

Editorial

Was Arbeitsmediziner umtreibt

Gerade habe ich im Deutschen Ärzteblatt in einem Leserbrief den Satz gelesen „... mehr Zeit für Patienten korrespondiert mit dem Thema, wie viel Zeit habe ich als Arzt und Mensch für mich selbst, meine Interessen, meine Familie, meine Erholung...“. Dies ist ein Thema, mit dem ich mich im letzten Jahr auch vermehrt konfrontiert sah.

Zum einen, weil meine beste Freundin und Kollegin mit 57 Jahren verstorben ist, was einen unweigerlich zu Beschäftigung mit seiner eigenen Endlichkeit bringt. Zum anderen, weil das Problem, immer mehr Informationen und Aufgaben in immer kürzerer Zeit bewerkstelligen zu müssen, natürlich auch in der Arbeitsmedizin angekommen ist. Man trifft in den Firmen auf dieses Thema, wenn Beschäftigte vordringlich zum Thema Stressmanagement geschult werden möchten oder wenn mal wieder ein Mitarbeiter mit den typischen Burn-out-Symptomen vor einem sitzt.

Allenthalben wird über immer mehr Aufgaben berichtet, die in immer kürzerer Zeit bewerkstelligt werden müssen und dass es dabei immer mehr zu einer Verschmelzung von Arbeitszeit und Freizeit kommt. Auch in unserer Profession ist dieses Problem leider angekommen. – Bestätigt wird das Ganze übrigens durch den Beitrag von Dr. Annegret Schoeller in dieser Ausgabe über die Statistik der zugelassenen Arbeitsmediziner in Deutschland.

Auch die Akquise von Firmen beschäftigt viele von uns. Inzwischen könnten niedergelassene Arbeitsmediziner fast jede

Woche eine neue Firma betreuen, so häufig gibt es Anfragen; zumindest in meiner Umgebung ist es vielerorts so. Aber dann stellt sich dem Einzelkämpfer häufig die Frage, ob die Praxis personell erweitert werden soll. Das bedeutet



Foto: Photos.com (Francesco Santalucia)

Inhalt

Editorial

Was Arbeitsmediziner umtreibt **17**

Praxis

Betriebsmediziner und Arbeitsmediziner gesucht! **18**
Blutdrucksenkender Effekt eines Yoga-Programms **21**
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
schult Führungskräfte **23**
Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 7 **26**
Cannabis-Konsum im Betrieb **29**

Industrieinformationen

Burnout! Ich kann's nicht mehr hören –
aber vielleicht erkennen? **32**

Impressum

32

aber meistens auch, dass man in gewisser Weise abhängig wird vom künftigen beruflichen Nachwuchs. Daraus entwickelt sich der Blick auf die anstehende demografische Entwicklung. Bei derartigen Zukunftsaussichten bleiben dann doch viele selbständige Arbeitsmediziner lieber Einzelkämpfer.

Andererseits muss man aufpassen, dass man von einer einzelnen größeren Firma nicht zu abhängig wird. Eine kurzfristige Kündigung eines Vertrages könnte schlimmstenfalls die nächste Urlaubsbuchung wegen nicht möglicher Finanzierung gefährden. Leider musste ich dies im vergangenen Jahr am eigenen Leib erfahren. Und ich habe auch gelernt, was ein korrekt geschlossener Vertrag vor Gericht wert ist, wenn einem von Arbeitgeberseite eine Schlammschlacht angedroht wird. Und auch die Konfrontation mit einem Behandlungsfehler blieb mir 2012 nicht erspart. – Wurde ich nur mit dem zuständigen Hausarzt verwechselt? – Auf jeden Fall führte der Vorgang zu einer Überprüfung meiner Dokumentation. Was einem als Arbeitsmediziner nicht alles so passieren kann...

Ich hoffe, Sie lassen sich genauso wenig entmutigen wie ich und bleiben der Arbeitsmedizin treu. Ich möchte Sie auch animieren, junge Kollegen und Kolleginnen von unserem Fachgebiet zu überzeugen. Für mich ist es nach wie vor eines der interessantesten und abwechslungsreichsten Fächer und zudem – im Hinblick auf die Präventivmedizin – auch eines der aktuellsten, das wir benötigen.

Dr. Monika Stichert

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ 2011 der Bundesärztekammer



Kontakt

Dr. med. Annegret E. Schoeller
 FÄ für Arbeitsmedizin / Umweltmedizin
 Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
 im Dezernat V
 Bundesärztekammer, Berlin
 annegret.schoeller@baek.de

Betriebsmediziner und Arbeitsmediziner gesucht!

Betriebsärzte sind eine große Chance für Wirtschaft und Gesellschaft: Sie sind die Gesundheitskompetenz im Betrieb. Betriebsärzte und Arbeitsmediziner wirken einerseits auf gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen hin, andererseits befähigen sie die Beschäftigten, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Sie erreichen auch diejenigen Menschen, die aus eigener Initiative keine präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Betriebsärzte sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können, als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes ken-

nen. Sie sind die Antwort auf die Herausforderung: überalternde Belegschaften in den Unternehmen aufgrund des demografischen Wandels und damit einhergehender Zunahme von chronisch Kranken. Bei einer zunehmenden Lebensarbeitszeit benötigen ältere Beschäftigte gezielt präventive Maßnahmen.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ nach Landesärztekammern

Aber auch bei den Betriebsärzten ist eine große Pensionierungswelle zu erwarten. Der demografische Wandel er-

fasst also auch die Betriebsärzteschaft. Die Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde“ (Stand: 31.12.2011) zeigt, dass aktuell 11.361 Ärztinnen und Ärzte eine arbeitsmedizinische Fachkunde haben. Damit ist die Anzahl dieser Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem Vorjahr um 7,1 Prozent zurückgegangen. Dies ist insbesondere auf die unten dargelegte Entwicklung der Altersstruktur zurückzuführen (Tabelle 1 und Abbildung 1).

Altersgruppe	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“	Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
Unter 35 Jahre	41	25	38	3	0
35 bis 39 Jahre	225	122	172	53	0
40 bis 44 Jahre	680	352	465	213	2
45 bis 49 Jahre	1.210	629	735	474	1
50 bis 54 Jahre	1.408	648	699	703	6
55 bis 59 Jahre	1.456	615	669	753	34
60 bis 64 Jahre	1.573	524	550	902	121
65 Jahre und älter	4.768	2.044	1.646	2.619	503
Summe Altersgruppen	11.361	4.959	4.974	5.720	667

Quelle: Bundesärztekammer

Tabelle 1

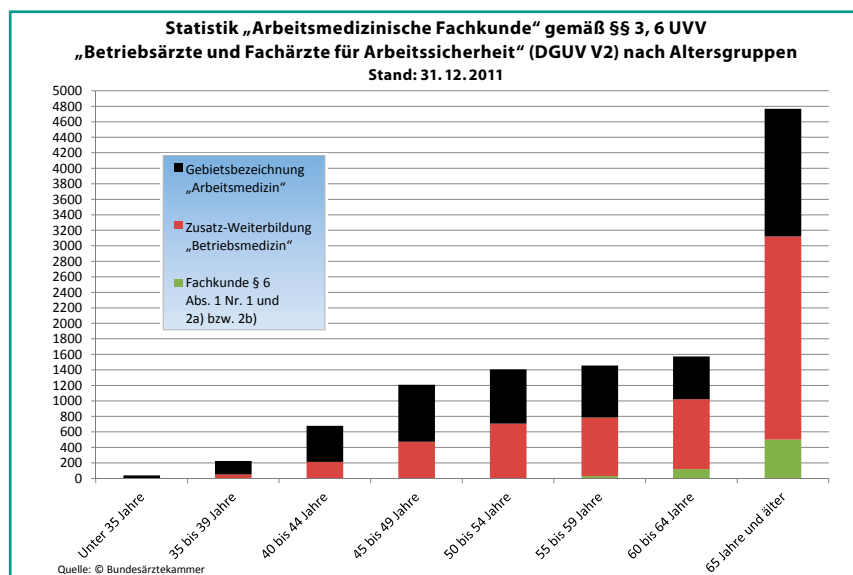


Abbildung 1

Erstmals wurden auch Daten über die Anzahl von Ärztinnen mit arbeitsmedizinischer Fachkunde erhoben. Demnach liegt der Anteil der 4.959 Ärztinnen bei 43,7 Prozent (Tabellen 1 und 2).

Statistik „Arbeitsmedizinischen Fachkunde“ nach Altersgruppen

Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2011 zeigt, dass 6.397 Ärztinnen und Ärzte bereits 60 Jahre alt oder älter sind (56,3 Prozent). Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich

Landesärztekammer	Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde		Davon:		
	Gesamtzahl	davon Ärztinnen	Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“	Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“	Fachkunde § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) bzw. 2b)
Baden-Württemberg	1.626	612	676	852	98
Bayern	1.999	690	682	1.102	215
Berlin	648	381	425	188	35
Brandenburg	325	185	213	112	0
Bremen	95	41	61	34	0
Hamburg	300	138	203	94	3
Hessen	367	164	152	176	39
Mecklenburg-Vorpommern	227	138	105	122	0
Niedersachsen	471	180	189	270	12
Nordrhein	1.342	541	724	519	99
Rheinland-Pfalz	487	157	205	247	35
Saarland	169	55	63	85	21
Sachsen	1.121	694	319	802	0
Sachsen-Anhalt	470	296	191	279	0
Schleswig-Holstein	379	129	150	227	2
Thüringen	338	199	175	159	0
Westfalen-Lippe	997	359	437	452	108
Bundesgebiet insgesamt	11.361	4.959	4.974	5.720	667

Quelle: Bundesärztekammer

Tabelle 2

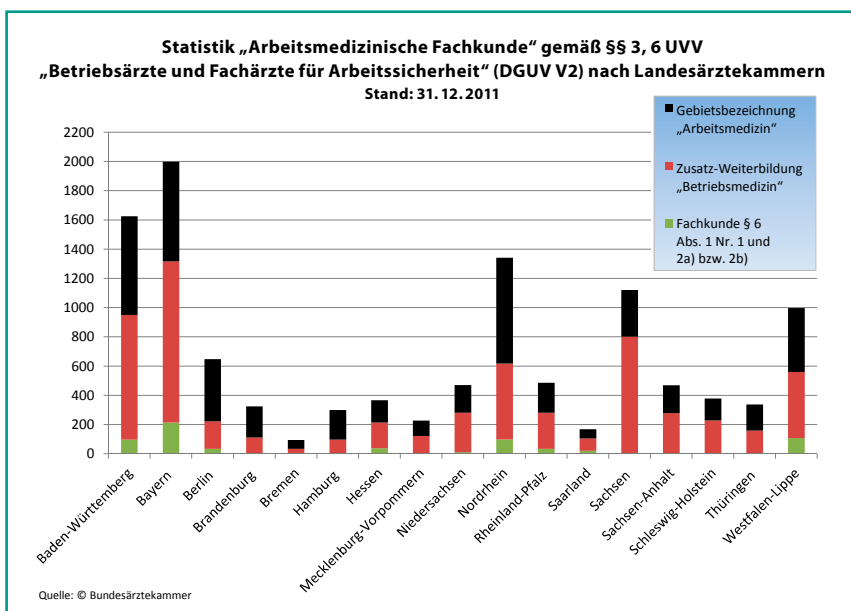


Abbildung 2

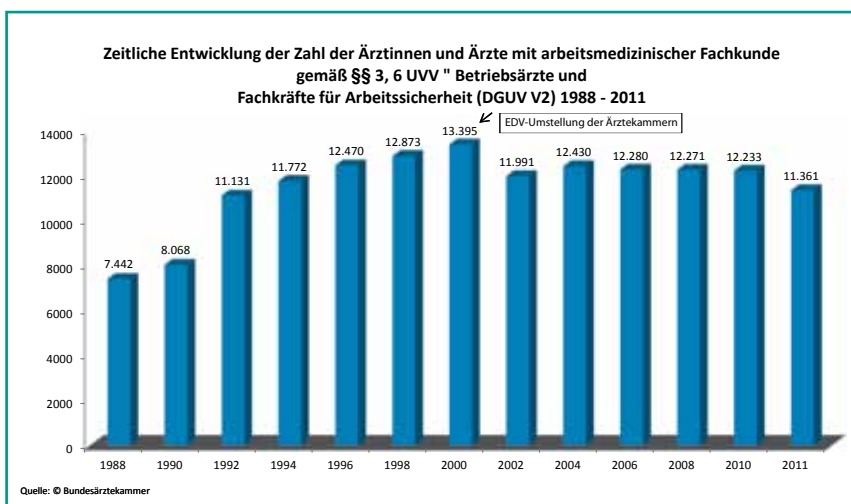


Abbildung 3

tätig, jedoch zeichnet es sich jetzt schon ab, dass sie mittelfristig dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Die Zahl der 35- bis 39-jährigen beträgt 225, mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 8,5 Prozent. Die Zahl der 40- bis 44-jährigen liegt bei 684 und hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um 18,6 Prozent verringert. Diese Zahlen untermauern, dass sich zu wenige Ärztinnen und Ärzte neu für die Arbeitsmedizin entscheiden. Oftmals fällt die Entscheidung aber erst später, nachdem bereits eine erste Facharztqualifikation erlangt wurde (Tabelle 2 und Abbildung 2).

Weiterhin wird in Abbildung 3 die zeitliche Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 UVV

„Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) von 1988 bis 2011 dargestellt.

Bewertung der Statistik

Insgesamt zeigt die „Arbeitsmedizinische Statistik“, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebsärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist aber nach wie vor noch kein eklatanter Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten zu beobachten. Zu erklären ist dies damit, dass viele Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten wird jedoch sichtbar werden, wenn nicht gegengesteuert wird.

Hinweise zur Interpretation der Statistik

Der Rückgang der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde gemäß §§ 3, 6 BGV A2 in den Jahren 2000 bis 2002 um 10,5% ist vor allem durch die umfassende EDV-Umstellung und Neuausrichtung der Erhebungsgrundlagen in den Landesärztekammern zu erklären. Es erfolgten insbesondere Bereinigungen von Doppel- und Mehrfachnennungen unterschiedlicher Stufen der arbeitsmedizinischen Fachkunde gemäß §§ 3 und 6 BGV A2 und damit einhergehend die Erfassung nur der jeweils höchsten betriebsärztlichen Qualifikation eines Arztes oder einer Ärztin im Bereich sämtlicher Ärztekammern.

Gegliedert nach Ärztekammer-Bereichen sowie zusammengefasst auf Bundesebene erfolgt die Angabe der Zahl der Ärzte mit den nach §§ 3 und 6 DGUV V2 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in der Fassung vom 01.01.2011 möglichen betriebsärztlichen Qualifikationen. Ausgewiesen wird somit nicht nur die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, welche die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu führen berechtigt sind (§ 3 Nr. 1 und DGUV V2), sondern auch die Zahl derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die nach Erfüllung der Voraussetzungen die Übergangsregelungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a sowie Nr. 1 und 2b DGUV V2 weiterhin über die arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Die Zahl dieser Ärzte nimmt entsprechend der Konstruktion dieser Vorschriften als Übergangsregelungen seit 1988 ständig ab. □

Attraktivität fördern

Ziel muss es sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet auch, dass die Arbeitsbedingungen und die Vergütung der weiterzubildenden Ärztinnen und

Ärzte deutlich verbessert werden müssen. Aber auch in der Öffentlichkeit und in den Betrieben muss noch deutlicher werden, dass das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als die Kompetenz in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutz und im Gesundheitssystem einnehmen.

Konferenz zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses

Hier heißt es nun, entschieden zu handeln. Ein Schritt in die richtige Richtung: Der Ausschusses „Arbeitsmedizin“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales führte am 14. Januar 2013 eine „Konferenz zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses“ durch. In diesem Ausschuss sind Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der arbeits-

medizinischen Wissenschaft sowie die Bundesärztekammer vertreten. Im Ausschuss für Arbeitsmedizin ist somit breiter arbeitsmedizinischer Sachverstand vereint. Von dieser Konferenz werden sicher wesentliche Impulse zur Nachwuchssicherung ausgehen. Diese Konferenz war ein guter Start, gemeinsam – jeder an seiner Stelle – seinen Beitrag zur Nachwuchssicherung in der Arbeitsmedizin zu leisten.

Denn es gibt genug Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung beginnen, aber aufgrund der Arbeitsbedingungen das Handtuch werfen. Hier heißt es, im Rahmen einer konzertierten Aktion aller Akteure im Arbeitsschutz entgegen zu wirken und Arbeitsmedizin auf hohem Niveau möglich zu machen. Es ist zu hoffen, dass das Unterzeichnen einer entsprechenden Resolution Signalwirkung haben wird. □



Foto: Photos.com (PhotoObjects.net)

Blutdrucksenkender Effekt eines Yoga-Programms



Foto: Photos.com (Thinkstock Images)

Worum ging es bei Ihrer Studie?

Die arterielle Hypertonie mit ihren Folgeerkrankungen spielt eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem. Die langfristig angelegten EURO-ASPIRE-Studien zeigten zwar einen Fortschritt bei der Cholesterinsenkung, aber selbst in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit ergab sich immer noch bei der Hälfte der Patienten eine unbefriedigende Einstellung des Blutdrucks trotz Intensivierung der medikamentösen Therapie. Hierfür dürfte vor allem der Zuwachs beim Körpermassenindex, des metabolischen Syndroms sowie damit verbunden des Dia-

Die Belastung durch Herz-Kreislaufkrankheiten ist eine der großen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Dass dabei nicht immer nur Medikamente zum Einsatz kommen müssen, wird immer häufiger erkannt. Über eine aktuelle Studie zum Thema sprach ASUpraxis-Redakteur Dr. Rolf Hess-Gräfenberg mit Dr. Wolfgang Mayer-Berger, Ärztlicher Direktor der Klinik Roderbirken in Leichlingen.

betes mellitus verantwortlich sein. Insofern scheint die medikamentöse Therapie an Grenzen zu stoßen. Umso wichtiger werden Lebensstilfaktoren und hier insbesondere die Reduzierung von Stress und Ängstlichkeit.

Lässt sich der Blutdruck wirklich durch Entspannung senken und wie?

Die Progressive Muskel Relaxation, kurz PMR, ist das Standard-Entspannungsverfahren in der kardiovaskulären Rehabilitation. Die Daten zur Senkung des Blutdrucks sind jedoch durchaus widersprüchlich. Viniyoga als



therapeutisch orientierte Art des Yoga fokussiert auf achtsame Bewegung die mit dem Atem harmonisiert wird, um optimale Entspannung zu erreichen. Der Blutdruck senkende Effekt wurde vorwiegend an jungen Indern beobachtet, Daten zur kardiovaskulären Rehabilitation und insbesondere zum anhaltenden Effekt fehlen bisher.

Was genau haben Sie untersucht?

Das Ziel der Studie bestand im Vergleich der Progressiven Muskel Relaxation mit Vinyoga. Unsere Haupthypothese bestand darin, dass mindestens 15 % mehr Patienten der Yogagruppe im Halb-Jahresverlauf weiterhin üben als bei der PMR-Gruppe. Als sekundäre

Endpunkte wurden der Verlauf des Blutdrucks, der Medikation und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt.

Ihre Ergebnisse?

Entgegen der primären Hypothese wurde die Technik PMR von 53 % der Teilnehmer bei Yoga von 30 % nach einem halben Jahr weiter angewendet. Am Ende des intensiven Trainings wurde in beiden Gruppen ein Abfall des systolischen Blutdrucks beobachtet. In der Sub-Gruppe von Patienten mit systolischem Blutdruck größer 140 mm HG (trotz Medikation) kam es zur deutlichen Blutdruckreduktion, bei Yoga signifikant mehr als bei PMR. Unterschiede nach einem halben Jahr waren nicht mehr erkennbar signifikant, vermutlich der kleinen Restgruppe der Anwender geschuldet. Die Medikation unterschied sich zu keinem Zeitpunkt signifikant. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität besserte sich in beiden

Gruppen signifikant, jedoch ohne relevanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Wo liegt die besondere Bedeutung für die Arbeitsmedizin?

Unsere Studie zeigte, dass im längeren Verlauf nach kardiovaskulärer Rehabilitation PMR offensichtlich eine höhere Akzeptanz zeigt als Yoga. Andererseits ist der Blutdruckeffekt von Yoga bei hohem Ausgangsblutdruck – trotz Medikation – und konsequenter Anwendung deutlich ausgeprägter als bei PMR, zumindest im Kurzzeitverlauf. Insofern sollte bei dieser Zielgruppe intensiv für die Anwendung von Yoga von ärztlicher Seite geworben werden.

Insgesamt sprechen die Daten für den erheblichen zusätzlichen Nutzen nicht-pharmakologischer Methoden in der Behandlung des erhöhten Blutdrucks. Dies dürfte auch für die Arbeitsmedizin relevant sein. Eine geplante Folgestudie soll den Langzeiteffekt bei dieser Zielgruppe evaluieren. □

Klinik Roderbirken

Roderbirken 1, 42799 Leichlingen

Zentrale

Telefon: 0 21 75-82 01

Fax: 0 21 75-82 19 61

E-Mail: info@klinik-roderbirken.de

Aufnahme

Telefon: 0 21 75-82 20 30 / 82 20 31

Fax: 0 21 75-82 19 72

E-Mail: aufnahme@klinik-roderbirken.de

www.klinik-roderbirken.de



- Kardiologisches Reha-Zentrum mit Schwerpunkt AHB
- 240 Betten in 180 Einzelzimmer und 30 Doppelzimmer / 20 ambulante Plätze



Dr. Wolfgang Mayer-Berger

- Ganzheitliche Behandlung
- Qualifizierte Diagnostik
- Sport- und Bewegungstherapie
- Krankengymnastik
- Physikalische Therapie
- Gestaltungstherapie
- Psychologische Einzel- und Gruppentherapie
- Entspannungstraining
- Ernährungsberatung mit Lehrküche
- Sozial- und Reha-Beratung
- Notfallversorgung im Intermediate Care Bereich
- Gesundheitstraining (Stress- / Krankheitsbewältigung)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Nachsorgeprogramme
- Reha-Forschung (z. B. SEKONA-Projekt)

Betriebliche Prävention und Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit schult Führungskräfte

Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von psychischen Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren drastisch zugenommen. In den letzten 15 Jahren stieg er um 70 bis 80 %. Psychische Erkrankungen stehen bereits heute an vierter Stelle der Gründe für Arbeitsunfähigkeit (10). Ebenso nehmen Frühberentungen aufgrund chronischer psychischer Krankheit seit Jahren stetig zu. Über 30 % aller Fälle gehen auf eine seelische Erkrankung zurück (3). Die Auswirkungen dieser Entwicklung machen sich in steigenden Kosten auch für die Unternehmen bemerkbar. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gibt für das Jahr 2009 einen Produktionsausfall von 4,9 Mrd. Euro an (1).

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz haben nicht nur lange Fehlzeiten, sondern darüber hinaus auch eine hohe Fluktuation und eine geringere Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Folge. Belastungen am Arbeitsplatz können Verstärker oder auch Auslöser einer psychischen Störung sein. Belastungen können nicht immer vermieden werden. Sie können aber positiv ausgeglichen und in ihren Folgen gemildert werden.

Auf den Ausgleich kommt es an

Die psychische Gesundheit eines Mitarbeiters hängt nicht allein von der Arbeitsbelastung ab. Wichtig ist vor allem eine dauerhafte Ausgewogenheit zwischen belastenden und entlastenden Faktoren. Demnach kann ein Unternehmen die psychische Gesundheit seiner Mitarbeiter fördern, indem es belastende Faktoren wie beispielsweise Wettbewerbsdruck und eine hohe Arbeitsintensität durch Belohnungen (Gratifikationen) ausgleicht.

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Effort – Reward – Modell) nach Siegrist (9)



Foto: Photos.com (Belinda Petorius)

Entlastende Faktoren

Erlebte Gratifikation/
Belohnung

Belastende Faktoren

Erlebte berufliche
Verausgabung

Allgemein wird unter den belastenden Faktoren die erlebte berufliche Verausgabung auf körperlicher und psychischer Ebene zusammengefasst. Zu den entlastenden Faktoren gehören beispielsweise Anerkennung, Wertschätzung, soziale Unterstützung, Entwicklungsperspektiven, Arbeitsplatzsicherheit und Gehalt.

Nach dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen des Soziologen Johannes Siegrist entsteht eine Gratifikationskrise dann, wenn ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung entsteht. Eine Gratifikationskrise ist eine starke psychische Belastung, die zu einer psychischen Erkrankung führen kann.

„Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ – Eine Schulung für Führungskräfte

Die eintägige Schulung für zirka 15 Teilnehmer wurde mit dem Ziel konzipiert, Ängste und Vorurteile abzubauen, den Führungskräften „Handwerkszeug“ zu vermitteln im Umgang



Autorin

Dipl.-Psych Pia Schlamann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

mit psychisch belasteten Mitarbeitern und psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz vorzubeugen. Folgende Themen werden in dem Seminar bearbeitet: Bedeutung psychischer Erkrankungen, (ausgewählte) Krankheitsbilder, Therapie und Rehabilitation sowie Wiedereingliederung, Prävention und Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern. In diesem Zusammenhang werden beispielsweise folgende Fragen erörtert: Wie spreche ich den Mitarbeiter an? Welche Hilfen kann / muss ich geben? Wo sind auch meine Grenzen als Führungskraft? An wen kann ich mich wenden? Zudem wird auf die konkreten Fragen der Teilnehmer flexibel eingegangen.

Ein Betroffener ist als Referent anwesend und berichtet von seinen Erfahrungen mit einer eigenen psychischen Erkrankung und deren Auswirkungen auf sein Arbeitsleben. Methodisch beinhaltet das Seminar abgesehen von Vorträgen einen Lehrfilm, der kurz die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, den damit verbundenen Ausfall am Arbeitsplatz und die Wiedereingliederung von drei Betroffenen beschreibt. Weiterhin werden interaktive Elemente genutzt. So wird beispielsweise gemeinsam erarbeitet, was jede/r Einzelne als Führungskraft zur Förderung der seeli-

schen Gesundheit in seiner/ihrer Abteilung/Gruppe konkret tun kann. Die Schulung wird ergänzt durch zusätzliche Angebote an die Unternehmen: Texte zum Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz für das Intranet der Unternehmen, eine Informationsbroschüre* für Führungskräfte und Mitarbeiter sowie ein Auswertungsgespräch mit Blick auf ggf. weitere im Unternehmen sinnvollerweise umzusetzende Maßnahmen.

Evaluation

Die entwickelte Schulung wird in der Pilotphase evaluiert, um sie auf dieser Grundlage optimieren zu können. Als Zielgruppen der Evaluation werden die Seminar-Teilnehmer (Führungskräfte) und Verwaltungsangestellte, sowie eine ähnlich zusammengesetzte Kontrollgruppe befragt. Befragungszeitpunkte sind direkt vor und nach dem Seminar sowie drei bis sechs Monate später. Erhoben werden das Wissen über psychische Erkrankungen, der Wunsch nach sozialer Distanz als Merkmal stigmatisierenden Verhaltens und die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/Wiedereingliederung. Über die Verwaltung wird die Nutzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch die Mitarbeiter erfragt und soweit möglich die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage.

Erste Pilot-Schulungen und Ergebnisse

Im Rahmen der Pilotphase wurde die Schulung erstmalig im März 2011 in einer Berliner Verwaltung durchgeführt. Außerdem fanden Schulungen in einer weiteren Verwaltung und in einem Industrieunternehmen statt. Erste Ergeb-

* <http://seelischegesundheit.net/themen/arbeitswelt/publikationen-psychische-gesundheit-am-arbeitsplatz/111-praxishilfe-zur-psychischen-gesundheit-am-arbeitsplatz>

nisse zeigen, dass die Schulung Wissen über psychische Erkrankungen vermittelt, Vorurteile verringert und auch langfristig zu einer Abnahme des Wunsches nach sozialer Distanz führt, welcher aktuell am häufigsten als Merkmal stigmatisierenden Verhaltens gemessen wird.

Nutzen der Schulung für Unternehmen

Um Fehlzeiten und Produktionsausfall aufgrund seelischer Erkrankungen zu reduzieren, sind Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit in Unternehmen unerlässlich. Die angebotene Schulung bietet eine Möglichkeit, einen ersten Schritt in die richtige Richtung zu tun. Führungskräfte lernen, Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren oder auszugleichen, psychische Belastungen bei Mitarbeitern frühzeitig zu erkennen und mit betroffenen Mitarbeitern adäquat umzugehen. Der angemessene Umgang mit Mitarbeitern, die nach einer Krankheitsphase wiederkommen, kann diesen die Rückkehr erleichtern und die Wahrscheinlichkeit weiterer krankheitsbedingter Ausfälle reduzieren.

Ein gesunder Arbeitsplatz fördert und schützt die seelische Gesundheit der Mitarbeiter. Zufriedene und gesunde Mitarbeiter sind leistungsfähiger und produktiver. Auch der Einfluss privater Belastungsfaktoren auf die psychische Gesundheit kann durch ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld vermindert werden (7).

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Was ist das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit? Hinter diesem Namen verbirgt sich ein bundesweites Netzwerk von über 70 Mitgliedsorganisationen, darunter Experten der Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Diese verfolgen das gemeinsame Ziel, seelische Gesundheit zu fördern und über psychische Erkrankungen aufzuklären, um Vorur-

teile abzubauen und Gleichberechtigung herzustellen. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit wurde initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem deutschen Antistigma-Verein Open the doors e. V. Schirmherr des Bündnisses ist Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr.

Im Themenbereich „Arbeitswelt“ hat das Aktionsbündnis bereits verschiedene Aktivitäten initiiert. Es führte gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im März 2009 die Konferenz „Mental Health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times“ durch und präsentierte im März 2011 auf der Folgekonferenz „Psychische Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ seine Aktivitäten. Die vom Aktionsbündnis durchgeführte „Berliner Woche der Seelischen Gesundheit“ hatte im Jahr 2009 das Schwerpunktthema „Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz“. Fortbildungen zum Thema „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt“ werden für Allgemeinmediziner, Betriebsärzte u. a. angeboten. Das Aktionsbündnis beteiligt sich an dem Kooperationsprojekt des BKK Bundesverbands „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA-transfer*) und wird 2012/2013 Informationsveranstaltungen anbieten, um das Leitungspersonal in Kliniken und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung für die Bedeutung der psychischen Gesundheit des Personals zu sensibilisieren und gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahmen zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wirkte das Aktionsbündnis an dem von der DGAUM und der DGUV angebotenen Symposium „Wiedereingliederung von psychisch erkrankten Mitarbeitern“ auf der A+A Messe im Herbst 2011 mit.

* vgl. <http://psyga-transfer.de>

Das Antistigma-Projekt „Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen“

Jeder dritte Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung (11). Dennoch sind psychische Erkrankungen ein Tabu in unserer Gesellschaft und mit Diskriminierung und Stigmatisierung in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Familie und im Freundeskreis verbunden. Das Stigma der Diagnose „psychisch krank“ hat gravierende Folgen für die Betroffenen. Es schadet dem Selbstwertgefühl und den sozialen Netzwerken, reduziert die Lebensqualität und verschlechtert den Krankheitsverlauf.

In einer Studie sagten 38,3% der Teilnehmer aus, sie lehnten eine Überweisung zu einem Psychiater ab, weil sie Angst hätten, für „wahnsinnig“ gehalten zu werden, wodurch ihre sozialen Beziehungen beeinträchtigt und ihr Job gefährdet würden. Sie befürchteten, die Gesellschaft würde mit dem Finger auf sie zeigen (2). In einer anderen Studie benannten die Teilnehmer als Gründe gegen die Inanspruchnahme einer Behandlung: Bedenken, dass jemand es herausfinden könnte (22,1%), Überzeugung, dass die Behandlung nicht hilft (27,6%) und Bedenken, was andere denken werden (24,1%) (8). Auch in Deutschland leben viele Patienten mit der Angst, durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stigmatisiert zu werden und nehmen aus Scham aufgrund einer psychischen Erkrankung keine ärztliche Hilfe in Anspruch (5).

Die Tabuisierung der Erkrankung und die Ablehnung einer Behandlung sind der Früherkennung psychischer Erkrankungen abträglich und begünstigen somit einen schweren Krankheitsverlauf bzw. eine Chronifizierung.

In Deutschland werden seit ca. fünf Jahren von verschiedenen Institutionen und Organisationen verstärkt Antistigma-Projekte durchgeführt. Insbeson-

dere auf lokaler Ebene gibt es sehr viel Engagement im Antistigma-Bereich. In der Mehrzahl werden die Maßnahmen mehrfach oder kontinuierlich seit einigen Jahren umgesetzt. Pilot- und Modellprojekte werden von den lokalen Akteuren gut angenommen und in den eigenen Regionen umgesetzt (4).

Insgesamt fokussieren diese Projekte jedoch nur auf einige wenige Zielgruppen, sind häufig nicht breitenwirksam implementiert und nur zum Teil auf ihre Wirksamkeit hin geprüft worden – häufig unter Verwendung mangelhafter Evaluationsmethoden (a. a. O.). Um diesen Defiziten zu begegnen, entwickelt das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit ein Projekt zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen. Zu diesem Zweck ist die Entwicklung und Implementierung einer wissenschaftlich fundierten und evaluierten Intervention vorgesehen mit dem Ziel einer nachhaltigen Reduktion von Stigma und Diskriminierung auf Grund psychischer Erkrankung in unserer Gesellschaft.

Hierzu wurde zunächst im Jahr 2009 die Studie „Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis“ durchgeführt (4). Diese analysiert den aktuellen Forschungs-

stand zu den Wirkfaktoren von Antistigma-Maßnahmen und sichtet über eine internationale Literaturrecherche sowie über eine deutschlandweite Umfrage den aktuellen Stand zur Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen. Ergänzend ermittelt die Studie den Bedarf an themen- und zielgruppenbezogener Antistigma-Arbeit in Deutschland aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Auf den Ergebnissen dieser Studie aufbauend wurde in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker im Jahr 2010 die oben beschriebene Schulung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in Unternehmen entwickelt. Ansprechpartnerin für das Projekt ist Wiebke Ahrens (Reinhardtstraße 27 B, 10117 Berlin, Telefon: 0 30-2 40 47 72 14, Fax: 0 30-2 40 47 72 28, E-Mail: koordination@seelischegesundheits.net, URL: www.seelischegesundheits.net). □

Dipl.-Psych. Pia Schlamann,

Dipl.-Pol. Wiebke Ahrens,

Carsten Burfeind M. A.,

Professor Dr. med. Wolfgang Gaebel

Das Literaturverzeichnis kann bei der Redaktion angefordert werden.

GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT

Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN in rund 60 Ländern Menschen in Not – ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

HELFEN SIE MIT!

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin • www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97 0 97

Bank für Sozialwirtschaft • BLZ 370 205 00



Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- über ÄRZTE OHNE GRENZEN
 zu Spendenmöglichkeiten
 für einen Projekteinsatz

Name

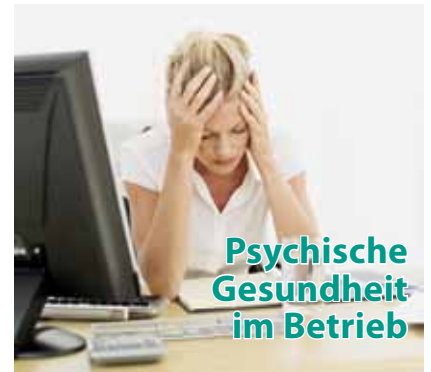
Anschrift

E-Mail

1104906

Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 7



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 wurden die Grundlagen vermittelt. In den Folgen 5 und 6 **Perspektiven und Methoden** wurden ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung ausführlich vorgestellt. Die Vorstellung erfolgreicher **betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

Betriebliche Beispiele

7 Häufige Beratungsanlässe im arbeitsmedizinischen Alltag

Psychische Probleme oder psychische Erkrankungen mit Arbeitsbezug werden aus der subjektiven Sicht der Betroffenen selten in Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen gebracht, die mit einfachen Methoden der Arbeitsbewertung oder Arbeitsanalyse objektiv erfassbar sind (Ergonomie, Taktzeiten, Schichtsysteme, usw.). Vielmehr berichten Erkrankte immer wieder über andauernde Konflikte (mit Kollegen und/oder Vorgesetzten), Kränkungen, Enttäuschungen oder fehlende Aner-

kennung ihrer Leistung, mangelnden Respekt und berufliche Perspektivlosigkeit. Im Beratungsgespräch fällt dem Betriebsarzt die Aufgabe zu, dem Mitarbeiter einen Zugang zu etwaigen psychischen und sozialen Belastungen in der Arbeitswelt, aber im Einzelfall auch in seinem Privatleben zu ermöglichen, mit ihm Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten und bei Erfordernis den Kontakt zu psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachdisziplinen oder Institutionen zu ebnet. Bei Belastungen, die aus der Arbeitswelt resultieren (beispielsweise Überforderung, Konflikte mit Vorgesetzten/Kollegen, Mobbing etc.), sind häufig Interventionen (Beratung von Führungskräften, Konfliktmanagement mit Round-Table-Gesprächen etc.) erforderlich, die der Betriebsarzt mit Einverständnis des Betroffenen initiieren und bei entsprechender Erfahrung auch moderieren kann.

Auch Arbeitsaufgaben mit ständigen sozialen Kontakten werden oft als besonders belastend empfunden, besonders wenn diese konflikträchtig sind (beispielsweise soziale Berufe, Lehrberufe, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Aufgaben mit ständigem Kundenkontakt).

Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung und Beratung der Beschäftigten, das Aus- und Bewerten der so gewonnenen Erkenntnisse und das Ableiten gezielter Empfehlungen an den Arbeitgeber zur Organisation und Gestaltung der Arbeit ist eine Kernaufgabe der Betriebsärzte nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV).

7.1 Beratung auf Organisationsebene

7.1.1 Umgang mit Konflikten

Betriebsärzte werden erfahrungsgemäß im Umfeld betrieblicher Konflikte in unterschiedlichen Stadien der Eskalation angesprochen und können wichtige Initiatoren von begleitenden Maßnahmen zur Konfliktbewältigung sein. Wenn zum Beispiel betriebliche Umstrukturierungen anstehen, sollte dies von der Leitung transparent kommuniziert werden. In solchen Phasen der Restrukturierung von Bereichen, der Veränderung von Zuständigkeiten, von Geschäftsabläufen, dem Nebeneinander von „noch“ geltenden Vereinbarungen und „schon“ neuen Konzepten, kommt es erfahrungsgemäß zu Verunsicherung und Transformationskonflikten. Wenn es gelingt, begleitend dazu ein betrieblich abgestimmtes System des Umgehens mit Konflikten zu etablieren (Konfliktkultur) ist dies einerseits ein Signal für den achtsamen Umgang miteinander, andererseits eine Erlaubnis für MitarbeiterInnen und Führungskräfte, Konflikte anzusprechen und dabei professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können (innerbetriebliche Konfliktlotsen / Mediation). Viele Unternehmen haben damit gute Erfahrungen gemacht. In der Regel werden dazu Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, betriebliche Konfliktlotsen ausgebildet und von Fall zu Fall externe Mediatoren verpflichtet.

7.1.2 Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen

In zahlreichen Branchen führen plötzlich eintretende Ereignisse zu einer erheblichen Belastung der Beschäftigten. Dies können Überfälle auf Geschäftsstellen im Bereich Banken, Verkehrsunfälle mit Personenschaden oder Suizidversuche/Suizide im Öffentlichen Nahverkehr sein. Weiter treten Übergriffe im Bewachungsbereich, einschneidende Erlebnisse in Krisen- oder Kriegsgebieten im Rahmen von Berichterstattung oder Hilfsaktionen und Arbeitsunfällen auf. Für die anschließende Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) spielen sowohl persönliche disponierende Faktoren, die Schwere des Ereignisses als auch die Vermeidung von weiteren traumatisierenden Einflüssen nach dem Unfall eine Rolle. Für die Primärprävention einer PTBS haben deshalb Unternehmen mit Hilfe der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung wirksame innerbetriebliche Konzepte entwickelt und umgesetzt. Sie umfassen einen strukturierten Ablauf nach dem Ereignis, Integration des Unfallmanagements in die Unternehmensorganisation, die Benennung und Ausbildung von Erstbetreuern und eine Schulung aller gefährdeten Unternehmensteile zum Thema.

So werden beispielsweise in Verkehrsunternehmen Fahrer nach Verkehrsunfällen von Erstbetreuern noch am Unfallort unterstützt und gegebenenfalls abgeschirmt. Der Erstbetreuer wendet sich den Betroffenen zu, begleitet sie bei erforderlicher medizinischer Versorgung, hält den Kontakt zu Unternehmen und Angehörigen und informiert noch in der Akutphase über die betrieblichen Hilfsangebote. Ziel ist es, die Fahrtätigkeit der Betroffenen zu erhalten. Die Nachsorge bis zur Wiederaufnahme der Tätigkeit kann nicht in allen Branchen einheitlich geregelt werden, sie sollte betriebsspezifisch festgelegt sein und den Betriebsarzt einbeziehen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bieten bei

Wunsch der Beschäftigten, bei Unsicherheiten oder kurzfristig aufgetretenem Verdacht auf Vorliegen einer PTBS probatorische Behandlungen durch speziell ausgebildete Traumatherapeuten an, in denen auch weiterer Therapiebedarf ermittelt wird (Praxishilfe 2; Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung).

7.2 Individuelle Beratung / Supervision

Wie schon ausgeführt stellt der Zugang der Beschäftigten zu Früherkennungs-, Beratungs- und Reflexionsmöglichkeiten eine tragende Säule des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Hier sind nicht nur die klassischen Beratungsangebote betriebsärztlicher Dienste bei somatischen und psychosomatischen Krisen und der frühzeitige Verweis an adäquate therapeutische Systeme außerhalb des Betriebes gemeint. Neben der betrieblichen Sozialberatung zur individuellen Begleitung von Mitarbeitern in Existenz- und Sinnkrisen haben sich externe Angebote wie Supervision von Teams und Einzelnen im Umgang mit schwierigen Kunden und Klienten oder den Folgen betrieblicher Restrukturierungen bewährt.

Supervision bietet Orte der Reflexion, der Entschleunigung und der Antizipation möglicher Handlungsoptionen. Im sozialen Bereich gehört Supervision zum Qualitätsstandard guter Arbeit. Supervision dient grundsätzlich der Entwicklung von Personen und Organisationen. Supervision bezieht sich auf Kommunikation und Kooperation im Kontext beruflicher Arbeit, indem Bewältigungsstrategien generiert, deren Umsetzungsmöglichkeiten antizipativ geprüft und deren Realisierung begleitet und reflektiert werden (DGSv). Insofern kann Supervision auch in Primär- und Tertiärprävention zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitspotentialen eingesetzt werden. Als Burnout-Prävention hat diese Form der Begleitung auch in DAX-Unternehmen Selbstverständlichkeit erlangt, als pro-



Foto: Photos.com (Hemera Technologies)

zesshafte oder als punktuelle Begleitung für Einzelne und Teams. Die Anregung dazu kommt immer häufiger von Betriebsärzten, die einen Teil des Gesundheitsförderungs-Budgets für Supervision und externe Beratung einplanen. Das ermöglicht schnelle und adäquate Unterstützung von Mitarbeitern und Teams in kritischen Phasen und Situationen. Supervision kann auch eine mentale Vorbereitung im Vorfeld von zu erwartenden Krisen ermöglichen „was könnte schlimmstenfalls passieren und was könnte helfen, damit umzugehen und die Kontrolle zu behalten.“ (siehe auch Antonovsky, „sense of coherence“).

Da unspezifische Symptome beginnender Erschöpfung häufig zunächst dem Betriebsarzt anvertraut werden, ist es sinnvoll, genau dort einen Pool von qualifizierten Supervisoren und Beratern zu etablieren. Das ermöglicht schnelle und adäquate Unterstützung von Mitarbeitern, Führungskräften und

Teams in kritischen Phasen und Situationen. Bewährt hat sich ein Umfang von zunächst maximal fünf Sitzungen. Unspezifische Symptome lassen sich in diesem Zeitraum zuordnen und lösungsorientierte Handlungsoptionen ableiten. Wenn sich zeigt, dass weitere Begleitung erforderlich ist, können die vom Unternehmen bereit gestellten Reflexionsräume helfen, zu klären, ob weitergehend therapeutische Interventionen angezeigt sind.

Um die Ergebnisse auch für die Entwicklung der Organisation nutzen zu können, empfiehlt es sich, ein- bis zweimal jährlich Treffen aller Supervisoren und Berater mit dem Betriebsarzt zu arrangieren und eine Rückmeldung zu möglichen organisationalen und arbeitsbedingten Faktoren individueller Irritationen und Erkrankungen einzuholen: „Verschwiegenheit zur Person-Offenheit zur Organisation“. Diese Feedback Schleife kann dem Betriebsarzt helfen, bei Bedarf Maßnahmen der **Verhältnisprävention** anzustoßen, wie Optimierung von Arbeitsabläufen, die Gewährung und Gestaltung geeigneter Handlungsspielräume, Aufbau und Stärkung einer vertrauensvollen Kommunikations-, Feedback- und Anerkennungskultur, Auf- und Ausbau gelebter sozialer Unterstützung im Unternehmen mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Führungskräfte (Haubl/Voß 2011). Auch der Ausbau des Angebots geeigneter Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen als Quelle persönlicher Weiterentwicklung kann dazu gehören. Anders als bei vielen EAP (Employee Assistant Programs) bleibt das arbeitsbedingte Thema nicht individualisiert in der „Nische“, sondern kann im Betrieb mit weiteren Interventionen auf der Organisations-ebene bearbeitet werden.

7.3 Stressprävention

Die heutzutage bestehende Fülle angebotener Maßnahmen im Bereich der Stressprävention am Arbeitsplatz gestaltet sich nahezu unüberschaubar. Für die Praxis stellt sich jedoch die Frage,

welche Interventionen mit hoher Wahrscheinlichkeit Wirksamkeit zeigen und daher bevorzugt zum Einsatz kommen sollten, um der Problematik angemessen begegnen zu können. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) ist in einer umfassenden Literaturschau unter anderem auch der Frage nachgegangen, wie Programme wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge gestaltet sein sollten, um Beschäftigte seelisch gesund zu erhalten und arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen erfolgreich vorzubeugen.

Im Bereich der **Verhaltensprävention** sollten solche Maßnahmen das Kernelement bilden, die den Aufbau individueller und sozialer Fähigkeiten zur Bewältigung von Stresssituationen zum Ziel haben. Dass sie wirksam sind, konnte in einer ganzen Reihe von Studien nachgewiesen werden. Sie reduzieren Fehlzeiten und Beschwerden infolge von Stress. Gleichzeitig verbessern sie die Qualität des Arbeitslebens. Stressmanagementmaßnahmen eignen sich entsprechend der Studien sowohl für beschwerdefreie Mitarbeiter, Mitarbeiter mit hohem Risiko für eine psychische Störung und solche, die bereits unter Symptomen leiden. Die Interventionen sollten dabei bevorzugt mit kognitiv-behavioralen Techniken und multimodaler Methodik arbeiten.

Entspannungsverfahren und Bewegungsprogramme stellen zur Stärkung der psychischen Gesundheit weitere sinnvolle Ergänzungen im verhaltenpräventiven Bereich dar. Kontrollierte Studien legen nahe, dass sie wirksam dabei helfen, wahrgenommenen Stress am Arbeitsplatz zu reduzieren. Sportliche Betätigung ist zudem verbunden mit einer Reihe weiterer positiver psychologischer Effekte, beispielsweise dem Abbau negativ erlebter Empfindungen.

Verhaltenspräventive Maßnahmen greifen jedoch zu kurz, wenn es darum geht, potentielle Stressoren, die mentale Fehlbeanspruchungen nach sich ziehen können (wie beispielsweise hohes Arbeitsaufkommen bei gleichzeitig sehr

starkem Zeitdruck), in der psychosozialen Arbeitsumwelt zu optimieren. Die Grundlage hierfür wird durch Maßnahmen auf der organisatorischen Ebene geschaffen (**Verhältnisprävention**) mit denen sich auch Faktoren wie Motivation und Produktivität und nicht zuletzt die Arbeitszufriedenheit nachhaltig positiv beeinflussen lassen. □

Der Beitrag wird fortgesetzt.

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

Literatur:

ArbMedVV

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., J., Wright, K., Whitehead, M., Petticrew, M. (2009). *Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment*. *Prev Med*. 2009 May; 48 (5): 454–61.

DGSv. Deutsche Gesellschaft für Supervision (Hrsg.) (2010), *Kernkompetenz: Supervision. Ausgewählte Formate der Beratung in der Arbeitswelt*.

Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen, Broschüre. Verfügbar unter: www.dguv.de

GKV-Spitzenverband, MdS, Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (2010). *Präventionsbericht 2010*.

Haubl, R., G. G. Voß (Hg.), *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision. Eine Studie zu den psychosozialen Auswirkungen spätmoderner Erwerbsarbeit*. Göttingen 2011.

Kessler, R. C. (1997): *The effect of stressful life events on depression*.

Annual Review of Psychology 48, 191–214.

Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2008).

Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga-Report 13.

In sicherheitsrelevanten Bereichen stellen Drogenkonsumenten ein potenzielles Sicherheitsrisiko dar

Cannabis-Konsum im Betrieb

In diesem Jahr wurde ich damit konfrontiert, dass in einer von mir betreuten Firma, die auch durchaus „gefährliche Arbeiten“ durchführt, von einer ganzen Reihe der Mitarbeiter regelmäßig Cannabis konsumiert wird. Da einer der Beschäftigten psychisch auffällig wurde und sogar teilweise aggressiv reagierte, wurde die Geschäftsleitung auf dieses Problem aufmerksam und war nun auch bereit, etwas dagegen zu unternehmen.

Es wurde zunächst ein gemeinsames Gespräch mit der Geschäftsleitung, der Leitung vor Ort und der Betriebsärztin durchgeführt, in dem das weitere Vorgehen geklärt wurde. Danach wurde Kontakt mit der zuständigen Präventionsabteilung der Polizei aufgenommen. Wir hatten die Überlegung, dass wir diese jungen Männer eher überzeugen können, wenn wir sie mit den rechtlichen Folgen, vor allem der Gefahr des Führerscheinverlusts konfrontieren, als wenn wir etwas von möglichen gesundheitlichen Folgen erzählen.

Das Ganze wurde so aufgebaut, dass mein Part bei der Informationsveranstaltung der medizinische sein sollte und die Polizei den Part der rechtlichen Fragen und Risiken übernahm. Ich stelle hier die Überlegungen zu den medizinischen Aspekten dar.

Cannabis ist nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland und auch am weitesten verbreitet in Europa. Die Stärke der Cannabisprodukte richtet sich nach ihrem Gehalt an THC. Sowohl zwischen den produzierenden Ländern als auch innerhalb der einzelnen Länder wurden große Unterschiede hinsichtlich der Stärke der verschiedenen Cannabisprodukte verzeichnet. Die Daten basieren hauptsächlich auf kriminaltechnischen Untersuchungen aus beschlagnahmten Cannabismengen. Im Jahr 2010 meldeten die Länder einen THC-Gehalt, der



Foto: Photos.com (Pavel Bolotov)

sich in der Bandbreite von 1 % bis 12 % bei Cannabisharz bewegt. Die Stärke von Cannabiskraut lag zwischen 1 % und 16,5 %. Der Verkaufspreis lag im Jahr 2010 zwischen 3 und 17 Euro pro Gramm.

Nach vorsichtigen Schätzungen haben etwa 80,5 Mio. Europäer mindestens einmal Cannabis in ihrem Leben konsumiert, das entspricht nahezu einem Viertel der europäischen Bevölkerung. Geschätzte 23 Mio. Europäer haben in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, was 6,8 % der erwerbsfähigen Bevölkerung entspricht. **3,6 % der Bevölkerung haben in den letzten 30 Tagen konsumiert!**

Die häufigste Konsumform sind selbstgedrehte Zigaretten, sogenannte Joints, in denen zerbröseltes Haschisch oder Marihuana mit Tabak vermischt wird. Die Gefahr einer Abhängigkeit oder anderer Probleme hängt vom Konsummuster ab. Der Konsum von Cannabis mit hohem THC-Gehalt und das Inhalieren der Droge über Wasserpfeife gehen mit einem hohen Abhängigkeitsrisiko einher.

Von einem eher weichen Konsummuster sprechen wir

- wenn es sich um Gelegenheits- und Probierkonsum handelt



Dr. Monika Stichert,
arbeits- und reise-
medizinische Praxis,
Erkrath

- wenn zwischen einmal pro Jahr bis dreimal im Monat konsumiert wird
- bei geringer Dosis
- wenn eher im Joint geraucht wird
- Cannabis keine besondere subjektive Bedeutung beigemessen wird und keine größeren Investitionen zeitlicher oder finanzieller Art erfolgen
- wenn kaum Konsum anderer illegaler Drogen und kaum Mischkonsum stattfinden.

Beim Rauchen setzt die Wirkung meist unmittelbar ein und dauert ein bis vier Stunden an; das Wirkmaximum wird in der Regel nach 30 bis 60 Minuten erreicht. Die Aufnahme über den Magen ist unberechenbarer; die Wirkung setzt meistens verzögert ein, wenn es dem Essen beigegeben wurde und die Wirkung hält meistens länger (zirka fünf Stunden) an, weshalb diese Konsumform am riskantesten ist.

Die pharmakologische Wirkung ist noch nicht vollständig geklärt. Erst 1988 entdeckte man körpereigene Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn (CB1) und wenig später in der Peripherie des Körpers (CB2). Ein Großteil der Wirkung wird diesen Rezeptoren zugeschrieben.

Anders als bei Alkohol dauert der Abbau von THC deutlich länger, als die Wirkung anhält. Aus der Blutbahn verschwindet THC relativ schnell, wird aber im Fettgewebe und in verschiedenen Organen gespeichert, wodurch der Abbau bis zu 30 Tage dauern kann (HZW 24 bis 48 Stunden). Bei chronischen Konsumenten kann die Ausscheidung auch noch deutlich länger dauern, teilweise über ein halbes Jahr. Die Ausscheidung erfolgt über Stuhl und Urin.



Foto: Photos.com (Comstock)

An akuten körperlichen Effekten können unter anderem ein erhöhter Blutdruck, eine leichte Steigerung der Herzfrequenz und Augenrötung auftreten. Als akute Nebenwirkungen werden ebenfalls Übelkeit, beeinträchtigte Koordinations- und Leistungsfähigkeit, Angstzustände, psychotische Symptome und eine erhöhte Unfallgefahr beim Lenken eines Fahrzeuges aufgeführt.

Cannabis-Risiken

Problematisch ist die partielle Unvorhersehbarkeit der Wirkung. In seltenen Fällen können atypische Wirkungen zu meist bei unerfahrenen Konsumenten auftreten. In hoher Dosierung können sich aber auch bei erfahrenen Konsumenten unangenehme Wirkungen einstellen: Es besteht eine starke Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit während der Wirkung. Es kann zu einer psychischen Abhängigkeit kommen. Sehr beeinträchtigend ist das sogenannte amotivationale Syndrom, was bei chronischen Konsumenten häufig beobachtet wird. Es geht mit Teilnahmslosigkeit sowie Verlust von Aktivität und Euphorie einher. Körperliche Folgeschäden sind selten. Allerdings enthält der Rauch des Cannabis zahlreiche Schadstoffe, die im Vergleich zum Tabak als um ein Vielfa-

ches giftiger eingeschätzt werden und Lungen- sowie Bronchialerkrankungen verursachen können.

Gravierender sind aber die psychischen und sozialen Folgen des regelmäßigen Konsums. Diese sind teilweise abhängig von persönlichen und sozialen Risikofaktoren. Gerade im Bereich Denken und Urteilen kommt es zu erheblichen Einschränkungen. Zwar hat der Konsument selber ein Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, die jedoch objektiv betrachtet immer mehr abnimmt. Es kommt zu einem Amotivationsyndrom, gepaart mit verminderter Belastbarkeit.

An chronischen Auswirkungen des Cannabiskonsums finden sich Abhängigkeit, psychische Probleme mit erhöhtem Risiko für psychotische Symptome und Störungen, die mit steigender Häufigkeit und Menge des Konsums zunehmen.

Besteht der Wunsch, den Konsum aufzugeben, so ist das kurzzeitig relativ leicht möglich, denn es bildet sich keine plötzliche Entzugssymptomatik aus. Diese entsteht erst nach lang andauernder Abstinenz in Gestalt von Leere, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen und Unruhe, sowie vegetativen Symptomen wie Schlafstörungen und Appetitmangel, so dass dann die meisten Ex-Konsumenten wieder rückfällig werden.

Eine große Rolle in der Suchtentwicklung und resultierenden Schäden spielt das Alter des Ersteinstiegs, da THC die Hirnentwicklung negativ beeinflusst. So findet sich bei chronischen THC-Usern im EEG eine verminderte Alpha-Wellen-Aktivität. Die lipophilen Eigenschaften des Cannabis scheinen mit der besonderen Schizophrenie auslösenden Eigenschaft von THC in Beziehung zu stehen. Auch negative Einflüsse auf die Motorik sind offenbar besonders ausgeprägt bei THC-Einstieg im jungen Alter. THC-Konsumenten suchen die neurologische Praxis sehr oft mit dem Bild von Schlaf-, Angst- und Konzentrationsstörungen auf. Typischerweise gehen diese Störungen in Denkstörungen über. Elemente einer Angststörung können schließlich bei Versagen aller

Der Cannabisrausch besteht vor allem aus psychischen Wirkungen, die erheblich von der jeweiligen Grundstimmung des Konsumenten beeinflusst werden. Eine deutliche Anhebung der Stimmungslage bis hin zum Gefühl der Entspannung, der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit gehen einher mit einem verminderten Antrieb, Tendenz zur Passivität, gesteigerter Kommunikationsfähigkeit, gelegentlich aber auch intensivierten akustischen und visuellen Sinneswahrnehmungen und einer Verstärkung des sexuellen Erlebens.

Als eher unerwünschte Effekte treten häufig Denkstörungen auf, Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können vermindert werden und ebenso die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses. Die Konsumenten sind eher ablenkbar und setzen in der Wahrnehmung ungewöhnliche Schwerpunkte.

Einfluss von Marihuana auf Piloten



Fotos: Photos.com (fabio Pignata und fcknngCLOSED-b)

An der Stanford University nahmen 10 Piloten an einer Studie am Flugsimulator teil. Eine Stunde nach dem Konsum einer schwachen Marihuana-Zigarette mit 2% THC betrug die Entfernung von der Rollbahnmitte im Durchschnitt ca. 10 Meter, ein Pilot verfehlte die Rollbahn gänzlich. Noch nach 24 Stunden war der Abstand zur Rollbahnmitte fast doppelt so groß wie vor dem Marihuana-Konsum.



Foto: Photos.com (thanh lam)

tischer Symptome vier Jahre später assoziiert ist. Meist seien diese Symptome nur zeitweise vorhanden, ein fortgesetzter Cannabiskonsum erhöht das Risiko einer Persistenz. Je früher der Cannabiskonsum in der Individualentwicklung einsetzt, desto wahrscheinlicher wird die Entstehung einer späteren Abhängigkeit sowie psychosozialer Folgeschäden.

Es bleibt also bei der entscheidenden Frage: Ist der Wochenendrogenkonsument, der sich am Samstagabend seinem Stoff oder vielleicht auch mehreren Stoffen hingibt, am Montag arbeitsfähig bzw. leistungsfähig? Man kann vor allem bei chronischem Konsum davon ausgehen, dass auch am Montag die Leistungsfähigkeit reduziert ist und eine allgemeine Lustlosigkeit besteht. In sicherheitsrelevanten Bereichen stellen Drogenkonsumenten ein potenzielles Sicherheitsrisiko dar, was individuell

Kompensationsmechanismen schlagartig in eine Psychose übergehen. Schon jetzt fällt den Psychiatern und Neurologen auf, wie viele ihrer Patienten mit psychischen Störungen angeben, vor Jahren THC probiert zu haben.

Im Jahr 2011 fand ich im Deutschen Ärzteblatt erstmalig den Hinweis, dass im Rahmen einer Längsschnittstudie gezeigt werden konnte, dass der vorausgehende Cannabiskonsum dem Auftreten psycho-



Foto: Photos.com (Jupiterimages)

sehr verschieden ist und nicht konkreter spezifiziert werden kann.

Grundsätzlich muss man damit rechnen, als fahruntauglich eingestuft zu werden, wenn man beim Auto- oder Motorradfahren unter dem Einfluss von Cannabis aufgegriffen bzw. Cannabis im Blut oder Urin nachgewiesen wird (§ 24a StVG). Anders als bei Alkohol wurden bei Cannabis bisher keine Grenzwerte festgelegt. Bereits der Nachweis einer geringen Menge an THC entspricht einer Ordnungswidrigkeit. Ob es durch den Konsum zu einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit kam, ist dabei unerheblich. Das hat zur Folge, dass die Führerscheinstellen allen gemeldeten Verdachtsfällen nachgehen und den Führerschein in der Regel sofort einziehen. Zudem werden die Betroffenen meist zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) aufgefordert, um Drogenfreiheit nachzuweisen. □

Fallbeispiel:

Ein junger Mann kommt zur Eignungsuntersuchung als Dachdecker. Das Besondere ist, dass er zuvor bei einem Unfall als Leiharbeitnehmer einen schweren Unfall erlitten hat. Die Firma ist aber mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft bereit, einen Arbeitsversuch zu machen. Der Arbeitsversuch ist erfolgreich und der überglückliche junge Mann kann seiner Arbeit wieder nachgehen. Aufgrund des dadurch bestehenden sehr guten Vertrauensverhältnisses gesteht er gegenüber dem Betriebsarzt, dass er Hilfestellung benötigt, um dauerhaft drogenfrei (Cannabis und seit dem Unfall auch Kokain) zu bleiben. Er habe vor dem Unfall immer mal wieder einen Joint geraucht. Inwieweit der Drogenkonsum mit ursächlich für den Unfall war, ist nie geklärt worden. Eine Testung im Rahmen der G 41 Untersuchung ist nicht erfolgt.

Im Laufe der Jahre fiel der Mitarbeiter nur positiv auf; er war bestens in die Firma integriert. Ab und zu suchte er seinen Arzt auf, weil er Schmerzen in der Hand hatte, die Haut spannte, oder eine Verletzung beim Fußballspielen aufgetreten ist. Ab und zu kam er auch mit gereizten und geröteten Augen, die angeblich vom Durchzug oder ähnlichem kamen. In der nächsten G 41 Untersuchung (in der Firma liegt eine Betriebsvereinbarung dazu vor) gab er auch Schlafstörungen an, die aber durch die Schmerzen im rechten Bein erklärt wurden. Acht Jahre nach der erfolgreichen Reintegration war der Mitarbeiter auf einmal langzeiterkrank. Sein Vorgesetzter berichtete, dass er plötzlich unkonzentriert gewesen wäre und Fehler gemacht habe. Auf Nachfrage hätte er davon berichtet, dass er vermutet, dass seine Freundin ihn verlassen wolle. Er könne nicht mehr schlafen, habe nichts mehr für sich selber gemacht und wäre in eine absolute private und berufliche Überforderung abgerutscht. Er berichtete in einem Gespräch offen über seine jetzige Situation im Sinne einer Depression und wie er versuchen würde, wieder seine normale Leistungsfähigkeit zurück zu gewinnen. Im Nachgang zu diesem Gespräch bekam der Betriebsarzt Kontakt zum behandelnden Therapeuten und es kam zur Sprache, dass er seit zirka einem dreiviertel Jahr wieder ab und zu einen Joint geraucht habe und auch regelmäßig Alkohol konsumiert habe. Das hätte jetzt dazu geführt, dass er in eine Psychose abgerutscht wäre.

Wahrscheinlich wird vor Arbeitsaufnahme auch noch eine medizinische Rehabilitation erfolgen und danach eine stufenweise Wiederaufnahme der Arbeit. Der Betriebsarzt hat diese Informationen im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht erhalten. Eine Langzeitprognose kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gemacht werden. □

Literatur:

- Rheinisches Ärzteblatt 8/2009, Cannabisabhängigkeit – eine ernstzunehmende Erkrankung, S. 25
 DHS, Cannabis Basisinformationen
 Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 19, A1061
 v. 13. 5. 2011, Cannabis und Psychose
 ASU, 33, 10, 1998, Toxikologisch-medizinische Aspekte des Drogenkonsums bei Steuer- und Fahrtätigkeiten, Prof. Kauert, R. Breitstadt, W. Falke
 Konferenz: Früherkennung von Drogenmissbrauch; der Kampf gegen Drogen, Erfahrungen und Beispiele aus den USA, S. 7
 DNP 6 / 03, Warum Cannabis doch gefährlich ist, S. Eisenmeier, S. 34 ff.
 Jahresbericht der EBDD 2012, S. 44–54, Kapitel Cannabis
 DHS Jahrbuch Sucht 2012

Seminartheater setzt neue Maßstäbe
im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Burnout! Ich kann's nicht mehr hören – aber vielleicht erkennen?

Das Seminartheaterstück „Wenn die Akkus leer sind... Business-Balance zwischen Himmel und Hölle“ setzt neue Maßstäbe im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Nach dem erfolgreichen Schauspiel „Jetzt tu ich erstmal nichts – und dann warte ich ab“, in dem die verschiedenen Taktiken gegen Arbeitsvermeidung thematisiert werden, nimmt sich Visual, nach eigenen Angaben deutscher Marktführer im Business-Theater, in seinem neuesten Stück dem heikle Thema Burnout an.

„Burnout wird immer noch unterschätzt. Wir machen mit Visual nicht nur bloße Lippenbekenntnisse. Uns ist es wichtig, dass es gar nicht erst zu Burnout kommt. Mit unseren Stücken wollen wir Prävention betreiben und die Mitarbeiter für diese brisanten Themen sensibilisieren. Sollte es dennoch zu Burnout kommen, haben wir

die richtigen Partner, die den betroffenen weiterhelfen können“, so Dany Strobel, die künstlerische Leiterin von Visual.

Und in der Tat: Burnout wird immer mehr zur Volkskrankheit Nummer eins. Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen steigt stetig. Das Krankheitsbild ist undurchsichtig und auch die Symptome sind sehr vielschichtig. Wie brisant das Thema ist, zeigt das vom Manager Magazin veröffentlichte Burnout-Ranking, dessen Ergebnisse alarmierend sind: In keiner Branche sind Mitarbeiter vor Burnout geschützt.

Die neuesten Erkenntnisse zeigen, dass ein bedeutender Aspekt die Führungskultur ist. Zwar kann sich jeder einzelne mit bestimmten Vorbeugungen gegen die völlige Erschöpfung schützen. Diese Vorsichtsmaßnahmen nützen jedoch wenig, solange die Führungs-

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. J. Kindel
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



Kurz vor der totalen Erschöpfung? –
Ein Theaterstück setzt neue Maßstäbe in der Prävention vor Burnout

kultur als Ganzes das Thema nicht annimmt und die Manager das Thema nicht verinnerlichen. „Immer wieder wird als Hauptursache die fehlende menschliche und soziale Anerkennung durch Vorgesetzte genannt. Mit dem Stück möchten wir Führungskräfte und Mitarbeiter gleichermaßen ansprechen und sie für dieses Thema sensibilisieren. Wir möchten damit erreichen, dass das Bewusstsein für die Auswirkungen schlechten Umgangs auf psychischen Stress von Kollegen verinnerlicht wird. Nur so kann die psychische Erschöpfung verhindert werden“, ist sich der Geschäftsführer von Visual, Sebastian Ahlert, sicher.

Aus diesem Grund organisiert das Business-Theater seit neuestem auch Gesundheitstage für Unternehmen. Wie immer arbeitet das Business-Theater intensiv mit kompetenten Partnern zusammen, die Visual bei der Prävention beispielsweise vor Burnout unterstützen. □

Weitere Infos: www.business-theater.de