

5 JAHRE AfAMed (2009-2014)

Arbeitsmedizinische Prävention als Grundlage für ein gesundes Unternehmen

Vortrag „Prävention in Deutschland – Settingansätze“ von Prof. Dr. Klaus Scheuch im Rahmen der Veranstaltung des BMAS, Berlin

Herzlichen Dank für die Ehre zu diesem nicht nur für die Arbeitsmedizin wichtigen Ereignis sprechen zu dürfen, auch wenn das Allerweltsthema mir etliche Probleme bereitet hat. Was und wie sagt man dazu vor einem Zuhörerkreis, der schon alles weiß. Nach Wochen des gedankenschwangeren Überlegens und Abwägens kam mir die aktuelle Politik zu Hilfe. Am 20.10.2014 wurde wieder einmal ein Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (falsch abgekürzt als Präventionsgesetz) zur Diskussion veröffentlicht, eine 10jährige Geschichte, die verdeutlicht, dass nicht nur ich mit dieser Problematik Schwierigkeiten habe. Vor 10 Jahren wurde ich zu einer Expertenanhörung einer Bundestagsfraktion zum 1. Gesetzentwurf geladen, in deren Ergebnis die Vorsitzende die Frage stellte: „Brauchen wir bei der Realisierung des Präventionsgesetzes die Ärzte?“ Diese Frage steht zum Glück heute nicht mehr. Inzwischen sind sogar die Betriebsärztinnen und -ärzte als wesentliche Träger der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetz genannt. Zum Anderen regte mich das politisch überraschende Thema der letzten Woche, der 25. Jahrestag der Überwindung der Grenzen und der Schaffung unserer Einheit an. Dies ist nicht nur das herausragende Ereignis unserer geschichtlichen Entwicklung, sondern Überwindung von Grenzen und Einheit kann auch als Grundprinzip der Prävention und Gesundheitsförderung Verwendung finden. Damit war der rote Faden gefunden. Zeitgleich rief die Ökumene umfangreich in Vorbereitung des Lutherjahres 2017 zu gemeinsamen Aktivitäten auf. Da Prävention und Gesundheitsförderung auch im weitesten Sinne etwas mit Religion zu tun haben, kam mir der Gedanke, die Methodik von Luther in Form von Thesen zu nutzen. In Anbetracht der Zeit verzichte ich auf 95 Thesen und bleibe bei den 10 Geboten. Dies können nur Gedankensplitter im Rahmen meines arbeitsmedizinisch geprägten Denkvermögens sein.

Die Prävention ist in meinem Thema einzuordnen in die Settingansätze, obwohl bei den 10 Hauptrisikofaktoren für die attributable Krankheitslast in Deutschland 2010 sowohl für Frauen



© crevis · fotolia.com

als auch für Männer, die berufsbedingten Risiken erst an 9. Stelle stehen (Plass et al. 2014). Trotzdem wird die Arbeit als zentraler Settingansatz für Prävention und Gesundheitsförderung notwendig sein, weil die Arbeit auch an anderen Risikofaktoren mitbeteiligt ist, die Arbeit ein effektives und wirksames, sich selbst verstärkendes Handlungsfeld darstellt, über die Arbeit ein wesentlicher Teil der Bevölkerung, der sonst schwierig zu erreichen ist, einbezogen wird, die Arbeitsstruktur die ökonomischsten Aktivitäten mit auch den umfangreichsten Finanzquellen ermöglicht. Gegenwärtig leben und gestalten wir eine geschichtlich beispiellose Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung als Produktivkraft unserer Gesellschaft, als Einflussfaktor auf alle Lebensbereiche, eingebettet in die Entwicklung der Arbeit. Dies fordert den Arbeits- und Gesundheitsschutz mehr als die industriellen Revolutionen in unserer Geschichte. Deshalb soll das Grundprinzip Einheit und Überwindung von Grenzen aus dieser Sicht diskutiert werden.

These 1:

Das mir gestellte Thema ist falsch. Es geht immer um die Einheit von Prävention und Gesundheitsförderung, vor allem im betrieblichen Rahmen. Eine Trennung ist willkürlich und ineffektiv.

These 2:

Es geht um die Einheit und Akzeptanz der Spezifik der Akteure in einem abgestimmten System der Prävention und Gesundheitsförderung. An den Nahtstellen der Systeme und der Akteure in diesem Feld um Gesundheit und Krankheit werden Qualität, Wirksamkeit und Effektivität bestimmt. Gerade in diesem Feld gibt es noch viele Eskimos, die den Afrikanern erzählen, was sie zu tun haben. Im Entwurf des „Präventionsgesetzes“ wird darauf verwiesen, dass unabhängiger insbesondere gesundheitswissenschaftlicher, ärztlicher, arbeitsmedizinischer, erziehungs-, sozial-, ernährungs-, sport- und suchtwissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen ist (Nr. 3, § 11, Abs. 2).

These 3:

Es ist unbedingt die Einheit von Aktivitäten in Prävention und Gesundheitsförderung mit Evaluation und Begleitforschung zu koppeln. Ohne „Evidenzbasierung“ stellen sich Prävention und Gesundheitsförderung über die Zeit selbst in Frage. Zum Anderen dürfen die Bürger, Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht allein dem Gesundheitsmarkt ausgeliefert werden.

These 4:

Es geht um die Einheit der Orientierung von Prävention und Gesundheitsförderung sowohl auf Gesunde als auch Kranke/ Leistungseingeschränkte. Gesundheit, Zufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit beinhalten unterschiedliche, auch erstrebenswerte Quantitäten und Qualitäten. Es gibt bei diesen „Kategorien“ keine Schwarz-Weiß-Malerei. Eine Polarisierung auf Gesundheit oder Krankheit ist eine Diskriminierung menschlicher Fähigkeiten. Und die Arbeit stellt für Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Kuration/Therapie nicht nur einen wesentlichen Rahmen sondern auch ein Mittel für diese Aktivitäten dar. Es gibt gegenwärtig eine erhebliche Gefahr in der Medizin, in den politischen und wissenschaftlichen Forderungen an die Medizin sowie auch im betrieblichen Gesundheitsmanagement zur Pathologisierung und Medikalisierung harmloser Befindlichkeitsstörungen, zur Pathologisierung mit Medikalisierung gesellschaftlicher und individueller Probleme, ja sogar zur Pathologisierung und Medikalisierung gesundheitsförderlicher Bedingungen und Faktoren, die die Resilienz fördern, beizutragen (in Anlehnung an Maier 2013).

Das kostet nicht nur immense Summen von Geld sondern auch Gesundheit, Zufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie Glück der Menschen.

These 5:

Es ist die Einheit von betrieblichen Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz zu sichern. In Betrieben, insbesondere auch im öffentlichen Bereich aus meiner betriebsärztlichen Wahrnehmung, gibt es eine Trennung zwischen Strukturen und Aktivitäten in diesem Bereich. Der Arbeitsschutzausschuss läuft vollkommen neben Gesundheitsförderungsaktivitäten. Dabei hat diese gesetzliche Verpflichtung „Arbeitsschutzausschuss“ ein wesentlicher Bestandteil der Aktivitäten für Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit zu sein. Arbeit braucht Gesundheit und Gesundheit braucht „Arbeit“. Dies trifft für alle Gesundheitsqualitäten und alle Lebensaltersgruppen zu.

These 6:

Es geht um die Einheit von Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung. Insbesondere in der Arbeit ist die Banalität von Schwarz-Weiß-Zuordnungen vorbei. Erst in der Wechselwirkung zwischen Individuum in seinem Umfeld und der Arbeit mit den Arbeitsanforderungen und -bedingungen werden in einer modernen Arbeitswelt Risiko erzeugt und Ressourcen entwickelt. Deshalb brauchen wir komplexere Herangehensweisen auf der Basis der Erkenntnisse unterschiedlicher Fachdisziplinen.

These 7:

Dies leitet über zur These der Einheit von Gestaltung der Arbeit/der Bedingungen und dem arbeitsbezogenen ärztlichen Zugang zum Individuum. Das Individuum als Objekt und Akteur in der Arbeit beeinflusst entscheidend die Wirkung/das Vorhandensein von Risiken und Ressourcen. Und damit hat der Arbeitende auch das Recht zur individuellen Beurteilung und Beratung, damit Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich wirksam und nicht nur ausgeschüttet werden. Und außerdem etwas individuelle Anstrengung braucht auch die Gesundheit und die Beschäftigungsfähigkeit, was durchaus gesteuert und entwickelt werden muss.

These 8:

In der Bewertung von Arbeitsanforderungen und deren Entwicklung brauchen wir die Einheit von geschichtlicher Basis unserer jetzigen Gegenwart, um auch die Zukunft einordnen zu können. Eine retrograde Amnesie führt zur Risikoproduktion! Und falsche Bewertungen der stattgehabten, stattfindenden und zur erwartenden Entwicklungen führen zu lawinenartigen

Katastrophenstrategien. Warum sind wir nicht auch etwas stolz darauf, was wir mit und in unserer Arbeit über Jahrzehnte/Jahrhunderte verändert haben im Interesse aller Beschäftigten und der Gesellschaft.

These 9:

Einheit der Beschäftigung mit „Gutem und Schlechtem“, mit Risiko und Chancen in unseren Handlungsfeldern – und das in den tatsächlich vorhandenen Realitäten. Realität der Bewertung ist Grundlage einer wirksamen Prävention und Gesundheitsförderung. Die Realität darf nicht von dem Zeitgeist in die Ecke gedrängt werden. Leider ist es so, dass auch in der Wissenschaft das Verhältnis von negativen zu positiven Publikationen 14 zu 1 ist (Meyers 2007). Übrigens: Etwas Kult hat auch unsere Arbeit verdient.

These 10:

Wir brauchen Einheitlichkeit und Klarheit von verwendeten Begriffen und Konzepten. Das Begriffs-Tohuwabohu führt zu Orientierungslosigkeit, Handlungsverzicht, Risikoerzeugung und kostet enorm viel Geld und Ressourcen. Zu diesen Problem-begriffen gehört „psychische Belastung“. Belastung nach der DIN-Norm (DIN 33405, DIN EN ISO 100751) ist ein wertfreier Begriff. Jeder weiß, dass Anforderungen/Belastungen wesentlicher Bestandteil der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung, der individuellen Entwicklung darstellen. Demnach ist die Aufforderung zur Reduktion psychischer Belastung in diesem Verständnis eine Aufforderung zur Verblödung der deutschen Nation. Dazu gehört auch der Begriff „Work-Life-Balance“, den man zum Unwort des Jahrzehnts ernennen sollte. Arbeit vom Leben zu trennen ist schon makaber. Auch der Begriff „Anti-stressgesetz“ gehört dazu, weil Stress im wissenschaftlichen Verständnis eine unbedingte Lebensaktivität zur Bewältigung von Anforderungen und zur Entwicklung jedes Lebewesens darstellt. Auch die Wissenschaft hat ihre Zeitbomben im Keller, z. B. den Begriff „Burnout“.

Zusammenfassend veranlasst mich der Anlass 5 Jahre AfAMed, die Arbeitsmedizin aus dem notwendigen interdisziplinären Gefüge der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderungen etwas hervorzuheben, wohlwissend, dass es ohne Partner – und deshalb Einheit und Überwindung von Grenzen – nicht funktionieren wird. Die Bedeutung der Arbeitsmedizin an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem wird steigen aufgrund

- » wachsender Bedeutung von Gesundheit als Wert, Produktivkraft und Markt in der Gesellschaft,
- » der notwendigen Einheit von Prävention und Gesundheits-

förderung, Verhaltens- und Verhältnisprävention für Effektivität und Wirksamkeit,

- » der Entdeckung der Reserven in Kooperation von kurativen Ärzten und Ärzten in der und für die Arbeit,
- » neuer Chancen für chronisch Kranke und Behinderte in einer modernen Wirtschaft,
- » des steigenden Gesundheitsmarktes als Tummelplatz schwer beweisbarer Unseriosität im lukrativen Betriebsfeld,
- » der Schaffung einer evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung.

Natürlich steigt auch die Bedeutung der Arbeitsmedizin an der Schnittstelle Arbeitssystem selbst aufgrund

- » der Bedeutung von Gesundheit als betrieblicher Wettbewerbsfaktor,
- » der zunehmenden Notwendigkeit differenzieller Arbeitsgestaltung und eines differenzierten Arbeitseinsatzes der Beschäftigten,
- » der Rolle des Individuums in seiner biopsychosozialen Komplexität im Lebensarbeitsprozess,
- » des ansteigenden Alters der Beschäftigten,
- » des Zuganges zu sozial unterschiedlichen Gruppen,
- » des ständigen Wandels der Arbeit mit neuen Gesundheitsfragen,
- » der ständigen Anpassung an Neues mit Risiken und Ressourcen,
- » des Wachstums arbeitsbezogener unspezifischer Gesundheitsstörungen,
- » der wachsenden Bedeutung selbst produzierter Risiken durch die Arbeitnehmer.

Überwinden wir Grenzen, um das in Einheit packen zu können. ■

Literaturhinweise finden Sie im Internet unter www.vdbw.de

ZUR PERSON

Prof. Dr. med. Klaus Scheuch

- » GWT-TUD GmbH
- » Zentrum für Arbeit und Gesundheit Sachsen ZAGS



Kontakt: klaus.scheuch@mailbox.tu-dresden.de