

Rosenbrock R. Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. Z Allg Med 2015; 91: 213–219

Leserbrief von Dr. Ralf Bettker-Cuza

Prof. Rosenbrock ist zu danken, dass er die konkreten biografischen Umgebungen, Lebenswelten oder Setting genannt, in den Fokus der Prävention rückt. Unabhängig von der Frage, ob bestimmte präventive Maßnahmen überhaupt eine messbar positive Nutzen-Schadens-Bilanz aufweisen, möchte ich aber aus der Sicht der Erfahrung der Arbeit im „Setting Betrieb“ auch Kritik einwenden:

Der Artikel zeichnet sich durch eine etwas unscharfe Terminologie aus, was zu Missverständnissen führen kann. Zumindest nach dem Verständnis der betrieblichen Prävention sind die Begriffe Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) nicht austauschbar. Gesundheitsförderung bezeichnet Maßnahmen, die unabhängig vom Bedarf angeboten werden, beispielsweise Sportgruppen, Zuschüsse zu Mitgliedschaften in einem Sportverein oder Ernährungskurse. Gesundheitsmanagement bezeichnet dagegen den Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung mit Gesundheitszirkeln oder ähnlichen Organisationen, der ein für jede Gruppe zugeschnittenes Portfolio an Angeboten beinhalten sollte. Diese Unschärfe findet sich auch durchgehend in der Publikation der BZgA zu den „Kriterien

guter Praxis in der Gesundheitsförderung [...]“.

Der in einem Kasten gezeigte Ablauf eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wird keinesfalls „ideal“ dargestellt. Man wird es mir auch als Arbeitsmediziner nicht verübeln, aber der Betriebsarzt taucht in der Darstellung aus mir unerklärlichen Gründen nicht auf! Dies finde ich angesichts der detaillierten Darstellung anderer Erfordernisse sehr befremdlich. Dazu ist wichtig festzuhalten, dass um sowohl BGF wie auch BGM ein riesiger Markt an Anbietern auch der skurrilsten Maßnahmen entstanden ist, der ärztlicher (!) Expertise bedarf, um nicht auf viele Hochglanzangebote hereinzufallen. Evaluierte oder gar durch Studien mit Evidenz belegte Angebote sind extrem rar. Auch die Krankenkassen sind nicht in der Lage, dort die Spreu vom Weizen zu trennen, da sie selbst oftmals mit externen Anbietern kooperieren und ihre Budget an Präventionsmaßnahmen auch ausschöpfen sollen und wollen. Als professionelle Moderatoren sehe ich sie daher aufgrund ihres Eigeninteresses nicht.

Die im Textkasten erwähnte „aktivierende Erhebung“ als Befragungswerkzeug ist auch sehr zweifelhaft. Es gibt mit dem „Work Ability Index“ (zu deutsch: Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbefähigungsindex) ein seit Jahrzehnten international validiertes und erfolgreiches Werkzeug, um die entspre-

chenden Daten zu erheben. Eine äquivalente Erhebung außerhalb des „Settings Betrieb“ ist wünschenswert und sollte ebenso standardisiert werden, da nur so eine vergleichende Evaluierung möglich ist. Der Einsatz des WAI wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gefördert und verfügt über ein deutschlandweites Netzwerk mit Sitz an der Universität Wuppertal, sodass das diffizile Feld der Erstellung wissenschaftlich valider Fragebögen auch nicht betreten werden muss.

Zusammenfassend finde ich es sehr gut, dass die verschiedenen Lebenswelten der Patienten in den Fokus der bedarfsgerechten Prävention rücken, allerdings hätte ich mir ein größeres Zurückgreifen auf schon bereits etablierte Arbeitsweisen gewünscht (es sei auch noch die DIN SPEC 91020 zum BGM erwähnt). Ich hoffe zudem, dass die beiden für Empfehlungen und Handreichungen zuständigen Einrichtungen des Bundes, die BZgA und das BAuA, hier nicht parallel nebeneinander, sondern kooperativ zusammen arbeiten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ralf Bettker-Cuza
Leitender Werksarzt
Vorwerk Elektrowerke, 42270 Wuppertal
ralf.bettker-cuza@vorwerk.de

Antwort von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Sehr geehrter Herr Dr. Bettker-Cuza, ich danke für Ihr aufmerksames Lesen und möchte kurz auf ihre Kritik eingehen:

Ad 1) Die Terminologie im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung ist durchgängig unklar, widersprüchlich und oft beliebig. Ich habe dies auch in Veröffentlichungen wiederholt beklagt und versucht, eine eigene, aus meiner Sicht konsensfähige und klassifizierungstaugliche Terminologie zu entwickeln (Rosenbrock R,

Gerlinger T. Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Huber, Bern 2014).

Für wenig zielführend halte ich Ihren Vorschlag der Unterscheidung zwischen Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF). Denn der Terminus BGM wird sehr unterschiedlich und auch für sehr vage Konzepte („das Management beachtet bei allen Entscheidungen die gesundheitlichen Wirkungen für die Beschäftigten“) sowie für eine Fülle der von Ihnen zu Recht kritisierten Hochglanzangebote verwendet. Das derzeit im

Verfahren befindliche Präventionsgesetz folgt im Übrigen der von mir gewählten Terminologie. Das hat auch eine gewisse Berechtigung, denn in diesem Ansatz werden Selbstwirksamkeit und Teilhabe – also zentrale Gesundheitsressourcen – gezielt gefördert.

Für verwirrend und den Wert solcher Ansätze herabsetzend würde ich es halten, wenn Gesundheitsförderung – wie sie es tun – auf die Merkmale „unabhängig vom Bedarf“ und individuelle Verhaltensanreize reduziert würde. Die Ottawa Charta der WHO definiert Gesundheitsförderung hingegen als einen

„Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Ad 2) Sie kritisieren, dass Betriebsärzte in meiner Ablaufskizze einer partizipativ gestalteten Gesundheitsförderung nicht vorkommen. Diese Kritik muss ich annehmen, da in der Tat Betriebsärzte bei der Initiierung, Durchführung und Qualitätssicherung vieler solcher Projekte eine wichtige positive Rolle spielen. Es stimmt aber andererseits auch, dass es Betriebsärzte gibt, die sich weiterhin gegen solche „weichen Methoden“ stellen. Ich glaube, dass die Ambivalenz von Betriebsärzten bis heute zu beobachten ist (Rosenbrock R, Lenhardt U. Die Rolle von Betriebsärzten in einer modernen

betrieblichen Gesundheitspolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 1999).

Auch ich beobachte mit Sorge die zunehmende kommerzielle Durchdringung der Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb mit gewinnwirtschaftlich motivierten Angeboten. Allerdings glaube ich nicht, dass allein die Einschaltung von medizinischer Expertise in die Entscheidungen über Kauf bzw. Inanspruchnahme solcher Maßnahmen eine Lösung bringen kann.

Ad 3) Ich halte den von Ihnen erwähnten Work Ability Index für ein wichtiges Instrument zur arbeitsbezogenen Erfassung von Gesundheit und ihrer – soweit absehbar – Nachhaltigkeit. Eine „aktivierende Erhebung“ kann er nicht ersetzen. Grob gesprochen besteht der Unter-

schied darin, dass in den Instrumenten einer aktivierenden Befragung nicht nur erhoben wird, wie die gegenwärtige Arbeitssituation mit ihren die Gesundheit belastenden und fördernden Faktoren wahrgenommen und bewertet wird, sondern auch – und das ist der entscheidende, weil potenziell „aktivierende“ Aspekt – gefragt wird, was aus Sicht der Befragten verbessert werden könnte und sollte sowie ggf. wie dies geschehen könnte.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Paritätischer Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
vorsitzender@paritaet.org

Linde K. Darf ein guter Allgemeinmediziner an Komplementärmedizin glauben oder Placebos anwenden? Z Allg Med 2015; 91: 201–206

Leserbrief von Prof. Dr. Norbert Schmacke

Klaus Linde schreibt, dass „der einzelne Praktiker, ob er nun CAM und Placebos anwendet oder nicht, im Alltag in der Regel gar keine Legitimationsprobleme hat“. Ich würde das anders formulieren: Überzeugte Anwenderinnen und Anwender der sogenannten Alternativmedizin sind mit rationalen Argumenten nicht mehr erreichbar. Sie arbeiten mit einer doppelten Täuschung: Sie täuschen sich selber und ihre Patientinnen und Patienten. Wenn Kranke an Heilwirkungen jenseits nachvollziehbarer Horizonte glauben, ist das ihre persönliche Haltung und Entscheidung, die am Ende nicht zur Disposition steht. „Ein guter Allgemeinmediziner“ aber kann nicht im Ernst an die weltanschaulichen Setzungen von Samuel Hahnemann oder Rudolf Steiner glauben. Es würde ja auch nicht toleriert, wenn Ärztinnen

und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten erzählen, dass die Erde doch eine Scheibe ist. Wer in diesen Fragen schwankt, der muss sich vielleicht noch einmal genauer mit den Verlautbarungen von Homöopathen beschäftigen, die Kranke von Krebs und Schlaganfall zu heilen versprechen und bei derartigen Irrsinn auch nicht von den vorsichtigeren Vertretern dieser Schulrichtungen zur Raison gerufen werden [1]. Das Verschreiben von Placebopräparaten ist nach übereinstimmender Bewertung des Medizinrechts und der Medizinethik nur statthaft, wenn zuvor ausdrücklich auf den fehlenden spezifischen Nutzen hingewiesen worden ist. Dies genau kann ein klassischer Homöopath aber nicht tun, weil er ja gerade glaubt, dass die Heilkraft in den individuell ausgesuchten Globuli steckt. Die Allgemeinmedizin sollte aus der Inanspruchnahme von CAM eine (vermutlich nicht ganz einfache) Schlussfolge-

rung ziehen: die kommunikativen Kompetenzen selbstkritisch betrachten und wo immer nötig verbessern [2].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Marssel 48
28179 Bremen
Tel.: 01520 8987285
schmacke@uni-bremen.de

Literatur

- Schmacke N (Hrsg.). Der Glaube an die Globuli. Die Verheißungen der Homöopathie. Suhrkamp medizin Human 2015 (i.E.)
- Schmacke N, Stamer M, Müller V. Gehört, gesehen und verstanden werden: Überlegungen zu den Lehren aus der Homöopathieforschung. Z Allg Med 2014, 90: 251–255

Leserbriefe an die ZFA reichen Sie bitte online über den Editorial Manager ein (www.editorialmanager.com/zfa). Wenn „alle Stricke reißen“, können Sie auch einen der Herausgeber (Adressen im Impressum) anschreiben.