – über einen Zeitkorridor von zwei Jahren laufende – Intervention solle das Grundprinzip des Vorrangs der Prävention betont und der Eintritt von Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten vermieden werden. Das Projekt beziehe das Wohn- und Arbeitsumfeld der Versicherten mit ein und werde im Hinblick auf seine Wirksamkeit von der Fachhochschule Niederrhein wissenschaftlich begleitet.



Die vorläufigen Ergebnisse des Projektes seien sehr ermutigend: Geringe Abbruchquote, sehr gute Compliance, belastbare Hinweise auf nachhaltige Verhaltens- und Verhältnisprävention. Prävention rechne sich nicht nur für die DRV-Rheinland. Die Wirksamkeit und der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention sei unter anderem durch den IGA-Report Nr. 3 bzw. 13³ anschaulich dokumentiert mit

einem Return on Invest zwischen 230 und 1.000%, so die Auswertung der wissenschaftlichen Datenlage.

Bisher habe Reha vor Rente gegolten, so Theißen. Er schlage eine erweiterte Sichtweise vor: Prävention vor Reha vor Rente. Mit diesem saftigen, zukunftsversprechenderen Slogan klang dieses lohnende und anregende Symposium aus.

Da bleibt dem Berichterstatter abschließend nur noch der Hinweis, dass nicht nur bei Platon sondern auch im Markusevangelium die Rede von einem „**Symposion**“ ist. Es handelt sich dabei um die **wunderbare Brotvermehrung**, wobei Jesus die 5.000 hungerigen Mäuler in Symposien, Tischgemeinschaften von 100 bis 150 Menschen teilte, bevor die fünf Brote und zwei Fische gerecht und kollektiv sättigend aufgeteilt wurden.

Leider wurde diese Bibelstelle bisher nicht als Metapher für ein gelingendes Präventionsmanagement entdeckt. Auch wenn Jesus hiermit die Messlatte für ein Return on Invest sehr hoch gesetzt hat: Nur Herausforderungen lassen uns wachsen. – In enger Anlehnung an die Biblexegese hätte die Einladung doch noch das gehalten, was sie im Titel trug: Wunderbare Brotvermehrung durch Prävention!

Das nächste Symposium wird voraussichtlich in zwei Jahren stattfinden. Wir werden frühzeitig hierüber informieren. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

3 IGA-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz
<http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-13.html>

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ist ein Kooperationsprojekt des BKK Bundesverbandes, des AOK-Bundesverbandes, des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bei der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung

Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 4

Einleitung

Die arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ des Ausschusses für Arbeitsmedizin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nennt Eckdaten zur Psychischen Gesundheit und stellt dabei die Rolle des Betriebsarztes in den Mittelpunkt.

In den Folgen 1 bis 4 werden die **Grundlagen** vermittelt. Hier findet ein wissenschaftlicher Exkurs zum Bedingungsgefüge von psychischer Gesundheit und Krankheit statt. Dieser hilft, die Komplexität der Interaktion von biologischen und psychischen Prozessen zu verstehen. Die für den Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit in der Arbeit wesentlichen Faktoren werden zusammengefasst und mit den aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt konfrontiert. Gängige wissenschaftliche Hypothesen und Modelle vermitteln mögliche Lösungsoptionen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

In den Folgen 5 und 6 **Perspektiven und Methoden** werden ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung ausführlich vorgestellt, auf eine umfassende Darstellung wird aber bewusst verzichtet. Mögliche externe Kooperationspartner werden benannt. Die Rahmenbedingungen in kleinen und mittelgroßen Unternehmen werden stets berücksichtigt. Für die praktische Umsetzung wird ein bewährtes dreistufiges Vorgehen empfohlen.

Die Vorstellung **erfolgreicher betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

Perspektiven und Methoden

5 (Früh-) Diagnostik – Erkennen von Gefährdungen für den Erhalt psychischer Gesundheit im Betrieb

Nach dem Selbstverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wie es beispielsweise in der Luxemburger Deklaration festgehalten ist, bedarf es einer umfassenden Strategie, die einerseits zusammen mit Verantwortlichen aller Ebenen entwickelt und umgesetzt wird, andererseits mehrere Maßnahmen kombiniert, die sowohl auf individueller als auch organisatorischer Ebene oder deren Schnittstelle ansetzen. Nur ein sorgfältig geplantes Konzept, das gemeinsam mit den Beschäftigten auf den Weg gebracht wird, hat wirklich gute Chancen auf Erfolg. Spezifische Zielformulierungen, deren regelmäßige Aktualisierung sowie eine entsprechend fundierte Evaluation zählen ebenfalls zu den Rahmenbedingungen, die zum Erfolg eines Programms zur Förderung der psychischen Gesundheit erheblich beitragen.

Ebenso unverzichtbar für das Gelingen ist die gründliche **Bedarfsanalyse** im Vorfeld. Sie ermöglicht es erst, unternehmensspezifische Programme für alle Interventionsebenen „maßzuschneidern“, die nachweisbar effektiver und nachhaltiger sind. **Das Arbeitsschutzgesetz** hat 1996 die systematische Beurteilung der Arbeitsbedingungen als zen-



trale Verantwortung des Unternehmers herausgestellt. Die **Gefährdungsermittlung und -beurteilung** wird vom Gesetzgeber im § 5 des Arbeitsschutzgesetzes gefordert und ist Aufgabe des Arbeitgebers. Betriebs- und Personalräte haben ein Recht auf Mitbestimmung. Unterstützend können betriebliche Experten mitwirken, **insbesondere der Betriebsarzt**, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und, sofern vorhanden, andere innerbetrieblichen Ratgeber (Sozialberatung, psychologischer Dienst, Sicherheitsbeauftragte, u. a.).

5.1 Informationsquellen für den Betriebsarzt

Oft suchen Mitarbeiter mit arbeitsplatzbezogenen gesundheitlichen Beschwerden – ein häufiger Anlass von Wunschuntersuchungen –, den Weg in die Sprechstunde des Betriebsarztes, nehmen andere arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen wahr oder werden im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX (BEM) arbeitsmedizinisch beraten. Die ärztliche Schweigepflicht ist der wesentliche Grund dafür, dass oft zuerst oder auch allein die Betriebsärzte im vertraulichen Gespräch mit psychischen Problemen oder Erkrankungen der Beschäftigten konfrontiert werden. Die wichtigste Informationsquelle von Arbeitsmedizinern zur psychischen Gesundheit der Beschäftigten ist also das **Beratungsgespräch**. Es sind Einzelfälle mit Arbeitsbezug; allerdings entsteht gelegentlich der Eindruck von Häufungen entsprechender Probleme bei bestimmten Beschäftigtengruppen. Um derartige Eindrücke zu Erkenntnissen

zu verdichten oder auch zu entkräften, sollten weitere Informationsquellen zur Verfügung stehen.

Derartige Daten- und Informationsquellen können z. B. sein:

- Ergebnisse von schriftlichen Mitarbeiterbefragungen oder moderierten Arbeitssituationsanalysen (siehe Abschnitt 5.3.1)
- Die Auswertung arbeitsmedizinisch begleiteter Wiedereingliederungsprozesse, dabei stehen dem Betriebsarzt oft Detailkenntnisse zu den Wechselwirkungen von Arbeit und Erkrankungsverlauf zur Verfügung
- Erkenntnisse und Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (beispielsweise Prävalenzdaten zu chronischen Erkrankungen oder zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden)
- Diagnosegruppen-bezogene Arbeitsunfähigkeitsdaten wegen psychischer Erkrankungen, soweit die Betriebsgröße, die Existenz einer Betriebskrankenkasse mit hohem Anteil Versicherter in einer Belegschaft und der Einsatz elementarer Methoden der Epidemiologie (Standardisierung) gewährleistet sind.

5.2 Bedarfsanalyse – Empfehlungen zum Vorgehen

Aus den ihm zugänglichen Beobachtungen und Daten hat der Betriebsarzt die Möglichkeit, Hypothesen zu formulieren und deren Überprüfung im Rahmen der **Gefährdungsermittlung und -beurteilung** anzuregen. Die Gefährdungsermittlung, -beurteilung und die Ableitung spezifischer betrieblicher Maßnahmen soll gewährleisten, dass Interventionen mit primärpräventivem Potential Vorrang haben und damit den Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit sichern. Die Gefährdungsermittlung gliedert sich in

- Erheben der Gefährdungen
- Bewerten der Gefährdungen
- Auflisten der bereits vorhandenen oder zu treffenden Maßnahmen mit der jeweiligen Zuordnung von Zuständigkeiten.

Die Reihenfolge der Maßnahmen orientiert sich immer an den Interventionebenen:

- Technische Lösungen
- Organisatorische Lösungen
- Personen bezogene Lösungen

Es sind Mitarbeitergruppen mit vergleichbaren Arbeitsaufgaben zu betrachten und nicht das Individuum. Zu den zu beurteilenden Kontextbedingungen gehören auch die **psychischen Belastungen**, wie sie beispielsweise in der Bildschirmarbeitsplatzverordnung explizit festgehalten sind. Als psychische Belastung ist „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ definiert. „Arbeitsbedingte psychische Belastungen sind die sich aus dem Arbeitsinhalt, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung ergebenden kognitiven, emotionalen und verhaltensmäßigen Anforderungen (...) Belastungen führen zu Beanspruchungen des Mitarbeiters.“ (Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt, DGUV 2010).

Um psychische Belastungen beurteilen zu können, müssen möglichst alle Anforderungsmerkmale der Arbeitstätigkeit identifiziert und dokumentiert werden. Dafür stehen seit vielen Jahren eine Vielzahl von Checklisten und Tools zur Verfügung, die eine an die konkreten betrieblichen Bedingungen angepasste Erfassung und Bewertung ermöglichen (BAuA Toolbox 2010). Arbeitsbedingte **psychische Beanspruchung** wird verstanden als „die Gesamtheit emotionaler, kognitiver, verhaltensmäßiger und zentralnervös vermittelter physiologischer Reaktionen auf Aspekte des Arbeitsinhalts, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsumgebung.“ „Die psychische Fehlbeanspruchung bezeichnet Belastungsreaktionen, welche die Gesundheit kurz- oder langfristig signifikant beeinträchtigen.“ (Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt, DGUV 2010).¹

Derzeit geeignete Verfahren sind:

- Dokumentenanalyse, vorhandene Daten des Betriebes
- Bewertung von Arbeitsmerkmalen durch interne Expertenteams (beispielsweise Fach- und Führungskräfte, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit)
- physiologische Beanspruchungsindikatoren (beispielsweise Blutdruckmessung)
- Beobachtung durch Experten (Arbeitswissenschaftler)
- Befragung von Beschäftigten über Arbeitsmerkmale
- Befragung von Beschäftigten über Beanspruchungsfolgen

5.3 Drei-Stufen-Modell

Es empfiehlt sich ein gestuftes Vorgehen, das nicht komplett durchlaufen werden muss, sondern die Erkenntnisse jeder Stufe bewertet und abhängig davon die jeweils nächste Stufe auslöst.

Stufe 1

Als erster Schritt für die Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen sollten vorhandene Unterlagen und Daten ausgewertet werden. Erste Hinweise können sich ergeben aus:

- 1 *Eine Beurteilung psychischer Belastungen wird dadurch erschwert, dass Belastungen und Beanspruchungsfolgen nicht kausal verknüpft sind sondern subjektiven Bewertungen unterliegen. Beanspruchungsfolgen durch psychische Belastungen sind abhängig von der individuellen Lebensgeschichte, der Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigungsstrategien, aktuellen Lebenskrisen oder der Identifikation mit der Arbeit und dem Betrieb, was die Trennung von Belastungen und Beanspruchungen sowie Beanspruchungsfolgen schwierig macht. Dies unterscheidet psychische Belastungen von anderen Belastungsfaktoren wie beispielsweise Lärm, Gefahrstoffen oder klimatischen Faktoren, die auch unabhängig von handelnden Personen gemessen und beurteilt werden können. Bei der Ermittlung von Gefährdungen sollen nicht nur die Belastungen, sondern auch die Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen erfasst und bewertet werden.*

- Selbstdarstellungen der Unternehmen (Broschüren, Jahresberichte, Internetauftritt)
- Stellen- und Aufgabenbeschreibungen
- Produktionskennziffern
- Qualitätskennziffern
- Personaleinsatzpläne, Schichtpläne und Überstundenstatistiken
- Fluktuationsquoten
- AU-Quoten
- Auswertung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen
- Auswertung vorhandener Daten, beispielsweise von Befragungsergebnissen
- Fehlzeitenanalyse
- Krankenstandsanalysen und -berichte der gesetzlichen Krankenkassen
- Analysen der Unfallversicherungsträger

Da die betrieblichen Experten ein fundiertes und meist langjähriges Wissen über die Arbeitsplätze, Arbeitsbelastungen und betrieblichen Organisationsstrukturen mitbringen und dank unterschiedlicher Qualifikationen auch ihre spezifische fachliche Sichtweise einbringen, die sich externe Berater auch mit hohem zeitlichen Aufwand nicht aneignen können, ist es sinnvoll, die erste Analyse und Bewertung auf Grundlage der Kenntnisse der betrieblichen Experten vorzunehmen.

Stufe 2

Ergeben sich bei der Auswertung vorhandener Unterlagen und Daten Hinweise auf psychische Belastungen, die eine weitergehende Analyse und Bewertung erfordern, hat sich folgende Vorgehensweise bewährt:

- Gespräche mit Geschäftsleitung und Betriebs/Personalrat über Befunde und Ziele (Auftragsklärung).
- Einrichtung eines Arbeitskreises unter Beteiligung aller Akteure
- Auswahl geeigneter Analyseinstrumente (s. 5.3.1)
- Prüfung, ob externe Experten zur Unterstützung erforderlich sind
- Einbeziehung der Beschäftigten
- Sicherstellung der Anonymität und des Datenschutzes, Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht
- Erarbeitung eines Konzepts, Abstimmung und Durchführung der Analyse
- Auswertung und zeitnahe Kommunikation der Ergebnisse
- Festlegung von organisatorischen Strukturen zur Umsetzung der Ergebnisse und Erarbeitung von Lösungen

Stufe 3

Bei speziellen Fragestellungen oder kritischen, schwer zugänglichen oder bewertbaren Belastungsfaktoren und Beanspruchungen bieten sich als dritte Stufe arbeitswissenschaftliche Detail-

analysen, Beobachtungsinterviews usw. an. Dabei können externe Experten hinzugezogen werden. Auch hierfür stehen eine Reihe von wissenschaftlich erprobten Analyseinstrumenten und Testbatterien zur Verfügung, die im Regelfall mit einem hohen zeitlichen und personellen Aufwand verbunden sind. Der Einsatz derartiger Verfahren ist meist auf arbeitswissenschaftliche Studien und Forschungsprojekte begrenzt. □

Der Beitrag wird fortgesetzt.

Die Redaktion dankt Dr. A. Schoeller für die redaktionelle Aufbereitung des Textes.

Literatur:

Arbeitsschutzgesetz (ArSchG)

<http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/index.html>

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und

Arbeitsmedizin (2010). *Arbeitswelt im Wandel Zahlen – Daten – Fakten.*

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und

Arbeitsmedizin, Gabriele Richter (2010).

Toolbox, Version 1.2. Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.

Sozialgesetzbuch IX

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

DGUV: *Arbeiten: entspannt, gemeinsam, besser.*

So geht's mit Ideen-Treffen. Berlin 2010.

Auch: www.dguv.de

Kampagne der europäischen Arbeitsschutzagentur bis 2013

Gesunde Arbeitsplätze durch Partnerschaft für Prävention

Die Beschäftigten und Arbeitgeber stehen im Mittelpunkt der Kampagne „Partnerschaft für Prävention“, die die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao (Spanien), in den Jahren 2012 und 2013 durchführt. Mitarbeiterführung und Arbeitnehmerbeteiligung haben einen großen Einfluss auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, so die Agentur. Die Anfang April eröffnete Kampagne will aufklären und sensibilisieren. Dazu stellt die Agentur Informationsmaterial zur Verfügung und führt einen Wettbewerb für gute praktische Lösungen durch.

„Ganz unabhängig von der Größe eines Unternehmens sind die Führung durch die Unternehmensleitung und die aktive Beteiligung der Beschäftigten entscheidend, um die Sicher-

heit und den Gesundheitsschutz erfolgreich zu managen. Aus diesem Grund lade ich alle großen und kleinen, öffentlichen und privaten Unternehmen aller Branchen dazu ein, an der Kampagne teilzunehmen“, erklärt Christa Sedlatschek, Direktorin der EU-OSHA. Hinweise zur Beteiligung an der Kampagne und am Wettbewerb gibt es auf der deutschen Seite der Europäischen Arbeitsschutzagentur (osha.europa.eu/fop/germany/de) sowie auf der Kampagnenseite „Gesunde Arbeitsplätze“ (www.healthy-workplaces.eu).

Zudem hat die Agentur Informationsmaterialien in Form von einem Poster und Faltblättern hergestellt, die auch in größerer Menge über das Informationszentrum der BAuA telefonisch, 0231 9071-2071, oder per E-Mail, info-zentrum@baua.bund.de, angefordert werden können. □

Das Präventionsprojekt „Plan Gesundheit – Tu was wirkt!“

Fit für die Arbeitswelt

Längere Lebensarbeitszeiten, eine alternde Belegschaft durch immer weniger junge Berufseinsteiger, fehlende Fachkräfte, hohe Anforderungen an Flexibilität, Leistungsbereitschaft, physische und psychische Belastbarkeit – das sind Herausforderungen im Bereich der Human-Resources, die für Unternehmen und ihre Belegschaften immer stärker in den Fokus rücken. Die Entwicklung von Präventionsprogrammen, die Hilfestellungen bei der Bewältigung dieser Herausforderungen bieten, ist eine Aufgabe, die gemeinsam von Unternehmen und Sozialversicherungsträgern angegangen werden sollte. Für mögliche Interventionen gilt dabei der Grundsatz: „Je früher – desto besser“.

- mit erheblicher mechanischer Beanspruchung insbesondere durch Vibration, Erschütterung, Druck oder Zwangshaltung,
- mit ständigem Stehen oder Sitzen,
- unter erheblicher Einwirkung von Lärm, Hitze, Kälte, Nässe, Stäuben, Gasen, Dämpfen, Temperaturschwankungen oder unter ungünstigen klimatischen Bedingungen oder mit Feucharbeiten,
- mit besonders hohen Daueranforderungen an Konzentration, Reaktionsmöglichen und Verantwortung,
- bei sich häufig ändernden Arbeitsschichten im Wechsel von Tag und Nacht und erheblichen Anforderungen an das individuelle Anpassungsvermögen,



Die Gesundheit der Mitarbeiter in Chemieparks soll berufsbegleitend gefördert und erhalten werden.

Gemeinsam mit der pronova BKK und der ärztlichen Abteilung der CURRENTA, einem Joint-Venture von Bayer und Lanxess – hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland auf der Grundlage des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI das Präventionsprojekt „Plan Gesundheit – Tu was wirkt“ entwickelt.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können für Versicherte,

- mit besonders schwerer körperlicher Belastung,
- mit besonderer psychischer Belastung,

medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit als sonstige Leistungen nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI (sogenannte Präventionsleistungen) erbringen, wenn diese Beschäftigungen mit den vorgenannten Merkmalen längere Zeit ausgeübt werden.

Aus einer schon bestehenden vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Ärzten der CURRENTA (WeB-Reha-Verfahren) im Bereich der medizinischen Rehabilitation hat sich die



Autoren

Ulrich Theißen ist Leiter des Fachbereiches Reha-Management der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Detlef Koch ist Sachgebietsleiter im Fachbereich Reha-Management der Deutschen Rentenversicherung Rheinland



Grundlage für die Kooperation im Bereich der Prävention ergeben. Mit der pronova BKK als federführende Krankenkasse bei der Bayer AG, Lanxess und anderen Partnern an den CHEMPARK-Standorten Leverkusen, Dormagen und Krefeld-Uerdingen konnte ein innovativ denkender und verlässlicher Partner gewonnen werden.

Vor dem Hintergrund eines Anstiegs des durchschnittlichen Lebensalters von Firmenbelegschaften in den kommenden Jahrzehnten kommt der Förderung von Gesundheit und dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter eine große Bedeutung zu.

Die pronova BKK, die Deutsche Rentenversicherung Rheinland und die medizinischen Dienste der CURRENTA verfolgen gemeinsam das Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiter in Kooperation mit den teilnehmenden Unternehmen in den Chemieparks berufsbegleitend zu fördern und zu erhalten. Hierfür haben die Projektträger gemeinsam mit einigen ausgewählten Leistungserbringern* ein Präventionsprogramm kon-

* Klinik Roderbirken, Leichlingen; medicoreha, Neuss; ambulante rehaeschler, Moers; REHATRaining, Leverkusen



Das Programm richtet sich unter anderem an Mitarbeiter, die unter erheblicher Einwirkung von Lärm, Hitze, Kälte, Nässe, Stäuben, Gasen und Dämpfen berufstätig sind.

zipiert. Die Kosten werden zu gleichen Teilen von den Kooperationspartnern sektorübergreifend getragen. Die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des Präventionsprogramms wird im Rahmen einer Pilotphase geprüft. Das Programm ist für jeden Mitarbeiter auf einen Zeitraum von fünf Jahren angelegt.

Ziel des Programms soll es sein, Mitarbeiter der teilnehmenden Unternehmen mit einer gesundheitlichen und / oder arbeitsbedingten Risikokonstellation frühzeitig zu erkennen und nach Risikostratifizierung dem Präventionsprogramm zuzuführen. Die Parteien gehen davon aus, dass die Präventionsleistungen zu einer Stabilisierung der Gesundheit führen und somit auch die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nachhaltig positiv beeinflussen (siehe auch Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI).

Um eine möglichst große Nachhaltigkeit zu erzielen, sollen die Mitarbeiter lernen, in Eigenverantwortung ihren Alltag und Arbeitsplatz dauerhaft gesundheitsgerecht zu gestalten. Hierbei greifen Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, der pronova BKK und der medizinischen Dienste der CURRENTA nahtlos inein-

ander. Die seelische und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter soll verbessert werden, mit dem Ziel, der Initiierung individueller Verhaltensmodifikationen und der Stabilisierung von Lebensstiländerungen auf dem Boden einer wirksamen betrieblichen Verhältnisprävention. Die Führungskräfte der Betriebe sind bereits vor Beginn des Projektes eingebunden und durch den Betriebsarzt entsprechend geschult worden. Hierdurch wird eine aktive und kontinuierliche Unterstützung der Mitarbeiter sowie des Präventionsprozesses ermöglicht. Im Rahmen von Gesundheitszirkeln unter Beteiligung der Führungskräfte, Präventionsmanagern und des Betriebsarztes erfolgt unter anderem die Klärung eventueller Optimierungsbedarfe der Arbeitsplätze und -situationen.

Inhalte

Inhalt der Zusammenarbeit zwischen den Parteien im Rahmen des Projektes ist eine trägerübergreifende Kooperation zwischen allen Beteiligten im Sinne der oben beschriebenen Ziele. Während der gesamten Pilotphase des Projektes wird eine Begleitung durch Präventionsmanager im Sinne von Edukation, Coaching und Guidance mit dem Ziel der Selbstverantwortung

für Lebensstil-Änderungen erfolgen. Empowerment und Compliance (hier zu verstehen als die Bereitschaft der Teilnehmer, den Ratschlägen zur Verhaltensmodifikation zu folgen) der Mitarbeiter sollen gefördert und die Motivation gesichert werden. Die Umsetzung des Coachings erfolgt in unterschiedlicher Intensität in den einzelnen Phasen in Form von

- Einzelterminen: individuelle Ziele finden und Zielwertkontrolle
- Gruppenterminen: Motivation, Teamspirit, Gruppendynamik, Interaktivität fördern
- niederschwelligem Coaching: Telefon- und E-Mail Kontakte

Durch die Arbeit im betrieblichen Setting werden (positive) gruppendynamische Prozesse gefördert und die Möglichkeit geschaffen, verhaltenspräventive Maßnahmen durch verhältnispräventive Maßnahmen zu ergänzen. Der Betriebsarzt spielt – neben den Präventionsmanagern – im Projekt eine zentrale Rolle. Er ebnet den Weg in den Führungsebenen der Unternehmen, identifiziert die Beschäftigten, die für eine Teilnahme in Frage kommen und ist im Rahmen weiterer medizinischer Kontrolluntersuchungen im Laufe des Projektzeitraumes sowie der Teilnahme an den innerbetrieblichen Gesundheitszirkeln maßgeblich eingebunden. Die Beschäftigten haben zur Beteiligung des Betriebsarztes ihr Einverständnis erteilt.

Der vorgesehene 5-Jahres-Zeitraum gliedert sich wie folgt:

- **Vorbereitungsphase im Betrieb:** Informationsvermittlung bei Mitarbeitern und Führungskräften, Auswahl der Beschäftigten, Motivationsschaffung, Basisdiagnostik, Dokumentation der Arbeitsplatzanforderungen, ausführliche individualisierte Gesundheitsberatungsgespräche, Definition von Präventionsschwerpunkten, beispielsweise psychosozial, muskulo-skeletal, cardiovascular und motivational.
- **Initialphase:** 3 Tage, 16 Stunden in einer ambulanten Reha-Einrichtung. Am Ende der Initialphase erhält jeder



Motivation, Teamspirit, Gruppendynamik und Interaktivität der Mitarbeiter sollen gefördert werden.

Teilnehmer einen individuellen Motivations- und Präventionskompass mit seinen persönlichen Zielen für die gesamte Laufzeit. Regelmäßige Zielwertkontrollen der allgemeinen und persönlichen Ziele, Verhältnis- und Verhaltensprävention erfolgen kontinuierlich.

- **Trainingsphase (4 Monate):** Berufsbegleitende Teilnahme in der Gruppe an einem 16-wöchigen physiotherapeutischen Trainingsprogramm ergänzt durch Kurse zur Gesundheitsbildung und Motivation an jeweils zwei Terminen je Woche in einer ambulanten Reha-Einrichtung.
- **Bestätigungsphase (20 Monate):** Bis zum Ende des zweiten Programmjahres erfolgt im ersten Teil (8 Monate) eine hochfrequente Begleitung durch den Präventionsmanager in Einzel- und Gruppenterminen mit dem Ziel, das in der Trainingsphase vermittelte Basiswissen in den Alltag umzusetzen. Die gruppenspezifischen Effekte sollen in dieser Phase verstärkt werden. Im zweiten Teil (12 Monate) ist mindestens ein Kontakt im Monat vorgesehen.
- **Eigenverantwortungsphase (36 Monate):** Die Teilnehmer führen das

Präventionsprogramm mit zunehmender Eigenverantwortung fort. Der Präventionsmanager unterstützt sie hierbei.

Ergebnisse des ersten Projektjahres

Das Projekt ist im Januar 2011 mit insgesamt 61 Teilnehmern gestartet. Bisher sind lediglich zwei Teilnehmer, aus beruflichen und krankheitsbedingten Gründen, ausgeschieden.

Die Präventionsmanager hatten im Jahr 2011 über 4.000 Kontakte. Das entspricht ein bis zwei Kontakten pro Woche je Teilnehmer. Diese Zahlen belegen die wichtige Rolle des Projektmanagers als Motor für den Veränderungsprozess. Die Bedarfsprofile der Teilnehmer waren sehr unterschiedlich. Ganz oben auf den Wunschlisten standen Trainingsplanung, Testung, Gewichtsreduktion / Ernährung und Ausdauertraining.

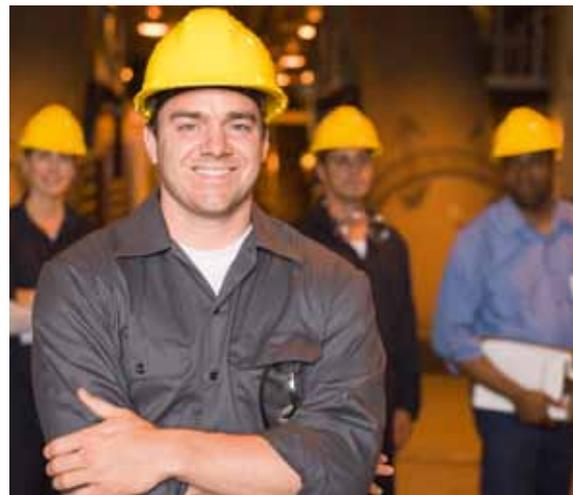
Lag die Selbsteinschätzung zum Grad der Zielerreichung am Ende der Trainingsphase noch bei 5,6 auf einer Zehn-Punkte-Skala, kletterte dieser Wert im Durchschnitt auf 6,9 am Ende der Bestätigungsphase. Dies ist ein ausgesprochen guter Wert, der nicht zu erwarten war und der zeigt, wie wichtig eine langfristige Begleitung ist.

Auf die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, mit der sie nach einem Jahr noch am Programm teilnehmen, hatten die Teilnehmer in der Trainingsphase durchschnittlich 88 % angegeben. Dieser bereits hohe Wert stieg in der Bestätigungsphase weiter auf beachtliche 98 % an.

Wissenschaftliche Begleitung

Um den Erfolg des Projektes während der Pilotphase aufzuzeigen, erfolgt eine begleitende Evaluation im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes in Kooperation mit der Hochschule Niederrhein.

Die Evaluation beschreibt alle wichtigen Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ist überwiegend als Längsschnitt-Studie



Empowerment und Compliance der Mitarbeiter sollen gefördert und die Motivation gesichert werden.

geplant. Wichtige objektive und subjektive Parameter werden ermittelt und deren Entwicklung in der Interventionsgruppe bewertet. Anhand der Routinedaten der Krankenkasse wird eine risikostratifizierte Vergleichskohorte gebildet, um am Ende der Pilotphase des Projektes einen Vergleich der Gesundheitsausgaben zu ermöglichen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung der Evaluation wird erwartet, dass mittel- und langfristige

- lebensstilbedingte Gesundheitsstörungen minimiert werden können,
- die Gesundheit der Teilnehmer nachhaltig gefördert werden kann und
- den Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aktiv entgegengewirkt werden kann.

Hierdurch sollen Kosten wie beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit, für medizinische Therapien oder Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit Gesundheitsstörungen insgesamt minimiert werden.

Die ersten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden für den Herbst 2012 erwartet. Hierüber wird in einer der folgenden Ausgaben berichtet. Weitere Informationen erhalten Sie im Internet: www.plangesundheit.de □

Ulrich Theißen, Detlef Koch

Arbeitssucht: Ursachen, Folgen, Hilfen

Wenn der Urlaub Angst macht



Autor

Dr. Stefan Poppelreuter, Jahrgang 1964, Diplom-Psychologe, Berater, Trainer und Coach bei TÜV Rheinland Personal GmbH, Köln/Bonn.

Für viele Bürger ist es die schönste Zeit des Jahres: der Urlaub! Verreisen, ausruhen, neue Eindrücke sammeln, faulenzen, Sport treiben, schlemmen, andere Menschen kennen lernen. Die Möglichkeiten, den Urlaub zu gestalten, sind vielfältig. Der Zweck, der verfolgt wird, ist meist ähnlich: mal abschalten, mal rauskommen, sich inspirieren lassen, die Batterien aufladen. Kaum vorstellbar, dass es Menschen gibt, für die ihre Urlaubszeit zur Qual wird. Nicht am Arbeitsplatz zu sein und nichts wirklich Produktives tun zu können, ängstigt sie. Diese Menschen sind süchtig – süchtig nach Arbeit.

Sigmund Freud wurde einmal gefragt, was seiner Meinung nach ein normaler Mensch können müsse. Er hat kurz und knapp geantwortet: „Lieben und arbeiten.“ Der Vater der Psychoanalyse hat damit die Eckpfeiler des menschlichen Daseins, wenn man so will, den Lebenssinn, skizziert. Und in der Tat besteht heute – zumindest in den westlichen Industrienationen – Einigkeit darüber, dass die Arbeit ein, vielleicht das zentrale den Menschen kennzeichnende Merkmal ist.

Wenn Sie auf einer Party neue Leute kennenlernen und diese bitten, etwas über sich selbst zu sagen, so wird in der Regel der Name, vielleicht das Alter, dann aber sehr bald auch der Beruf genannt. Das, was wir tun, unsere Arbeit, trägt maßgeblich zu unserer Identität, zu dem, was wir sind, bei.

Daneben kommen der Arbeit aber noch zahlreiche weitere positive Funktionen zu, die sie für uns als Menschen unentbehrlich macht: So sichert die Erwerbsarbeit unsere Existenzgrundlage, sie ermöglicht uns die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und am Konsum. Die Arbeit vermittelt uns Erfolgserlebnisse und stärkt unser Selbstwertgefühl. Wir demonstrieren in ihr Aktivität und Kompetenz. Durch die Arbeit erhalten wir sozialen Kontakt – nach wie vor wird eine Vielzahl von Freundschaften und Ehen „am Arbeitsplatz“ geschlossen. Arbeit strukturiert unseren Tag, unsere Woche, unser Jahr.

Der Wegfall von Arbeit, die Arbeitslosigkeit, ist für die Betroffenen nicht nur deshalb so gravierend, weil existenzielle Nöte entstehen. Vor allem die Unstruk-

turiertheit des Tagesablaufs bereitet Probleme. Ähnliches lässt sich häufig auch beim Eintritt ins Rentnerleben feststellen.

Bei so vielen positiven Effekten der Arbeit wird gerne verkannt (oder verdrängt), dass die Arbeit auch negative Folgen nach sich ziehen kann. Wer weiß das besser als Betriebsärzte und Betriebspsychologen, Sicherheitsexperten und Umweltmediziner? Über Gefahren und Risiken am Arbeitsplatz, beispielsweise durch Maschinen, Lärm, Chemikalien, Lärm und Hitze, wird vielfach berichtet, und zahlreiche gesetzliche Verordnungen und Regelungen sollen dazu dienen, diese Gefahren und Risiken zu minimieren.

Stress, Herzinfarkte und Suchtprobleme werden als mögliche Folgen unbefriedigender Arbeitssituationen diskutiert, aber die Annahme, dass ein Zuviel an Arbeit, eine eindimensionale Ausrichtung des Lebens auf die Arbeit ebenfalls nachteilige Konsequenzen für den Einzelnen, aber auch sein Umfeld und die gesamte Gesellschaft haben kann, wird häufig als prinzipieller Angriff auf grundlegende Norm- und Wertvorstellungen unseres Gesellschaftssystems missverstanden und daher abgelehnt.

Das „Vielarbeiten“ gilt – nicht zuletzt auch bei den Betriebsärzten selbst – als notwendig, üblich oder im „besten“ Falle unvermeidbar. Die Arbeit als unverzichtbares Fundament für menschliches Wohlbefinden, für Wohlstand und Konsum erscheint unantastbar. „Wir sind“, so der Soziologe Bernd Guggen-



Es gibt Menschen, für die ihre Urlaubszeit zur Qual wird: Nicht am Arbeitsplatz zu sein und nichts wirklich Produktives tun zu können, ängstigt sie.

berger, „in den letzten 200 bis 300 Jahren so gründlich durch die Schule der Arbeit gegangen, haben uns so sehr mit ihr eingelassen, dass wir kaum mehr über sie hinauszudenken vermögen. Für die meisten von uns gilt, dass sie und ihre Hervorbringungen von unserer ganzen Existenz Besitz ergriffen haben, dass sie das Gesamt unserer Hoffnungen und Sehnsüchte umschreiben. Wir haben nur noch Augen und Ohren für die Arbeit, ihre Erfordernisse und das, was durch sie unmittelbar bewirkt und ermöglicht wird: Konsum, Verzehr ihrer Hervorbringungen.“ Anders gesagt, wir sind abhängig geworden von der Arbeit, als Gesamtgesellschaft, aber auch als einzelnes Individuum.

Sucht nach Arbeit – gibt es das überhaupt?

Es mehren sich die kritischen Stimmen und auch die wissenschaftlichen Befunde, dass die Abhängigkeit von der Arbeit, die Sucht nach Arbeit, ein zunehmendes und vor allem ernst zu nehmendes Problem in unserer Gesellschaft darstellt. Das Krankheitsbild vom Arbeitssüchtigen, vom Workaholic, findet mehr und mehr Anerkennung und Bestätigung, sowohl in alltäglichen Beobachtungen als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen. Und auch wenn die Diagnose „Arbeitssucht“ noch keinen offiziellen Eingang in die Krankheitsmanuale der Mediziner und Psychologen und die Leistungskataloge der Krankenkassen gefunden hat, so setzt sich doch die Erkenntnis durch, dass Arbeit tatsächlich süchtig entgleisen kann.

Es lassen sich Arbeitsformen und Arbeitsstile – und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der Erwerbsarbeit – finden, die man als süchtig kennzeichnen muss, und die das einzelne Individuum, aber auch sein näheres soziales Umfeld, den Arbeitgeber und schließlich auch die gesamte Gesellschaft nachhaltig schädigen.

Dabei wird durchaus noch kontrovers diskutiert, ob es angemessen ist, bestimmte exzessive Verhaltensmuster



Das Krankheitsbild vom Workaholic findet mehr und mehr Anerkennung und Bestätigung, sowohl in alltäglichen Beobachtungen als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen.

mit dem Begriff „Sucht“ zu belegen. Die Existenz stoffungebundener Suchtformen wie beispielsweise Spiel-, Sex- und eben auch Arbeitssucht wird von zahlreichen Fachleuten und auch Laien bestritten. Stattdessen fordern diese immer wieder, die Begriffe Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht nur im Zusammenhang mit dem Konsum einer spezifischen Substanz wie beispielsweise Alkohol, Nikotin oder Kokain zu verwenden.

Andererseits gibt es jedoch die psychologische Erkenntnis, dass jedes menschliche Verhalten in eine süchtige Entwicklung einmünden kann, die in der Umgangssprache beispielsweise als Gier, Wut oder Leidenschaft beschrieben wird. Insofern kann jedes Bedürfnis und jede Tätigkeit eines Menschen zur Sucht werden. Als Abgrenzung zu lieb gewordenen Gewohnheiten, auf die man nicht verzichten möchte, gehört zur Sucht allerdings ein zwanghaftes Moment. Der Süchtige kann in der Regel nicht aufhören, der Süchtige „muss“.

Ein weiteres Problem in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Arbeitssuchtproblematik ergibt sich aus der Tatsache, dass die Arbeitssucht im Gegensatz zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten (wie zum Beispiel Alkoholismus, Drogen-

und Medikamentenabhängigkeit) und anderen stoffungebundenen Suchtformen (beispielsweise Spielsucht, Sexsucht) oberflächlich betrachtet eine „saubere“ Sucht ist: Der Arbeitssüchtige wirkt aktiv, erfolgreich und scheint sein Leben perfekt im Griff zu haben, während etwa alkoholranke oder spielsüchtige Menschen als labil und außengesteuert gelten.

Obwohl tradierte Sinnsprüche wie „Ohne Fleiß kein Preis“ oder „Arbeit macht das Leben süß“ in der heutigen Zeit antiquiert anmuten, werden Tüchtigkeit und Einsatzbereitschaft immer noch als Grundfesten der Leistungsgesellschaft angesehen. Der Widerspruch, dass diese höchst anerkannten Tugenden Ausdruck einer Krankheit sein können, führt zu erheblichen Vorbehalten gegenüber einer Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitssucht, die so weitreichend sind, dass manche Menschen – in völliger Verkenning der Ernsthaftigkeit der Problematik – sich selbst stolz als süchtig nach ihrer Arbeit bezeichnen.

Arbeitssucht – ein altbekanntes Phänomen

Das Konzept von der „Arbeitssucht“ und dem englischen Pendant „Workaholism“ hat sich im deutschsprachigen Raum in den 80er und 90er Jahren in der fach- wie populärwissenschaftlichen Literatur etablieren können. Dabei ist arbeitssüchtiges Verhalten keineswegs ein Phänomen unserer Zeit. Sowohl in der Belletristik als auch in der gesellschaftspolitischen und der wissenschaftlichen Literatur finden sich schon sehr viel früher Darstellungen arbeitssüchtiger Verhaltensmuster. Diese wurden dort aber selten explizit als Arbeitssucht bezeichnet.

Bereits 1852 beschreibt der französische Schriftsteller Gustav Flaubert seine frenetische, pervertierte Liebe zur Arbeit. Paul Lafargue, französischer Sozialist und Schwiegersonn von Karl Marx, beklagt 1883 in seiner Schrift „Das Recht auf Faulheit“ eine „seltsame Sucht“, die die Arbeiterklasse

aller Länder mit kapitalistischer Zivilisation beherrsche, „die rasende, bis zur Erschöpfung der Individuen und ihrer Nachkommenschaft gehende Arbeitssucht“. Der ungarische Psychoanalytiker Sandor Ferenczi erwähnt in einem Aufsatz aus dem Jahre 1919 Patienten, die unter einer „Sonntagsneurose“ leiden, welche sich in regelmäßig am Sonntag wiederkehrenden Beschwerden wie Kopfschmerzen, Unwohlsein und Erbrechen äußert. Ferenczi interpretiert das Auftreten der Beschwerden als Reaktion auf die fehlende Arbeit am Sonntag. Für ihn sind diese Patienten abhängig von der Arbeit wie Morphinisten von ihrem gewohnten Gift.

Arbeitssucht – Definition und Häufigkeit

Doch was ist Arbeitssucht nun genau? Wie lässt sie sich definieren? Woran erkennt man, ob jemand arbeitssüchtig ist? Allgemein wird unter Arbeitssucht eine Symptomatik verstanden, die sich primär durch folgende Merkmale kennzeichnen lässt:

- Der Betroffene ist der Arbeit völlig verfallen, sein gesamtes Denken und Handeln kreist mehr oder weniger um sie.
- Der Betroffene hat die Kontrolle über sein Arbeitsverhalten verloren, er ist nicht (mehr) in der Lage, Umfang und Dauer des Arbeitens zu bestimmen. Er arbeitet länger als er eigentlich will. Er arbeitet auch zu Zeiten, die eigentlich der Entspannung und dem Abschalten vorbehalten sind.
- Der Betroffene ist abstinenzunfähig. Er erlebt es subjektiv als unmöglich, kürzere oder längere Zeit nicht zu arbeiten, beispielsweise am Wochenende oder im Urlaub.
- Beim Betroffenen treten Entzugerscheinungen auf, wenn er nicht arbeitet, bis hin zu vegetativen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Herzrasen und Atemnot.

Der Betroffene entwickelt eine gewisse Toleranz gegenüber der Arbeitsmenge,



Die Grundlagen der Arbeitssucht sind in Verstärkungen und Bekräftigungen spezifischer Arbeitsverhaltensweisen zu suchen.

das heißt, um das Gefühl des „Arbeitsrausches“ zu bekommen, muss immer mehr gearbeitet werden.

Beim Betroffenen treten soziale und/oder psychische Störungen auf. Partnerschaften werden brüchig, die Beziehung zu den Kindern geht verloren, alte Hobbys und Freunde werden vernachlässigt.

Daneben konnte festgestellt werden, dass bei Arbeitssüchtigen häufig eine zwanghaft-perfektionistische Grundeinstellung vorzufinden ist. Die Arbeit muss nach bestimmten, festgelegten Regeln ablaufen. Flexibilität und innovative Veränderungen des Arbeitsablaufs werden vermieden. An die Qualität der Arbeitserledigung werden extrem hohe Ansprüche gestellt, und zwar unabhängig von der Bedeutung einer Arbeitsaufgabe für das Gesamtziel. Die Unfähigkeit, unwichtige von wichtigen Aufgaben unterscheiden zu können, und das Unvermögen, Aufgaben zu delegieren, das heißt Verantwortung abzugeben, kennzeichnen den Arbeitssüchtigen ebenfalls. So übernimmt der Geschäftsführer auch Kopierarbeiten oder kocht den Kaffee, weil er glaubt, dass dies niemand so gut kann wie er.

Es ist deutlich herauszustellen, dass die Arbeitssuchtdiagnose keinesfalls nur an

rein quantitativen Merkmalen festgemacht werden sollte. Es gibt keine objektiv bestimmbare Wochenarbeitsstundenzahl, ab der von süchtigem Arbeiten die Rede sein kann. Es ist längst nicht entscheidend, wie viele Stunden jemand arbeitet. Viel entscheidender ist die Frage, wie und warum jemand arbeitet, um eine Arbeitssuchtdiagnose stellen zu können.

Angesichts der diagnostischen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeitssucht verwundert es nicht, dass Aussagen zur Häufigkeit der Problematik nur selten zu finden sind. US-amerikanische Forscher schätzen, dass etwa 5% bis 10% der (amerikanischen) Erwachsenenbevölkerung als arbeitssüchtig zu bezeichnen seien, eine Zahl, die jedoch nicht als statistisch gesichert gelten kann. Es ist davon auszugehen, dass das Vollbild einer Arbeitssuchtproblematik im Vergleich beispielsweise zur Alkoholabhängigkeit sehr viel seltener auftritt. Wichtig jedoch ist festzustellen, dass die Arbeitssucht gleichermaßen Männer wie Frauen betreffen kann. Ebenso handelt es sich bei den von Arbeitssucht betroffenen Personen keinesfalls ausschließlich um Manager oder selbstständig Tätige. Arbeiter und Angestellte können ebenso eine solche Problematik entwickeln. Arbeitssucht

tritt im Übrigen auch bei Personen auf, die nicht einer Erwerbstätigkeit im eigentlichen Sinne nachgehen, beispielsweise bei Hausfrauen, Studenten oder Rentnern.

Wege in die Arbeitssucht

Innerhalb der Psychologie gibt es verschiedene Ansätze zur Erklärung der Entstehung von Arbeitssucht, die in der Regel auf verhaltenstheoretischen oder psychoanalytischen Überlegungen beruhen. Süchtiges Verhalten wird als eine spezielle Form menschlichen Verhaltens verstanden, ohne hinsichtlich der Erklärung der Entstehung von Sucht zwischen einzelnen Suchtmitteln zu differenzieren.

Verhaltenstheoretische Erklärungen zur Entstehung von Arbeitssucht gehen dabei von der Annahme aus, dass ein Mensch sein persönliches Arbeitsverhalten und seinen persönlichen Arbeitsstil auf der Basis von Erfahrungen erlernt, aufrecht erhält und verändert. Süchtiges und normales Arbeitsverhalten unterscheiden sich in diesem Punkt nicht grundsätzlich voneinander. Die Grundlagen der Arbeitssucht sind in Verstärkungen und Bekräftigungen spezifischer Arbeitsverhaltensweisen zu suchen. Arbeitssüchtige lernen schon in frühester Kindheit Verhaltensmuster und Einstellungen bzw. Werthaltungen, die eine enge Beziehung zu Leistung und Produktivität aufweisen („Lese, lerne, leiste was, dann hast du, kannst du, bist du was!“).

Aber nicht nur Belohnungen, sondern auch der Wegfall einer „Bestrafung“, kann Ursache für exzessives Arbeitsverhalten sein, beispielsweise wenn durch das viele Arbeiten eine Auseinandersetzung mit Problemsituationen, eigenen Unzulänglichkeiten oder unangenehmen Gefühlszuständen vermieden wird. Arbeitssüchtige können die Arbeit auch dazu missbrauchen, Gefühle der Angst, der Schuld oder der Unsicherheit zu verdrängen, oder um das eigene Selbstwertgefühl zu stärken.

Die psychoanalytischen Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung beziehen sich



Arbeitssüchtige Verhaltensmuster können zu erheblichen körperlichen, seelischen und sozialen Problemen führen, die den betroffenen Menschen nachhaltig beeinträchtigen und schädigen können.

nicht nur auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen, sondern finden auch Anwendung bei sogenannten rauschmittellosen Süchten. Innerhalb der Psychoanalyse lassen sich unterschiedliche theoretische Ansätze zur Suchtproblematik differenzieren, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen und damit verschiedenartige Beiträge zur Theorie der Sucht liefern. Die Selbstpsychologie beispielsweise bietet eine Erklärungsmöglichkeit für die insbesondere bei Arbeitssüchtigen häufig feststellbaren Vorstellungen eigener Großartigkeit. Da es Süchtigen nach Auffassung der Selbstpsychologie generell nicht genügend gelungen ist, eine tragfähige Identität zu entwickeln, bleiben sie einem grandiosen Selbst verhaftet. Bei solchen narzisstischen Persönlichkeiten dient das süchtige Arbeitsverhalten dazu, das krankhafte Größen-Selbst aufzutanken und sich dessen Allmächtigkeit und Schutzfunktion gegenüber einer zumeist als frustrierend und feindlich erlebten Umwelt, die nicht mehr genügend an Beachtung und Bewunderung zu bieten hat, zu versichern.

Solche narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sind häufig bei Arbeitssüchtigen zu finden. Sie haben zur Folge, dass der Arbeitssüchtige durch ein ständiges (Mehr-) Arbeiten ein Gefühl eigener Größe und persönlicher Identität zu erlangen versucht.

Warum Arbeitssucht den Unternehmen schadet

Überstunden und Mehrarbeit belegen es: Vielarbeit ist „in“. In Zeiten, wo wegen hoher Personalnebenkosten mit immer weniger Arbeitskräften immer mehr Produktivität erzielt werden soll, ist es nicht verwunderlich, dass die Unternehmen und Organisationen bislang für das Thema „Arbeitssucht“ kaum sensibilisiert sind. Viele Unternehmen scheinen im Gegenteil immer noch von dem Gedanken beseelt zu sein, dass der Vielarbeiter gleichzeitig immer auch ein guter Arbeiter ist. Das dies keineswegs generell angenommen werden kann, haben zahlreiche psychologische Forschungsarbeiten eindrucksvoll unter Beweis stellen können. Arbeitszeit und Arbeitsoutput stehen eben nicht in einem linearen Verhältnis zueinander, und schon gar nicht in einem exponentiellen, wie manche Arbeitssüchtige eigenen Angaben zufolge manchmal zu denken geneigt sind.

Arbeitssucht schadet also nicht nur dem Betroffenen, sondern auch und gerade dem Unternehmen, für das er arbeitet. Unternehmen täten also gut daran, arbeitssüchtige Verhaltensmuster ihrer Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Dabei sind die Gründe dafür, eine arbeitssüchtige Belegschaft zu vermeiden, vielfältig:

- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die Aufgabenerfüllung (betroffene Mitarbeiter halten sich nicht an Arbeitsteilungen und Kompetenzzuweisungen, sie mischen sich in alles ein, glauben, alles besser zu können).
- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf das Interaktionsverhalten (betroffene Mitarbeiter werden zunehmend kommunikationsunfähig, sie ziehen sich zurück, als Vorgesetzte überfordern sie ihre Mitarbeiter, sie delegieren nicht).
- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die individuelle Leistungsfähigkeit (der problematische Arbeitsstil führt mit fortschreitender Zeit zu physischen und psychischen Auffälligkeiten,



die krankheitsbedingte Abwesenheit nimmt zu, längere Arbeitsunfähigkeit und/oder Frühinvalidität droht).

Was kann ein Unternehmen gegen Arbeitssucht tun?

Zunächst sollten Unternehmen ihre Personalauswahlverfahren und ihre Anforderungsprofile bei Stellenbesetzungen überdenken, um zu vermeiden, dass eine arbeitssüchtiges Verhalten fördernde Organisationsumgebung entsteht. Es ist durchaus mit Skepsis zu betrachten, wenn Unternehmen in Stellenanzeigen nach „hochmotivierten Workaholics“ fragen. Dies käme einer Brauerei gleich, die einen „trinkfesten Geschäftsführer“ sucht. Zusätzlich sollten die Anreizsysteme, aber auch Arbeitszeit-, Pausen- und Urlaubsregelungen im Hinblick auf suchtfördernde Aspekte untersucht werden. Die zuge-sagten Urlaubstage sollten beispielsweise auch tatsächlich genommen, und nicht ausbezahlt werden. Schließlich sollten Unternehmen sich bemühen, Arbeitssüchtige in ihrer Organisation zu identifizieren, die Mitarbeiter insgesamt für die Problematik zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation bei Arbeitssucht zu realisieren.

Auf Unternehmensseite können solche Maßnahmen beispielsweise abzielen auf die anforderungs- und leistungsgerechte Aufgabenstrukturierung und -verteilung, auf die stärkere Betonung der Partizipation und des Arbeitens in Gruppen, auf die Einrichtung sinnvoller Karriereentwicklungsprogramme und auf die Arbeitsumfeld-Gestaltung.

Durch Maßnahmen wie Rollenanalysen, Zielvereinbarungen, soziale Unterstützung und Teamentwicklung können zudem die Arbeitsplatzbeziehungen verbessert werden. Schließlich können Mitarbeiter darin unterstützt werden, zu einer angemesseneren Koordination von Arbeitsanforderungen und persönlichen Bedürfnissen zu gelangen, zum Beispiel über Stressbewältigungsprogramme, eine individuelle Gestaltung

der persönlichen Arbeitsumgebung sowie Maßnahmen zur Lebensstilplanung. Entspannungstrainings, körperliche Übungen und Coaching sind ebenfalls denkbar. Wichtig ist, dass organisationale Maßnahmen nur dann Erfolg haben werden, wenn auch der Arbeitssuchtgefährdete oder -betroffene prinzipiell bereit ist, die Problematik aktiv zu bewältigen.

Was kann der Einzelne gegen Arbeitssucht tun?

Arbeitssucht ist eine gefährliche, im Einzelfall sogar tödlich verlaufende Krankheit. Arbeitssüchtige Verhaltensmuster können zu erheblichen körperlichen, seelischen und sozialen Problemen führen, die den betroffenen Menschen nachhaltig beeinträchtigen und schädigen können. Ist eine erste Einsicht entstanden, dass mit dem eigenen Arbeitsverhalten etwas „nicht stimmt“ und man „etwas tun“ möchte, so sind gute Voraussetzungen zur Bewältigung der Problematik gegeben. Umgekehrt ist ohne diesen „Leidensdruck“ kaum zu erwarten, dass ein Arbeitssüchtiger erfolgreich therapiert werden kann.

Bislang gibt es keine spezifischen therapeutischen Interventionen oder gar spezielle Trainings zur Überwindung einer Arbeitssuchtproblematik. Die Aufnahme einer individual- oder gruppentherapeutischen Maßnahme oder auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe für Personen mit Arbeitsstörungen dürfte jedoch in jedem Fall hilfreich und auch unumgänglich sein, um sich der persönlichen Arbeitssuchtproblematik und insbesondere den dahinterstehenden Gründen und Ursachen anzunähern, um dann darauf aufbauend zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung im Problembereich zu gelangen.

Impressum ASUpraxis

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

Online-Archiv:
www.asu-praxis.de

Chefredaktion

Dr. med. O. Erens (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. M. Konner
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

Unterschiedliche therapeutische Schulen wenden dabei unterschiedliche Vorgehensweisen an. Letztlich gilt es wie bei jeder Therapiemaßnahme individuell und selbstverantwortlich zu prüfen, ob durch die angefragte Hilfe der Betroffene eigene Wünsche, Bedürfnisse und Zielsetzungen realisieren kann oder nicht. Die zunehmende Zahl von Selbsthilfegruppen für Arbeitssüchtige, aber auch die Spezialisierung von ambulant tätigen Psychotherapeuten und stationär arbeitenden Kliniken verdeutlichen, dass es einerseits offensichtlich sowohl eine Nachfrage nach solchen Leistungen, aber auch eine verstärkte Professionalisierung bei der Bewältigung der Arbeitssuchtproblematik gibt. Es bleibt zu wünschen, dass weitere intensive Forschungsbemühungen in Theorie und Praxis zu fundierten Erkenntnissen bezüglich der Diagnose, Vermeidung und Behandlung der vielschichtigen wie auch an Relevanz gewinnenden Problematik Arbeitssucht führen. □

Dr. Stefan Poppelreuter