

Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie

Beispiele guter Praxis – sowie Fallstricke – einer gelungenen Kooperation in Hamburg

Dr. Amina Özelsel
Dr. Hartmut Wigger

Psychische Erkrankungen: Neue Daten, alte Datenlage

Nur wenige Wochen vor der diesjährigen FFAS-Tagung ist der neue Fehlzeiten-Report erschienen (August, 2012). Diese Publikation wird jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin herausgegeben und informiert umfassend über die Krankenstandsentwicklung in der deutschen Wirtschaft.

Auch wenn die Statistiken zum Krankenstand im neuen Fehlzeiten-Report hoch aktuell sind, die Datenlage selbst ist alt eine alte Bekannte. Auch im Jahr 2011 stieg die Anzahl psychischer Erkrankungen unter den AOK-Mitgliedern¹ an. Dies zeigt sich sowohl in der Zunahme gemeldeter Fälle als auch im Anstieg der Tage, in denen die Mitglieder arbeitsunfähig waren.

Nach wie vor gehören die psychischen Erkrankungen nicht zur häufigsten Krankheitsart (sie rangieren nach Atemwegs-, Muskel- und Skeletterkrankungen, Verdauungserkrankungen und Verletzungen auf Platz 5). Allerdings führen psychische Erkrankungen mit durchschnittlich 22,5 Tagen je Fall zu besonders langen Ausfallzeiten – mehr als doppelt so viele Ausfalltage als bei anderen Erkrankungen.

Auch im neuen Fehlzeiten-Report von 2012 werden Menschen in sozialen Berufen als besondere Risikogruppe identifiziert: Heimleiter, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpfleger, Helfer in der Krankenpflege, Krankenschwestern und -pfleger sowie Hebammen gehören zu den Berufsgruppen an, die am häufigsten psychisch erkranken.

Psychische Erkrankungen: Großes Leid, hohe Kosten

Unter den Erkrankungen leiden nicht nur die betroffenen Personen selbst, sondern auch deren Angehörige, Kollegen und das jeweilige Unternehmen. Aufgrund erhöhter Ausfallzeiten, Leiharbeit und Fluktuation entstehen hohe betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Kosten. Nach einer Schätzung des Fehlzeitenreports (2009) betragen die Kosten von psychischen Erkrankungen im Jahr 2006 in Deutschland 26,7 Milliarden Euro. Dies waren 3,3 Milliarden Euro mehr als noch in 2002. Auch kam es durch psychische Erkrankungen im Jahr 2006 zu einem Verlust von 638.000 Erwerbstätigkeitsjahren – 19.000 Erwerbstätigkeitsjahre mehr als noch in 2002.

Gesundheitsschutz bei psychischen Belastungen: Die Sache mit den Blinden und dem Elefanten

Mit der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz verhält es sich in etwa so, wie mit dem Gleichnis von den blinden Gelehrten und dem Elefanten:

Ein merkwürdiges Lebewesen taucht überraschend im Palasthof auf. Der Sultan beauftragt seine besten Gelehrten, zu untersuchen, um welches Tier es sich denn handeln könnte. Leider waren die Gelehrten aber alle blind. Um das mysteriöse Wesen zu erforschen, fasste jeder Gelehrte ein anderes Körperteil des mysteriösen Wesens an (bspw. Fuß, Rüssel). Je nachdem, welches Körperteil sie zu fassen kriegten, kamen die Blinden aber zu sehr unterschiedlichen Schlussfolgerungen („Ganz klar, es ist ein Baumstamm“, „Nein, es ist eine Schlange!“, etc.). Erst als die blinden Gelehrten ihre unterschiedlichen Forschungsperspektiven und Daten miteinander austauschten und zusammenführten, kamen sie zur richtigen Schlussfolgerung: bei dem mysteriösen Wesen handelt es sich um einen Elefanten.

¹ Die hier skizzierte Datenlage ist eindeutig nicht spezifisch für die Stichprobe der AOK-Mitglieder anzusehen, sondern als deckungsgleich mit den Berichten anderer Krankenkassen zu sehen.

Dieses Gleichnis wird oft für Probleme herangezogen, deren Komplexität mit einer rein disziplinären Sichtweise nicht angemessen Rechnung getragen werden kann. Durch unsere langjährige Praxiserfahrung wissen wir: Psychische Gesundheitsförderung im Betrieb ist ein solcher „Elefant“. Um richtige und auch nachhaltige Schlussfolgerungen ziehen zu können und darauf basierende effektive Maßnahmen einleiten zu können, verlangt psychische Gesundheitsförderung eine komplexe Betrachtung.

Was macht das Thema psychische Gesundheit so komplex?

Was unterscheidet psychische Belastungen von anderen gesundheitlichen Belastungen? Anders als bei vielen anderen Belastungen (bspw. Lärm), gibt es für psychische Belastungen weder einheitliche Messverfahren noch allgemeingültige Grenzwerte, noch berufsgenossenschaftliche Vorschriften. Psychische Gesundheit bzw. dessen Gegenpart psychische Erkrankungen lassen sich nicht leicht von außen erkennen. Die Erfassung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz erfordert daher komplexe Erhebungsverfahren, die die Integration der Perspektive der jeweiligen Mitarbeiter zum Bestandteil haben. Die Erfassung psychischer Belastungen wird dadurch erschwert, dass psychische Belastungen in der Regel keinen einfachen Erklärungszusammenhängen zwischen Ursache und Wirkung unterliegen. Die Auswirkungen psychischer Belastungsfaktoren werden durch persönliche und umweltbezogenen Ressourcen moderiert (z.B. Qualifikation, Art der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, Handlungsspielräume, etc.). Auch wenn eine Ursache eindeutig identifiziert werden kann, fehlt es manchmal an Lösungen, die zeitnah und kosteneffektiv von Betrieben umgesetzt werden können.

Viele Blinde am Werk

In Fachkreisen besteht ein breiter Konsens darin, dass die psychische Gesundheitsförderung europaweit zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung des 21. Jahrhunderts geworden ist (z.B. Wittchen et al., 2011). Folgerichtig befassen sich immer mehr betriebliche und außerbetriebliche Akteure mit der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern: Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Geschäftsführer, Führungskräfte, Betriebsräte, Gewerbeärzte, Hausärzte, niedergelassene Psychotherapeuten, Arbeitspsychologen, Hygienebeauftragte, Präventionsberater der Berufsgenossenschaften und weitere. Ähnlich wie die blinden Gelehrten dem Elefanten, nähert sich jeder dieser Akteure dem Thema psychische Gesundheit durch seine eigene „disziplinäre Brille“ und der Perspektive, die die berufliche Rolle mit sich bringt – einschließlich der jeweiligen blinden Flecken.

In diesem Beitrag soll es um die Zusammenarbeit zwei der obengenannten „Blinden“ gehen: Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie, am Beispiel einer erfolgreichen Kooperation aus Hamburg. Wir möchten im Folgenden sowohl Beispiele guter Praxis vorstellen als auch Fallstricke in der Kooperation skizzieren, die sich bei der Zusammenarbeit dieser Disziplinen ergeben können.

hanza und hanza resources

Schneider und Jurkschat (2011) führen in ihrem Beitrag *„Die psychosoziale Dimension – eine Zukunftsaufgabe der Arbeits- und Betriebsmedizin“* an, dass die Veränderungen in der Arbeitswelt – die zunehmend durch psychosoziale Anforderungen gekennzeichnet sind – in den letzten zehn Jahren dazu geführt haben, dass sich der Reflexions- und Handlungshorizont der Arbeitsmedizin zunehmend auch dieser Thematik angenommen hat und die klassische Ausrichtung der Arbeitsmedizin auf die biochemischen und physikalisch-mechanischen arbeitsbezogenen Belastungen an Bedeutung verloren hat.

Um diesem Wandel Rechnung zu tragen hat hanza, das Hanseatische Zentrum für Arbeitsmedizin in Hamburg, 2009 sein Team mit einer Arbeits- und Organisationspsychologin verstärkt. Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit war sehr erfolgreich und führte schnell zu einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme der aus dieser Zusammenarbeit resultierenden Dienstleistungen. Zur Erleichterung des Ausbaus der arbeits- und organisationspsychologischen Dienstleistungen erfolgte im Jahr 2012 eine Erweiterung des Team sowie die Ausgründung in hanza resources. Zu den Dienstleistungen von hanza resources gehören externe Mitarbeiterberatung (EAP), Supervision,

Mediation, Teamentwicklung, Führungskräfte-Coaching, Trainings, Workshops und Vorträge für Führungskräfte und Mitarbeiter, sowie Mitarbeiterbefragungen und Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung.

Zum Kundenkreis von hanza und hanza resources zählen überwiegend Großbetriebe und mittelständige Betriebe, sowie Tochterfirmen internationaler Konzerne. Der größte Kunde ist eine Hamburger Klinikverbund.

Kooperation Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie – 3 Fallbeispiele guter Praxis

1. Fallbeispiel guter Praxis: Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung

Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung können ein wertvolles Instrument zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes darstellen. Doch deren Qualität und Nachhaltigkeit hängen maßgeblich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen sie durchgeführt werden. Unter ungünstigen Bedingungen können sie sogar negative Folgen (wie Demotivation und ineffektiver Ressourcenverbrauch) sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiter haben.

In unserer Praxiserfahrung hat sich gezeigt, dass der Erfolg von Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung von vielen Faktoren abhängt, insbesondere:

- Ausdrückliches „Wollen“ von Geschäftsführung und Betriebsrat
- Ausreichendes Verständnis von Geschäftsführung und Betriebsrat für das „Produkt“ psychische Belastungserhebungen, einschließlich Chancen und Grenzen des Instruments, sowie „möglichen Stolpersteinen im Prozess“
- Einigung der Geschäftsführung und des Betriebsrats bezüglich zentraler Punkte bei der Erhebung (bspw. Wahl von Anbieter, Methode, Ablauf, Zeitplan, Kommunikation der Ergebnisse an die Mitarbeiter, Einbeziehung und Unterstützung der Führungskräfte, etc.)
- Ausreichend Ressourcen, um Veränderungen zu initiieren
- Einbindung der Gefährdungsanalyse in andere etablierte Unternehmensstrukturen (Gesundheitsmanagement, QM, Evaluation, etc.)
- Datenbasierter, partizipativer Ansatz
- Bereitschaft zur Verhaltens- und Verhältnisprävention auf der individuellen, interindividuellen und arbeitsorganisatorischen Ebene

Als weiterer Erfolgsfaktor für die Erhebung von psychischen Belastungen hat sich die **Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Arbeitspsychologen** erwiesen.

Je nach betrieblicher Konstellation kam es bei hanza und hanza resources in der Vergangenheit vor, dass Gefährdungsanalysen bei unseren Kunden *nur* von Betriebsärzten, *nur* von Arbeitspsychologen oder *gemeinsam* von Betriebsärzten und Arbeitspsychologen durchgeführt wurden. Unsere Praxiserfahrung über die Jahre hat uns jedoch gezeigt: Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung, die gemeinsam von Betriebsärzten und Psychologie durchgeführt wurden

- waren qualitativ besser
- stießen auf höhere Akzeptanz
- waren nachhaltiger und effektiver.

Beitrag der Betriebsärzte zu Gefährdungsanalysen:

Betriebsärzte haben **eine einzigartige Schnittstellenposition** zwischen Individuum und Betrieb. Nur sie haben sowohl Kenntnisse über die Arbeitsplätze mit ihren konkreten Anforderungen und organisatorischen Rahmenbedingungen, als auch über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter (Schneider und Jurkschat, 2011).

Betriebsärzte können in der Regel mit ihrer **langjährige Betriebserfahrung** zum nachhaltigen Gelingen von Gefährdungsanalysen beisteuern. Die Expertise der Arbeitspsychologie wird von Betrieben - wenn überhaupt – in der Regel nur punktuell und projektbezogen eingekauft. Somit haben Arbeitspsychologen meist ein sehr eingeschränktes Betriebswissen. Und das ist ein großes Defizit, denn bei Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung ist die fundierte Erhebung allein oft noch nicht einmal die „halbe Miete“. Bevor eine Erhebung überhaupt in Auftrag gegeben wird, muss in der Regel viel Aufklärung, Informationsvermittlung, Beratung und Überzeugungsarbeit geleistet werden. Das Themenfeld „psychische Belastung“ muss kontinuierlich und kompetent im Betrieb platziert werden, bevor sich die betrieblichen Akteure überhaupt zur Durchführung einer Gefährdungsanalyse zur psychischen Belastung entschließen.

Darüber hinaus werden im Rahmen von Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung sehr sensible Daten erhoben (bspw. die persönliche Einstellung zum direkten Vorgesetzten, die Absicht den Arbeitsplatz zu wechseln, selbstberichtete psychische und physische Fehlbeanspruchungsfolgen, etc.). Dies löst insbesondere bei den betroffenen Mitarbeitern sowie bei Personalvertretungen Ängste aus, dass die Datenerhebung negative Konsequenzen für die betroffenen Mitarbeiter haben könnten. Auch hier hat sich die gemeinsame Durchführung von Gefährdungsanalysen mit Betriebsärzten, welche in der Regel die Funktion einer **Vertrauensperson** im Unternehmen für die Mitarbeiter darstellen, als sehr hilfreich erwiesen.

Eine ganze Reihe an Belastungen, die zu psychischen Fehlbeanspruchungsfolgen führen können, sind „physikalischer“ Natur (bspw. Lärm, Enge, Staub, Gefahrenstoffe). Bei der **Beurteilung physikalischer Belastungen und den jeweiligen gesetzlichen Richtlinien** hat die Arbeitsmedizin einen großen Erfahrungsschatz, der der Arbeitspsychologie in der Regel fehlt.

Schließlich können Betriebsärzte einen großen Beitrag zur Nachhaltigkeit des Projekts leisten. Wie oben beschrieben, endet bei Gefährdungsanalysen die Arbeit von Arbeitspsychologen und somit deren Einflussmöglichkeit auf die Umsetzung der Ergebnisse – in der Regel mit der Fertigstellung des Abschlussberichts. Doch zu diesem Zeitpunkt ist das Risiko besonders hoch, dass die konsequente Bearbeitung der Ergebnisse zugunsten des Tagesgeschäfts in den Hintergrund tritt. Durch ihre feste Verankerung im Betrieb und ihre Mitwirkung in wichtigen Gremien des Arbeitsschutzes (bspw. Arbeitsschutzausschuss) haben Betriebsärzte die Möglichkeit, die **weiteren Prozessschritte nach der Erhebung zu begleiten und ggf. anzuschieben**.

Beitrag der Arbeitspsychologen zu Gefährdungsanalysen:

Während Betriebsärzte bislang nur zum Teil Vorerfahrung mit der Durchführung von Gefährdungsanalysen haben, können Arbeitspsychologen ihre **langjährige Praxiserfahrung mit wissenschaftlichen Erhebungen** einbringen. Darüber hinaus kann die Arbeitspsychologie auf vielen Ebenen ihre **Methodenkompetenz** beisteuern.

Ein Beispiel ist die **Inferenzstatistik**. Die Ergebnisse von Gefährdungsanalysen sollten nicht nur rein deskriptiv ausgewertet (beispielsweise „der Mittelwert für die Mitarbeiterzufriedenheit liegt bei dem Wert 2,7“), sondern auch auf Basis von Signifikanztests. Diese statistische Analyse erlaubt Aussagen darüber, ob Werte systematisch von einem gewünschten Kriterium abweichen. Auch macht die Inferenzstatistik Vergleiche mit Referenzstichproben (Benchmarking) möglich und erlaubt eine Verlaufsdagnostik auf Basis früherer Erhebungen. Psychologen werden in ihrem Studium meist sehr viel intensiver in Statistik ausgebildet als Mediziner und können hier einen wertvollen Beitrag zur Qualität der Erhebung leisten.

Bei der Durchführung von Gefährdungsanalysen sollten weiterhin praxiserprobte und wissenschaftlich evaluierte Instrumente eingesetzt werden. Der Nachteil an diesen Instrumenten ist jedoch oft, dass sie branchenübergreifend konzipiert wurden und somit selten betriebsspezifisch sind. Deshalb ist es vor der Erhebung wichtig, mit den jeweiligen Akteuren zu überprüfen, ob eine ausreichende Passung zwischen dem Erhebungsinstrument und der Betriebsrealität vorliegt und ob die gestellten Fragen für

die Mitarbeiter eindeutig sind. Auch sollte überprüft werden, ob es Sinn macht, zusätzliche betriebsspezifische Fragen zu entwerfen, um die relevanten Belastungen und Ressourcen ausreichend differenziert zu erfassen. Ist dies der Fall, können Arbeitspsychologen die Formulierung der gewünschten neuen Items nach den Güteigenschaften der **Fragebogenkonstruktion** überprüfen. Die neuen Fragen können dann am Ende des etablierten Fragebogens hinzugefügt werden.

In Gefährdungsanalysen zur psychischen Belastung werden in der Regel quantitative und qualitative Daten erhoben. Bei hanza und hanza resources erfolgt die Datensammlung im Rahmen von Fragebogenerhebungen und sogenannten Gestaltungsworkshops. Bei den letztgenannten handelt es sich um eine Art Arbeitssituationsanalyse mit Vertretern der jeweiligen Abteilung. Die Gruppengrößen variieren oft zwischen 2 und 15 Personen. Auch hier können Arbeitspsychologen mit ihrer **Ausbildung in Moderation und Gruppendynamik** oft wertvolle Beiträge leisten, um bspw. bei misstrauischen oder verängstigten Mitarbeitern eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre zu bahnen, um bei ausufernden Diskussionen lösungs- und zielorientiert zu moderieren, um bei Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Gruppe zum Konfliktmanagement beizutragen oder auch um bei engen Zeitfenstern zeiteffektiv zu Ergebnissen zu kommen.

Darüber hinaus können Arbeitspsychologen durch die jeweilige Projektstruktur, in der sie arbeiten, den Gefährdungsanalysen oft **mehr zeitliche Ressourcen** widmen, als dies ihren ärztlichen Kollegen möglich ist. Bspw. hatte ein Krankenhaus, dem das Amt für Arbeitsschutz eine Systemkontrolle angekündigt hatte, für 13 Abteilungen gleichzeitig eine Gefährdungsanalyse in Auftrag gegeben. Die dafür notwendigen zeitlichen Ressourcen gingen bei weitem darüber hinaus, was der jeweilige Betriebsarzt neben seinen anderen Aufgaben leisten konnte. Hier war es für die Durchführung des Projekts von Vorteil, dass besonders zeitintensive Tätigkeiten (bspw. Dateneingabe und Auswertung, Erstellung der Abschlussberichte) von den Arbeitspsychologen durchgeführt werden konnten.

2. Fallbeispiel guter Praxis: Schulung von Führungskräften

Führungskräfte sind ein Gesundheitsfaktor, denn Führung wirkt sich – im Guten wie im Schlechten – auf Gesundheit der Mitarbeiter aus (bspw. Nyberg, 2009; Siegrist, 2008, Ilmarinen & Tempel, 2002; Marmot et al., 2006).

Doch „gesunde Führung“ ist durch den Spagat zwischen betrieblichen Anforderungen und Mitarbeiter Bedürfnissen für viele Führungskräfte eine Herausforderung. Die steigende Anzahl an psychisch erkrankten Mitarbeiter wirft bei vielen Führungskräften Fragen auf: Inwieweit trägt mein eigener Führungsstil zum Stress der Beschäftigten bei? Wie steht es eigentlich um meine eigene psychische Belastung als Führungskraft? Wie kann ich frühe Warnsignale erkennen - bei mir selbst und meinen Mitarbeitern? Wann soll ich intervenieren? Und wie kann ich kompetent auf Anzeichen psychischer Belastung eingehen? Welche Rahmenbedingungen in meinem Betrieb unterstützen mich beim gesunden Führen? Und welche organisationalen Hürden empfinde ich?

Um dem Schnittstellenthema „Gesund Führen“ besser gerecht zu werden, wurde im geschilderten Fall ein Führungskräfte-Training von einem leitenden Betriebsarzt² und einer Arbeitspsychologin zusammen konzipiert und durchgeführt.

² Im geschilderten Fall wurde das Führungskräfte-Training zusammen mit dem leitenden Betriebsrat Dr. Manfred Albrod konzipiert und durchgeführt.

Beitrag des Betriebsarztes zum Führungskräfte-Training:

Ein häufiger Kritikpunkt an Trainings ist die fehlende Praxisnähe. In diesem Fall klagen die Teilnehmer dann mittels Aussagen wie „*Bei uns ist das aber alles ganz anders!*“, „*Bei uns würde das, was Sie hier vorschlagen, nie funktionieren*“, oder auch „*Alles schön und gut – aber was von alledem kann ich Montagmorgen wirklich anwenden?*“, dass die präsentierten Fallbeispiele, die vorgestellten Lösungsmodelle und sogar die „Trainersprache“ entfernt von ihrem Betriebsalltag seien. Dies erschwere ihnen den Transfer in die Praxis.

Durch die Mitwirkung des Betriebsarztes, kann die gewünschte **Praxisnähe** leichter hergestellt werden. Das Training kann – unter Wahrung der Schweigepflicht – auf authentischen Fallbeispielen aufgebaut werden sowie im Training auf Problem- und Aufgabenstellungen aus dem Alltag des Unternehmens zurückgegriffen werden. Dies wiederum wirkt sich in unserer Erfahrung positiv auf Interesse und Engagement der Teilnehmer aus und reduziert Vermeidungstendenzen (*à la „Das gibt es bei uns nicht!“*).

Darüber hinaus leisten Betriebsärzte natürlich einen großen Beitrag, in dem sie ihre **medizinische Fachexpertise** zum Training beisteuern. Ungünstiges Führungsverhalten – sowie Stress im Allgemeinen – kann sich nachweislich somatisch auswirken. Auch hier erhalten die Trainingsinhalte noch ein anderes Gewicht, wenn sie von den entsprechenden Fachexperten vorgetragen werden.

Beitrag des Arbeitspsychologen zum Führungskräfte-Training:

Analog zu den Betriebsärzten tragen Arbeitspsychologen bei der Schnittstellenthematik „Gesund Führen“ ihre **psychologische Fachexpertise** bei. Dass Stress sich psychisch und somatisch auswirken kann, ist unbestritten. Doch für viele Betroffene bleibt die Frage: Was treibt mich eigentlich immer wieder in Stresssituationen? Welcher Stresstyp bin ich überhaupt? Und wichtiger noch: Was kann ich konkret machen, um Stress abzubauen und mein Wohlbefinden zu steigern? Hier können Psychologen ihr Fachwissen einbringen.

Neben dem fachlichen Input können sie jedoch auch hier ihre **Methodenkompetenz** einbringen. Wie kann ein Seminar abwechslungsreich gestaltet werden? Wie können unterschiedliche Trainingsmethoden – bspw. Impulsvorträge, Gruppenarbeit, Gruppendiskussion, Screeningtests, Selbstreflektion, Fallbeispiele, Rollenspiele und Entspannungsverfahren – sinnvoll miteinander kombiniert werden, so dass das Seminar Spaß macht und der Lernerfolg maximiert werden kann?

3. Fallbeispiel guter Praxis: Externe Mitarbeiterberatung (EAP)

Die Suche nach einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland ist aufwendig, zeitraubend und häufig vergeblich. Die Wartezeit für ein Erstgespräch beträgt durchschnittlich mehr als 3 Monate, mit einem Behandlungsbeginn ist oft erst nach über 6 Monaten zu rechnen.

Lange Wartezeiten erhöhen jedoch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, dass sie wiederkehren oder chronisch werden. Speziell bei Angsterkrankungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen besteht das Risiko, dass sie chronisch verlaufen, wenn sie nicht rasch behandelt werden. Nicht selten entwickeln sich zusätzlich depressive Erkrankungen oder Suchterkrankungen, wenn Angststörungen chronisch werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychische Krankheiten, die zu spät oder nicht behandelt werden, meist eine längere ambulante oder stationäre Behandlung erfordern. In der Zwischenzeit erhalten Betroffene oft eine einseitig medikamentöse Behandlung und werden **krankgeschrieben**.

Psychisch kranke Arbeitnehmer sind deshalb für Unternehmen bereits ein **beträchtlicher Kostenfaktor**. Nach Schätzungen kosten allein die Fehltag depressiv erkrankter Arbeitnehmer die Unternehmen in Deutschland jährlich circa 1,6 Milliarden Euro. Viele Unternehmen haben sich vor diesem Hintergrund für ein sogenanntes Employee Assistance Program (EAP) entschieden, also einer externen Mitarbeiterberatung, die vom Arbeitgeber finanziert wird. Ziel ist es, Mitarbeiter schnell und wirksam darin zu unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten, zu stärken und zu fördern.

Beitrag des Betriebsarztes zur Externen Mitarbeiterberatung:

Wie oben skizziert, gelingt es vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen nur schwer sich Hilfe zu holen. Mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, unzureichende Diagnostik, anhaltende Stigmatisierung und lange Wartezeiten führen dazu, dass etwa nur ein Drittel der Betroffenen mit der richtigen Therapie behandelt wird.

Gerade bei der **(Früh-)Erkennung** von psychischen Erkrankungen können Betriebsärzte einen wichtigen Beitrag leisten. Sie können Mitarbeiter **beraten**, in welche Richtung Veränderungen stattfinden sollen (ärztlich-medizinische Therapie, Verbesserung von Arbeitsbedingungen, psychosoziale Unterstützung, usw.). Darüber hinaus haben Betriebsärzte eine wichtige **Lotsenfunktion** und können Betroffene ggf. weitervermitteln. Und natürlich können sie Mitarbeiter ermutigen, sich Hilfe zu holen und können die Inanspruchnahme von **psychologischer Beratung enttabuisieren**.

Beitrag des Arbeitspsychologen zur Externen Mitarbeiterberatung:

Betriebsärzte sehen häufig mit einem wiederkehrenden Problem konfrontiert: Sie haben die Vermutung, dass ein Mitarbeiter psychisch erkrankt ist, diesen ermutigt, sich Hilfe zu holen – doch wissen nicht genau, wohin der Mitarbeiter geschickt werden kann. Im Rahmen von EAPs können Psychologen Beratungshürden möglichst niedrig gestalten. Bei hanza resouces tragen wir wie folgt dazu bei:

- **Zeitnahe, unbürokratische und vertrauliche Unterstützung**
- **Persönliche Zuwendung** und Kontinuität in der Betreuung anstatt Call-Center/Telefon-Seelsorge
- **Kompetente Diagnostik** und ressourcenorientierte Beratung durch gut ausgebildete Psychologen mit Fortbildungen in Verhaltenstherapie, Hypnotherapie und Systemischer Beratung
- Enge **Zusammenarbeit mit bestehenden betrieblichen Diensten**, wie z.B. Betriebsarzt
- **Organisationsberatung** auf Basis der EAP-Dienstleistungen unter Wahrung der Schweigepflicht
- **Führungskräfteschulungen**

Im angloamerikanischen Raum haben sich EAPs bereits seit mehreren Jahrzehnten etabliert. Auch in Deutschland ist die Nachfrage (und die Anzahl der Anbieter) in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen. Zur optimalen Versorgung von Mitarbeitern im Rahmen von EAPs ist aus unserer Sicht jedoch eine enge Kooperation zwischen EAP Anbieter und dem betriebsärztlichen Dienst wichtig. Dadurch können Beratungshürden minimiert werden. Wenn darüber hinaus eine gegenseitige Schweigepflichtentbindung vorliegt, können die beiden Disziplinen sich fachlich austauschen und gegenseitig beraten. Auf dieser Basis kann auch sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention stattfinden.

Mögliche Fallstricke in der Kooperation von Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie

Die oben skizzierten Beispiele guter Praxis zeigen Chancen auf, die sich aus einer Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Arbeitspsychologen ergeben können. Nach 3 Jahren gemeinsamer Arbeit, ziehen die Ärzte und Psychologen bei hanza und hanza resouces eine sehr positive Bilanz und wünschen sich, die Kooperation noch weiter auszubauen.

Aber natürlich kann es bei der Zusammenarbeit von zwei unterschiedlichen Fachdisziplinen auch zu Irritationen oder Hindernissen kommen. In Vorbereitung dieses Vortrages, wurde eine – nicht repräsentative – Gruppe von Betriebsärzten befragt, welche Fallstricke sie bei der Zusammenarbeit mit Psychologen erlebt haben. Folgende Probleme wurden dabei genannt:

- **Mangelnde Ressourcen**

„Die DGUV 2 sieht keine Verteilung der Einsatzzeit zwischen Betriebsarzt und Arbeitspsychologe vor. Die Arbeitspsychologie ist daher von Prinzip immer nur „on top“. Das Problem in der Praxis wird aber öfter sein, dass Unternehmen aus Kostengründen nur das

gesetzlich geforderte Minimum einkaufen wollen oder können. Die Dominanz der Werksärzte von Großkonzernen bei den Kongressen täuscht darüber hinweg, dass es die meisten Arbeitsplätze bei den kleinen und mittelständischen Unternehmen gibt und hier auch die meisten Betriebsärzte tätig sind. Deshalb gehen bei den VDBW Kongressen auch viele Vorträge über das tolle Gesundheitsmanagement von Großkonzern XY an den Bedürfnissen vieler Zuhörer vollkommen vorbei und sind nicht übertragbar auf die Realität in der Autowerkstatt mit fünf Mitarbeitern. Nur ein Bruchteil der in Deutschland Beschäftigten kann überhaupt auf eine Doppelbetreuung durch Betriebsarzt **und** Psychologe zurückgreifen.“

„Wir brauchen mehr Ressourcen. Typische Situation: BEM bei einer Krankenschwester mit Angststörung. Morgen sitzen wir mit dem BR, der Personalabteilung, Stationsleitung etc. wegen dieses Einzelfalls „zu Gericht“ - und wer fehlt? Die Arbeitspsychologie. Wir müssten dem Unternehmer eindringlich vermitteln, welchen Vorteil er aus der Kooperation zwischen Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin ziehen kann.“

- **Gegenseitige Schweigepflichtentbindung**

„Wenn Betriebsarzt und Arbeitspsychologe als gemeinsames Team auftreten wollen, bedarf es meiner Meinung nach in vielen Fällen entsprechenden Schweigepflichtentbindungen, damit nicht am Ende im Betrieb zwei Paralleluniversen entstehen.

Ein Beispiel: Durch das EAP könnte es passieren, dass Probleme die vorher dem Betriebsarzt anvertraut worden wären, jetzt am Betriebsarzt vorbei dem Arbeitspsychologen anvertraut werden. Dieser kann den Betriebsarzt aufgrund der Schweigepflicht jedoch nicht suffizient informieren, obwohl Maßnahmen am Arbeitsplatz eher vom Betriebsarzt durchsetzbar wären, so dass es bei Maßnahmen auf der persönlichen Verhaltensebene bleiben muss. Die Verhältnisprävention würde in diesem Beispiel auf der Strecke bleiben. Umgekehrt hat auch der Betriebsarzt durch seine Schweigepflicht wenig Möglichkeiten den Arbeitspsychologen über wichtige Dinge zu informieren. So könnte es beispielsweise passieren, dass Mitarbeiter mit depressiven Symptomen und Dauermüdigkeit in der Burn Out Sprechstunde auflaufen, obwohl diese Beschwerden eine dem Arzt längst bekannte somatische Ursache haben, der Arzt dem Psychologen jedoch nichts erzählen darf.“

- **Betriebsärzte haben den Eindruck, dass sie Akquise für Arbeitspsychologen betreiben**

„Wir beschaffen den Psychologen Arbeit, indem wir auf eventuelle Missstände aufmerksam machen und sie ins Boot holen. Wir ermitteln sozusagen die Nachfrage (kriegen wir dafür vielleicht irgendwann mal Provision:)?“

- **Konkurrenzsorgen**

„Es gibt bestimmt viele Kollegen, die froh sind, wenn sie mit psychischen Belastungen nichts zu tun haben. Aber viele sehen gerade bei diesen Themen auch eine zukünftige Kernaufgabe des eigenen Faches, weshalb sie sich bei diesem Thema ungern die Butter vom Brot nehmen lassen.“

Schluss-Plädoyer: Obstteller, Obstmus, Obstsalat oder was heißt eigentlich Kooperation?

Es gibt ganz unterschiedliche Kooperationsmodelle, die ich anhand der obengenannten Speisen kurz skizzieren möchte.

Zwischen Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie herrscht zurzeit meist das „**Kooperationsmodell des Obsttellers**“ vor: Unterschiedliche betriebliche und nicht-betriebliche Akteure beschäftigen sich mit dem Thema psychische Belastungen. Ähnlich wie das Obst auf dem Teller, existieren diese Angebote meist nebeneinander her und es obliegt den Betroffenen sich bei den Angeboten zu Recht zu finden und unter der Obstauswahl das Passende auszusuchen. Andererseits taucht in jüngster Zeit immer öfters das „**Kooperationsmodell des Obstmus**“ auf. Es handelt sich dabei um einen oberflächlichen „all-inclusive Ansatz“, in dem jede Disziplin in Anspruch nimmt, im Alleingang das Thema psychische Belastungen am Arbeitsplatz bearbeiten zu können – im Sinne von „*Alle können alles*“.

Bei hanza und hanza resources plädieren wir für das „**Kooperationsmodell des Obstsalates**“ zwischen Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie. Im Obstsalat sind die ursprünglichen Früchte noch klar erkennbar – aber sie befruchten sich gegenseitig und das daraus entstehende Ganze ist mehr als die berühmte Summe ihrer Teile.

Dieser Vortrag sollte an Hand von Beispielen aus einer erfolgreich gelebten Kooperation für die Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Betriebsärzten werben. Der Vortrag ist auch als Aufruf an die Betriebsärzte gedacht, sich dem sehr interessanten Aufgabenfeld der psychischen Gesundheit zu stellen – und wo auch immer sinnvoll - eine Kooperation mit Fachleuten zu suchen.

Literatur

BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK (2011). Abgerufen am 24.11.12 unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html#c2122>

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2010). *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2012). *Fehlzeiten-Report 2012: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Ilmarinen, J. und Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010: was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*. VSA Verlag, Hamburg.

Marmot, M., Siegrist, J. and Theorell, T. (2006). *Health and the psychosocial environment at work*. In Marmot, M. and Wilkinson, R. (Eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, 97-130.

Nyberg, A. (2009). *The impact of managerial leadership on the stress and health among employees*. Karolinska Institutet, Stockholm.

Schneider, W. und Jurkshat, R. (2011). *Die psychosoziale Dimension – eine Zukunftsaufgabe der Arbeits- und Betriebsmedizin*. In Österreichisches Forum für Arbeitsmedizin, „Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie – Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt gemeinsam lösen“, Wien.

Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 115-119.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, J., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.