

PRAKTISCHE ARBEITSMEDIZIN

Besuchen Sie uns im Internet!
www.bsafb.de
www.arbeitsmedizinforum.de

Zeitschrift für betrieblichen Gesundheitsschutz und Betriebsicherheit

Prakt. Arb.med. ISSN 1861-6704 © BsAfB e.V.

Ausgabe 18 / Februar 2010

Die gesunde Kita

Seite 6

Der chronische (untere) Rückenschmerz
in der betriebsärztlichen Praxis

Seite 16

Arbeitsaufenthalt im Ausland
- besondere klimatische Belastungen

Seite 24

Was ein Betriebsarzt über das Anwenden
von Medizinprodukten wissen sollte

Seite 26

Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation

Seite 36

Betriebsärztetag 2010 in Osnabrück

Seite 62

Offizielles Mitteilungsorgan des
Arbeitskreises
Betriebssicherheitsmanagement AK BSM
und der
Qualitätszirkel BGM
Betriebliches Gesundheitsmanagement

BsAfB

Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner
und freiberuflicher Betriebsärzte



Editorial



Von der „Reichsversicherungsordnung“ über die „Gemeinsame Deutsche Arbeitschutzstrategie“ hin zum „Manager für Sicherheit und Gesundheit“ und „Betrieblichen Gesundheitsmanager“

Die Entwicklung, die der Arbeitsschutz seit den Tagen der Reichsversicherungsordnung genommen hat, ist schon etwas Besonderes und bedarf der Anerkennung. Doch wie es mit „neuen“ Entwicklungen so ist: Kaum sind sie da, sind sie auch schon wieder Schnee von gestern. Der Sicherheitsingenieur ist dabei, sich vom vorschriftenorientierten „Kontrolleur“ hin zum „Manager für Sicherheit und Gesundheit“ zu entwickeln. Eine präventive Sicherheits- und Gesundheitskultur in den Unternehmen zu gestalten ist eine Managementaufgabe, die neben fundierten betrieblichen Erfahrungen eine hohe Fach- und Sozialkompetenz erfordert. Auch sind aus den „klassischen“ Unfallverhütungsvorschriften moderne Rahmenregelungen mit Schutzziele geworden, die staatliche Regelungen branchenspezifisch konkretisieren. Man soll nicht erst tätig werden, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist: Präventives Handeln ist die zeitgemäße Entwicklung, die es zu unterstützen und begleiten gilt. Sowohl im betrieblichen, als aber auch im privaten Umfeld.

Wir sind noch lange nicht am Ende dieses Entwicklungsprozesses. Der immer stärker werdende Druck des Marktes macht weitere Anpassungen und Effizienzsteigerungen auch im Sicherheits- und Gesundheitsschutz erforderlich. Vernetztes ganzheitliches Denken und Handeln ist mehr denn je gefragt. Der Weg zum vernetzt handelnden Manager für Sicherheit und Gesundheit innerhalb eines ganzheitlichen und nachhaltigen Betriebssicherheitsmanagements ist zeitgemäß und muss ohne Zweifel eingeschlagen werden.

Im Jahre 2008 ist die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) entstanden. Sie hat einen völlig neuen Ansatz im Arbeitsschutz ermöglicht, in dem sich erstmalig in Deutschland die Bundesregierung, die Länder und die gesetzliche Unfallversicherung auf gemeinsame Ziele und Handlungsfelder verständigt haben und dabei die Sozialpartner und alle weiteren Beteiligten einbeziehen.

Zu diesem modernen Ansatz im deutschen Arbeitsschutz passt auf der Ebene der Betriebe der Manager für Sicherheit und Gesundheit innerhalb eines ganzheitlichen und nachhaltigen Betriebssicherheitsmanagements.

Diesen Entwicklungen dürfen sich die Betriebsärzte nicht entziehen. Sie müssen den Schritt machen hin zum „Betrieblichen Gesundheitsmanager“, wie zum Beispiel durch zusätzliche Qualifizierung in einem BsAfB-Qualitätszirkel „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Das heißt nicht, dass sie ihre „alten“ Kompetenzen über Bord werfen sollen, ganz im Gegenteil sollen sie diese als gesunde Basis nutzen und sich zusätzlich die notwendigen Managementkompetenzen aneignen. Aber dabei bitte keinen Etikettenschwindel betreiben: „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung“ sind nicht dasselbe, vielmehr ist die Gesundheitsförderung „nur“ Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Aber bei all den Gedanken zur unbestritten notwendigen Weiterentwicklung der Arbeitsschützer dürfen wir die Mitarbeiter in den Betrieben nicht vergessen: Der Aufbau eines integrierten Management-Systems mit dem Ziel der Weiterentwicklung von Sicherheit und Gesundheitsschutz ist immer nur dann effizient und nachhaltig, wenn es gelingt, die Mitarbeiter mitzunehmen. Erst das bringt eine hohe Identifikation und Motivation. Ebenso fließen alle betrieblichen Erkenntnisse und Erfahrungen der Mitarbeiter unmittelbar in die Prozesse ein. Dazu ist eine partizipative Managementstrategie zu wählen. Für den Arbeitsschützer bedeutet dies, dass er den Mitarbeiter nicht nur zum Gegenstand seiner Prävention machen darf, sondern ihn zum Teil der Prävention machen muss! Von entscheidender Bedeutung ist, dass die Partizipation in eine nachhaltige Strategie eingebettet ist, sonst besteht die Gefahr, dass Handlungsressourcen, die durch Partizipation aufgebaut wurden, im täglichen Arbeitshandeln nicht genutzt werden können und vermutlich sogar wieder verloren gehen. Betriebliche Gesundheitsförderung muss also in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet werden.

Die Praktische Arbeitsmedizin wird Sie als unsere Leser dabei mit Freude unterstützen.

Silvester Siegmann
- Schriftleiter Bereich Arbeitssicherheit

Gesunde Kita: Gesundheit der Erzieher/-innen als Basis für eine gesunde Entwicklung der Kinder

Andreas Meyer-Falcke

Einführung anlässlich des Forums „Berufliche Belastungen und Ressourcen in Kindertageseinrichtungen - Erkenntnisse zur Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern“ am 4. November 2009 auf der A+A 2009 in Düsseldorf

Aktueller geht es kaum:

Bildung und Gesundheit auf der A+A

Vielleicht ist es noch etwas gewöhnungsbedürftig, eine Veranstaltung wie diese zum Thema Kita im Programm der A+A zu finden. Denn geht man durch die Hallen der Messe mit ihren zahllosen Ständen mit Sicherheitsschuhen und Helmen, so merkt man rasch: Einer ihrer Schwerpunkte ist unzweifelhaft der Bereich des „klassischen“, nicht zuletzt gewerblich geprägten reaktiven Arbeitsschutzes. Aber bereits ein Blick in das begleitende Kongressprogramm macht deutlich, dass die A+A auch eine Plattform des „modernen“ Arbeitsschutzes ist. Sie ist offen auch für seine „weichen“ Themen. Integrierendes Betriebliches Gesundheitsmanagement, aktivierende Betriebliche Gesundheitsförderung, proaktive gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen an Schulen und Hochschulen zeigen deutlich, dass die A+A ihr Ohr „am Puls der Zeit“ hat.

Mit dem Thema dieses Forums verhält es sich exakt so. Das Thema stand schon lange im Programm der A+A, bevor die neu gewählte Bundesregierung Bildung und Gesundheit in den Mittelpunkt ihres Koalitionsvertrages gestellt hat; insbesondere für Erzieherinnen und Erzieher werden bessere Rahmenbedingungen für Ausbildung und Beruf angestrebt. Dabei greift das Forum eine Thematik auf, die insbesondere im Zuge der letzten Tarifaueinandersetzung im Kita-Bereich große öffentliche Aufmerksamkeit erzielt hat.

Und nicht zuletzt die Tatsache, dass diese Veranstaltung wegen der großen Zahl an Anmeldungen im größten Saal des Kongresszentrums stattfindet, bestätigt die Bedeutung des Themas.

Kindergesundheit

Ein Schwerpunkt der Politik der Landesregierung des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Kindergesundheit. Sie ist als Querschnittsaufgabe ressortübergreifend verankert: Gesunde Schule, gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, kindgerechte städtische Entwicklungsräume, Schutz vor Übergriffen gleich welcher Art sind ein kleiner Ausschnitt aus den jeweiligen Programmen. Jugendverbände, Kita-Betreiber, Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind mit zahlreichen Projekten selbst aktiv, kooperieren untereinander und unterstützen die

Zur Person



**Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Andreas Meyer-Falcke**

Geboren 1957

Studierte in Münster und Wien als Stipendiat des Landes NRW
Habilitation im Fach Arbeitsmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 1995
Umhabilitation an die Bergische Universität Wuppertal 2004

Über 20 Jahre in den unterschiedlichsten Feldern des (medizinischen) Arbeitsschutzes tätig als

- Staatlicher Gewerbearzt
- Betriebsarzt (u. a. der deutschen Truppen bei der NATO und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)
- wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl der Heinrich-Heine-Universität
- Referatsleiter Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik im Ministerium MAGS
- mit Auslandserfahrung u. a. in USA und China

Vorsitzender Präventions- und Finanzausschuss der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Leiter Strategiezentrum
Gesundheit|Gesundheitscampus
Nordrhein-Westfalen

Landesregierung mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dazu zählen qualitätsgesicherte Angebote wie der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“, Maßnahmen der Frühen Hilfen oder das neue Handlungskonzept „Bildung und Gesundheit“, das vor allem durch das Engagement der Unfallkassen in Nordrhein-Westfalen zustande gekommen ist und in das die Kindertageseinrichtungen einbezogen werden sollen.

Gesundheit ist Basis einer gesunden Entwicklung

Natürlich spielen die Eltern, die Familien, eine große, wenn nicht die wichtigste Rolle bei der Erziehung ihrer Kinder. Aber die Kindergesundheit ist darüber hinaus ein Feld, das von vielen kompetenten Fachleuten bestellt wird. Sektoren- und berufsgruppenübergreifend sind es die Hebammen, die (Kinder- und Jugend-)Ärzte, Logo- und Ergotherapeuten, (Primarschul-)Lehrerinnen und Lehrer und viele mehr, die ihr professionelles Wissen einbringen. Und in vorderster Reihe sind es die Erzieherinnen und Erzieher in den Kitas. Sie haben auch in Sachen „Gesundheit“ eine Vorbildfunktion, um den Kindern glaubhaft Grundlagen und Werte vermitteln zu können.

Wann sollte man besser als in frühester Kindheit lernen können, dass Gesundheit nicht nur körperliche Gesundheit bedeutet, sondern ebenso soziale und seelische? Und dass Gesundheit einen weit über das Materielle hinaus gehenden Wert darstellt, den zu erhalten es sich lohnt? Gesundheit, das Wissen um ihren Schutz und die Möglichkeiten zu ihrer Förderung müssen als integraler Bestandteil von Bildung verstanden werden. Das Zusammenspiel von körperlichem, geistigem und seelischem Wohlbefinden ist die Basis für die Entwicklung einer starken Persönlichkeit, für eine gesunde Gesamtentwicklung und für gute - individuelle und gesellschaftliche - Leistungen.

Grundlegendes Ziel der Gesundheitsförderung muss daher die Stärkung persönlicher Kompetenzen im Hinblick auf eigenverantwortliches Handeln sein. Und dabei sind - wie im Bildungssystem generell - so auch in der Gesundheit die Übergänge zwischen den einzelnen Settings von besonderer Bedeutung. Hier gilt es, Brüche zu vermeiden und sich untereinander abzustimmen. Familie, Kita, Grund- und weiterführende Schulen bis hin zu Ausbildung und späteren Arbeitsplätzen: Settingübergreifend müssen die Aussagen eindeutig und einheitlich sein. Denn nur wenn das vermittelte Wissen identisch ist, kann die Botschaft ankommen und in zielgerichtetes Handeln umgesetzt werden.

IHR KOMPETENTER PARTNER FÜR
KONGRESSE • TAGUNGEN • EVENTS • PR

ARBEITSMEDIZIN ARBEITSSICHERHEIT 2010

Gesundheit von Erzieher/-innen

Die Gesundheit der Erzieher/-innen ist die Basis der Gesundheit der ihnen anvertrauten Kinder. Wie sollte jemand, der selbst gesundheitliche Sorgen hat, der mit den Rahmenbedingungen seiner beruflichen Situation unzufrieden ist, keinen Lösungsansatz für seine alltäglichen Probleme weiß, einem anderen überzeugend vermitteln, welche Kraft in Gesundheit steckt? Wie sollte er die Chance aufzeigen können, die darin liegt, seine individuellen Möglichkeiten zum Schutz und zur Förderung der eigenen Gesundheit auszuschöpfen und zu entwickeln?

Gesundheit ist zunächst und ohne Zweifel ein Wert an sich. Aber mit der Gesundheit der Kinder wird auch die Basis für deren Bildungserfolg gelegt. Und mit der erfolgreichen Bildung unserer Kinder sichern wir die Zukunftsfähigkeit unserer gesamten Gesellschaft. Diese einfache Herleitung zeigt: Wer in die Gesundheit der Erzieher/-innen investiert, investiert in die Zukunft.

Präventive Ansätze

Mit dem jüngsten Tarifvertrag im Kita-Bereich ist ein Zeichen gesetzt worden. Beide Sozialpartner haben gezeigt, dass sie dem Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ und den Belastungen, denen Erzieherinnen und Erzieher am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, große Bedeutung beimessen. Präventive Ansätze gibt es bereits viele: Unterstützung für die Veränderung von Abläufen und der internen Organisation, Fortbildungen im didaktischen Bereich oder ergonomische Ansätze, da das nicht gesundheitsgerechte Sitzen und Tragen in Kitas häufig zum Arbeitsalltag gehören, psychologische Beratung für den Umgang mit Belastungssituationen usw. Wie so oft fehlt ein systematischer Überblick, der insbesondere den in der Praxis Tätigen aufzeigt, wie sie ihre Gesundheit schützen und fördern können.

Das heutige Forum will einen Beitrag hierzu leisten. Seine Teilnehmer stehen mindestens in zweifacher Hinsicht „an der Spitze der Bewegung“:

- Sie sind zum einen Zeitzeugen bei der Eröffnung eines neuen Themenfeldes, das die A+A in den nächsten Jahren sukzessive ausbauen sollte (z. B. durch einen korrespondierenden Schwerpunkt bei den Ausstellern im Bereich der eigentlichen Messe),
- zum anderen, weil sie mit ihrem Wissen die Basis einer gesunden Entwicklung unserer Kinder schaffen und damit unsere gemeinsame Zukunft sichern werden.

- 8. NORDBAYERISCHES FORUM „GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT“
IN ERLANGEN, DONNERSTAG, 29. APRIL 2010 BIS FREITAG, 30. APRIL 2010.
- 6. NORDBADISCHES FORUM „GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT“
IN MANNHEIM, DONNERSTAG 06. MAI 2010 - FREITAG 07. MAI 2010
- 8. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN WIESBADEN
SAMSTAG, 29. MAI 2010
- 8. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN HAMBURG
SAMSTAG, 26. JUNI 2010
- 11. FORUM ARBEITSMEDIZIN IN DEGGENDORF
MITTWOCH, 30. JUNI 2010 BIS FREITAG, 02. JULI 2010
- 9. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN BERLIN
SAMSTAG, 28. AUGUST 2010
- 2. SYMPOSIUM ARBEITS,- REISE- UND IMPFMEDIZIN IN MÜNCHEN
MITTWOCH, 10. NOVEMBER 2010
- TAG DER ARBEITSMEDIZIN UND ARBEITSSICHERHEIT IN BREMEN 2010
SAMSTAG, 13. NOVEMBER 2010

GERNE SENDEN WIR IHNEN INFORMATIONEN ZU UNSEREN FORTBILDUNGSANGEBOTEN PER POST. FAXEN SIE UNS EINE KOPIE DIESER SEITE MIT EMPFÄNGERADRESSE ODER PRAXISSTEMPEL AN: 089 / 89 80 99 34

ANSCHRIFT / STEMPEL



WEITERE INFORMATIONEN ERHALTEN SIE BEI

RG GESELLSCHAFT FÜR INFORMATION UND
ORGANISATION MBH
WÜRMSTR. 55
82166 GRÄFELFING
TEL: 089/89 89 16 18
FAX: 089/89 80 99 34
INFO@RG-WEB.DE

WWW.RG-WEB.DE

Forum: Berufliche Belastungen und Ressourcen in Kindertageseinrichtungen - Erkenntnisse zur Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern

Abstracts



Gute gesunde Kita – Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung verbinden

Andrea Engelhardt

Das Konzept der guten gesunden Kita ist ein langfristiges Entwicklungskonzept für Kindertageseinrichtungen auf dem Weg, die Bildungs- und Gesundheitsqualität der eigenen Einrichtung zu stärken. Dabei greift das Konzept die aktuellen gesundheits- und bildungspolitischen Herausforderungen auf, stellt Bildung und Gesundheit in ein wechselseitiges Beziehungsgefüge und verbindet die Entwicklung von Kita-Qualität und Gesundheit. Zielsetzung ist es, die Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern zu steigern und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Dabei beschränkt sich die gute gesunde Kita nicht auf einzelne Themen und Aktionen, sondern führt Bildung und Gesundheit ganzheitlich in den konkreten Lern-, Spiel- und Arbeitsabläufen zusammen und verankert ihre Förderung nachhaltig im Kita-Alltag. Im Zentrum der Aktivitäten steht ein Entwicklungsprozess der Organisation Kita.

Beweggründe für die Entwicklung des Konzeptes der guten gesunden Kita

Die frühkindliche Phase hat einen entscheidenden Einfluss auf die Bildungs- und Gesundheitschancen im Leben. Deshalb besitzt die Förderung personaler und sozialer Schutzfaktoren sowie die Verminderung von Risikofaktoren in der Kita für eine gesunde Entwicklung eine herausragende Bedeutung. Angesichts der brisanten Zahlen zur Kindergesundheit und den Daten zur gesundheitlichen Belastung von pädagogischen Fachkräften wird die ganzheitliche Förderung von Gesundheit für alle Beteiligten zur Notwendigkeit.

Viele aktuelle Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen sind jedoch weder in Strukturen, Abläufe oder das Konzept der Kitas integriert. Von den pädagogischen Fachkräften werden sie häufig als zusätzliche Belastung empfunden. Zumeist handelt es sich um Angebote, die entwickelt wurden – unabhängig von Rahmenbedingungen der Kita wie Standort und Einrichtungsgröße oder von individuellen Situationen wie Projekterfahrungen und Netzwerkstrukturen. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass eine hohe Anzahl von Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung vorzufinden sind: Etwa zwei Drittel berichten von spezifischen Einzelprojekten neben der alltäglichen pädagogischen Arbeit. Die Daten belegen, dass diese hauptsächlich punktuell angelegt sind, mit wenigen Zielen, Zielgruppen und Kooperationspartnern (vgl. Kliche, 2008, S. 194). Deutlich wird auch, dass vielfach das Wohlbefinden und die Potenziale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kaum berücksichtigt werden (ebd., S. 195). Zugleich stehen die Kindertageseinrichtungen und ihre Träger erweiterten Ansprüchen an die Qualität ihrer Bildungs- und Erziehungsarbeit sowie vielfältigen neuen Aufgaben (z. B. Umsetzung der Bildungsprogramme, Förderung der Sprachentwicklung, Ausbau der U-3-Plätze) gegenüber. Die beschriebene Situation zeigt, dass es nötig ist, das Nebeneinander von pädagogischer Qualitätsentwicklung und Einzelmaßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung zu beenden und Gesundheit nicht mehr losgelöst und als zusätzliche Aufgabe für Kitas zu betrachten. Diesen Ansatz verfolgt das Konzept der guten gesunden Kita.

Das Konzept der guten gesunden Kita

Das Konzept der guten gesunden Kita wurde 2006 vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Herausforderungen und Ansprüche entwickelt und wird seitdem kontinuierlich weitergeschrieben. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es Gesundheit und Bildung aufeinander bezieht – auf individueller und systemischer Ebene. Ziel einer guten gesunden Kita ist die nachhaltige Steigerung der Bildungs- und Gesundheitsqualität der Kita. Die gute gesunde Kita ermöglicht es, gesundheitsförderliche Aspekte in pädagogisches Handeln, Strukturen, Prozesse, Klima und Führung nachhaltig zu verankern und die Förderung von Gesundheit als Ressource für die qualitative Entwicklung der Kita zu verstehen. Auf einen Nenner gebracht: Die gute gesunde Kita zielt darauf, für alle Beteiligten eine gute, gesunde Lebens-, Lern- und Arbeitswelt zu gestalten. Dabei wird ein ganzheitlicher Blick auf die Organisation Kita geworfen.

Die Kita erfährt ständig Veränderungen, z. B. neue gesetzliche Anforderungen, Wechsel von Kindern und Personal. Sie kann und muss sich ähnlich wie ein Organismus den veränderten Bedingungen anpassen. Umso bedeutender ist es, die Veränderungen aktiv zu gestalten und so die Qualität der Kita zu stärken.

Den Prinzipien und Zielen des Ansatzes der guten gesunden Kita liegt eine systemische Sichtweise zugrunde. Sich als ein System mit unterschiedlichen Menschen und deren Perspektiven in einem komplexen kommunalen und gesellschaftlichen Gefüge zu begreifen, bietet große Chancen für gelingende, langfris-

tig wirksame Veränderungsprozesse. Die Herausforderung besteht darin, diese ständigen Veränderungen wahrzunehmen und gestaltend miteinander Einfluss auf die Weiterentwicklung der Bildungs- und Gesundheitsqualität der eigenen Kita zu nehmen. Dabei stehen eine Lösungsorientierung und ein Blick auf die Stärken und Potenziale im Mittelpunkt.

Die Umsetzung der guten gesunden Kita

Eine gute gesunde Kita zu gestalten ist ein langfristiger und dynamischer Prozess der Entwicklung der gesamten Organisation. Jede einzelne Kita bestimmt dabei ihren Weg im Einklang mit den eigenen Bedürfnissen und Möglichkeiten. Dies geschieht, indem Kita-Teams ihre Organisation systematisch weiterentwickeln und dadurch:

- Bildungs- und Gesundheitsförderung im alltäglichen Handeln verstärkt verknüpft werden,
- Gesundheit als Querschnittsaufgabe in allen Bereichen der Kita langfristig verankert wird,
- das Gesundheitsverhalten und -erleben der Kinder gefördert wird,
- die pädagogischen Fachkräfte ihre Kompetenzen zur Gesundheitsförderung für Kinder ausbauen und eigene gesundheitliche Ressourcen stärken,
- Kinder und deren Familien verstärkt beteiligt werden,
- die Kooperation mit Grundschulen und Partnern im Sozialraum intensiviert wird.

Um diesen Prozess zu steuern, sich Schritt für Schritt auf die eigene Vision zuzubewegen und die Potenziale aller zu nutzen, hat sich die Organisationsentwicklung als ein wichtiges Instrumentarium erwiesen. Dabei entwickeln alle Beteiligten im Gespräch miteinander ein gemeinsames Verständnis, wie ihre Lern-, Lebens- und Arbeitswelt sich verändern soll. Sie handeln Ziele aus, setzen konkrete Maßnahmen um und reflektieren ihre Entwicklungsschritte immer wieder.

Um dem Ansatz der guten gesunden Kita zu entsprechen, also die Bildungs- und Gesundheitsqualität spürbar zu verbessern, müssen Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung definiert werden. Dazu ist es notwendig, das eigene Tun regelmäßig und systematisch zu reflektieren und Transparenz über die Situation zu schaffen. Wo hat eine Einrichtung besondere Stärken, wo möglicherweise Entwicklungsbedarf? Um das herauszufinden, wurde für das Konzept der guten gesunden Kita ein eigenes Instrumentarium zur Selbstevaluation entwickelt. Dadurch wird es erleichtert, Stärken- und Entwicklungsfelder der Kita zu bestimmen und gemeinsame Ziele zur Kita-Entwicklung für Bildung und Gesundheit festzulegen. Durch die Beteiligung der pädagogischen Fachkräfte und Eltern können unterschiedliche Perspektiven sichtbar gemacht werden, aus denen sich dann ein Gesamtbild ergibt.

Die konkreten Maßnahmen, die eine Einrichtung auf dem Weg zur guten gesunden Kita ergreift, hängen also vom Organisationsentwicklungsprozess ab: Das heißt, sie werden aus den gemeinsam definierten Zielen abgeleitet. Durch den Organisationsentwicklungsansatz im Konzept der guten gesunden Kita wird der individuellen Situation jeder Kita Rechnung getragen und der Grundstein für eine nachhaltige Verankerung der bildungs- und gesundheitsfördernden Aktivitäten in der Kita gelegt.

Erfahrungen und erste Ergebnisse der Pilotphase des Projekts „Kitas bewegen“

Im Pilotprojekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“¹ wurde der Ansatz der guten gesunden Kita mit 29 Einrichtungen an zwei Standorten erprobt und weiterentwickelt. Für die Umsetzung standen verschiedene Materialien und Instrumente sowie Unterstützungs- und Beratungsangebote z. B. durch Koordinatoren vor Ort zur Verfügung.

Erste Evaluationsergebnisse des zweijährigen Projektverlaufs zeigen, dass Prozesse zur Organisationsentwicklung in den Kitas gezielte Impulse setzen. So hinterfragen und verändern die Beteiligten Verhaltensweisen, Bedingungen und Perspektiven. 90% der befragten Erzieherinnen und Erzieher schätzen das Projekt positiv ein, 50% berichten von einer verbesserten Zusammenarbeit unter den Kolleginnen und Kollegen, 33% nehmen eine Zunahme der persönlichen Motivation wahr, 44% geben an, neue Kenntnisse erworben haben und 31% achten mehr auf ihre Gesundheit bei der Arbeit.

Die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Mitarbeiter/-innen sind zudem ein Schlüssel zum Projekterfolg. Es hat sich gezeigt, dass das Ernstnehmen und Aufgreifen der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der pädagogischen Fachkräfte wesentlich zur Akzeptanz des Konzeptes der guten gesunden Kita sowie zum Projekterfolg beigetragen hat. Der Einbezug der Mitarbeitergesundheit verstärkt das Verständnis des ganzheitlichen Ansatzes der guten gesunden Kita. Aus den Daten der zweiten Selbstevaluation der beteiligten Kindertageseinrichtungen wird deutlich: die kollektive Selbstwirksamkeit (serwartung)² und die Zusammenarbeit mit der Grundschule wird nach zweijähriger Arbeit am Konzept der guten gesunden Kita als verbessert von den pädagogischen Fachkräften eingeschätzt.

Weitere Gelingungsfaktoren sind:

- hohes Konzeptverständnis der guten gesunden Kita in der Einrichtung
- Bedarfsorientierung und damit Delegation von Entscheidungskompetenzen zu Projekthalten und -verlauf an die pädagogischen Fachkräfte
- Günstige Bedingungen beeinflussen die Projektarbeit positiv (keine parallelen Pro-

jekte, gefestigte Strukturen oder wenn gesetzliche Bestimmungen die Inhalte stützen).

- Latente Mangellagen beeinflussen den Erfolg negativ.

Bei der Frage, ob die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit durch den Ansatz der guten gesunden Kita gelingt, zeigt sich, dass die Kitas ihre Aktivitäten ausgeweitet und optimiert haben. Teilweise haben sie zudem bisher unverbundene Einzelhandlungen vermehrt in einen wechselseitigen Begründungs- und Bedeutungszusammenhang gestellt und praktisch umgesetzt. Weitere Ergebnisse zeigen, dass sich die Verbindung von Organisationsentwicklungsprozessen mit inhaltlichen Aspekten bewährt hat. Zunächst konnte eine langfristige Motivation für das Projekt unter den Mitarbeitenden erreicht werden. Außerdem erhielt das Projekt durch die Verknüpfung beider Elemente eine hohe Relevanz auf der Entscheidungs- und Leitungsebene der Einrichtung.

Weiter zeigt sich, dass die pädagogischen Fachkräfte die Effekte in der Entwicklung der Organisation (z. B. bessere Zusammenarbeit im Team), als Grundlage für langfristige Veränderungen zum Teil als sekundär zur inhaltlichen Entwicklung (z. B. Schaffung vielfältiger Bewegungsmöglichkeiten) betrachten. Darum ist es zukünftig wichtig, das Verständnis für systemische Veränderungen zu stärken und Haltungen sowie Einstellungen immer wieder zu reflektieren.

Eindeutig ist: Entwicklungen brauchen Zeit! Sie stellen für alle Beteiligten vielfältige Herausforderungen dar.

Ein zusammenfassender Evaluationsbericht zum Projekt „Kitas bewegen“ wird zu Beginn des Jahres 2010 vorliegen.

Literatur:

Kliche, T. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim; München: Juventa-Verlag.

¹ Kitas bewegen ist ein Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung, der Unfallkasse NRW, dem Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW, der Stadt Münster, der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, dem Bezirksamt Berlin-Mitte und der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin. Weitere Informationen zum Projekt unter: www.gute-gesunde-kita.de

² Unter kollektiver Selbstwirksamkeit wird die Erwartung aller Teammitglieder verstanden, gemeinsam so handeln zu können, dass ein Ziel bestmöglich erreicht wird.

Lärm in Kindertageseinrichtungen - Zahlen, Daten, Fakten, Möglichkeiten der Prävention

Heinz-Dieter Neumann und Wolfgang Swoboda

Unter Lärm versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch häufig einen Zustand mit zu hoher Lautstärke. Lärm hat allerdings zwei Facetten, nämlich eine schädigende Wirkung durch eine zu hohe Lautstärke und eine störende Wirkung, die nicht unbedingt mit zu hoher Lautstärke einhergeht. Physikalisch gesehen ist Lärm Schall, der in der Luft in Form von „Luftdruckschwankungen“ übertragen wird. Hörbar ist Schall ab einem Schalldruckpegel von 0 dB an der Wahrnehmungsgrenze. Schmerzhaft wird Schall ab 120 dB. Der hörbare Frequenzbereich liegt zwischen 16 Hz und 16000 Hz, wobei das Gehör bei mittleren Frequenzen im Bereich von 1000 bis 5000 Hz am empfindlichsten ist. Diesem Frequenzbereich sind u. a. Kinderstimmen zuzuordnen, wenn sie z. B. Spaß und Freude zum Ausdruck bringen oder schreien. Zum Zahlenverständnis ist anzumerken, dass ein Unterschied von 3 dB eine Verdoppelung oder Halbierung des Schalldrucks bedeutet. Ein Anstieg von 10 dB wird als Verdoppelung der Lautstärke empfunden. Gehörschädigend wirkt Lärm, wenn der Expositionspegel bezogen auf 8 Stunden pro Tag über lange Jahre mindestens 85 dB (A) beträgt.

Die störende Wirkung von Lärm ist nicht alleine von der Lautstärke abhängig. Auch geringe Lautstärken können sehr störend wirken. Ferner spielt die Einstellung des Hörers in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Während der laute Torjubel der Fans im Stadion Ausdruck einer Welle des Glücks ist, ist er für die Anwohner ggf. ein erheblicher Stress. Dauerhafter störender Lärm ist ein Stressor, der auch gesundheitsschädliche Folgen haben kann. Er bewirkt z. B. Bluthochdruck, Angstzustände, Depression, Ermüdung, Appetitlosigkeit oder Motivationsschwäche. Wie sieht es nun aus mit dem Lärm in Kindertagesstätten?

Zur Beurteilung der Lärmbelastung wurde der mittlere Schallpegel in Ohrhöhe während verschiedener Situationen wie Stuhlkreis, Singen, freies Spiel oder Bewegung im Mehrzweckraum gemessen. Weitere Messungen erfolgten stationär durch ein in der Raummitte oberhalb der Kopfhöhe aufgehängtes Schallpegelmessgerät. Im Mittel betrug die mittlere Schallbelastung im Raum und in den verschiedenen Situationen 77,5 dB(A). Dieser Wert spiegelt die empfundene mittlere Lautstärke wider. Der Minimalwert betrug 64 dB(A) beim Mittagessen, der Maximalwert 95 dB(A) während extrem

lauter Tobephasen. An der Person betrug der Schallpegel im Mittel 83,3 dB(A). Er ist somit 6 dB(A) höher als im Raum, was einem 4-mal höheren Schalldruck entspricht. Die eigene Stimme hat insofern einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis an der Person. Basierend auf den ermittelten Ergebnissen und unter Berücksichtigung leiserer Phasen während eines 8-stündigen Arbeitstages kann man den personenbezogenen Tageslärmaximierungspegel in einem Bereich um 80 dB(A) ansetzen. Das Risiko einer Gehörschädigung ist daher nicht zu befürchten.

Bei der Beurteilung der störenden Wirkung von Lärm ist aber auch ein zweiter Aspekt zu betrachten. Dieser gilt der „Schallqualität“ in Räumen, die durch die Halligkeit wesentlich beeinflusst wird. Es ist erwiesen, dass ein zu hoher Nachhall in Räumen erheblich stört und die Sprachverständlichkeit behindert. Darüber hinaus kann durch Hall der Lombard-Effekt ausgelöst werden. Bei diesem Effekt kommt es zu einem Anstieg der Lautstärke im Raum, wenn eine Gruppe den durch eine andere Gruppe verursachten Lautstärkepegel überbieten muss, um sich in der eigenen Gruppe verständlich zu machen. Ein Maß für die Halligkeit im Raum ist die sogenannte Nachhallzeit. In Räumen mit einem Raumvolumen von

ca. 200 m³ wird eine Nachhallzeit im Bereich von 0,7 s im unbesetzten Zustand empfohlen. Messungen der Nachhallzeit ergaben, dass in 45 von 60 Situationen diese Anforderung erfüllt wurde. Ein unmittelbarer Einfluss der Raumakustik auf den Schalldruckpegel und somit auf die Lautstärke war allerdings nicht erkennbar. Raumakustische Maßnahmen sind somit ein zusätzliches Element zur Reduzierung von Lautstärke in Räumen. Maßgeblich für die Lautstärke ist in erster Linie jedoch die Schallquelle, also die Kommunikation. Neben einer guten Raumakustik sind daher auch organisatorische und pädagogische Maßnahmen erforderlich, um den kommunikationsbedingten Schallpegel in einem angemessenen Rahmen zu halten. In diesem Zusammenhang sind extrem laute Tobephasen in Räumen zu vermeiden.

Weitere technische Maßnahmen zur Reduzierung der Lautstärke an der Schallquelle stehen nur in begrenztem Umfang zur Verfügung. Möglich sind Maßnahmen wie Gummireifen an Spielzeugen, Gleiter unter Tischen und Stühlen oder schalldämmende Geschirrunterlagen, die im Einzelnen in der Broschüre „Lärmprävention in Kindertageseinrichtungen“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege aufgelistet sind.



Die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern

Informationen zu Belastungen und Ressourcen

Attiya Khan

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Jahr 2000 postuliert, dass Erzieherinnen Vorbilder einer gesundheitsförderlichen Haltung für Eltern und Kinder sein sollen. Eine genauere Betrachtung der Belastungen des Berufes und der gesundheitlichen Situation des Personals lässt vermuten, dass die meisten Erzieherinnen und Erzieher diesem Anspruch nur schwer gerecht werden können.

Erzieherinnen und Erzieher beklagen besonders, dass sie unter hohem Zeit- und Arbeitsdruck stehen, da die Gruppengröße als viel zu hoch erlebt wird. Damit geht einher, dass sie wenig Zeit für Vor- und Nachbereitung haben und häufig viele Aufgaben gleichzeitig erledigen müssen. Schwierig ist zudem, dass sie oft bei ihrer Arbeit unterbrochen werden und sich selten ungestört in einer Pause erholen können.

Während die fachlichen Anforderungen, sofern die Rahmenbedingungen angemessenen sind, als positiv wahrgenommen werden, stellen sich die körperlichen Belastungen als sehr beanspruchend dar. Dabei geht es besonders um die Belastung durch die ungünstige Körperhaltung, bedingt durch das Sitzen auf nicht erwachsenengerechten Stühlen, und das Heben und Tragen von Kindern.

Im Zusammenhang mit der hohen Kinderanzahl in den Gruppen steht auch der Lärm in der Einrichtung. Aufgrund der lauten Umgebung,

der sich die Beschäftigten nicht einfach durch den in anderen Berufen verwendeten Gehörschutz entziehen können, kommt es auch zu einer stimmlichen und psychischen Belastung. Diese Arbeitsbedingungen werden mit steigendem Alter als unangenehm erlebt.

Die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, wie beispielsweise die Gruppengröße, Entlohnung und zunehmende Aufgabenstellung, erleben viele Erzieher/-innen als negativ belastend und sie fühlen sich nicht anerkannt.

Als arbeitsbezogene Ressourcen bestätigen Erzieher/-innen in unterschiedlichen Studien, dass sie mit der Tätigkeit an sich sehr zufrieden sind und durch die Kollegen/-innen viel soziale Unterstützung erfahren. Der Beruf bietet einen hohen Handlungsspielraum, ermöglicht selbstständiges Arbeiten und die Chance, Gefühle im Kontakt mit den Kindern zeigen zu können.

Die gesundheitliche Situation von Erzieher/-innen ist insbesondere durch Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates sowie von Symptomen der Erschöpfung und Müdigkeit bestimmt. In einer sächsischen Studie berichtete fast die Hälfte der befragten Erzieher/-innen, dass sie unter den genannten Beschwerden litten.

Wenn Erzieher/-innen gefragt werden, was sie an ihrer Arbeitssituation verändern möchten, werden häufig folgende Wünsche genannt:

- Raumgestaltung und -ausstattung optimieren
- Gruppengröße reduzieren
- Personalsituation verbessern
- Mehr Anerkennung in der Öffentlichkeit
- Erwachsenengerechtes Mobiliar

Mittels der folgenden Maßnahmen lässt sich betriebliche Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten durchführen:

- Verhaltensbezogene:
 - Schulung zu rückenschonender Arbeitsweise
 - Spannungstraining oder Stressbewältigungskurse
 - Fortbildungen z. B. zur Konfliktbewältigung oder für Elterngespräche
 - Leiterinnen-Coaching
- Verhältnisbezogene:
 - Lärmreduzierender Umbau
 - Verkleinerung der Gruppenstärke / besserer Personalschlüssel
 - Eigenverantwortliche Budgetplanung
 - Anschaffung erwachsenengerechter Möbel
 - Höhere Anerkennung und Entlohnung der Tätigkeit
 - Entwicklung eines gesundheitsfördernden Leitbildes
 - Gesundheitszirkel

Die Voraussetzung für gelingende Interventionen sollten stets Gefährdungsbeurteilungen sein.

Die Bedeutung von Bewegung in einer guten und gesunden Kita

Renate Zimmer

Bewegung gilt als ein wichtiges Mittel zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit - bei Kindern ebenso wie beim pädagogischen Fachpersonal in einer Kita.

Seit der 1. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (1986) wird ein positives Verständnis von Gesundheit in den Vordergrund gerückt, mit dem die Bedeutung einer gezielten Förderung der physischen Gesundheitsressourcen ebenso betont wird wie die der psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen.

Der Beitrag von Bewegung kann dabei in folgenden Bereichen liegen:

Sie dient der

1. Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen wie z. B. der Verbesserung der körperlichen Fitness, der Steigerung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems, der Stärkung des Immunsystems und der Kräftigung der Muskulatur. Damit wird auch vielen Bewegungsmangelerkrankungen wie Übergewicht oder Bluthochdruck und Rückenbeschwerden vorgebeugt.

2. Stärkung der personalen Gesundheitsressourcen; sie umfassen Einstellungen und Überzeugungen gegenüber der eigenen Person wie z. B. Zuversicht, Optimismus, ein positives Selbstwertgefühl.
3. Stärkung der sozialen Gesundheitsressourcen wie z. B. sozialer Rückhalt, Akzeptanz und Unterstützung in einer sozialen Bezugsgruppe.

Zur Verbesserung der körperlichen Fitness reicht z. B. bereits eine regelmäßige körperliche Belastung, die einen Energieverbrauch

Die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern

Informationen zu Belastungen und Ressourcen

Attiya Khan

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Jahr 2000 postuliert, dass Erzieherinnen Vorbilder einer gesundheitsförderlichen Haltung für Eltern und Kinder sein sollen. Eine genauere Betrachtung der Belastungen des Berufes und der gesundheitlichen Situation des Personals lässt vermuten, dass die meisten Erzieherinnen und Erzieher diesem Anspruch nur schwer gerecht werden können.

Erzieherinnen und Erzieher beklagen besonders, dass sie unter hohem Zeit- und Arbeitsdruck stehen, da die Gruppengröße als viel zu hoch erlebt wird. Damit geht einher, dass sie wenig Zeit für Vor- und Nachbereitung haben und häufig viele Aufgaben gleichzeitig erledigen müssen. Schwierig ist zudem, dass sie oft bei ihrer Arbeit unterbrochen werden und sich selten ungestört in einer Pause erholen können.

Während die fachlichen Anforderungen, sofern die Rahmenbedingungen angemessenen sind, als positiv wahrgenommen werden, stellen sich die körperlichen Belastungen als sehr beanspruchend dar. Dabei geht es besonders um die Belastung durch die ungünstige Körperhaltung, bedingt durch das Sitzen auf nicht erwachsenengerechten Stühlen, und das Heben und Tragen von Kindern.

Im Zusammenhang mit der hohen Kinderanzahl in den Gruppen steht auch der Lärm in der Einrichtung. Aufgrund der lauten Umgebung,

der sich die Beschäftigten nicht einfach durch den in anderen Berufen verwendeten Gehörschutz entziehen können, kommt es auch zu einer stimmlichen und psychischen Belastung. Diese Arbeitsbedingungen werden mit steigendem Alter als unangenehm erlebt.

Die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, wie beispielsweise die Gruppengröße, Entlohnung und zunehmende Aufgabenstellung, erleben viele Erzieher/-innen als negativ belastend und sie fühlen sich nicht anerkannt.

Als arbeitsbezogene Ressourcen bestätigen Erzieher/-innen in unterschiedlichen Studien, dass sie mit der Tätigkeit an sich sehr zufrieden sind und durch die Kollegen/-innen viel soziale Unterstützung erfahren. Der Beruf bietet einen hohen Handlungsspielraum, ermöglicht selbstständiges Arbeiten und die Chance, Gefühle im Kontakt mit den Kindern zeigen zu können.

Die gesundheitliche Situation von Erzieher/-innen ist insbesondere durch Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates sowie von Symptomen der Erschöpfung und Müdigkeit bestimmt. In einer sächsischen Studie berichtete fast die Hälfte der befragten Erzieher/-innen, dass sie unter den genannten Beschwerden litten.

Wenn Erzieher/-innen gefragt werden, was sie an ihrer Arbeitssituation verändern möchten, werden häufig folgende Wünsche genannt:

- Raumgestaltung und -ausstattung optimieren
- Gruppengröße reduzieren
- Personalsituation verbessern
- Mehr Anerkennung in der Öffentlichkeit
- Erwachsenengerechtes Mobiliar

Mittels der folgenden Maßnahmen lässt sich betriebliche Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten durchführen:

- Verhaltensbezogene:
 - Schulung zu rückenschonender Arbeitsweise
 - Spannungstraining oder Stressbewältigungskurse
 - Fortbildungen z. B. zur Konfliktbewältigung oder für Elterngespräche
 - Leiterinnen-Coaching
- Verhältnisbezogene:
 - Lärmreduzierender Umbau
 - Verkleinerung der Gruppenstärke / besserer Personalschlüssel
 - Eigenverantwortliche Budgetplanung
 - Anschaffung erwachsenengerechter Möbel
 - Höhere Anerkennung und Entlohnung der Tätigkeit
 - Entwicklung eines gesundheitsfördernden Leitbildes
 - Gesundheitszirkel

Die Voraussetzung für gelingende Interventionen sollten stets Gefährdungsbeurteilungen sein.

Die Bedeutung von Bewegung in einer guten und gesunden Kita

Renate Zimmer

Bewegung gilt als ein wichtiges Mittel zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit - bei Kindern ebenso wie beim pädagogischen Fachpersonal in einer Kita.

Seit der 1. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (1986) wird ein positives Verständnis von Gesundheit in den Vordergrund gerückt, mit dem die Bedeutung einer gezielten Förderung der physischen Gesundheitsressourcen ebenso betont wird wie die der psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen.

Der Beitrag von Bewegung kann dabei in folgenden Bereichen liegen:

Sie dient der

1. Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen wie z. B. der Verbesserung der körperlichen Fitness, der Steigerung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems, der Stärkung des Immunsystems und der Kräftigung der Muskulatur. Damit wird auch vielen Bewegungsmangelerkrankungen wie Übergewicht oder Bluthochdruck und Rückenbeschwerden vorgebeugt.

2. Stärkung der personalen Gesundheitsressourcen; sie umfassen Einstellungen und Überzeugungen gegenüber der eigenen Person wie z. B. Zuversicht, Optimismus, ein positives Selbstwertgefühl.
3. Stärkung der sozialen Gesundheitsressourcen wie z. B. sozialer Rückhalt, Akzeptanz und Unterstützung in einer sozialen Bezugsgruppe.

Zur Verbesserung der körperlichen Fitness reicht z. B. bereits eine regelmäßige körperliche Belastung, die einen Energieverbrauch

von mindestens 1000 kcal/ Woche zur Folge hat. Das sind z. B. 5 x 0,5 Stunden Walken oder Fahrradfahren.

Dadurch werden u. a. Herz-Kreislauf-Risiken reduziert, es werden weniger Beschwerden wahrgenommen, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit steigt.

Neben der körperlichen Fitness sind es aber insbesondere auch die personalen Ressourcen, die für die Gesundheit Bedeutung haben. Sie dienen als Schutzfaktoren, um Kinder wie Erzieherinnen zu befähigen, mit alltäglichen Belastungen besser umgehen zu können. Dazu gehören z. B. die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes, das Erleben, selber etwas bewirken zu können und das Gefühl, eine Situation im Griff zu haben.

Ein inaktiver Lebensstil, Bewegungsmangel, Stress und eine unausgeglichene Energiebilanz gelten als wichtige Risikofaktoren in der

heutigen Gesellschaft. Davon betroffen sind bereits Kinder im Kindergartenalter, aber auch ihre Erzieherinnen und Erzieher, wobei Kinder insbesondere in der Phase des Aufbaus ihrer Organ- und Muskelsysteme, ihres Haltungs- und Bewegungsapparates besonders anfällig für Bewegungsmangelerkrankungen sind. Deren Folgen zeigen sich oft erst mit zunehmendem Alter. Aber auch Erzieherinnen sind in ihrem beruflichen Alltag Anforderungen ausgesetzt, die nicht selten zu einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit führen.

Daher gilt für Kinder wie für Erzieherinnen: Bewegung muss mehr als bisher in den Alltag integriert werden. Es sollten also alle Gelegenheiten genutzt werden, die den Körper und die Sinne herausfordern und damit auch die Abwehrkräfte stärken. Aber auch die psychische Widerstandsfähigkeit gilt es zu stärken durch Maßnahmen, die das psychosoziale Wohlbefinden unterstützen und das Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit ermöglichen.

In einer guten und gesunden Kita sollten personale und soziale Ressourcen ebenso wie die körperlichen Ressourcen beachtet werden. Für die Kinder bieten Bewegungserziehung und psychomotorische Förderung gute Ansatzpunkte. Sie wirken sich nicht nur positiv auf die Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung aus, sondern können auch dazu beitragen, den Aufbau von Selbstvertrauen und die Bildung eines stabilen Selbstwertgefühls zu unterstützen; sie schaffen gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Belastungsfaktoren und legen die Basis für eine nachhaltige gesunde Entwicklung.

Raum und Zeit gewinnen

Sigrid Bertzen

Die Belastungen für die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen sind in den letzten Jahren durch gravierende Veränderungen des Tätigkeitsfeldes stetig gestiegen. Lärm, Zeit- sowie Personalmangel, eine schwierige Elternarbeit, Überbelegung und die Betreuung von immer mehr Kindern unter drei Jahren veränderten die Arbeit rasant.

Um die wachsenden Anforderungen an eine Kindertageseinrichtung als modernes Dienstleistungsunternehmen mit einem Bildungs- und Erziehungsauftrag bewältigen zu können, ist es erforderlich, den Arbeitsalltag an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dabei ist eine systematische Vorgehensweise nach den folgenden Schritten hilfreich.

Erkennen von Belastungen:

Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter empfindet Belastungen individuell. Es gibt allerdings auch Situationen, die von allen im Team als belastend empfunden werden, jedoch nicht eindeutig als Belastungsursachen erkannt werden. Diese können nur durch eine genaue Analyse des Tagesablaufs, des Personaleinsatzes, der pädagogischen Angebote sowie der Raumnutzung kenntlich gemacht werden. Dabei ist es von großer Bedeutung, die „gefühlten Überbelastungen“ klar zu definieren und vielleicht sogar in Zahlen und Fakten zu fassen. Nur so wird nachvollziehbar, warum und in welchen Bereichen die Arbeitsorganisation in Kindertages-

einrichtungen verändert werden muss. Unerlässlich ist also das kritische Hinterfragen aller Aspekte der Kita-Organisation.

Erarbeiten von Maßnahmen zur Belastungsreduzierung

Damit Belastungsfaktoren wirksam verändert werden können, sind zum Teil umfassende Umstrukturierungsprozesse erforderlich. Diese gehen jedoch oft mit Ängsten und Unsicherheiten der Einzelnen einher, die ernst genommen werden müssen, um die notwendige Akzeptanz für die Veränderungen im Team zu erreichen. Entscheidend für einen erfolgreichen Prozess ist daher das konstruktive Mitwirken und Gestalten aller Kolleginnen und Kollegen im Team. Grundlagen für die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen sind dabei die Ergebnisse der Analysephase. Anhand der sichtbar gemachten Problempunkte können dann gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet werden.

Umsetzen der Maßnahmen

Der Transfer der im Team erarbeiteten Maßnahmen in die praktische Umsetzung erfordert ein hohes Maß an Transparenz für alle Beteiligten. Das bedeutet, dass auch die Kinder und die Eltern über die Veränderungen informiert werden müssen. Entscheidend dafür ist das geschlossene Auftreten eines Teams, das überzeugend die erforderlichen Veränderungen nach außen vertreten kann. Nach einer gründlichen Planungs- und Vorbereitungs-

zeit können dann die Maßnahmen umgesetzt werden. Wie bei allen Neuerungen, auch wenn sie lange beraten worden sind, ist das Auftreten von Anfangsschwierigkeiten jedoch wahrscheinlich. Diese sollten nicht als „Rückschläge“ betrachtet, sondern analysiert und konstruktiv bearbeitet werden, um eine weitere Optimierung des Betriebsablaufs zu erwirken.

Evaluation

Um eine wirkungsvolle Belastungsreduzierung zu erreichen, ist die Evaluation der Veränderungsmaßnahmen unerlässlich. Sie macht das Maß der Entlastung deutlich, zeigt aber auch die Bereiche auf, die unter Umständen nachgebessert werden müssen. Sie ist allerdings auch als Instrument zur weiteren Motivation zu sehen, da die konkreten Ergebnisse eines Arbeitsprozesses feststehen.

Praxisbeispiel „Rezeption“

Das Team einer viergruppigen Kindertageseinrichtung fühlte sich unter anderem sehr stark durch die allmorgendliche Bringsituation belastet. Die Atmosphäre im Haus war während dieser Zeit geprägt durch ständig wechselnde Personen, zahlreiche „Störungen“ sowie einen hohen Lautstärkepegel.

In einer ersten Analysephase wurde erst einmal durch einfaches „Köpfe zählen“ mit einer entsprechenden Strichliste festgestellt, wie viele Kinder zu welcher Uhrzeit in der Einrichtung waren. Zusätzlich wurde festgehalten,

von mindestens 1000 kcal/ Woche zur Folge hat. Das sind z. B. 5 x 0,5 Stunden Walken oder Fahrradfahren.

Dadurch werden u. a. Herz-Kreislauf-Risiken reduziert, es werden weniger Beschwerden wahrgenommen, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit steigt.

Neben der körperlichen Fitness sind es aber insbesondere auch die personalen Ressourcen, die für die Gesundheit Bedeutung haben. Sie dienen als Schutzfaktoren, um Kinder wie Erzieherinnen zu befähigen, mit alltäglichen Belastungen besser umgehen zu können. Dazu gehören z. B. die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes, das Erleben, selber etwas bewirken zu können und das Gefühl, eine Situation im Griff zu haben.

Ein inaktiver Lebensstil, Bewegungsmangel, Stress und eine unausgeglichene Energiebilanz gelten als wichtige Risikofaktoren in der

heutigen Gesellschaft. Davon betroffen sind bereits Kinder im Kindergartenalter, aber auch ihre Erzieherinnen und Erzieher, wobei Kinder insbesondere in der Phase des Aufbaus ihrer Organ- und Muskelsysteme, ihres Haltungs- und Bewegungsapparates besonders anfällig für Bewegungsmangelerkrankungen sind. Deren Folgen zeigen sich oft erst mit zunehmendem Alter. Aber auch Erzieherinnen sind in ihrem beruflichen Alltag Anforderungen ausgesetzt, die nicht selten zu einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit führen.

Daher gilt für Kinder wie für Erzieherinnen: Bewegung muss mehr als bisher in den Alltag integriert werden. Es sollten also alle Gelegenheiten genutzt werden, die den Körper und die Sinne herausfordern und damit auch die Abwehrkräfte stärken. Aber auch die psychische Widerstandsfähigkeit gilt es zu stärken durch Maßnahmen, die das psychosoziale Wohlbefinden unterstützen und das Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit ermöglichen.

In einer guten und gesunden Kita sollten personale und soziale Ressourcen ebenso wie die körperlichen Ressourcen beachtet werden. Für die Kinder bieten Bewegungserziehung und psychomotorische Förderung gute Ansatzpunkte. Sie wirken sich nicht nur positiv auf die Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung aus, sondern können auch dazu beitragen, den Aufbau von Selbstvertrauen und die Bildung eines stabilen Selbstwertgefühls zu unterstützen; sie schaffen gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Belastungsfaktoren und legen die Basis für eine nachhaltige gesunde Entwicklung.

Raum und Zeit gewinnen

Sigrid Bertzen

Die Belastungen für die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen sind in den letzten Jahren durch gravierende Veränderungen des Tätigkeitsfeldes stetig gestiegen. Lärm, Zeit- sowie Personalmangel, eine schwierige Elternarbeit, Überbelegung und die Betreuung von immer mehr Kindern unter drei Jahren veränderten die Arbeit rasant.

Um die wachsenden Anforderungen an eine Kindertageseinrichtung als modernes Dienstleistungsunternehmen mit einem Bildungs- und Erziehungsauftrag bewältigen zu können, ist es erforderlich, den Arbeitsalltag an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Dabei ist eine systematische Vorgehensweise nach den folgenden Schritten hilfreich.

Erkennen von Belastungen:

Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter empfindet Belastungen individuell. Es gibt allerdings auch Situationen, die von allen im Team als belastend empfunden werden, jedoch nicht eindeutig als Belastungsursachen erkannt werden. Diese können nur durch eine genaue Analyse des Tagesablaufs, des Personaleinsatzes, der pädagogischen Angebote sowie der Raumnutzung kenntlich gemacht werden. Dabei ist es von großer Bedeutung, die „gefühlten Überbelastungen“ klar zu definieren und vielleicht sogar in Zahlen und Fakten zu fassen. Nur so wird nachvollziehbar, warum und in welchen Bereichen die Arbeitsorganisation in Kindertages-

einrichtungen verändert werden muss. Unerlässlich ist also das kritische Hinterfragen aller Aspekte der Kita-Organisation.

Erarbeiten von Maßnahmen zur Belastungsreduzierung

Damit Belastungsfaktoren wirksam verändert werden können, sind zum Teil umfassende Umstrukturierungsprozesse erforderlich. Diese gehen jedoch oft mit Ängsten und Unsicherheiten der Einzelnen einher, die ernst genommen werden müssen, um die notwendige Akzeptanz für die Veränderungen im Team zu erreichen. Entscheidend für einen erfolgreichen Prozess ist daher das konstruktive Mitwirken und Gestalten aller Kolleginnen und Kollegen im Team. Grundlagen für die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen sind dabei die Ergebnisse der Analysephase. Anhand der sichtbar gemachten Problempunkte können dann gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet werden.

Umsetzen der Maßnahmen

Der Transfer der im Team erarbeiteten Maßnahmen in die praktische Umsetzung erfordert ein hohes Maß an Transparenz für alle Beteiligten. Das bedeutet, dass auch die Kinder und die Eltern über die Veränderungen informiert werden müssen. Entscheidend dafür ist das geschlossene Auftreten eines Teams, das überzeugend die erforderlichen Veränderungen nach außen vertreten kann. Nach einer gründlichen Planungs- und Vorbereitungs-

zeit können dann die Maßnahmen umgesetzt werden. Wie bei allen Neuerungen, auch wenn sie lange beraten worden sind, ist das Auftreten von Anfangsschwierigkeiten jedoch wahrscheinlich. Diese sollten nicht als „Rückschläge“ betrachtet, sondern analysiert und konstruktiv bearbeitet werden, um eine weitere Optimierung des Betriebsablaufs zu erwirken.

Evaluation

Um eine wirkungsvolle Belastungsreduzierung zu erreichen, ist die Evaluation der Veränderungsmaßnahmen unerlässlich. Sie macht das Maß der Entlastung deutlich, zeigt aber auch die Bereiche auf, die unter Umständen nachgebessert werden müssen. Sie ist allerdings auch als Instrument zur weiteren Motivation zu sehen, da die konkreten Ergebnisse eines Arbeitsprozesses feststehen.

Praxisbeispiel „Rezeption“

Das Team einer viergruppigen Kindertageseinrichtung fühlte sich unter anderem sehr stark durch die allmorgendliche Bringsituation belastet. Die Atmosphäre im Haus war während dieser Zeit geprägt durch ständig wechselnde Personen, zahlreiche „Störungen“ sowie einen hohen Lautstärkepegel.

In einer ersten Analysephase wurde erst einmal durch einfaches „Köpfe zählen“ mit einer entsprechenden Strichliste festgestellt, wie viele Kinder zu welcher Uhrzeit in der Einrichtung waren. Zusätzlich wurde festgehalten,

wie viele Erzieherinnen und Erzieher zu diesem Zeitpunkt im Dienst waren. Die ermittelten Zahlen gaben dann Aufschluss darüber, ob der Personaleinsatz bedarfsorientiert oder aber überproportional war.

Der zweite Analyseschritt diente dazu, die durchschnittlichen Arbeitsunterbrechungen durch Anfragen der Eltern, organisatorische Tätigkeiten, Telefonate oder ähnliches in der Zeit von 07.00 Uhr bis 09.00 Uhr zu registrieren.

Die Analyse ergab, dass das Erzieher-Kind-Verhältnis in den ersten zwei Stunden der Öffnungszeit überproportional war und somit Kapazitäten verlagert werden konnten. Weiterhin wurde festgestellt, dass durchschnittlich 75 Arbeitsunterbrechungen in der Bringzeit zu verzeichnen waren.

Diese Ergebnisse waren die Grundlage für die Einführung eines bedarfsorientierten Schichtsystems sowohl der Vollzeit- als auch der Teilzeitkräfte sowie einer Rezeption.

Der Rezeptionsdienst wird seither von einer Person während der Bringzeit übernommen und beinhaltet folgende Tätigkeiten:

- Registrieren der ankommenden Kinder in den Gruppentagebüchern
- Annahme von Telefonaten
- Weitergabe von Elternbriefen und mündlichen Informationen an die Eltern
- zahlreiche administrative Aufgaben

Die Rezeption wurde den Eltern vorab mit einem Elternbrief angekündigt und mit den Kindern in den Gruppen besprochen. Eine feierliche Einführung erleichterte den Start der Rezeption.

Die nach einigen Wochen durchgeführte Evaluation des Dienstplans und der Rezeption erbrachte, dass durch die flexible Dienstplangestaltung die Arbeitsbelastung besser auf das gesamte Team verteilt werden konnte. Nach der Einführung der Rezeption konnten die durchschnittlichen Unterbrechungen auf drei reduziert werden, was eine Reduzierung der Belastungssituation von 95% bedeutet. Motivierend für das Team war außerdem die überaus positive Resonanz der Eltern und Kinder auf die Rezeption.

Dies ist ein sehr schönes Beispiel dafür, wie der Kita-Alltag systematisch, auch innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen, po-

sitiv verändert werden kann. Es gibt natürlich keine Patentrezepte, da jede Einrichtung über individuelle Bedingungen bezüglich des Personals, der Räumlichkeiten, der Kinder und der Elternschaft verfügt. Entscheidend ist aber, dass das Team bereit ist „alt Bewährtes“ zu hinterfragen und den Mut zu Veränderungen hat. Nur so kann eine Belastungsreduzierung erreicht und damit auch die Arbeitszufriedenheit bzw. Gesundheit gefördert werden.



Abstracts Forum Berufliche Belastungen und Ressourcen ... ISSN 1861- 6704 Prakt. Arb.med. 2010; 18: 8-13

Flexible EDV-Systeme

Besuchen Sie uns auf dem Betriebsärztetag 2010 am 06. und 07.03. in Osnabrück!



CAS 1000K

Kopfhörer-Audiometer

- Luftleitung, Knochenleitung, SiSi-Test
- zum Anschluß an Laptop/Notebook
- Ausdruck des Audiogramm-Formulars
- Schnittstellen GDT und XML



CAS 1000/10

Audiometer-Software

- Bedienoberfläche auf dem Bildschirm
- zur Einbindung in arbeitsmedizinische Programme
- bei CAS 1000K inklusive
- bei CAS 3000S optional



CAS 3000S USB

Audiometer mit Schiebereglern

- Luftleitung, Knochenleitung, SiSi-Test
- Reinton, Pulston, Vertäubung
- Leuchtdiodenmatrix
- zusätzlich steuerbar durch Software CAS 1000/10



Audio-Ton
Medizinisch-Technische Systeme

Fon (040) 54 80 26 00
Fax (040) 54 80 26 26

Röntgenstraße 24
22335 Hamburg
www.audio-ton.de
info@audio-ton.de

Risiko raus! Gesetzliche Unfallversicherung startet Kampagne für mehr Sicherheit beim Fahren und Transportieren

Motive warnen vor Kopflösigkeit

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und landwirtschaftliche Sozialversicherung starten heute ihre gemeinsame Präventionskampagne „Risiko raus!“. Ziel der zweijährigen Kampagne ist, das Unfallrisiko beim Fahren und Transportieren zu verringern. Zentrales Motiv sind kopflose Menschen, mit denen die gesetzliche Unfallversicherung für mehr Risikobewusstsein bei der Arbeit und im Straßenverkehr wirbt.

„Wir gehen mit ‚Risiko raus‘ zwei wichtige Schwerpunkte im Unfallgeschehen an“, sagt Dr. Walter Eichendorf, stv. Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR).

Fast jeder vierte meldepflichtige Arbeitsunfall im Betrieb geschieht beim Transportieren oder Fahren. Hinzu kommen jährlich über 20.000 Arbeits- und Dienstwegeunfälle sowie rund 115.000 Wegeunfälle im Straßenverkehr. In mehr als 700 Fällen endete ein Unfall beim Fahren oder Transportieren mit dem Tod. Bei versicherten Kindern in Tageseinrichtungen, Schülern und Studierenden sind rund 60.000 weitere Unfälle im Straßenverkehr – davon 66 mit tödlichem Ausgang – zu verzeichnen.

„Die traurige Wahrheit hinter diesen Unfällen ist: Viele hätten vermieden werden können“, so Leo Blum, Vorstandsvorsitzender der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Häufige Ursachen für Unfälle sind: mangelnde Sichtbarkeit, schlecht geführte Verkehrswege im Betrieb, Zeitdruck, aber auch Nachlässigkeit, Selbstüberschätzung und Leichtsinn. Die Kampagne zielt daher zum einen darauf, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass beispielsweise Zeitdruck und Stress erst gar nicht entstehen. Zum anderen wirbt sie generell für mehr Risikobewusstsein und überlegtes Handeln. Sie spricht daher Beschäftigte, Schüler und Studierende, aber auch Arbeitgeber, Führungskräfte, für den Arbeitsschutz im Unternehmen verantwortliche Personen und Lehrkräfte an Tageseinrichtungen, allgemeinbildenden und beruflichen Schulen an.

Die Kampagnenmotive stellen auf eindringliche Weise dar, wie eigenes Fehlverhalten zur zentralen Unfallursache werden kann: Unter dem Motto „Mein Kopf ist gerade woanders“ zeigen sie eine kopflose Person kurz vor einem Unfall. „Wenn jeder Einzelne mehr Verantwortung

für sich und andere übernimmt, leistet er einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr und beim innerbetrieblichen Transport und Verkehr“, so Eichendorf und Blum.

Partner von „Risiko raus!“ sind unter anderem der DVR und die Bundesländer. Die Kampagne läuft bis Ende Dezember 2011 und umfasst unter anderem Anzeigen, Poster und Broschüren sowie die Website www.risiko-raus.de. Vom 17. bis 19. Juni 2010 veranstalten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung unter dem Motto „Risiko raus!“ Aktionstage in Dortmund. Sie unterstützen zudem im Sommer den Staplercup in Aschaffenburg, eine internationale Meisterschaft von Gabelstaplerfahrern.



www.risiko-raus.de



Der chronische (untere) Rückenschmerz in der betriebsärztlichen Praxis

Hans-Raimund Casser und Uwe Ricken

Die enorme Zunahme von chronischen Rückenschmerzen in den westlichen Industrieländern hat weniger rein orthopädische als vielmehr psychosoziale Ursachen. Über 80% der Beschwerden sind funktionelle Schmerzsyndrome und lassen sich auf kein pathoanatomisches Korrelat zurückführen. Die Diagnose „Rückenschmerz“ verursacht die häufigsten Fehlzeiten in den Betrieben. So standen 2008 Rückenschmerzen an erster Stelle bei den AU-Fällen und den AU-Tagen¹. Mitarbeiter mit chronischen Schmerzen sind häufig und stellen eine Herausforderung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) dar. Gute Erfolge bei der Rehabilitation erzielt man nicht nur durch rein physikalische Anwendungen, sondern sie erfordern einen multimodalen interdisziplinären Ansatz.

Nach einer Cost of Illness Study² von 1997 betragen die Kosten allein von Rückenschmerzen in Deutschland 34 Mrd. DM. Die Kosten für Arztbesuche, Klinikaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen, physikalischer und medikamentöser Therapie machten weniger als ein Drittel der Gesamtkosten aus. 70% der Kosten entfielen auf indirekte Kosten wie Arbeits- und Produktionsausfall. Bei diesen immensen Ausgaben wurden frühzeitige Beratungen nicht berücksichtigt. Jede fünfte Berentung erfolgte aufgrund eines Rückenleidens.

Laut Fehlzeiten-Report 2009¹ machten bei den Fehltagen der AOK-Mitglieder Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Frauen einen Anteil von 22,4% und bei den Männern von 25,4% aus. Bei 87,5% handelte es sich um akute Beschwerden, 12,5% waren chronische Rückenleiden². Die Prävalenz der Rückenschmerzen ist hoch. Ca. 40% der Befragten gaben „im letzten Jahr“ Beschwerden an und 70% „jemals“. Bei den Rückenschmerzen war der Frauenanteil im Gegensatz zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen höher³.

Die akute Rückenschmerzattacke wird als harmlos betrachtet⁴. Bei dem Anteil von chronischen Schmerzen (12,5%, siehe oben) kommt eine multidimensionale Beschreibung den verursachenden Zusammenhängen am nächsten. Es liegen Beeinträchtigungen auf der physiologisch-organischen Ebene durch Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkungen vor. Auf der kognitiv-emotionalen Ebene zeigen sich Störungen von Empfindlichkeit und Stimmung sowie ungünstige Denkmuster. Auf der Verhaltensebene fallen das schmerz-

bezogene Verhalten und auf der sozialen Ebene gestörte soziale Interaktion und Hindernisse bei der Arbeit auf⁵.

Der chronische Schmerz hat seine Bedeutung als Warnfunktion eingebüßt und eigenständigen Krankheitswert angenommen. Die vielfältigen Ursachen bestehen aus sich überlagernden psychischen und somatischen Problemen, welche sich gegenseitig bedingen.

Akute Rückenschmerzen kommen in der betriebsärztlichen Praxis in seltenen Fällen vor, wenn ein Mitarbeiter während der Arbeit den Betriebsarzt wegen dieser Beschwerden konsultiert. Arbeitsmediziner können aber auch bei einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung, z. B. bei der ehemaligen berufsgenossenschaftlichen Grundsatzuntersuchung G46 (Belastungen des Muskel- und Skelettsystems einschließlich Vibrationen) oder im Rahmen der ab Dezember 2008 gültigen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMed-VV)⁶ auf Rückenbeschwerden aufmerksam werden.

Häufiger tritt die Situation auf, dass nach mehr als sechswöchiger Fehlzeit der Betriebsarzt in das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) involviert ist und bei der Erhebung der Krankheitsvorgeschichte von Rückenproblemen erfährt. Da alle Vertragsärzte verpflichtet sind, bei Krankschreibungen und für die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Diagnose nach dem ICD-Code zu verschlüsseln, besteht die Möglichkeit, dass Arbeitsmediziner bei der Anamnese oder bei der Durchsicht mitgebrachter Unterlagen ICD-Verschlüsselungen erfahren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) definiert den ICD als „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“⁷. Wenn die Ursache der Erkrankung Rücken- oder Kreuzschmerzen (ICD-10: M54) sind, werden Arbeitsmediziner mit der Frage konfrontiert, ob es sich um akute (benigne) Kreuzschmerzen oder um chronische Rückenschmerzen handelt. Auch Patienten (Mitarbeiter), die sich in einer Übergangsphase vom akuten zum chronischen Schmerz befinden, müssen rechtzeitig identifiziert werden, um ihnen eine zielführende Therapieform zu empfehlen.

Bei chronischen Rückenproblemen kann ein BEM durch das Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorgeschrieben sein. Unabhängig von der Be-

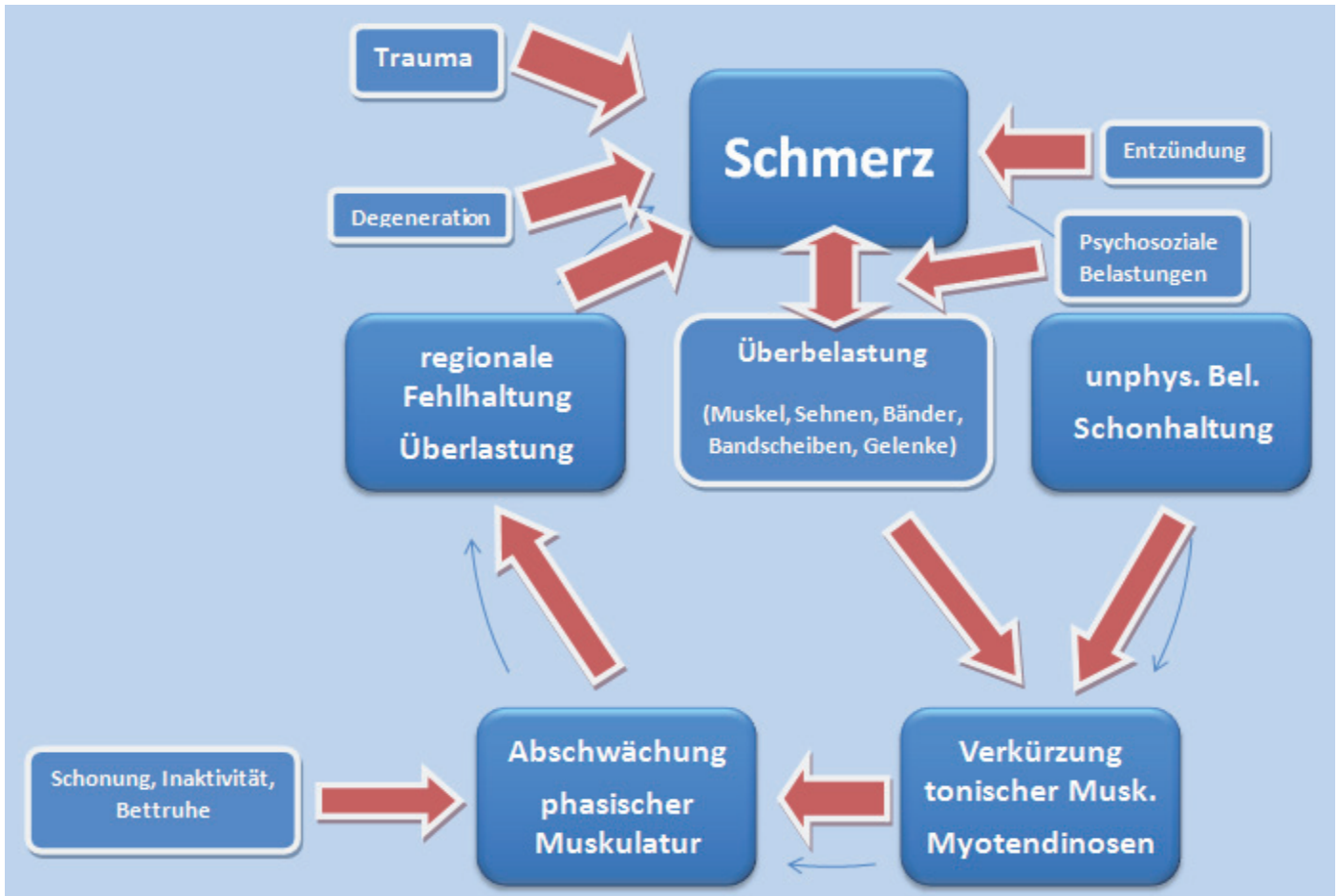
triebsgröße sind alle Arbeitgeber nach § 84 Abs. 2 SGB IX zum Eingliederungsmanagement verpflichtet, sobald ein Arbeitnehmer länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig ist. Das Gesetz sieht nur erforderlichenfalls die Hinzuziehung des Werks- oder Betriebsarztes vor, obwohl sich dieser als medizinischer Sachverständiger und „Spezialist für die ärztliche Schweigepflicht“ bei der Federführung des BEM anbieten würde.

Beim BEM spielen die Arbeitsplatzbeurteilung und die Beurteilung der verbliebenen Ressourcen für die Tätigkeit von Mitarbeitern eine zentrale Rolle – auch für diese Aufgaben sind Arbeitsmediziner prädestiniert. Die Beratung und/oder Beantragung von Reha-Maßnahmen sollten möglichst von (Betriebs-)Ärzten vor der Manifestation eines chronischen Schmerzes angeboten werden. Kenntnisse über erfolgreiche Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen sind für eine qualifizierte Beratung die Voraussetzung.

Hierbei spielt die Unterscheidung in akute oder chronische Rückenschmerzen die entscheidende Rolle. Der akute Schmerz steht in direkter Beziehung zu einem pathoanatomischen Korrelat. Eine auf die eigentliche Schmerzursache direkt einwirkende Therapie kann das physische Problem lösen und den Schmerz beenden.⁸ Der chronische Schmerz zeigt im Gegensatz dazu wenig Hinweise auf ursächliche morphologische Schäden.⁹ Er lässt sich auch sehr schlecht durch Einzelmaßnahmen befriedigend reduzieren oder gar kurieren.¹⁰ Bei den chronischen Rückenschmerzen scheint eine Definition nur nach Schmerzdauer (mehr als drei oder mehr als sechs Monate) den rezidivierenden Schmerzen mit unterschiedlicher Ausprägung nicht gerecht zu werden.

Bei Rückenschmerzen werden traditionell vorwiegend Therapieoptionen¹¹ genutzt, die zwar vor zwanzig Jahren wohl „state of the art“ waren, aber einer evidenzbasierten Therapie nicht genügen¹².

Studien ergaben bei akutem Schmerz eine Wirksamkeit von Muskelrelaxantien und NSAR-Medikation.¹¹ Bei nicht-spezifischen Rückenschmerzen bis zur sechsten Woche fand Nachemson Evidenz für die NSAR-Medikation, die Chirotherapie und die Rückenschule.¹³ Akute Rückenschmerzen werden meist von Hausärzten und Orthopäden behandelt. Die



Quelle: in Anlehnung an Casser/Riedel/Schrembs/Ingenhorst/Kühnau [Der Orthopäde 11-99], S. 949

Hauptaufgabe der Arbeitsmediziner liegt in der Prävention - u. a. von muskulo-skeletalen Erkrankungen.

Bei chronischen nicht-spezifischen (unteren) Rückenschmerzen können Betriebsärzte bei der Rehabilitation und beim Eingliederungsmanagement die Weichen stellen. Diese Schmerzzustände (chronische Schmerzkrankheit¹⁴) sind kein rein klinisches Phänomen und weniger eine Diagnose, sondern mehr ein Syndrom mit sehr verschiedenen ausgeprägten Einschränkungen, Behinderungen und chronischem Verlauf¹⁵ und der Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses. Bei der monomodalen konservativen Behandlung chronischer nicht spezifischer Rückenschmerzen ließen sich durch Metaanalysen nur für die Übungstherapie, die Rückenschule und die Chirotherapie Effektivität nachweisen.¹¹ Die meisten Behandlungsansätze haben nur eine mäßige Wirkung (Effektstärke).¹⁵ Die erfolgreichsten

Vorgehensweisen scheinen kognitive und verhaltensbezogene Maßnahmen zu sein, die zu Aktivität und Bewegung ermutigen¹⁵ und die Angst vor auftretenden Schmerzen nehmen. Wahrscheinlich ist keine Einzelmaßnahme für die Behandlung und das Rückgängigmachen des Funktionsdefizits und des Schmerzgedächtnisses ausreichend, weil diese multidimensionale Ursachen haben.¹⁵ Hieraus leitet sich die Notwendigkeit für multimodale interdisziplinäre Therapieverfahren ab. Es ist also wichtig, alle relevanten Beteiligten wie Patienten (Selbstmanagement), Orthopäden, Reha-Ärzte, Hausärzte, Betriebsärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Physiotherapeuten auf der einen Seite sowie Sozialarbeiter, Sozialversicherungsträger, gesetzliche Krankenkassen (Case Manager) und wenn möglich Gesundheitspolitiker für eine gemeinsame Strategie zu gewinnen. Nur so kann man den mehrdimensionalen Ursachen chronischer Rückenschmerzen Rechnung tragen.

Die unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen sollen der multifaktoriellen Genese der chronischen Rückenschmerzen entsprechen. In einem Review von Tracey und Bushnell (2009) wurden Daten von funktionellen neuroanatomischen Pathomechanismen und von strukturellen und molekularen Bildgebungsverfahren analysiert, die es rechtfertigen, die chronische Schmerzkrankheit als Entität anzusehen.¹⁴ Multimodale Therapiekonzepte sollen die verschiedenen Ebenen der chronischen Schmerzkrankheit mit ihren physiologischen, psychologischen und psychosozialen Aspekten entsprechen.¹⁶

Nachdem eingeleitete Therapieregime weitgehend versagt haben, wurde zum Beispiel an der Orthopädischen Klinik, Klinikum Staffelfeld eine prospektive Pilotstudie mit einem multimodalen, interdisziplinären Therapiekonzept durchgeführt.⁹ Therapieziel dieses interdisziplinären Ansatzes war die Funkti-

Zur Person



Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser

Jahrgang 1956, aufgewachsen und Studium in Köln

Beruflicher Werdegang

bis 1988
Orthopädische Ausbildung am Universitätsklinikum Aachen

1988 - 1995
Oberarzt am Universitätsklinikum Aachen

1990
Habilitation, RWTH Aachen

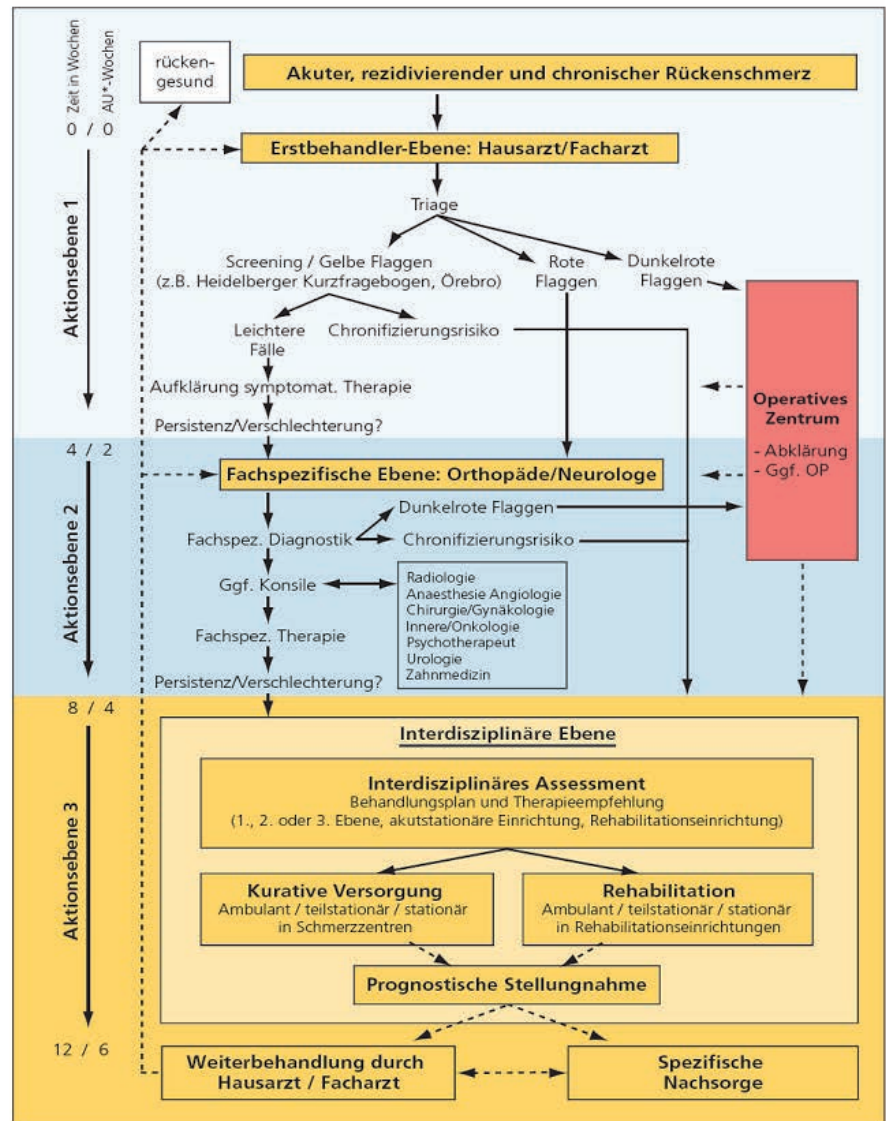
1995 - 2003
Chefarzt der Orthopädisch-Rheumatologischen Klinik, Klinikum Staffelstein bei Bamberg

Seit 2004
Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Sonographie muskuloskeletaler Organe
- Integrierte Versorgungsmodelle für Schmerzpatienten (IGOST, Bertelsmann-Stiftung)
- Mixed-Pain-Konzept beim Rückenschmerz
- Versorgungswege des chronischen Schmerzpatienten (BMBF-Projekt mit der Charité, Berlin)

Versorgungspfad / Algorithmus
Zusammenfassende Darstellung



* AU = Arbeitsunfähigkeit

Zusammenfassende Darstellung und Algorithmus des Versorgungspfad des „Rückenschmerz“ des Experten-Panels „Rückenschmerz“ der Bertelsmann-Stiftung (2007). Der Betriebsarzt ist hier in der Primärebene anzusiedeln, in der er entscheidet, ob eine Versorgung im hausärztlichen Bereich, eine fachspezifische Behandlung oder bei psychosozialen Risikofaktoren (Screening durch Heidelberger Fragebogen) eine Überweisung zu einem interdisziplinären Assessment in einem Schmerz-Zentrum erforderlich ist.

onswiederherstellung, also Steigerung der Muskelkraft, Verbesserung der Ausdauer, der Wirbelsäulenbeweglichkeit, der physischen Reserven und Verminderung von schmerzassoziierten Verhaltensmustern.¹⁷ Im Klinikum Staffelstein⁹ hat man nach den Empfehlungen von Gatchel et al.¹⁸ acht Hauptkomponenten in ein mehrdimensionales Therapiekonzept implementiert:

- Regelmäßige Quantifizierung von somatischen Defiziten
- Anamnese des sozioökonomischen und psychosozialen Status

- Aufbautraining der funktionellen Einheit („Lendenwirbelsäule“, Bauch- und Rückenmuskulatur)
- Ganzkörpertraining mit Arbeitsplatzsimulation
- Management des Behinderungserlebens durch ein multimodales kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept
- Medikamentenreduktion oder -verzicht durch psychopharmakologische Entwöhnungstherapie
- Interdisziplinäre Teamarbeit unter ärztlicher Moderation

- Check des Erreichten durch standardisierte, objektivierte Parameter

Bei diesen acht Items wurden im Vergleich zur Originalstudie stark verkürzte Formulierungen verwendet, die mehr der Terminologie von Arbeitsmedizinern als der der interdisziplinären Therapeutengruppe entsprechen.

Andere Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen. Greitemann, Dibbelt, Büschel (2004) wiesen nach, dass orthopädische Rehabilitation bei multimodalem, interdisziplinärem Setting und einem Fokus auf einer aktivierenden und motivierenden Therapie längerfristige Effekte ebenso wie bedeutsamen ökonomischen Nutzen haben kann.¹⁹⁻²⁰

In der Klinik Münsterland in Bad Rothenfelde und anderen Kliniken der deutschen Rentenversicherung wird ein multimodaler, interdisziplinärer Therapieansatz erprobt: „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi)“. Hierbei handelt es sich um ein „gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten“.²¹

Hierbei handelt es sich um „ein Präventionsprogramm zum Umgang mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz“. Der für diese Maßnahme infrage kommende Personenkreis wurde weit gefasst und beschränkt sich nicht nur auf Arbeitnehmer mit Rückenschmerzen. Als mögliche Kriterien für eine Teilnahme²¹ kommen in Frage:

- Auffällige AU-Zeiten
- Besondere physische und/oder psychische Belastungsfaktoren (z. B. beruflicher, sozialer oder familiärer Art)
- Ernährungs- oder Gewichtsprobleme
- Schmerzproblematik, z. B. „Rücken“
- Auffällige Medikation

Folgende Interventionsziele stehen im Vordergrund (wörtlich übernommen²¹):

- Lebensstiländerung
- Aktivitätsförderung
- Besserer Umgang mit körperlicher und psychischer Anspannung
- Problembewältigung im Arbeitsalltag
- Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen
- Bessere Körperwahrnehmung
- Schmerzprophylaxe

Im Idealfall werden hier ambulant Arbeitnehmer nach der Arbeit behandelt, bei denen es noch zu keiner Chronifizierung von Schmerzzuständen gekommen ist. Auch bei diesem Konzept müssen unterschiedliche ärztliche Fachrichtungen (Orthopäden, Internisten,

Schmerztherapeuten, Neurologen, Psychologen, ärztliche Psychotherapeuten), Gesundheitsfachberufe (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Diätassistenten) und Sozialarbeiter, Sportlehrer und Sozialpädagogen interdisziplinär zusammen arbeiten. Die aufgeführten Professionen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das Therapeutenteam kann durch Suchttherapeuten, Podologen u. v. a. vervollständigt werden. Zur Verdeutlichung des multimodalen Therapiekonzepts werden folgende Angebote beispielhaft aufgelistet: Aerobic, Rückengymnastik, Spiele, Aqua-Jogging, Wassergymnastik, Entspannungs- und Stressbewältigungstraining, Nordic Walking, Vorträge über gesunde Lebensweise, Kletterwand etc.²²

„Die für eine Leistung nach der vorliegenden Konzeption in Frage kommenden Mitarbeiter werden durch den Betriebsarzt angesprochen und über das Konzept sowie eine mögliche Antragsstellung informiert“ (Deutsche Rentenversicherung, 2009).²¹ Eine Liste der Reha-Kliniken und Ansprechpartner finden interessierte Betriebsärzte und Betriebe kostenlos (Open Access) im Internet: www.praktische-arbeitsmedizin.de > Archiv > Ausgabe 15 > Frühe Reha statt frühe Rente (Leonie v. Manteuffel).²²

Entsprechend den Ergebnissen der Bertelsmann Expertengruppe (2007)²³ sollte die Versorgung von Rückenschmerzpatienten auf drei Aktionsebenen erfolgen: In der 1. Ebene mit primärärztlichen Versorgungsleistungen (Haus- und Facharzt) und Screening, um die Chronifizierung von Rückenschmerzen zu verhindern; in der 2. Ebene mit fachspezifischen Versorgungsleistungen, in welcher der Facharzt - orientiert an der individuellen befundbezogenen Fragestellung des Patienten - fachspezifische Diagnostik und Therapie durchführt; und in der 3. Ebene mit interdisziplinären Versorgungsleistungen, die ambulant, teilstationär oder stationär in Schmerz-Zentren stattfinden²⁴. Dort wird zunächst ein interdisziplinäres Assessment unter Abklärung und Diagnostik somatischer wie auch psychosozialer Faktoren erfolgen mit Festlegung weiterer Behandlungsschritte. So wird entschieden, ob der Patient ggf. in seine ursprüngliche Ebene (primär- oder fachspezifische Versorgung) zurücküberwiesen wird oder bei entsprechenden Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung bzw. bereits eingetretene Chronifizierung ein interdisziplinäres multimodales Therapieprogramm in einer Schmerzambulanz (kurative Versorgung) oder im Rehabilitationsbereich indiziert ist. Mehrere Studien und Metaanalysen belegen die nachhaltige Wirksamkeit multimodaler Therapien, insbesondere beim chronischen Rückenschmerz. Neueste Untersuchungen aus dem DRK Schmerz-Zentrum Mainz (Nagel und Korb, 2009)²⁵ konnten darüber hinaus nachweisen, dass zudem eine signifikante Kosteneffektivität für Patienten mit hoher Beeinträchtigung besteht.

Zur Person



Dr. med. Uwe Ricken

studierte nach einer dreijährigen Berufsausbildung in der Krankenpflege Humanmedizin an der RWTH Aachen und wurde dort 1988 von der Medizinischen Fakultät promoviert. 1994 legte er die Facharztprüfung in der Allgemeinmedizin ab und ist seit 22 Jahren als niedergelassener Arzt in eigener Praxis tätig. Seit 2006 betreibt er eine Gemeinschaftspraxis mit seiner Frau, Dr. med. Heidi Drüge. Seit 1999 hat er die ärztliche Leitung des AMD - Arbeitsmedizinischer Dienst freiberuflicher Betriebsärzte GmbH in Bad Essen mit Zweigniederlassung in Osnabrück.

Er war 1996 eines der Gründungsmitglieder der Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Betriebsärzte AfB, aus der im Februar 2005 der BsAfB hervorging. 2004, 2006 und 2008 wurde er für jeweils zwei Jahre zum Vereinsvorsitzenden gewählt. Auf der letzten Mitgliederversammlung der Deutschen Fachgesellschaft Reisemedizin (DFR) im Herbst 2009 wählte man ihn in den DFR-Vorstand.

Arbeitsschwerpunkte sind Qualitätsmanagement, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Reisemedizin (Fachzertifikat Reisemedizin DFR) und Betriebliches Eingliederungsmanagement. Er ist Referent bei der berufsbegleitenden Ausbildung „Qualitätsbeauftragter im Gesundheitswesen“ nach DIN ISO 9001 sowie dem Osnabrücker Quality Assurance Management Model (OsQa) an der Science to Business GmbH - Fachhochschule Osnabrück. Im Sommersemester 2009 wurde ihm der Lehrauftrag „Arbeitsmedizin und Immissionsschutz“ an der Universität Osnabrück erteilt.

Er ist seit 2005 an der redaktionellen Arbeit der Praktischen Arbeitsmedizin (www.praktische-arbeitsmedizin.de) beteiligt.

Bei chronifizierungsgefährdeten Rückenschmerzpatienten mit monodisziplinär therapieresistenten Verläufen sollte in einem lokalen oder – falls nicht vorhanden – überregionalen interdisziplinären schmerztherapeutischen Zentrum ein Assessment veranlasst werden, um das weitere Procedere gezielt einzuleiten.

Fazit: Arbeitsmediziner müssen sich wie Hausärzte Informationen darüber verschaffen, wie sich die Syndrome der akuten und der chronischen (unteren) Rückenschmerzen unterscheiden. Für eine qualifizierte Beratungstätigkeit ist das Wissen über evidenzbasierte Therapiekonzepte eine *Conditio sine qua non*. Diese medizinischen Kenntnisse können Betriebsärzte auch beim BEM nutzbringend anwenden. Sie sollten sich über regionale Angebote multimodaler, interdisziplinärer Therapieansätze informieren. Diese Therapiekonzepte haben sich bis heute in Deutschland leider noch nicht ausreichend etabliert.

Literatur

- Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K, (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2009. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2010. 304-8.
- Was kostet uns der Rücken? Analyse der Krankheitskosten bei Rückenschmerzen - Cost of Illness Study. Freiburg: Pharmametrics GmbH; 1997.
- Raspe H, Kohlmann T. Population surveys for disorders characterized by pain: A methodological review *J Epidemiol Commun Health* 1994 48:531-7.
- Waddell G. Biopsychosocial analysis of low back pain. *Bailliere's Clin Rheumatol*. 1992;6:523-57.
- Diener HC. Schmerz begriff. In: Diener HC, Meier C (eds). *Das Schmerztherapiebuch*. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1997:4.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil I, Nr. 62. Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. 2008.
- DIMDI. Bekanntmachungen im Bundesanzeiger zu den Klassifikationen ICD, ... <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/bundanz.html>>. Accessed 2010 Jan 29.
- Casser H-R, Riedel T, Schrembs C, Ingenhorst A, Kühnau D. Das multimodale interdisziplinäre Therapieprogramm beim chronifizierenden Rückenschmerz. *Der Orthopäde*. 1999;28:946-57.
- Von Korff M, Saunders K. The course of back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996 Dec 15;21(24):2833-7; discussion 8-9.
- Raspe H, Kohlmann T. Die aktuelle Rückenschmerz-Epidemie. In: Pflingsten M, Hildebrandt J, (eds) (eds). *Chronischer Rückenschmerz*. Bern, Göttingen. Toronto, Seattle: Huber, 1998:20-33.
- van Tulder M, Koes B, Bouter L. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine*. 1997;18:2128-56.
- van Tulder M, Koes B, Bouter L, (eds). *Low back pain in primary care: Effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions*. Amsterdam: EMGO-Institute, Vrije Universiteit; 1996.
- Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain. *Clin Orthop*. 1992;279:8-20.
- Tracey I, Bushnell MC. How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *J Pain*. 2009 Nov;10(11):1113-20.
- Hildebrandt J, Ursin H, Mannion A, et al. European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain <<http://www.backpaineurope.org/>>. Accessed 2010 January 26. University of Bergen, Norway Bergen, 2004.
- Hazard RG, Fenwick JW, Kalisch SM, et al. Functional restoration with behavioral support. A one-year prospective study of patients with chronic low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1989 Feb;14(2):157-61.
- Saur P, Hildebrandt J, Pflingsten M, et al. Das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) - ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 2 Somatische Aspekte. *Schmerz*. 1996 Oct 28;10(5):237-53.
- Gatchel RJ, Mayer TG, Hazard RG, Rainville J, Mooney V. Functional restoration. Pitfalls in evaluating efficacy. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1992 Aug;17(8):988-95.
- Greitemann B, Dibbelt S, Buschel C. [Multidisciplinary orthopedic rehabilitation program in patients with chronic back pain and need for changing job situation -- long-term effects of a multimodal, multidisciplinary program with activation and job development]. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*. 2006 May-Jun;144(3):255-66.
- Greitemann B, Dibbelt S, Buschel C. Das Integrierte Orthopädisch-Psychosomatische Behandlungskonzept der Klinik Münsterland – Konzept & Ergebnisse (IopKo) <http://www.klinik-muensterland.de/nn_119402/sid_9A5326FC3A41F058A98B193B199BCFE8/nsc_true/WFKL/de/Inhalt/Forschung_Koop/IopKo.html>. Accessed 2010 30 Jan. Münsterland Klinik, 2004.
- Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern „Betsi“ <http://www.deutscherentenversicherung-bw.de/nn_31044/DRVBW/de/Inhalt/Z-Downloads/Reha-Projekte/Betsi_Rahmenkonzept,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Betsi_Rahmenkonzept>. Accessed 2010 30 Jan. Deutsche Rentenversicherung.
- von Manteuffel L. Frühe Reha statt frühe Rente. *Prakt Arbmed*. 2009;15:52-3.
- Gesundheitspfad Rücken, innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-864AB1FA-949A0654/bst/Gesundheitspfad_Ruecken_2007.pdf>. Accessed 2010 04 Feb. Bertelsmann Stiftung.
- Casser H-R. Der chronische untere Rückenschmerz. *Nervenheilkunde*. 2008;27:251-63.
- Nagel B, Korb J. Multimodale Therapie - Nachhaltig wirksam und kosteneffektiv. *Der Orthopäde*. 2009;38:907-12.

GHUP Aachen 2010

4. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin vom 29.9. – 2.10.2010 in Aachen

Aachen, Januar 2010 - In Aachen haben die Hygiene-, Umwelt- und Präventivmedizin Tradition: Seit mehr als 20 Jahren besteht die Umweltmedizinische Ambulanz am Universitätsklinikum Aachen des Institutes für Hygiene und Umweltmedizin.

Daher ist Aachen mit seiner euregionalen Lage ein idealer Tagungsort für die 4. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin.

Am 29.9. – 2.10.2010 lädt die Fachgesellschaft ein, um in Diskussionsrunden, wissenschaft-

lichen Beiträgen und Posterbegehungen aktuelle Fragen der Hygiene und Umweltmedizin zu diskutieren.

Im Fokus der Tagung stehen die Themen:

- Risk-Assessment physikalischer Noxen
- Klimawandel und Gesundheit
- Schimmelpilze und Bioaerosole
- Kindergesundheit und Prävention
- Lokale und Überregionale Infektionsprävention

Einreichung von Beiträgen und Anmeldung unter www.ghup-tagung2010.de.



8. bis 10. März 2010

19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Leipzig - Reha-Qualität steht im Mittelpunkt

Mehr als tausend Wissenschaftler, Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Fachleute aus Klinikmanagement, Politik und Verwaltung werden vom 8. bis 10. März im Congress Center Leipzig erwartet. Dort bietet das „Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium“ der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften rund 260 Fachvorträge, Diskussionen und Innovationswerkstätten. Mit dem Rahmenthema „Qualität in der Rehabilitation - Management, Praxis, Forschung“ liegt der Schwerpunkt auf der Optimierung der Rehabilitationsprozesse durch systematische Qualitätsverbesserung.

Einschlägige Themenblöcke für Betriebs- und Werksärzte sind Arbeit und Psychosomatik, medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Darüber hinaus ist ein breites Indikationen-

spektrum vertreten. Da Reha-Wissenschaftler und Reha-Praktiker in den Forschungsteams eng zusammenarbeiten, sind die Forschungsprojekte praxisnah und setzen zum Teil vorbeugend in der Arbeitswelt an. Das trifft auch für Projekte der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland zu, die den Kongress als Regionalträger für Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen dieses Jahr mit veranstaltet. Neu im Programm sind ferner wissenschaftliche Updates: Für Bewegungstherapie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen zeigen Fachvertreter den aktuellen Stand auf.

Weitere Information und Anmeldung: www.deutsche-rentenversicherung.de/rehakolloquium

Zertifizierung des Kolloquiums als Fortbildungsveranstaltung ist beantragt.



Abonnement-Bestellfax für „Praktische Arbeitsmedizin“

Fax an BsAfB e.V.: 0 54 72 / 978 319

Die Fachzeitschrift Praktische Arbeitsmedizin kann bei der BsAfB-Geschäftsstelle nur über eine erteilte Einzugsermächtigung abonniert werden. Im Zeitschriftenhandel erhalten Sie die **Prakt. Arb.med.** unter der **ISSN 1861-6704**. Für den Bezug einzelner Ausgaben oder Artikel (als geschützte PDF-Datei oder in Printform) bzw. Abonnements für Bibliotheken wenden Sie sich bitte an die BsAfB-Geschäftsstelle (0800) 101 61 87. Der Institutspreis für vier Ausgaben beträgt 180,- Euro.

Hiermit bestelle ich ein Abonnement der Zeitschrift Praktische Arbeitsmedizin für 10,- € pro Ausgabe. Es werden jeweils 40,- € inklusive MwSt. und Versandkosten (Inland) eingezogen (zunächst vierteljährliches Erscheinen).

Die Zusendung unseres Verbandsorganes „Praktische Arbeitsmedizin“ ist für BsAfB-Mitglieder im Jahresbeitrag enthalten!

Titel, Name, Vorname

Firma, Institut

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift

Abonnements können jederzeit formlos gekündigt werden. Restbeträge der eingezogenen 40,- € (für vier Hefte) können nicht zurückerstattet werden. Ihr gesetzliches Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Sie können das Abonnement innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des ersten Exemplars ohne Angabe von Gründen stornieren.

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber

Sparkasse/Bank

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum

Unterschrift

Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen

Uwe Ricken

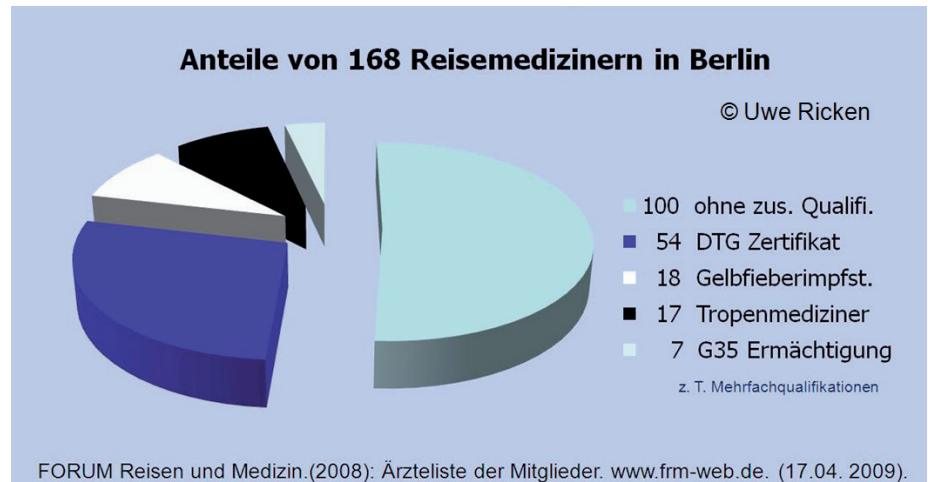
Seit der neuen „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)“, die am 24.12.2008 in Kraft getreten ist, entfallen für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin und der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin oder Tropenmedizin die Ermächtigungsverfahren durch die Landesverbände der Berufsgenossenschaften. Arbeitsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte tragen seitdem eine besonders hohe Eigenverantwortung für ihre reisemedizinische Fortbildung. Der Deutsche Fachverband Reisemedizin (DFR) wird in Zukunft Fortbildungen, die in Inhalt und Umfang dem vorher in Tübingen angebotenen einwöchigen Einführungsseminar entsprechen, zertifizieren.

An das vor der Neuregelung erforderliche Ermächtigungsverfahren waren unterschiedliche Bedingungen geknüpft. Entweder musste ein einwöchiger BG-Einführungslehrgang oder ein mehrwöchiger Lehrgang in Tropenmedizin und Parasitologie absolviert werden. Da der einwöchige Kurs nur in Tübingen und nur einmal jährlich angeboten wurde, war es schwierig einen freien Platz zu erhalten. Zusätzlich wurde ein 14-tägiger Aufenthalt in den Tropen zur Erlangung von Kenntnissen über Arbeitsbedingungen und soziale und gesundheitliche Besonderheiten gefordert sowie fünfzig dokumentierte G35-Untersuchungen und Beratungen.

Die durch den Gesetzgeber geänderten Voraussetzungen bieten die Chance, bei einer weitaus größeren Anzahl beruflich Reisender mit „Tätigkeiten in Tropen, Subtropen und sonstigen Auslandsaufenthalten mit besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen“ [ArbMedVV, Anhang Teil: 4 (1) 2.] die Pflichtuntersuchung durchführen zu lassen.

Eine Durchsicht der Internetpräsenz „FORUM Reisen und Medizin“ nach den in 2008 gelisteten Reisemedizinern im Bundesland Berlin veranschaulicht die damalige Situation, welche zwischenzeitlich noch nicht bedeutend verbessert wurde. Für das Land mit ca. 3,4 Millionen Einwohnern ließen sich 168 „Reisemediziner“ auf dieser Homepage listen, davon hatten nur sieben Ärzte die G35-Ermächtigung (Prakt. Arb.med; 15: 56-57).

Für die 14-tägigen Tropenaufenthalte gibt es schon seit Jahren in Deutschland mehrere Anbieter: Fachverband Reisemedizin (DFR –



www.dfr.de), Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (DTG – www.dtg.org), Centrum für Reisemedizin (CRM – www.crm.de) in Zusammenarbeit mit dem Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin (BCRT - www.bcrf.de) und andere. Auslandsaufenthalte in Gebieten mit besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen spielen bei der späteren Beratung und für die Praxis eine bedeutende Rolle.

Sehr viele Unternehmer und Personalverantwortliche wissen bis heute noch nichts von ihrer gesetzlichen Verpflichtung, bei Mitarbeitern, bei denen ein „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ (Überschrift des damaligen G35-Grundsatzes) vorgesehen ist, die Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung rechtzeitig vor Reiseantritt zu veranlassen. Verantwortliche können durch Unwissenheit Ordnungswidrigkeiten oder bei Vorsatz gar Straftaten begehen. So kommt bei einer vorsätzlichen Gefährdung von Leben und Gesundheit eines Beschäftigten (z. B. Malaria) eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr in Betracht. Zum einen besteht eine Verpflichtung von Betriebsärzten/-innen, Entscheider auf vorgeschriebene Pflicht- und Angebotsuntersuchungen hinzuweisen, es dient aber auch der betriebsärztlichen Reputation im Betrieb. Nach der ArbMedVV § 7 (1) gilt: Verfügt der Arzt oder die Ärztin für bestimmte Untersuchungen nicht über die erforderlichen Fachkenntnisse oder die speziellen Anerkennungen oder Ausrüstungen, so hat er oder sie Ärzte oder Ärztinnen hinzuzuziehen, die diese Anforderungen erfüllen². Häufig greifen Arbeitsmediziner auf die Fachkompetenz von Spezialisten zurück. Als Beispiele gelten Fachkonsilien zwi-

schen Betriebsärzten und Radiologen bzw. HNO-Ärzten bei der Beurteilung von Röntgenbildern (Asbestose?) oder Schwerhörigkeit (Lärm II oder III). Auch bei unklaren Symptomen nach Tropenaufenthalt oder bei der Gelbfieberimpfung wird die kollegiale Zusammenarbeit häufig sinnvoll sein.

Die Durchführung und Vorsorgekartei-Bescheinigung der ArbMedVV-G35-Untersuchung muss auch vor Gericht Bestand haben können. Bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen gilt im Fall einer ärztlich verschuldeten Gesundheitsschädigung die Beweislastumkehr, d. h. im Klartext: Die Ärztin oder der Arzt muss seine Unschuld beweisen! Sie sind gut beraten sich, solange es keine anderen Handlungsempfehlungen gibt, an der G35-Anleitung des von den Berufsgenossenschaften erarbeiteten Standardwerks „Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ (Gentner Verlag) zu orientieren. Genauso wichtig kann es ggf. sein, seine reisemedizinische Qualifikation zum Zeitpunkt der Untersuchung, z. B. durch ein Zertifikat, nachweisen zu können.

Wie eine reise- und tropenmedizinische Qualifikation beschaffen sein muss, ist gegenwärtig noch nicht gesetzlich geregelt. Wie kann man sich, solange es keine Präzisierung durch den Gesetzgeber gibt, reisemedizinisch fortbilden und Zertifikate erwerben?

Beim Erscheinen dieses Artikels bot nur das CRM in Düsseldorf ein Qualifikationsseminar für Betriebsärzte/-innen an. Es besteht aus zwei Modulen: Basisseminar „Reise- und Tropenmedizin“ (2x2 Tage) und Aufbau-seminar „Internationale Arbeitseinsätze und Rück-



kehrermedizin“ (2 Tage)³. Bei erfolgreicher Teilnahme kann ein Zertifikat beim Fachverband Reisemedizin (DFR) erworben werden: „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (ehemals G35)“.

Der DFR erarbeitet als nicht kommerzieller Anbieter Curricula und zertifiziert das erfolgreiche Absolvieren reisemedizinischer Lehrveranstaltungen, wenn sie den geforderten Qualitätsansprüchen genügen. Er bietet das Basiszertifikat „Reise-Gesundheitsberatung“ an. Das Basis-Zertifikat wird vom Fachverband als Befähigungsnachweis für die präventive reisemedizinische Beratung eingestuft und stellt die Vorstufe für das neue Zertifikat „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (ehemals G35)“ und dem bedeutend umfangreicheren „Fachzertifikat Reisemedizin (DFR)“ dar.⁴

„Eine fachliche Qualifikation auf dem Gebiet der „Reisemedizin“ setzt nach Auffassung des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e.V. eine gründliche und substantielle Wissensvermittlung voraus, vor allem dann, wenn die Bezeichnung Reisemedizin auch nach außen hin als Spezialisierung bekannt gemacht

wird. Hierfür ist nach Auffassung des Fachverbandes ein Lehrgang von wenigstens 120 Unterrichtsstunden notwendig. Dabei sollte das Lehrangebot im Hinblick auf die Möglichkeit einer berufsbegleitenden Absolvierung so flexibel wie möglich gestaltet werden. ... Bei Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an allen Lehrgangsabschnitten erhält der Arzt auf Antrag das Fachzertifikat „Reisemedizin (DFR)“.⁵

Alle hier aufgeführten Seminare beinhalten schriftliche Prüfungen und dienen zusätzlich dem Erwerb von CME-Punkten.

Zusammenfassend findet man ein großes Angebot an reisemedizinischen Fortbildungsangeboten. Betriebsärzte/-innen können als Einstieg ein Basiszertifikat (32 Stunden, z. B. 2x2 Tage) und das Aufbauzertifikat „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (ehemals G35)“ erwerben. Alle in der Arbeitsmedizin Tätigen sollten sich fragen, ob der Betrieb oder die Betriebe, die sie arbeitsmedizinisch betreuen, beruflich Reisende mit „Tätigkeiten in den Tropen, Subtropen und sonstigen Auslandsaufenthalten mit besonderen klimatischen Belastungen und Infektionsgefährdungen“ [Arb-MedVV, Anhang Teil: 4 (1) 2.] entsenden.

In diesen Fällen muss der Arbeitgeber eine Pflichtuntersuchung analog der G35-Untersuchung veranlassen. Arbeitsmediziner/-innen müssen über eine ausreichende Qualifikation verfügen, um die anspruchsvollen Aufgaben der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Arbeitsaufenthalt im Ausland erfüllen zu können.

- 1 Bundesregierung. Drucksache 643/08, Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. In: Bundesrat (ed). 643/08 ed, 2008.
- 2 Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. 2008.
- 3 Centrum Reisemedizin Düsseldorf. Reisemedizinische Fortbildungen für Betriebs- und Arbeitsmediziner. <http://www.crm.de/fortbildung-arbeitsmedizin/>. Accessed 2009 31.10. CRM, 2009.
- 4 Deutscher Fachverband Reisemedizin. Erwerb des Basiszertifikats „Reise-Gesundheitsberatung“. <http://www.fachverband-reisemedizin.de/>. Accessed 2009 31.10. DFR, 2009.
- 5 Deutscher Fachverband Reisemedizin. DFR-Curriculum „Reisemedizin“. <http://www.fachverband-reisemedizin.de/>. Accessed 2009 31.10. DFR, 2009.

Was ein Betriebsarzt/Arbeitsmediziner über das Anwenden und Betreiben von Medizinprodukten wissen sollte

Ralph Hubka

Die **Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)** regelt seit Juni 1998 den Umgang mit Medizinprodukten (MP), z. B. das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten, das Reinigen, das Prüfen, die Anforderungen an die Organisation und die Dokumentation. In der Praxis ergeben sich aber immer wieder Schwierigkeiten bzw. Fehlinterpretationen bei der korrekten Umsetzung. Der Beitrag soll zur Sensibilisierung der Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner beitragen und immer wieder gestellte Fragen beantworten.

Wer ist der Betreiber?

Im Medizinprodukterecht wird keine Aussage zu den Eigentumsverhältnissen an einem Medizinprodukt gemacht. Betreiber im Sinne der MPBetreibV ist derjenige, der Medizinprodukte zu gewerblichen oder wirtschaftlichen Zwecken an Menschen einsetzt und die tatsächliche Sachherrschaft über das Medizinprodukt hat - im Falle einer arbeitsmedizinischen Arztpraxis also der Arzt selbst. Dies bedeutet, dass der Inhaber der Arztpraxis ebenfalls verantwortlicher Betreiber von den Medizinprodukten ist, die er in seiner Praxis anwendet, ihm aber gar nicht gehören (z. B. Leihgeräte oder Leasinggeräte).

Arten von Medizinprodukten

Medizinprodukte sind Produkte zur Anwendung für Menschen zum Zwecke der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten; zum Zwecke der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung und Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen und zum Zwecke der Empfängnisregelung. Dabei darf die bestimmungsgemäße Hauptwirkung weder pharmakologisch noch immunologisch oder metabolisch sein.

Der jeweilige Hersteller gibt die sogenannte Zweckbestimmung für sein Produkt vor – d. h. wie es am menschlichen Körper eingesetzt werden soll. Diese Zweckbestimmung muss vom Hersteller in der Kennzeichnung, der Gebrauchsanweisung oder den Werbematerialien angegeben werden.

Bei den Medizinprodukten wird zwischen implantierbaren (in den menschlichen Körper eingesetzt), nicht implantierbaren (d. h. externe MP), aktiven (energetisch betriebene MP [außer Schwerkraft und Muskelkraft]) und nicht aktiven Medizinprodukten (passiv, z. B. rein

Zur Person



M.Sc. Dipl.-Ing. Ralph Hubka

Studium der Biomedizintechnik,

von 1990 bis 2004 zunächst Sachverständiger, dann Abteilungsleiter Medizin- und Röntgentechnik beim TÜV SÜD,

Ausbildung als QM-Auditor, Sicherheitsingenieur, Brandschutzbeauftragter,

seit Juli 2004 selbstständig als freiberuflicher Berater, Dozent und Sachverständiger für Medizintechnik,

2006 Studium des Betriebssicherheitsmanagements (BSM) – 2008 Abschluss als Master of Science,

Tätigkeitsgebiete:

Beratungen, Schulungen, Unterweisungen in Medizinprodukterecht, MP-Betreiberverordnung, Prüfung von medizinisch-technischen Geräten, Arbeitsschutz, Umweltschutz, Datenschutz, Datensicherheit, Krisen-/Notfallmanagement, Risikomanagement

Der Autor bietet auf dem **Betriebsärztetag in Osnabrück (06. und 07.03.2010, siehe S. 54)** ein interessantes Seminar zur Thematik an.

mechanisch) unterschieden. In der niedergelassenen Arztpraxis kommen in der Regel aktive, nicht implantierbare und nicht aktive, nicht implantierbare Medizinprodukte zum Einsatz.

In der Betreiberverordnung werden weiter die Medizinprodukte der Anlage 1 und der Anlage 2 unterschieden. Medizinprodukte der Anlage 1 sind aktive, nicht implantierbare Medizinprodukte, bei denen der Gesetzgeber höhere Anforderungen an den Betreiber und die Anwender stellt, da er bei diesen Medizinprodukten ein größeres Risiko unterstellt. Der Betreiber hat also bei diesen Medizinprodukten besondere Organisations- und Dokumentationspflichten zu erfüllen.

Medizinprodukte der Anlage 2 sind Medizinprodukte mit Messfunktion, die einer sogenannten Messtechnischen Kontrolle (MTK) unterliegen. Hier spielt also die Anforderung an die Genauigkeit der Messfunktion eine besondere Rolle. Als Beispiele seien hier Ton- und Sprachaudiometer, Augentonometer, Tretkurbelergometer zur reproduzierbaren Belastung von Patienten (Belastungs-EKG), medizinische Elektrothermometer, Infrarot-Strahlungsthermometer und die nichtinvasiven Blutdruckmesser (NIBP) genannt.

Allgemeine Anforderungen

Die allgemeinen Anforderungen sind nicht auf spezielle Medizinprodukte beschränkt, sie gelten daher für alle (aktiven und nichtaktiven) Medizinprodukte in einer Praxis. Medizinprodukte dürfen nur entsprechend ihrer Zweckbestimmung eingesetzt werden. Dabei müssen die allgemein anerkannten Regeln der Technik und die Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften beachtet werden. Die Anwender müssen über die erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung beim Umgang mit Medizinprodukten verfügen. Der Betreiber (niedergelassener Arzt) hat dabei eine organisatorische Mitwirkungspflicht. Er muss dafür sorgen, dass die Anwender das Medizinprodukt ordnungsgemäß einsetzen können. Dies bezieht sich auch auf Kombinationen von Medizinprodukten. Der Anwender hingegen hat sich vor der Anwendung eines Medizinproduktes von der Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand des Medizinproduktes zu überzeugen (Inaugenscheinnahme der Unversehrtheit), d. h. der Anwender muss sicher sein, dass das Medizinprodukt unversehrt ist und von ihm keine Gefährdung für Patienten, Anwender und Dritte ausgeht. Ansonsten darf er das Medizinprodukt nicht verwenden.

Aktive, nicht implantierbare Medizinprodukte der Anlage 1 der MP-BetreibV:	Beispiele (kein Anspruch auf Vollständigkeit):
1 Nicht implantierbare aktive Medizinprodukte zur	
1.1 Erzeugung und Anwendung elektrischer Energie zur unmittelbaren Beeinflussung der Funktion von Nerven und/oder Muskeln bzw. der Herztätigkeit einschließlich Defibrillatoren,	Defibrillatoren, Reizstromgeräte, TENS-Geräte, Elektrokrampfbehandlung, externe Herzschrittmacher,
1.2 intrakardialen Messung elektrischer Größen oder Messung anderer Größen unter Verwendung elektrisch betriebener Messsonden in Blutgefäßen bzw. an freigelegten Blutgefäßen,	Elektrokardiographen (EKG), Phonokardiographen, Blutdruckmesser (intrakardial), Blutflussmesser (intrakardial),
1.3 Erzeugung und Anwendung jeglicher Energie zur unmittelbaren Koagulation, Gewebeerstörung oder Zertrümmerung von Ablagerungen in Organen,	Hochfrequenz-Chirurgiegeräte (HF), Laser-Chirurgiegeräte, Kryo-Chirurgiegeräte, Lithotripter,
1.4 unmittelbare Einbringung von Substanzen und Flüssigkeiten in den Blutkreislauf unter potenziellem Druckaufbau, wobei die Substanzen und Flüssigkeiten auch aufbereitete oder speziell behandelte körpereigene sein können, deren Einbringen mit einer Entnahmefunktion direkt gekoppelt ist,	Infusionspumpe, Infusionsspritzenpumpe, Hochdruck-Injektionsspritzenpumpe, Dialysegeräte,
1.5 maschinelle Beatmung mit oder ohne Anästhesie,	Beatmungsgeräte (nicht manuell), Inhalations-Narkosegeräte,
1.6 Diagnose mit bildgebenden Verfahren nach dem Prinzip der Kernspintomographie,	Kernspintomograph,
1.7 Therapie mit Druckkammern,	Druckkammern für hyperbare Therapie,
1.8 Therapie mittels Hypothermie,	Hypothermiegeräte (Steuerung),
2 Säuglingsinkubatoren	Inkubatoren,
3 externe aktive Komponenten aktiver Implantate	Schrittmacher-Programmiergeräte

Tabelle 1: Medizinprodukte der Anlage 1 mit Beispielen

Meldepflichten bei Vorkommnissen

In das europaweite Beobachtungs- und Meldeverfahren sind auch die Ärzte als Betreiber von Medizinprodukten eingebunden. Betreiber haben bei einem Vorkommnis mit einem Medizinprodukt unverzüglich (ohne schuldhaftes Verzögern) eine Meldung mittels eines Formulars an die Bundesoberbehörde BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) abzusetzen. Dabei ist ein Vorkommnis nach der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) definiert als eine Funktionsstörung, ein Ausfall oder eine Änderung der Merkmale oder der Leistung oder eine Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung eines Medizinprodukts, die unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Ge-

sundheitszustands eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte (Definition nach § 2 MPSV). Eine direkte Meldung an den Hersteller des Medizinproduktes ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, die Information des Herstellers erfolgt vielmehr über das BfArM.

Der Download des Formulars (siehe Abb. 1) kann über die Webseite des BfArM erfolgen.

Instandhalten von Medizinprodukten

Auch für die Instandhaltung (Wartung, Inspektion, Instandsetzung und Aufbereitung) seiner Medizinprodukte ist der Betreiber zuständig. Er hat bei einer Beauftragung eines Dienstleisters immer eine Organisationsverpflichtung,

darf also nur fachlich geeignete Personen, Betriebe oder Einrichtungen mit der Instandhaltung seiner Medizinprodukte beauftragen. Der Dienstleister muss über die fachliche Eignung verfügen, um die Instandhaltung der jeweiligen Medizinprodukte durchführen zu dürfen.

Spezielle Vorschriften für aktive Medizinprodukte – Betreiben und Anwenden

Für aktive (energetisch betriebene) Medizinprodukte der Anlage 1 der MPBetreibV – z. B. Defibrillatoren, Infusionspumpen, Beatmungsgeräte usw. sieht der Gesetzgeber aufgrund des höheren Gefährdungspotenzials der Medizinprodukte erhöhte Anforderungen vor. Ein Medizinprodukt der Anlage 1 darf erst dann in Betrieb genommen werden, wenn zuvor durch den Hersteller (oder autorisierten Fach-

händler) eine Funktionsprüfung am Betriebsort durchgeführt wurde und die „vom Betreiber beauftragte Person“ anhand der Gebrauchsanweisung in die sachgerechte Handhabung des Medizinproduktes eingewiesen worden ist. Nur der Hersteller oder die „vom Betreiber beauftragte Person“ dürfen die anderen Anwender einweisen. Eine Einweisung nach dem Schneeballprinzip ist untersagt. Sowohl die Funktionsprüfung (als Bestandteil der Geräteübergabe) als auch die Einweisung der „vom Betreiber beauftragten Person“ und der weiteren Anwender müssen dokumentiert werden. Dies geschieht mit Hilfe des Medizinproduktebuches.

Medizinproduktebuch

Ein Medizinproduktebuch muss nicht für alle Medizinprodukte einer niedergelassenen Arztpraxis geführt werden, sondern nur für Medizinprodukte der Anlage 1 und der Anlage 2 (mit Ausnahmen). Z. B. muss für einen Defibrillator ein Medizinproduktebuch geführt werden, für eine Absaugpumpe (keine MP der Anlage 1) jedoch nicht. Für die Medizinprodukte der Anlage 2 sind die Kompaktthermometer und die nichtinvasiven Blutdruckmessgeräte mit Quecksilber- oder Aneroid-Manometer als Ausnahme genannt – für diese Medizinprodukte mit Messfunktion muss kein Medizinproduktebuch geführt werden. In § 7 Abs. 2 MP-BetreibV sind die Mindestanforderungen für ein Medizinproduktebuch aufgeführt. Es darf auf allen Datenträgern geführt werden, ist also nicht auf Papier beschränkt. Der zuständigen örtlichen Aufsichtsbehörde (je nach Bundesland: Bezirksregierung, Regierungspräsidium, Gewerbeaufsicht, Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik) ist auf Verlangen jederzeit eine Einsicht zu gewähren. Es wird erwartet, dass die Eintragungen im Medizinproduktebuch auf dem aktuellen Stand sind. Ein Medizinproduktebuch dient dem Nachweis gegenüber den Aufsichtsbehörden, dass das Medizinprodukt einer Funktionsprüfung unterzogen wurde, dass sowohl die „vom Betreiber beauftragte Person“ als auch die anderen Anwender in die Handhabung eingewiesen wurden, von wem und wann das Medizinprodukt instandgehalten und geprüft wurde und ob die vom Hersteller vorgegebenen Prüfintervalle eingehalten wurden. Darüber hinaus sind auch die Meldungen von Vorkommnissen an das BfArM einzutragen. Nach der Außerbetriebnahme des Medizinproduktes muss das betreffende Medizinproduktebuch (siehe Abbildung 2) noch fünf Jahre aufbewahrt werden (siehe § 9).

Bestandsverzeichnis

In das Bestandsverzeichnis müssen nicht alle Medizinprodukte einer Arztpraxis eingetragen werden, sondern nur die aktiven, nichtimplantierbaren. Es dient der einfachen, tabellarischen Übersicht über alle entsprechenden Medizinprodukte einer Betriebsstätte (Praxis-

Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen durch sonstige Inverkehrbringer sowie Betreiber und Anwender nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (außer Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen)

<input type="checkbox"/> Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Abteilung Medizinprodukte Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3 53 175 Bonn Telefax: 0228 / 207 - 5300		Meldung erstattet von (Krankenhaus, Praxis, Apotheke etc.) Strasse PLZ Ort Bundesland Kontaktperson Tel Fax Datum der Meldung Unterschrift	
<input type="checkbox"/> Paul-Ehrlich-Institut Referat Sicherheit In-vitro-Diagnostika Paul-Ehrlich-Straße 51-59 63 225 Langen Telefax: 06103 / 77 - 1268			
Hersteller (Adresse)			
Handelsname des Medizinproduktes		Art des Produktes	
Modell oder Katalognummer		Serien-/Chargennummer(n)	
Datum des Vorkommnisses		Ort des Vorkommnisses	
Patienteninitialen:		Geburtsjahr:	
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Beschreibung des Vorkommnisses / Folgen für Patienten (ggf. Ergänzungsblatt benutzen; ggf. auch Angaben zu mit dem Medizinprodukt verbundenen sonstigen Medizinprodukten/Zubehör)			

s. auch Hinweise auf der Rückseite

Abbildung 1: Meldeformular von Vorkommnissen mit Medizinprodukten

räume). Z.B. müssen Defibrillatoren, Absaugpumpen, Infusionspumpen, Untersuchungsleuchten, elektrische Untersuchungsliegen, elektrische Blutdruckmesser in das Bestandsverzeichnis eingetragen werden – nicht eingetragen werden müssen mechanische Untersuchungsliegen, Ampu-Beutel, mechanische Absaugpumpe, Hand-Blutdruckmessgerät (RR-Gerät).

In § 8 Abs. 2 MPBetreibV sind die Mindestanforderungen für ein Bestandsverzeichnis (siehe auch Abb.3) aufgeführt. Es darf ebenfalls auf allen Datenträgern geführt werden, ist also nicht auf Papier beschränkt. Der zuständigen örtlichen Aufsichtsbehörde ist auf Verlangen jederzeit eine Einsicht zu gewähren. Auch hier wird erwartet, dass sich die Eintragungen auf dem aktuellen Stand befinden.

Prüfungen: STK, MTK, BGV A3

Für Medizinprodukte der Anlage 1 erwartet der Gesetzgeber die Festlegung einer Sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) durch den Hersteller. Eine STK ist eine besondere Prüfung, bei der entsprechende Qualifikationsanforderungen an den Prüfer gestellt werden. Prüfer müssen einerseits eine fachliche Qualifikation besitzen und diese auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde auch nachweisen können. Andererseits hat der Betreiber die organisatorische Verpflichtung, nur fachlich geeignete Prüfer zu beauftragen. Der Hersteller des Medizinproduktes kann die STK auch ausschließen – dann muss auch keine STK durchgeführt werden. Sollte ein solcher Ausschluss nicht in der Gebrauchsanweisung abgedruckt sein, wird empfohlen, einen schriftlichen Nachweis über den Ausschluss der STK vom Her-

Medizinproduktebuch

§ 7 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV),

für nichtimplantierbare aktive Medizinprodukte nach Anlage 1 und

Medizinprodukte, die messtechnischen Kontrollen unterliegen, nach Anlage 2

Ingenieurbüro Hubka
M.Sc. Dipl.-Ing. Ralph Hubka
Am Kinnwald 5
35469 Allendorf / Lumda

Tel.: 0 64 07/90 48 56
Fax: 0 64 07/90 48 54
Mobil: 01 60 / 977 323 99

E-Mail: R.Hubka@web.de

Betreiberdaten:

KH / Praxis:
 Straße, Nr.:
 PLZ, Ort:
 Telefon:
 Telefax:
 E-Mail:
 ID-Nr.:
 Gerätebezeichnung:
 Verantwortlicher nach § 5 MPG:
 Typ:
 Seriennummer:
 Ggf. Kennnummer der benannten Stelle:
 (CE-Kennzeichnung)

Aktives Medizinprodukt nach Anlage 1 MPBetreibV:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2	3

Aktives Medizinprodukt nach Anlage 2 MPBetreibV:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	2	3

Gerätestammdaten

Gerätebezeichnung:	
Verantwortlicher für das erstmalige Inverkehrbringen nach § 5 MPG bzw. Hersteller:	
Typ / Modell:	
Fabrik- / Seriennummer (Loscode):	
Betriebliche Zuordnung (Station, Raum):	
Baujahr:	Inbetriebnahme:

© Ingenieurbüro Hubka M.Sc. Dipl.-Ing. Ralph Hubka

Abbildung 2: Deckblatt eines Medizinproduktebuches

steller zu fordern, um den Beleg im Medizinproduktebuch ablegen zu können.

Besonders zu beachten ist, dass die Möglichkeit der Festlegung einer STK durch den Hersteller nicht nur auf die Medizinprodukte der Anlage 1 beschränkt ist. D.h. auch bei Medizinprodukten, die nicht der Anlage 1 entsprechen kann vom Hersteller eine STK festgelegt worden sein – z.B. OP-Deckenleuchten, Ernährungspumpen, Pflegebetten, Patientenlifter, EKG-Schreiber, Blutsperrle, usw. In diesen Fällen hat der Betreiber die STK in den vorgesehenen Fristen und im vorgeschriebenen Umfang durchzuführen oder durchführen zu lassen. Ob ein Medizinprodukt einer STK unterliegt und wie der Umfang lautet ist normalerweise der Gebrauchsanweisung zu entnehmen.

Danach kann entschieden werden, wer die anstehende Prüfung durchführen kann bzw. darf.

Für Medizinprodukte der Anlage 1, für die der Hersteller keine STK definiert hat, diese aber auch nicht ausgeschlossen hat, sieht der Gesetzgeber eine Auffangregelung zu Lasten des Betreibers vor (§ 6 Abs.1 MPBetreibV). In diesem Fall muss der Betreiber nämlich eine STK eigenständig festlegen (oder besser gesagt auf eigene Kosten durch fachliche Unterstützung eine STK festlegen lassen). Der niedergelassene Arzt hat für diese Aufgabenstellung auf keinen Fall die erforderlichen technischen Kenntnisse und die Erfahrungen – daher sollten die Gebrauchsanweisungen der in Frage kommenden Medizinprodukte bereits im

Beschaffungsprozess gründlich studiert werden, um nicht Gefahr zu laufen eine Festlegung einer STK in Auftrag geben zu müssen. Alle anderen elektrisch betriebenen Medizinprodukte (die nicht der Anlage 1 zugehören und für die der Hersteller keine STK vorgegeben hat) müssen auch in regelmäßigen Abständen auf ihre Sicherheit überprüft werden. Bei der sogenannten BGV A3-Prüfung werden der allgemeine Zustand und die elektrische Sicherheit des elektrischen Betriebsmittels – hier: des Medizinproduktes – ermittelt. Die Prüffrist ist abhängig von den Nutzungsbedingungen (Nutzungshäufigkeit, mobiler Einsatz, mechanische Belastung, ...) und kann in Zusammenarbeit mit einer geeigneten Elektrofachkraft festgelegt werden (Gefährdungsbeurteilung). Sie variiert bei besonders beanspruchten Geräten von sechs Monaten bis zu zwei Jahren.

Für Medizinprodukte mit Messfunktion der Anlage 2 sind Messtechnische Kontrollen (MTK) vorgesehen. Bei diesen Produkten gelten das Eichgesetz und die Eichordnung nicht mehr. Die Fristen werden entweder von den Herstellern vorgegeben oder es gelten die in der Anlage 2 genannten Fristen, z. B. nichtinvasive Blutdruckmessgeräte (RR-Geräte) alle zwei Jahre, medizinische Elektrothermometer alle zwei Jahre, Infrarot-Strahlungsthermometer jedes Jahr. MTKs dürfen nicht nur durch die Eichbehörden, sondern auch durch geeignete Stellen (MTK-Dienste) durchgeführt werden, die sich bei den Eichbehörden zu dieser Tätigkeit angemeldet haben. Patientenwaagen fallen nicht in die Anlage 2, sie unterliegen weiterhin dem Eichrecht. Nach der Eichordnung unterliegen Personenwaagen, die in Krankenhäusern und Kliniken stehen, einer Nacheichfrist von vier Jahren, außerhalb von Krankenhäusern unterliegen sie keiner Nacheichpflicht.

Aufbewahrung von Gebrauchsanweisungen und Medizinproduktebüchern

Die Gebrauchsanweisungen und die den Medizinprodukten beigelegten Sicherheitshinweise müssen unmittelbar in der Nähe der Medizinprodukte so aufbewahrt werden, dass alle Angaben, die für ein sicheres Anwenden des Medizinproduktes nötig sind, für alle Anwender jederzeit zugänglich sind. Ein verschlossener Aktenschrank, auf den nur einzelne Mitarbeiter oder nur der Chef Zugriff haben, kann als Aufbewahrungsort für Gebrauchsanweisungen nicht akzeptiert werden. Eine organisatorische Regelung ist auch bei der Umsetzung mittels des Intranets erforderlich – alle Anwender müssen jederzeit auf die entsprechenden Dateien zugreifen können. Die Medizinproduktebücher können zentral aufbewahrt werden, da sie keine sicherheitsrelevanten Daten enthalten, die z. B. bei einer unerwarteten Störung für den sicheren Weiterbetrieb des Medizinproduktes erforderlich wären. Für die praxisbezogene Umsetzung bietet sich ein Geräteordner

Betreiber:

Betriebsstätte:

Bestandsverzeichnis nach § 8 MPBetreibV

ggf. betriebl. Id.-Nr.	Bezeichnung des MPs, Art und Typ (UMDNS-Code)	Name und Anschrift des Verantwortlichen nach § 5 MPG (Hersteller im Sinne des MPGs)	ggf. Kennnummer der Benannten Stelle	Seriennummer oder Loscode	Anschaffungsjahr	Standort bzw. betriebliche Zuordnung des MPs	Fristen für STK / MTK / (BGV A3)
0815	Infusionspritzenpumpe, Perfusor fin - 12-132	B. Braun Melsungen AG	0197	21378	2002	Station MB 22	STK: 24 Monate

© Ingenieurbüro Hubka - M.Sc. Dipl.-Ing. Ralph Hubka - Am Kinnwald 5 - 35469 Allendorf (Lumda) - Tel.: 0 64 07/90 48 56 - Fax: 0 64 07/90 48 54 - Mobil: 0160/977 323 99

Seite __ von __

Abbildung 3: Beispiel eines Bestandsverzeichnisses

an, in dem das Bestandsverzeichnis und danach alle Medizinproduktebücher abgeheftet werden.

Altgeräte

Altgeräte, die noch nach den Vorschriften der vorherigen, mittlerweile ungültigen gesetzlichen Regelung (Medizingeräteverordnung [MedGV]) in Verkehr gebracht wurden, dürfen im Sinne der MPBetreibV weiterbetrieben werden, solange sie sicher sind und sicher betrieben und angewendet werden können. Für die Einweisung in die Handhabung solcher Geräte hat der Gesetzgeber eine Sonderregelung nach § 15 Nr. 5 vorgesehen – diese besagt, dass in einem solchen Fall keine „vom Betreiber beauftragte Person“ benannt werden muss, sondern dass eine fachlich geeignete Person diese Einweisungen durchführen darf.

Verbote, Ordnungswidrigkeiten, Straftaten

Die meisten der hier aufgeführten Forderungen sind ordnungswidrigkeitenbewährt, d. h. bei einer entsprechenden Zuwiderhandlung können diese Ordnungswidrigkeiten durch die zuständigen Aufsichtsbehörden mit einer entsprechenden Geldstrafe belegt werden. Zum Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten ist es jedoch verboten, Medizinprodukte in Betrieb zu nehmen, zu betreiben oder anzuwen-

den, wenn der begründete Verdacht besteht, dass sie die Sicherheit und Gesundheit bei sachgemäßer Anwendung, Instandhaltung und ihrer Zweckbestimmung entsprechender Verwendung gefährden könnten (§ 4 MPG). Nach § 40 MPG stellt ein Zuwiderhandeln eine Straftat dar, die mit Freiheitsentzug oder mit Geldstrafe belegt werden kann.

Zusammenfassung

Die Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner haben beim Umgang mit Medizinprodukten eine Menge von Anforderungen an Organisation und Dokumentation zu erfüllen. Mit einer Bestandsaufnahme (Was habe ich?) und einer anschließenden fachlichen Bearbeitung (Wie lauten für die einzelnen Medizinprodukte die Mindestanforderungen?) ist der Betreiber gut gerüstet für Begehungen durch die Aufsichtsbehörde oder auch für den Nachweis der Gesetzeskonformität hinsichtlich der Qualitätssicherung.

Hier noch einmal die wichtigsten Tipps:

Beachten Sie die Zweckbestimmungen und Gebrauchsanweisungen des Herstellers und halten Sie diese ein, kombinieren Sie MP und benutzen Sie Zubehör nur nach Herstellervorgaben, Überprüfen Sie die Funktionsfähigkeit und den ordnungsgemäßen Zustand vor jeder Anwen-

dung, halten Sie Fristen und Fehlergrenzen ein und handhaben Sie MPs nur nach einer Einweisung,

Lassen Sie nur befugte und beauftragte Personen einweisen, warten, reparieren und prüfen.

Quellenangaben

Gesetz über Medizinprodukte (MPG) vom 2. August in der Neufassung vom 7. August 2002 zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung medizinprodukterechtlicher Vorschriften vom 29. Juli 2009

Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) in der Neufassung vom 21 August 2002 zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes zur Änderung medizinprodukterechtlicher Vorschriften vom 29. Juli 2009

Verordnung über die Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten (MPSV) vom 24. Juni 2002 zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung medizinprodukterechtlicher Vorschriften vom 29. Juli 2009

Wissensmanagement Praxis

Warum Wissen heute so wichtig ist

Markus Thelen

Die vierteilige Themenreihe „Wissensmanagement Praxis“ beschäftigt sich mit dem Umgang des Faktors Wissen im Unternehmen. Wissensnutzung, Wissensquellen oder auch Wissensmanagement sind häufig gebrauchte (Schlag-)Wörter im Alltag. Doch was verbirgt sich dahinter und auf welche Art und Weise wird es am effizientesten implementiert? Gießkannenprinzip oder systematisch?

All diesen Fragen soll im Rahmen dieser Themenreihe eine praktische, verständliche, aber auch wissenschaftliche Antwort folgen. Ein zentraler Betrachtungspunkt ist die Stärkung der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit. Doch auch das betriebliche Gesundheitsmanagement ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger sozialer Faktor, den es mit zu berücksichtigen gilt.

Wissen ist heute ein wichtiger und zentraler Begriff unserer Zeit geworden. Begriffe wie Wissensgesellschaft, Wissensarbeit, Wissensvermehrung oder kollektive Intelligenz sind nicht nur Wörter, die jeder von uns schon einmal gehört hat, sondern Wissen hat auch einen starken Einfluss auf unsere Gesellschafts- und Arbeitsstrukturen.

Somit beschäftigt sich der Auftakt dieser Reihe mit der Notwendigkeit der Ressource Wissen in unserer heutigen Gesellschaft und im Hinblick auf die immer stärkere Internationalisierung.

Befanden wir uns doch vor einigen Jahren noch in einer Daten-, bzw. Informationsgesellschaft, so befinden wir uns heute in einem Übergang zu einer wissensorientierten Gesellschaft.[1] Diese Wissensgesellschaft verlangt heute von sozialen Systemen (z. B. Unternehmen) Lernfähigkeit – also Veränderungsbereitschaft der „Sinnhaften“ (kognitiven) Erwartungsstrukturen. Allerdings haben sich bisher unsere Methoden der Wissensgenerierung, -speicherung und ihrer Förderung kaum verändert. So wird heute immer versucht, jedes noch so kleine explizite Wissen zu dokumentieren und irgendwo abzuheften oder auf einen Datenträger zu speichern. Durch die immer weiter fortschreitende Informations- und Kommunikationstechnologie ist es uns möglich, jedes Detail zu erfassen und es in Netzwerken (Blogs, Unternehmens-Wiki etc.) oder Datenbanken den Mitarbeitern oder auch der ganzen Welt zur Verfügung zu stellen. Im Ge-

Zur Person



Markus Thelen

studierte an der Fachhochschule Bielefeld Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing und Personal/Management. Während seines Studiums arbeitete er am Lehrstuhl für Diversity- und Knowledge Management an der Fachhochschule Bielefeld und betreute unter anderem das Forschungsprojekt für Innovationsmanagement. Derzeit ist er weiterhin an der Hochschule tätig. Aktuell beschäftigt er sich dort mit der Innovationsforschung und arbeitet eng mit mehreren Unternehmen im Bereich des Wissensmanagements und Innovationsmanagements zusammen.

gensatz dazu wird dem impliziten Wissen immer noch viel zu wenig Beachtung geschenkt. Dabei ist dieses Wissen ganz eng mit dem Erfolg eines Unternehmens verknüpft, denn implizites Wissen ist eine schwer zu imitierende Ressource. Eine sogenannte Kernkompetenz. Gerade heute, wo regionale, nationale und internationale Märkte immer stärker zusammenwachsen und der Halbzeitwert eines Produktes drastisch sinkt, ist die Unternehmenskultur und das aus ihr hervorgehende Wissen eine einzigartige Ressource, um am Markt zu bestehen. Explizites Wissen kann jederzeit und unkompliziert imitiert werden. Heutzutage findet man ganze Baupläne eines Produktes im Internet und innerhalb kürzester Zeit gibt es preiswertere ähnliche Produkte oder Duplikate „Made in Musterland“ zu kaufen. Nur eine gezielte Verknüpfung von explizitem und implizitem Wissen stellt eine sinnvolle, langfristige und erfolgreiche Lösung dar.

Ein Beispiel zur Verknüpfung des Wissens liefert uns die japanische Wirtschaft und ihre Kultur. Japan ist ökonomisch gesehen ein relativ junges Land, das sich ständig neu formieren musste. So gelang es ihm immer wieder, trotz starker Widrigkeiten (Krisen, Kriege), zurück an die Weltspitze zu gelangen. Die Gründe hierfür sind vielseitig. Einerseits investieren die japanischen Unternehmen stark in soziales Kapital (lebenslange Beschäftigung, Senioritätsprinzip, mitarbeiterfreundliche Personalführung u. a.), andererseits pflegen sie hervorragende Kooperationen zu Zulieferern, Kunden und staatlichen Behörden. Der eigentliche Erfolgsfaktor ist auf das Schaffen von Unternehmenswissen zurückzuführen. Die Fähigkeit eines Unternehmens, Wissen zu erzeugen, es in der ganzen Organisation zu verbreiten und ihm in Produkten, Dienstleistungen und Prozessen Ausdruck zu verleihen.[2] Für die Japaner ist das innere (implizite) und äußere (explizite) Lernen in einem Unternehmen von großer Bedeutung. Schon in der geschichtlichen Entwicklung lässt sich erkennen, dass in der japanischen Kultur die Einheit von Mensch und Natur und Körper und Geist eine große Rolle einnimmt. Sie versuchen aus der Umwelt zu lernen und dieses Gelernte mit ihrem eigenen Wissen zu erweitern (Wissensschaffung), um es so der Umwelt später wieder anzubieten. Westliche Unternehmen und Manager sehen die Umwelt häufig als einen gegebenen Faktor an, den es zu verändern gilt ohne aus ihm zu geosartig zu lernen.

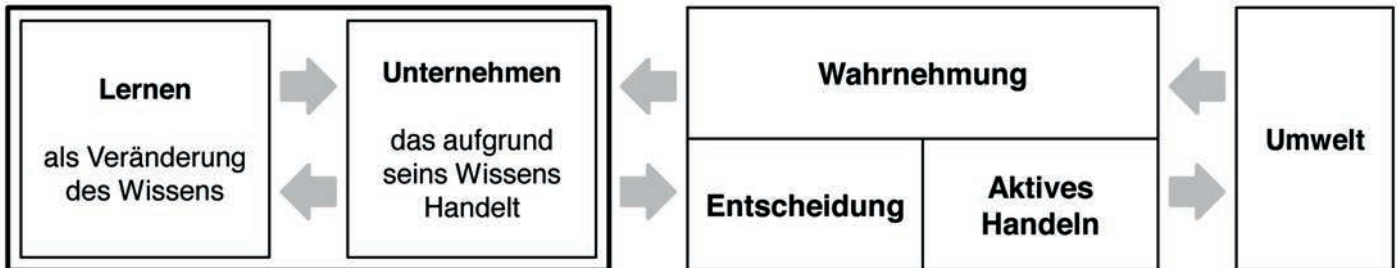


Abbildung 1: Modell unternehmerischen Handelns (Quelle: Franken, S.(2008), S.6)

Das in Abbildung 1 dargestellte unternehmerische Handeln setzt organisationales Lernen im Unternehmen voraus. Sie verdeutlicht das sogenannte „Intelligente Unternehmen“. In einem Unternehmen verteilt sich das (Unternehmens-)Wissen, bzw. die Intelligenz, auf unterschiedliche Ebenen und Akteure. Auf der einen Seite ist das Wissen auf die internen und externen Akteure verteilt und auf der anderen Seite auf Datenträgern und Dokumenten dokumentiert. Ziel eines heutigen Managements sollte es sein, das Wissen aus den Köpfen der Mitarbeiter zu nutzen und zu dokumentieren sowie eine lernfördernde Unternehmenskultur und -organisation zu schaffen. Hierzu muss vor allem in das Sozialkapital investiert werden. Die Mitarbeiter müssen sich wohlfühlen, Anerkennung für ihre Leistungen oder Ideen bekommen und Spaß an der Arbeit haben. Demotivierte Mitarbeiter leisten Dienst nach Vorschrift und werden ihr Wissen nicht mit dem Unternehmen oder dem Tischnachbarn teilen wollen. Gleichzeitig muss eine aktives Datenmanagement und Informationsmanagement betrieben werden. Im Rahmen dessen sind Datenbanken, Unternehmens-Wikis, Portale etc. zu erstellen, auf die jeder Mitarbeiter Zugriff hat. Dieses sollte im Zeitalter des Web 2.0 kein allzu großes Hemmnis darstellen. Die dafür benötigten finanziellen Mittel sind nicht außer Acht zu lassen. Da aber schon mit einfachen preiswerten Medien gute Ergebnisse erzielt werden können, lässt sich der finanzielle Rahmen flexibel gestalten. Die dadurch aufbereiteten Daten stellen ein Abbild des verfügbaren Unternehmenswissens dar. Ein häufiges Problem ist die Weigerung, diese Angebote zu nutzen. Hier gilt es, Anreize zu schaffen, die dafür sorgen, dass mit dem formalisierten und gespeicherten Wissen gearbeitet wird. Eine weitere Hilfe bietet in diesem Zusammenhang das Storytelling. Diese Form

des Schreibens transportiert die Gefühle und Emotionen in der erlebten Situation und macht somit aus implizitem Wissen explizites Wissen. Für die Intelligenz eines jeden Unternehmens bzw. für das organisationale Lernen ist das Wissensmanagement (Knowledge Department) zuständig. Ihm fällt die Aufgabe zu, individuelles Wissen und Fähigkeiten (Humankapital) systematisch auf den unterschiedlichen Ebenen der Organisation zu erfassen, zu schaffen und zu verteilen. Hierfür bietet das oben erwähnte Daten- und Informationsmanagement eine große Anzahl modernster Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK-Technologien) an. Nonaka und Takeuchi bemängeln, dass sich die westlichen Unternehmen im Vergleich zu japanischen Unternehmen zu sehr auf die Erfassung und Verteilung von Wissen beschränken und kein neues Wissen schaffen.

„Unternehmen stellen sich auf ein unsicheres Umfeld nicht nur durch passive Anpassung ein, sondern auch durch aktives Zusammenwirken. Unternehmen können sich verwandeln. Dennoch werden sie häufig als passiv und statisch betrachtet. Ein Unternehmen, das rasche Veränderungen im Umfeld dynamisch bewältigen will, darf Informationen und Wissen nicht nur effizient verarbeiten, es muss sie selbst hervorbringen. Es muss sich durch die Auflösung des existierenden Wissenssystems und durch die Entwicklung innovativer Denk- und Handlungsmodelle selbst erneuern.“ [2]

Neues Wissen wird nur durch das Zusammenwirken von implizitem und explizitem Wissen generiert und folgt einem bestimmten Prozess. Die beiden Autoren identifizierten vier Wis-

sensprozesse: Sozialisation, Externalisierung, Kombination und Internalisierung. Bei der Sozialisation wird implizites Wissen im Rahmen einer Interaktion ausgetauscht bzw. weitergegeben. Die Externalisierung wird durch einen Dialog oder kollektive Reflexion ausgelöst und führt zur Artikulation vom impliziten Wissen. Wird zwischen neu geschaffenen und bestehendem Wissen eine Verbindung erstellt, so sie zu einem Ergebnis zu verschmelzen, so spricht man von einer Kombination. Internalisierung entsteht aus „Learning by doing“ – eine Integration des expliziten Wissens in die implizite Wissensbasis.[3]

Für Unternehmen ist die Schaffung von neuem Wissen in dem Zeitalter der fortschreitenden Internationalisierung und der immer kürzeren Produktlebenszyklen eine wichtige Herausforderung, um am Markt zu überleben. Unternehmen alleine können kein Wissen schaffen, sondern das Management muss zusammen mit der Personalentwicklung und dem Ideen-/Wissensmanagement die Rahmenbedingungen schaffen, welche die kreativen Einzelpersonen bei ihrer Wissensschaffung unterstützen. Somit muss Wissensschaffung und -management als Prozess verstanden werden, der sorgsam moderiert werden will, das erzeugte Wissen der Einzelnen verstärkt und dies allen Ebenen im Netzwerk der Organisation zugänglich macht. Organisationales Lernen (siehe Abbildung 3) entsteht durch das Vernetzen und Fördern der einzelnen Intelligenzen zur kollektiven Intelligenz eines Unternehmens. Jedes Unternehmen entwickelt seine eigene spezifische Kernressource, die weniger leicht imitierbar ist und somit die Wettbewerbskraft stärkt.

Die dafür vorliegenden Bedingungen sind vielfältig. So sollten Lernen und Innovation in den Leit- und Führungslinien der Organisation fest

verankert sein. Diversität der Belegschaft, Freiraum zur Wissensschaffung oder eine delegative bis autonome Führung sind hier nur ein paar Eigenschaften, die eine Organisation aufweisen sollte. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang die sozialen und gesundheitlichen Faktoren. (Unternehmens-) Produktivität ist wichtig, aber für den Fortbestand einer Organisation relativ unbedeutend. So müssen auch Fehler als Chancen gesehen werden. Ohne Erfahrungen ist kein Lernen möglich.

Nur wer die Bedingungen systematisch so gestaltet, dass sich die Kreativität und Eigeninitiative eines jeden Mitarbeiters entfalten können, setzt die individuelle Wissensschaffung in Gang, fördert Gruppenaktivitäten und somit seinen Wissensvorsprung am Markt.

Ausblick

Der zweite Teil der Wissensmanagementreihe legt seinen Fokus auf die Nutzung und Förderung des Wissens im Unternehmen. Hier werden anhand von praktischen Beispielen Handlungsempfehlungen ausgesprochen und die nötigen Rahmenbedingungen zur Wissensgenerierung näher betrachtet.

Literatur

- [1] Bell, D. (1973): The coming of post-industrial society. A venture in social forecasting. NY: Basic Books, New York 1973
- [2] Nonaka, I. / Takeuchi, H. (1997): Die Organisation des Wissens – Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen, New York 1997
- [3] Franken, S. (2008): Ideenmanagement für intelligente Unternehmen, Frankfurt a.M. 2008

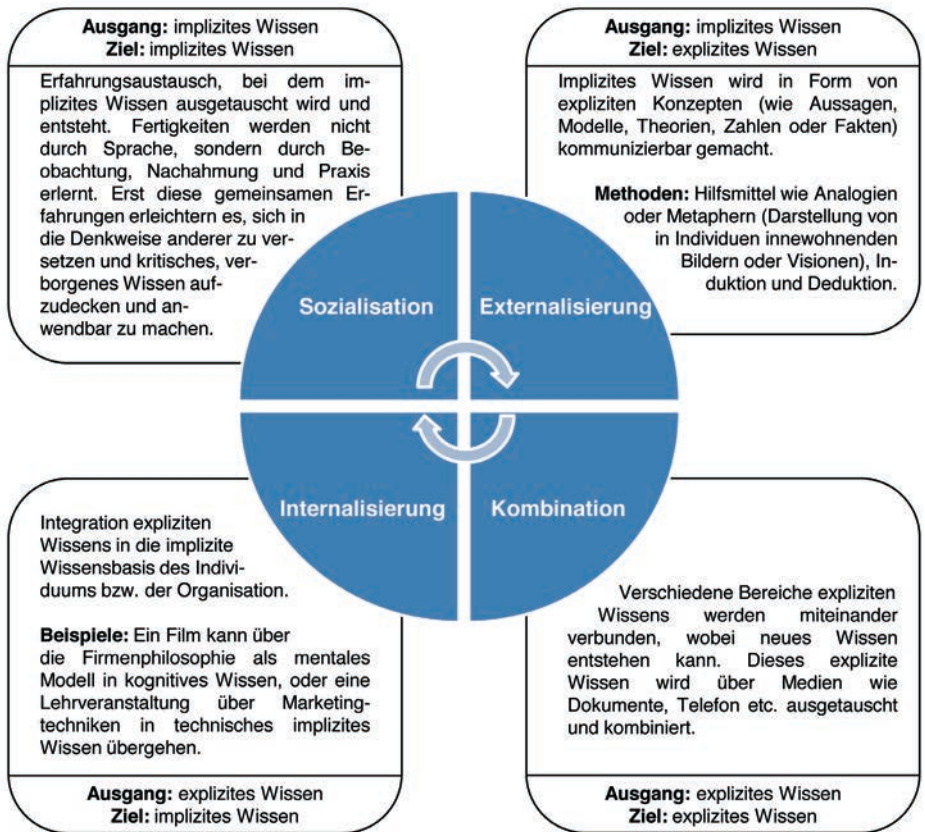


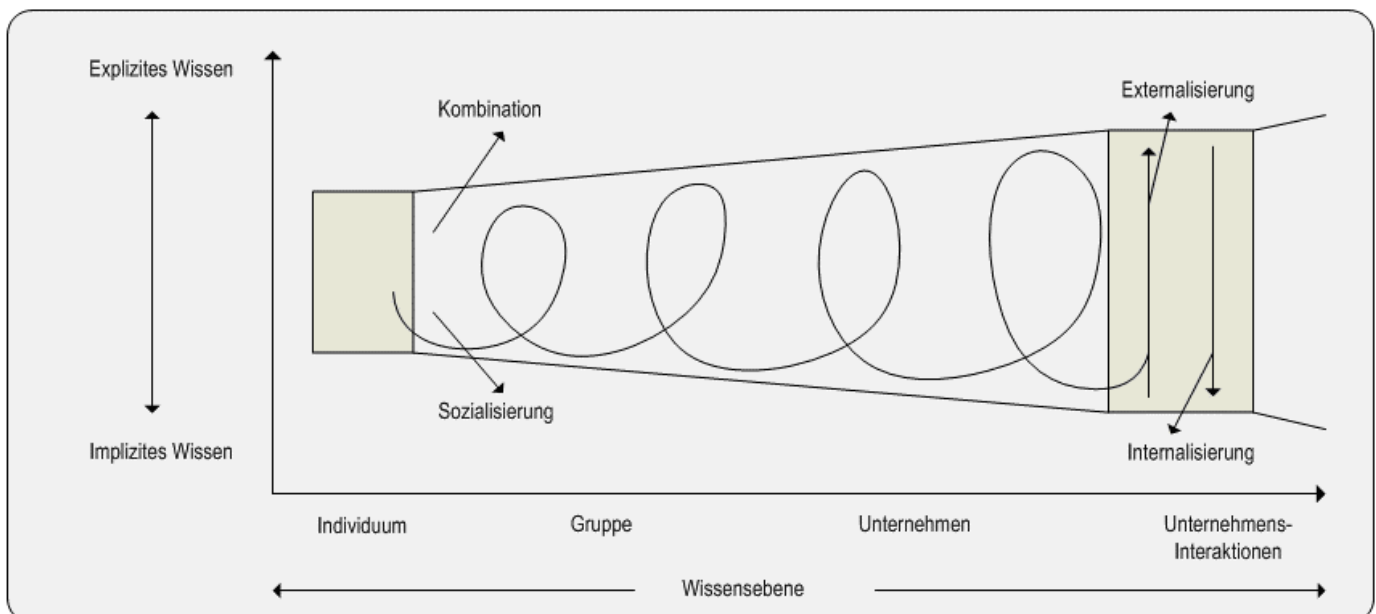
Abbildung 2: Wissensprozesse nach Nonaka/Takeuchi

- [4] Schneider U. (2006): Das Management der Ignoranz. Nichtwissen als Erfolgsfaktor, Wiesbaden 2006
- [5] Willke, H. (2002): Nagelprobe des Wissensmanagements – Zusammenspiel von personalem und organisationalem Wissen, in: Wissensmanagement: zwischen Wissen

und Nichtwissen, Hrsg.: Götz, K., 4. Aufl., München 2002, S.15 – 32

- [6] Reinbacher, Paul (2009): Soziales Kapital in Wissensgesellschaft und Wissensmanagement, in: Wissensmanagement – Das Magazin für Führungskräfte, Heft 3/2009, Augsburg 2009, S.48 – 51

Abbildung 3: Wissensspirale nach Nonaka/Takeuchi



Risikomanagement - Krisenmanagement

Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation: Ein neues, altes Thema

Silvester Siegmann, Claus Pachurka, Volker Hageböling und Winfried Rudolph

Die Aktualität des Themas „Betriebliche Kommunikation“ steht außer Zweifel. Jahr für Jahr entstehen durch zu spät einsetzende bzw. unwirksame Kommunikation bei Ereignissen mit Krisenpotenzial beträchtliche Schäden. Davon sind nicht nur Großunternehmen aus den klassischen Risikobranchen betroffen, sondern auch Behörden, Einzelpersonen, Institutionen, Organisationen, Politiker sowie kleine und mittlere Unternehmen. Auch die Betriebsärzte werden gerne mit einbezogen, wenn es darum geht, der Öffentlichkeit ein Schadensereignis „zu verkaufen“. Erfolgsmeldungen formulieren sich leicht. Doch wie präsentiert sich ein Unternehmen in einer schwierigen Situation? Welchen Verlauf diese dabei annehmen kann, entscheidet sich in vielen Fällen weit vorher. Der folgende Beitrag bietet grundlegende Aspekte zur Wirkung der Kommunikation von betrieblichen Ereignissen.

Ereignisse haben viele Ursachen und Gesichter: Affären, Betrugsvorwürfe, Korruption, mangelnde Sicherheitsvorkehrungen und -kontrollen, Produktrückrufe, Skandale, Störfälle oder Unglücke. Irgendein Thema beschäftigt die Medienlandschaft und somit die Öffentlichkeit immer. Medien besitzen eine hohe Verbreitungsgeschwindigkeit. In der vielschichtigen und globalen Medienwelt (Internet, Twitter, YouTube, Radio, Tageszeitungen, TV usw.) bleibt fast nichts geheim. Aus einem lokalen Vorfall können jederzeit überregionale Schlagzeilen werden. Starke Medienbilder (siehe Abbildung 1) erzeugen Emotionalität und öffentliche Meinungen: Vermeidbar oder unvermeidbar, verschuldet oder unverschuldet, plötzlich oder doch vorhersehbar. Die Qualität der Wahrnehmung spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Denn häufig bestimmen die anderen, ob ein Ereignis einfach nur ein Ereignis bleibt oder zur Krise wird.

Kommunikation und der Einfluss der Medien

Zahlreiche Beispiele aus der Vergangenheit haben aufgezeigt, dass Ereignisse erst durch die Medien zu Krisen gemacht wurden. Ereignisse können durch fehlende oder auch nur misslingende Kommunikation in ihrem Verlauf negativ geprägt werden. Sie sind prinzipiell von medialem Interesse und somit besteht zusätzlich die Gefahr einer kommunikativ induzierten Krise. Gerade wenn krisenhafte Ereignisse durch die Medien in die Öffentlichkeit



Abbildung 1: Starke Medienbilder erzeugen Emotionalität und öffentliche Meinungen

treten, können sie bei den Betroffenen Ängste erzeugen. Je mehr Angst die Betroffenen haben, desto größer ist aber der Informationsbedarf. Je informierter sich die Betroffenen fühlen, desto weniger Ängste entwickeln sie. Dies gilt natürlich auch für die eigenen Mitarbeiter, die bei den Planungen einer geeigneten Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation nicht aus dem Fokus rutschen dürfen.

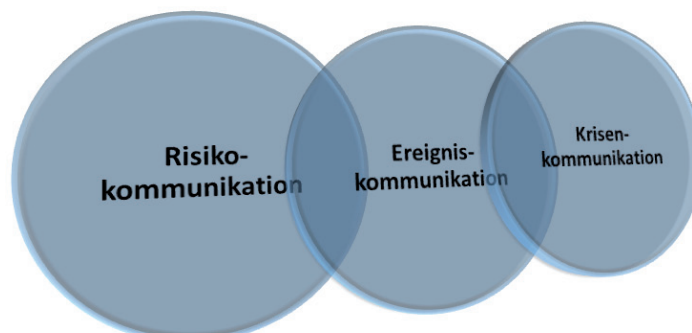
Nur wenige Unternehmen verfügen jedoch über professionelle Pläne, die auch den Aspekt der Kommunikation berücksichtigen. Auch kennen nur wenige die Unterschiede zwischen Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation (siehe Abbildung 2). Dabei können Fehler bei der Kommunikation ein kritisches Ereignis drastisch verschlimmern.

Abbildung 2: Die Krisenkommunikation ist ein Teil der betrieblichen Kommunikation:

Risikokommunikation: Ist jede Kommunikation vor einer möglichen Krise. Sie vermittelt erklärend Expertenmeinungen und eine individuelle Risikosicht. Damit verhilft sie den Betroffenen zu einer adäquaten und fundierten selbstständigen Einschätzung.

Ereigniskommunikation: Es ist etwas im Unternehmen passiert, aber die Situation „ist im Griff“ und wird z. B. im Rahmen von Ermittlungen (intern oder extern) geklärt.

Krisenkommunikation: Ist jede Kommunikation während einer Krise. Sie ist hierbei zum Teil zumindest intern auch durch einen anderen Kommunikationsstil geprägt (kurz, knapp, reduziert).



Risikokommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil der Risikobewertung. Ihr Ziel ist es nicht, die jeweils andere Seite von der Zumutbarkeit oder Unzumutbarkeit eines Risikos zu überzeugen. Vielmehr sollen die Betroffenen durch Angebote der Information, des Dialogs oder durch aktive Beteiligung in die Lage versetzt werden, ihren Anspruch auf Risikomündigkeit einzulösen. Damit trägt Risikokommunikation aktiv zum Verbraucherschutz bei (Bundesinstitut für Risikobewertung [BfR] 2005).

Ein Ereignis entwickelt sich immer erst dann zu einer Krise, wenn das Unternehmen das Ereignis nicht unter Kontrolle bekommt oder eben die Anforderungen an die Kommunikation nicht richtig erfüllt. Der professionelle Kommunikationsansatz vorrangig mit den Medien, aber auch mit anderen Zielgruppen wie Behörden, Nachbarn, den eigenen Mitarbeitern oder den Einsatzkräften entscheidet darüber, ob es bei der reinen Berichterstattung über das Ereignis bleibt, die das Unternehmensimage kaum belastet, oder ob sich eine Krise daraus entwickelt. Die Ereigniskommunikation soll dazu beitragen, medial induzierte Krisen rechtzeitig zu verhindern.

Primäres Ziel der Krisenkommunikation ist die Aufklärung der Öffentlichkeit und der Medien und der direkt betroffenen Gruppen bezüglich der bereits eingetretenen Krise. Des Weiteren versucht das Unternehmen, der Öffentlichkeit und den Medien zu vermitteln, dass es alles Mögliche unternimmt, um größere Schäden abzuwenden und die Situation wieder unter Kontrolle zu bekommen.

(Kommunikative) Krisen entwickeln sich in der Wechselwirkung zwischen Öffentlichkeit (Medien) und gesellschaftlichen Anspruchsgruppen (z. B. einzelne Bürger, Bürgerinitiativen, Gewerkschaften, politische Gruppierungen, Verbände). Kern der Krise ist hierbei immer ein potenzieller oder tatsächlicher Sachverhalt (z. B. Schadensfall), der die (Sicherheits-)Interessen, mitunter auch nur die subjektiven (Sicherheits-)Gefühle von Beteiligten verletzt. Dabei kommt es in der Regel nicht auf die Tatsache selbst, sondern auf die Meinung über die (vermeintlichen) Fakten an (Hofmann & Röhrich 2006).

Informationsdruck der Medien und gutes „Issues Management“

Die Medien ihrerseits haben auch einen In-

formationsdruck: Wenn sie die Informationen nicht vom Unternehmen selber bekommen, holen sie sich diese woanders. Jedes Unternehmen sollte daher gut darüber informiert sein, welches Bild es in der Öffentlichkeit abgibt. Dazu gehört es auch zu wissen, was in öffentlich zugänglichen Medien über das Unternehmen verbreitet wird (z. B. Wikipedia, YouTube etc.). Sensible Unternehmen stellen daher in diesen Medien die Informationen über sich und/oder ihr Produkt selbst zur Verfügung und stillen so den Informationsbedarf.

Gut informierte Unternehmen „scannen“ auch die Medienwelt, um frühzeitig mögliche mediale Strömungen zu erfassen, die die Interessenssphären des Unternehmens tangieren.

Eines der Instrumente des antizipativen Krisenmanagements ist das „Issues Management“. Dies ist bereits seit den 80er Jahren des vorherigen Jahrhunderts in den USA ein wichtiges Management-Thema und findet seit Ende der 90er Jahre im europäischen Raum ebenfalls Anwendung.

Die Bezeichnung „Issue“ entstammt dem angelsächsischen Sprachraum. Eine wörtliche Übersetzung ins Deutsche wäre „Thema“, „Angelegenheit“ etc., darunter versteht man in diesem Zusammenhang insbesondere ein Thema öffentlichen Interesses mit hohem Konfliktpotenzial. Issues Management dient als Früherkennungssystem für schwache Signale aus dem Unternehmensumfeld.

Der „Vater“ des Konzepts, der amerikanische PR-Berater William Howard Chase, definiert Issues Management um 1976 herum wie folgt: „Issues Management is the capacity to understand, mobilize, coordinate and direct all strategic and policy planning functions and all public affairs/public relations skills toward achievement of one objective: Meaningful participation in creation of public policy that affects personal and institutional destiny.“

Durch das „Issues Management“ hat ein Unternehmen also die Möglichkeit, schnell, flexibel und vor allem sensibel auf jede Nachricht und Entwicklung zu reagieren, die für die Identität und Wahrnehmung der Unternehmensmarke wichtig ist und bei Nichtbeachtung Krisenpotenzial entwickeln kann.

Das Issues Management lässt sich dabei in fünf Phasen unterteilen:

- „Scanning“: Die Identifikation von Issues als grundlegende und somit fast schon wichtigste Phase
- „Issues Monitoring“: Analyse und Beobachtung der öffentlichen Meinung und Medien
- „Strategic issue diagnosis“: Die strategische Prüfung und Einstufung
- „Message Formating“: Wahl der grundlegenden Reaktion/Antwort auf strategische Issues. Hierbei kann noch mal zwischen einem proaktiven und reaktiven Vorgehen unterschieden werden
- „Incorporation into strategic plan“: Integration in die strategische Planung

Issues durchlaufen im öffentlichen Fokus einen Lebenszyklus: Je weiter das Issue in seinem Lebenszyklus voranschreitet, desto geringer wird gleichzeitig die Einflussmöglichkeit des betroffenen Unternehmens. In den USA gilt das Issues Management mittlerweile als Selbstverständlichkeit, in Deutschland hingegen hinkt man dieser Entwicklung noch hinterher.

Wahrnehmung des Verhaltens in der Öffentlichkeit

Die Wahrnehmung eines krisenbetroffenen Unternehmens stimmt selten mit der Wahrnehmung der hochsensiblen Öffentlichkeit überein. Rationalität trifft auf Emotionalität. In der Regel gilt in der öffentlichen Wahrnehmung nicht das Krisenereignis an sich als Skandal, sondern vielmehr die schlechte Krisenkommunikation der Betroffenen. Dazu zählen zum Beispiel verspätete oder falsche Informationen, die Salamtaktik, die Kein-Kommentar-Strategie, Verharmlosungen oder Vertuschungen. Viele mittelständische Unternehmen kommen im Ereignisfall erst gar nicht dazu, sich strukturiert zu sammeln. Wichtige Entscheidungen müssen unter enormem Zeitdruck getroffen werden. Zeitgleiche Anfragen unterschiedlicher Interessengruppen lassen unvorbereitete Unternehmen ausschließlich reagieren anstatt zu agieren. Sie sind mit der parallel ablaufenden Krisenbewältigung und Krisenkommunikation schlichtweg überfordert. Zielkonflikte, Kommunikationsfehler und weitreichende Folgen sind in diesen Fällen vorprogrammiert (siehe Abbildung 3).

Für viele Unternehmen ist es selbstverständlich, in den Aufbau und Erhalt eines positiven Images zu investieren. Ein über Jahre mühsam aufgebauter Ruf ist ein entscheidender Wettbewerbsfaktor und zählt zu den wert-

Kommunikationsfehler im „Normalfall“	Kommunikative Folgen bei einem „Ereignis“
Informationsvakuum („Kein Kommentar“) a) nach innen b) nach außen	a) Gerüchte, Halbwahrheiten, Unruhe b) Falschmeldungen, Spekulationen, Misstrauen, Medien recherchieren alleine, Druckaufbau, Medien „machen“ Meldungen
Verspätete Informationen, Salamtaktik	Missverständnisse, Erklärungsnot, Krisenstress, Defensivsituationen, Unglaubwürdigkeit, Beeinträchtigung von Kundenbeziehungen
Medienkontakte ad hoc statt regelmäßig (fehlender Beziehungsvorrat)	Fehlende Vertrauensbeziehungen
Unzureichende Medienkenntnisse (Improvisation)	Erschwerte Zusammenarbeit mit den Medien, Sender-Empfänger-Probleme
Fehlende Kommunikationsvorbereitung („Prinzip Hoffnung“)	Chaos, Hilflosigkeit, Kommunikationsfehler, Spielball der Medien, Image- und Vertrauensverluste
Unzureichende Öffentlichkeitsarbeit	Glaubwürdigkeitsverluste, Rationalität vs. Emotionalität, Misstrauen

Abbildung 3: Auswahl an Folgen kommunikativer Fehler bei einem „Ereignis“



Abbildung 4: Die Welt ist gerade im Bereich der medialen Vernetzung sehr klein geworden. Informationen, gerade wenn sie medienwirksam sind und sich gut verkaufen lassen, gehen in Sekunden um den ganzen Globus.

vollsten Unternehmensgütern. Schon durch ein scheinbar harmloses Ereignis kann dieser gute Ruf innerhalb weniger Minuten am seidenen Faden hängen. Negative Öffentlichkeit kann dazu führen, dass das Vertrauen in ein Produkt oder in ein Unternehmen nachhaltig gestört wird. Betroffene Unternehmen stehen plötzlich im Rampenlicht der Medien. Die Reaktionsmechanismen der Medien sind bekannt. Medien suchen und brauchen die Aufmerksamkeit der Kundschaft, daher gilt: „Only bad news are good news!“. Nah dran sein und möglichst schnell aktuelle Informationen erlangen, so lautet das Motto (siehe Abbildung 4), d. h. Unternehmen können mit der Kommunikation nicht erst dann einsetzen, wenn alle Ergebnisse gesichert vorliegen. Dann entsteht ein Kommunikationsvakuum, das Nährboden für Gerüchte, Halbwahrheiten und Spekulationen bietet. Allzu häufig werden dabei die eigenen Mitarbeiter vergessen. Viele Unternehmen haben im Umgang mit den Medien auch schmerzhaft lernen müssen, dass sie nicht immer darauf vertrauen können, dass sich Fakten durchsetzen. Medien sind halt überwiegend interessiert an bewegten Bildern, Gefühlen und hohen Quoten. Das alles muss dann noch auf einen mediengerechten Beitrag von 30 Sekunden zusammengeschnitten werden.

Eine professionelle Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Krisenmanagement.

„The media have become highly influential interpreters of crisis by filtering or framing their perspectives, often with a tendency to reinforce existing public bias“
Pearson, C. M., & Clair, J. A. 1998

Öffentlichkeitsarbeit während der Krise

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sind ein wichtiges Instrument der strategischen Krisenbewältigung. Wichtig ist schnelles und strukturiertes Handeln:

- Information wird sofort und ohne Verzögerung weitergegeben
- Innerhalb der ersten zwei Stunden eine Pressekonferenz einberufen und das sofort ankündigen
- Informationsstrom nicht abbrechen lassen (alle 2 Stunden neue Meldungen)
- In Krisenzeiten übernimmt der Chef persönlich die Information
- In Entscheidungsprozessen Informationsprofis einbeziehen
- Nur einer spricht - eine Botschaft - keine Widersprüche
- Den Dialog suchen, Fragen beantworten, nicht ausweichen
- Emotional sein. Betroffen sein. Botschaften personalisieren und über die betroffenen Menschen sprechen, nicht über Materielles
- Die Wahrheit sagen. Keine Spielereien, sondern Fakten. Keine Tricks
- Sofortige Hilfe anbieten (z. B. Barzahlung für Auslagen)
- Medien benutzen, um Telefonnummern bekanntzugeben
- Die Presse auf Trab halten und mit Hintergrundinformationen versorgen
- Presse mit Essen, Getränken und Unterkunft versorgen
- Vertrauen und gutes Image in guten Zeiten aufbauen. Krisenvorsorge
- Auf Gleichbehandlung der Medien achten
- Multimedial reagieren

Zeitnahes und strukturiertes Vorgehen

Aus zahlreichen Erfahrungen haben sich das Einhalten einer zeitnahen Information der Medien in unserer modernen Medienlandschaft und ein strukturiertes Vorgehen als Pflicht erwiesen (siehe Abbildung 5):

Pflichten innerhalb der ersten 20 Minuten:

- Eingehende Informationen bewerten, ob die unternehmensinterne Definition für eine „Krise“ erfüllt wird
- Entscheiden, ob Krisenalarm ausgelöst werden soll
- Krisenstab einberufen
- bei Bedarf Alarmierungskette auslösen
- Krisenzentrum aufsuchen
- Kommunikationsverbindung vor Ort aufbauen

Pflichten innerhalb der ersten Stunde:

- Differenzierte Lagebeurteilung
- Information und Verhaltensregeln für die Bevölkerung, wenn erforderlich
- Pressekonferenz ankündigen
- Vorbereitete Presstexte mit allgemeinen Angaben zum Unternehmen für die Pressemappe ausdrucken
- Kontakt zu „befeundeten“ Pressemitarbeitern herstellen
- Information an Behörden
- Interne Information an Mitarbeiter
- Ggf. vorbereitete „Dark-Site“ im Internet freischalten

Pflichten innerhalb der ersten zwei Stunden:

- Hotline für Medien einrichten
- Hotline für Betroffene einrichten, dort sofortige und unkomplizierte Hilfe zusichern
- Information an Presse in Form einer Pressekonferenz

Pflichten innerhalb der ersten vierundzwanzig Stunden:

- Weitere Information an die Medien verteilen
- Weitere Pressekonferenzen abhalten
- Hilfe für Betroffene regeln

Pflichten innerhalb der ersten Tage:

- Weitere Hintergrundgespräche mit der Presse
- Anzeigen schalten

Pflichten innerhalb der ersten Wochen:

- Weitere Direkt-Kommunikationsmaßnahmen
- Weitere Werbung, bis das positive Image des Unternehmens in den Medien und der Öffentlichkeit wieder hergestellt ist

*Informationen an die Presse:
ZDF: Zahlen, Daten, Fakten.*

Kein Vertuschen, keine Lügen!



Auch immer daran denken: „Ohne Mampf kein Kampf“. Dies gilt nicht nur für die Mitglieder des Krisenstabes, sondern auch für die Presse. Ein geeignetes Catering wird alle Beteiligten milde stimmen.

Gerade die erste Information der Medien und somit der Öffentlichkeit innerhalb der ersten Stunde benötigt eine möglichst hohe Effizienz und Effektivität. Kommunikationsmaßnahmen bzw. -instrumente müssen perfekt aufeinander abgestimmt eingesetzt werden. Alleine daraus ergibt sich, dass die Krisenkommunikation im Vorfeld proaktiv vorbereitet werden muss. Schon der Volksmund sagt: „Man hat nur einmal die Chance, einen guten ersten Eindruck zu hinterlassen!“. Oft ist es sinnvoll, sich dafür bereits im Vorfeld mit Profis in Verbindung zu setzen. Eine Möglichkeit der optimalen Abstimmung der einzelnen Instrumente ist die Orientierung an den sechs Krisen-Ws:

- Was ist passiert und was wird unternommen?
- Wer wird informiert bzw. einbezogen?
- Wie kann das Vertrauen erhalten bzw. wiedererlangt werden?
- Wann wird die Öffentlichkeit informiert?
- Warum kam es zur Krise?
- Wo wird Stellung genommen?

Eine effektive und effiziente Krisenkommunikation ist unbedingt erforderlich und sollte im Vorfeld von Profis vorbereitet werden!

Spezielle Probleme im Bereich der KMU

Den meisten mittelständischen Unternehmen fehlen insbesondere einfache Konzepte, Früh-

Abbildung 5: Gerade die erste Information der Medien und somit der Öffentlichkeit innerhalb der ersten Stunde benötigt eine möglichst hohe Effizienz und Effektivität. Kommunikationsmaßnahmen bzw. -instrumente müssen perfekt aufeinander abgestimmt eingesetzt werden. Alleine daraus ergibt sich, dass die Krisenkommunikation im Vorfeld proaktiv vorbereitet werden muss. Oft ist es sinnvoll, sich dafür mit Profis in Verbindung zu setzen.

warninstrumente und Trainings, um gegen Unvorhergesehenes im Bereich der öffentlichen Meinung gewappnet zu sein. Gerade hier müssen entsprechende Reservepolster gebildet und Beziehungsvorräte zu Meinungsbildnern aufgebaut werden (siehe Abbildung 6). Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation bietet die strategische Chance, das Schlimme wieder zum Guten zu wenden.

Aber kleinen und mittleren Unternehmen fehlen häufig die notwendigen Ressourcen zu einer wirksamen Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation. Deshalb einfach alles dem Zufallsprinzip zu überlassen, wäre sicherlich nicht der richtige Weg. Es gibt auch andere Möglichkeiten. So schließen sich mehrere Unternehmen einer Branche auch schon mal zu einer Zweckgemeinschaft zusammen. Diese Gemeinschaft übernimmt dabei sämtliche Aufgaben rund um das Thema Kommunikation. Diese reichen von dem Kontaktaufbau mit den Medien über die Öffentlichkeitsarbeit bis hin zur Erstellung einfacher präventiver Maßnahmen (u. a. Checklisten, Krisenkommunikationsplan, Trainings). Ergänzend dazu bieten auch immer mehr Industrie- und Handelskammern Informationsveranstaltungen zum Thema Krisenkommunikation an. Schließlich gibt es noch die professionellen Kommunikationsagenturen. Sie können in besonders heiklen Situationen als externe Instanzen wertvolle, objektive Unterstützung leisten. Aber auch das will im Vorfeld organisiert sein.

Zusammenfassung

Wirksame Kommunikationsarbeit nach innen und außen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Bewältigung von Ereignissen. Unternehmen sind in einer Schadenssituation nur dann vertrauenswürdig, wenn das Vertrauen bereits in Friedenszeiten aufgebaut wurde. Viele Unternehmen haben großen Nachholbedarf in Sachen Risiko-/Ereignis- und Krisenkommunikation und im Umgang mit den Medien. Unvorbereitete Unternehmen, die nur auf das „Prinzip Hoffnung“ setzen, können schnell in eine schwierige Defensivsituation geraten. Kein Unternehmen kann heutzutage Kommunikation nur „nebenbei“ betreiben. Ereignisse werden häufig erst dann zur Krise, wenn den betroffenen Unternehmen der Informationsfluss entgleitet. Auch zu spät einsetzende Krisenkommunikation verzeiht die Öffentlichkeit ungern. Die Rolle der Medien und die Macht der Bilder dürfen keineswegs unterschätzt werden. Grundlegende Wirkungsmechanismen der Medien sollten auch verstanden sein. In äußerst schwierigen Lagen kann es durchaus von Vorteil sein, wenn man bereits bei Zeiten externe Kommunikationsprofis hinzugezogen und Material für die Medien vorbereitet hat.

Die Autoren:

Dipl.-Min. M.Sc. BSM Silvester Siegmann
Leiter des Arbeitskreises „Betriebssicherheitsmanagement“ (AK BSM) im VDSI

Dipl.-Ing. M.Sc. BSM Claus Pachurka
Mitglied des Arbeitskreises „Technische Krisenprävention“ (AK TKP) der Maschinenbau- und Metall-BG / Hütten- und Walzwerks-BG

Prof. Dr.-Ing. Volker Hagebölling
Technischer Geschäftsführer der Evonik Risk Engineering GmbH
Honorarprofessor an der Bergischen Universität Wuppertal

Dipl.-Ing. Winfried Rudolph
Stellv. Präventionsleiter der Maschinenbau- und Metall-BG / Hütten- und Walzwerks-BG
Leiter des Arbeitskreises „Technische Krisenprävention“ (AK TKP)

Literatur zum Thema:

Bundesministerium des Innern:

„Krisenkommunikation“

1. Auflage 2008, Artikelnummer: BMI 08313

Ditges, F., Höbel, P., Hofmann, T.:

„Krisenkommunikation“

UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz
2008, ISBN: 978-3-89669-508-6

Hagebölling, V.:

„Technisches Risikomanagement“

TÜV Media GmbH, Köln,

1. Auflage 2009, ISBN: 978-3-8249-1101-1

Hofmann, Th., Röhrich, R.:

„Krisenmanagement als Vorstandsaufgabe“

Krisen-, Sanierungs- und Insolvenzberatung (KSI), Erich Schmidt Verlag, Berlin, 05, 167-172, 2006

IHK Bielefeld:

„Das kleine Einmaleins der Öffentlichkeitsarbeit“

(www.bielefeld.ihk.de/presse)

Kalt, G., Kinter, A., Kuhn, M.:

„Strategisches Issues Management“

F.A.Z.-Institut, Frankfurt, 2009, ISBN 978-3-89981-213-8

Möhrle, H.:

„Krisen-PR“

F.A.Z.-Institut, Frankfurt, 2. Auflage 2007, ISBN: 978-3-89981-135-3

Pachurka, C.:

„Technische Krisenprävention - Personen und Sachwerte proaktiv schützen – Teil 1“
Verlag Technik & Information, Bochum, 1. Auflage, März 2008, ISBN: 978-3-934966-76-5

Pachurka, C.:

„Technische Krisenprävention – Arbeitshilfen und Checklisten - Teil 2“

Hilfreiche Kommunikations-Tipps für KMU

a) Kommunikationsaktivitäten in „Friedenszeiten“

- Kontakte zur lokalen Presse aufbauen und pflegen (Öffentlichkeitsarbeit)
- Tag der offenen Tür veranstalten (Kontaktaufbau zur Nachbarschaft)
- Welche Ereignisse sind denkbar? (3-4 Szenarien durchspielen)
- Ablaufplan für Krisenkommunikation aufstellen (Checkliste, Alarmplan)
- Externe und interne Krisenkommunikation berücksichtigen
- Wer kümmert sich um die Kunden im Krisenfall?
- Wer kümmert sich um die Medienvertreter im Krisenfall?
- Wer kümmert sich um die anderen Interessengruppen?
- Beziehungspflege zu Behörden sowie den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung
- Wie werden die Mitarbeiter im Krisenfall zeitnah unterrichtet?
- Wer spricht im Krisenfall? („Pressesprecher“ festlegen)
- Vorformulierte Textbausteine zusammenstellen inkl. Informationen über den Betrieb
- Trainings durchführen

b) Kommunikationsaktivitäten im Krisenfall

- Nur der Chef bzw. ein „Pressesprecher“ spricht
- Erstes Statement innerhalb der 1. Stunde abgeben
- Externe Krisenkommunikation betreiben (Kunden usw.)
- Mitarbeiter zeitnah informieren (Gerüchte vermeiden)
- Nutzung der Kontakte zu den Behörden sowie den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Die vorgenannten Institutionen kommunizieren auch untereinander, sodass einer positiven Einschätzung z. B. durch die Unfallversicherungsträger hohes Gewicht bei anderen Behörden, wie z. B. der Staatsanwaltschaft, beigemessen wird
- Medienvertreter mit gezielten Informationen versorgen
- „Kein Kommentar-Strategie“ vermeiden
- Kein Informationsvakuum entstehen lassen
- Positive Außendarstellung einnehmen: „Wir haben die Lage im Griff.“

c) Kommunikationsaktivitäten nach dem Krisenfall

- Image und Vertrauen wieder aufbauen

Abbildung 6: Auswahl hilfreicher Kommunikations-Tipps für KMU

Verlag Technik & Information, Bochum, 1. Auflage, September 2009, ISBN 978-3-941441-10-1

Pachurka C., Siegmann S.:

„Krisen erkennen, bewältigen und vorbeugen - Unternehmenswerte proaktiv schützen“
Praktische Arbeitsmedizin, 8, 2007, 12-17, ISSN 1861- 6704

Pachurka, C., Siegmann, S., Tenckhoff, B.:

„Schutz von Unternehmenswerten durch Krisenmanagement“
Sicherheitsingenieur, Dr. Curt Haefner-Verlag, Heidelberg, 8, 2007, 11-17, ISSN 0300-3329

Pachurka, C., Siegmann, S., Hagebölling, V.
Rudolph, W., Tenckhoff, B.:

„Krisenkommunikation und Prinzip Hoffnung“
Sicherheitsingenieur, Dr. Curt Haefner-Verlag, Heidelberg, 10, 2009, 38-41, ISSN 0300-3329

Pearson, C. M., & Clair, J. A.:

„Reframing crisis management“
Academy of Management Review, 23, 59-73, 1998

Pfannenberger, J., Zerfaß, A.:

„Wertschöpfung durch Kommunikation“
F.A.Z.-Institut, Frankfurt, 2010, ISBN 978-3-89981-212-1

Rudolph, W.:

Abschlussrede auf der HWBG-Fachtagung
„Prävention industrieller Großschäden“
April 2008, Congress Center, Essen

Schulz-Bruhdoel, N., Bechtel, M.:

„Medienarbeit 2.0“, F.A.Z.-Institut, Frankfurt, 2009, ISBN 978-3-89981-193-3

Schulz-Bruhdoel, N., Fürstenau, K.:

„Die PR- und Pressefibel“
F.A.Z.-Institut, Frankfurt, 2010, ISBN 978-3-89981-170-4

Siegmann S., Tenckhoff B.:

„Partizipatives und ganzheitliches Management von Sicherheit und Gesundheitsschutz“
Praktische Arbeitsmedizin, 16, 2009, 46-53, ISSN 1861- 6704

Tenckhoff, B., Siegmann, S.:

„Vernetztes Betriebssicherheitsmanagement“
Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Heidelberg, 1. Auflage 2009, ISBN: 978-3-87284-061-5

Wittmann, A., Siegmann, S.:

„Gefährdungsbeurteilung und Risikomanagement“
Ecomed Sicherheit, Landsberg, Loseblattsammlung, 11. AL 2009, ISBN 978-3-609-66331-9

Rezension

Technische Krisenprävention - Teil 2

Silvester Siegmann

Die Rahmenbedingungen und die Risikolandschaft der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts verändern sich mit einer rasanten Geschwindigkeit. Diese Entwicklung stellt die Unternehmen vor neue Herausforderungen. Denn sie müssen schnell reagieren, sich permanent anpassen und gleichzeitig ihre Wertschöpfungsketten schützen.

In Zeiten der Veränderungen sind auch neue Denk- und Sichtweisen anzuwenden. Gefordert sind dabei vor allem fundierte Kenntnisse und Sattelfestigkeit in den Methoden zur Einschätzung der Chancen und Risiken im betrieblichen Alltag. Insbesondere Auftraggeber, Behörden, Kreditgeber und Versicherer werden zukünftig ein höheres Maß an Risikotransparenz einfordern. Systematische Herangehensweisen und nützliche Praxishilfen sind vor diesem Hintergrund erforderlich.

Teil 2 dieser Schriftenreihe basiert auf einem einfachen Konzept zur Ermittlung betriebsspezifischer Risiken und Krisenszenarien. Dazu werden zahlreiche Arbeitshilfen und Checklisten (Risiko-Quick-Checks) zur Verfügung gestellt. Sie können als einfaches Selbstanalysewerkzeug verwendet werden. Die Arbeitshilfen und Checklisten sind bewusst allgemein gehalten, damit branchenübergreifend anwendbar und auf einer beigefügten CD-ROM abgelegt. Die neue Praxishilfe ist primär auf kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zugeschnitten. Sie richtet sich vor allem an Unternehmer, betriebliche Fach- und Führungskräfte, Betriebsräte, Brandschutzbeauftragte, Controller, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebssicherheitsmanager, Krisenbeauftragte, Projektverantwortliche, Sicherheitsbeauftragte und andere Interessierte.

Technische Krisenprävention - Teil 2,
1. Auflage 2009,
ISBN: 978-3-941441-10-1,

Kontakt für die Bestellung:
Verlag Technik & Informationen e.K., Bochum,
Tel. 0234/ 9 43 49 -0,

E-Mail: info@vti-bochum.de,
www.vti-bochum.de



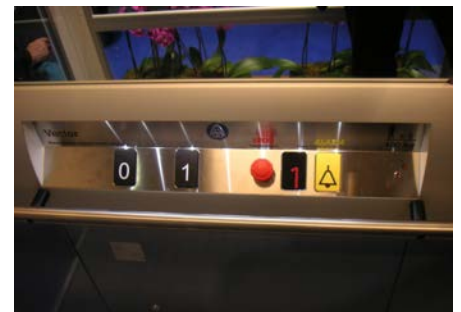
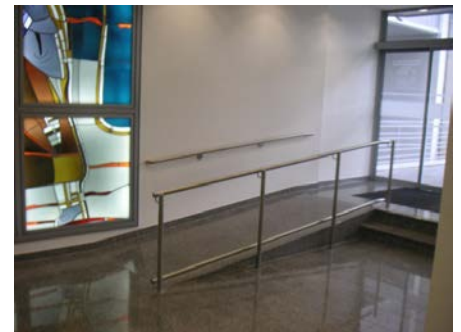
Abstracts

Postersession 6. Bundesweiter Betriebsärztetag

Im Folgenden finden Sie die Abstracts der Postersession des diesjährigen 6. Bundesweiten Betriebsärztetages in Osnabrück (weitere Informationen siehe S. 54). Wir würden uns freuen, wenn auch Sie als unsere Leser sich ermuntert fühlen, zum nächsten Betriebsärztetag Posterbeiträge anzumelden. Stellen Sie dabei praktische Lösungen aus Ihrem betriebsärztlichen Alltag vor, die vielleicht auch anderen das Leben etwas leichter machen können.

Barrierefreie Arbeitsstätten – Integraler Bestandteil moderner Unternehmen

Thomas Rüschemschmidt und Arnd Schulz



Chancen sinnvoll nutzen

Unternehmen können in Zukunft nur erfolgreich sein, wenn sie ihre Betriebe ganzheitlich betrachten. Die Einbeziehung der Barrierefreiheit ist ein integraler Bestandteil einer modernen Unternehmensphilosophie. Dies gilt für Klein- und Großbetriebe gleichermaßen.

Zukunft sichern

Barrierefreien Arbeitsstätten kommt sowohl bei den öffentlichen als auch bei den privaten Arbeitgebern eine immer größere Bedeutung zu. Zahlreiche Kampagnen von Bund, Ländern und der EU zeigen den heutigen und zukünftigen Stellenwert auf. Die UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, das Behindertengleichstellungsgesetz, die Novellierung der Arbeitsstättenverordnung und die geplante DIN 18040 „Barrierefreies Bauen“ stellt neue Herausforderungen.

Mehrwert erkennen

Rampen im Eingangsbereich sind zweifellos für einen Rollstuhlfahrer von elementarer Bedeutung. Sie werden jedoch erfahrungsgemäß zu über 90% von nicht behinderten Menschen genutzt. Zum Beispiel mit Aktenkofferrollis und Handhubwagen.

Orientierungshilfen für sehbehinderte Menschen berücksichtigen in Größe, Kontrast und Anordnung deren spezifische Anforderungen. Sie sind damit grundsätzlich besser erkennbar und somit zweckdienlicher. Menschen ohne Behinderung finden sich ebenfalls besser zurecht.

Abbildungen:

Mitarbeiter mit/ohne Behinderung profitieren gleichermaßen

Implementierung und Bewertung von Betriebssicherheitsmanagement (BSM) auf Baustellen

Tobias Bock und Frank Stickling

Problem

Die Globalisierung zieht auch in der Bauwirtschaft einen tief greifenden Strukturwandel nach sich. Die zunehmende Internationalisierung der Unternehmen wirkt sich erschwerend auf die Zusammensetzung und den Qualifikationsgrad der Projektbeteiligten aus. Dadurch wird der Sicherheits- und Qualitätsstandard der Baustellen zum Teil erheblich beeinflusst. Der Arbeitsplatz Großbaustelle ist ein komplexes Gebilde, bei dem viele unterschiedliche Interessen aufeinander treffen und diese Interessengruppen (Bauherren, Unternehmen, Subunternehmen, Koordinatoren, Architekten, Ingenieure, Aufsichtsbehörden und Berufsgenossenschaften) voneinander abhängig und miteinander verzahnt arbeiten. Diese baustellentypische Konstellation bedingt hohe Anforderungen an das BSM und die damit verbundene Koordination.

Systematik

Prozess der Integration:

Als Basis für den Integrationsprozess dienen die einzelnen Bauphasen nach HOAI und eine systematische Arbeitsschutzorganisation nach Baustellenverordnung. Die einzelnen Aspekte des Betriebssicherheitsmanagements werden somit durch ganzheitliche Integration in den Bauablauf eingefügt, ohne dass einzelne Elemente verloren gehen.

Konzept zur Bewertung der Arbeitsschutzleistung:

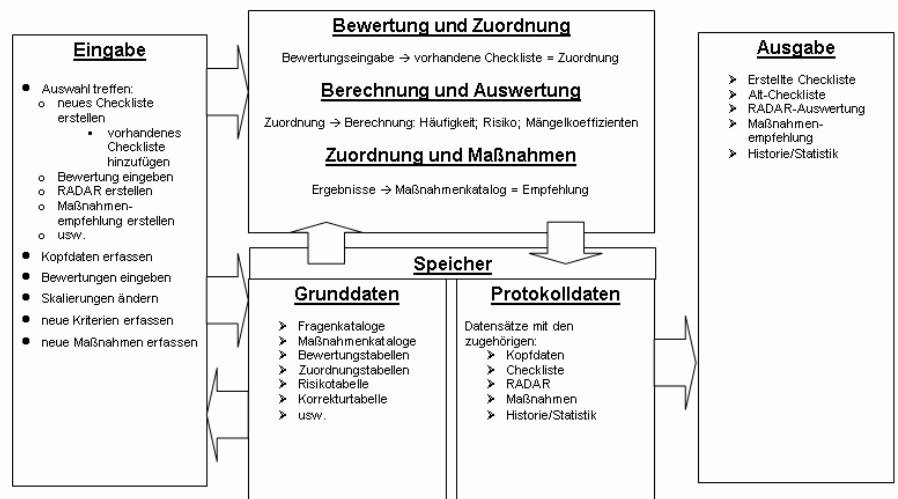
Auf Basis des EFQM-Modells für Excellence ist ein Bewertungsinstrument entstanden, mit dem die Leistung sowohl auf Ebene des Managementsystems als auch für den operativen Bereich bewertet werden kann. Durch die in der Abbildung gezeigte Vorgehensweise wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess sichergestellt, mit dem die Leistung des BSM stetig gesteigert werden.

Zusammenfassung

Um BSM auf einer Baustelle praktisch umzusetzen, ist eine gemeinsame Philosophie zum Betriebssicherheitsmanagement von der obersten Bauleitung/Geschäftsführung festzulegen und zu leben. Die Koordinierung ist dabei das wichtigste Thema. Aus Sicht der Bauleitung ist ein systematisches und zyklisches Schulungskonzept ein elementares Werkzeug der Koordinierung, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Werden durch diese Vorgehensweise der Arbeitsschutz, Umweltschutz usw. als ein Teilprozess und somit als selbstverständlich im Ablauf der Baustellenprozesse verstanden, ist der Zusatzaufwand (zeitlich und monetär) zur Nachbesserung vernachlässigbar gering. Somit kann eine signifikante Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Gesamtprojekt erreicht werden.

Die Implementierung und Bewertung von BSM auf Baustellen leistet einen wichtigen Beitrag zur rechtskonformen, nachhaltigen Erfüllung der Aufgaben der am Bau Beteiligten im

gesamten Bauprozess. Hinsichtlich der stetig steigenden Forderungen verschiedener Interessengruppen, der schwierigen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Bauarbeiten insgesamt und der daraus resultierenden Herausforderung, den Bauablauf betriebssicher zu gestalten, erscheint der Aufwand für die Umsetzung als angemessen.



Betriebssicherheitsmanagement (BSM) in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Ralph Hubka

Markteinwirkungen auf Einrichtungen des Gesundheitswesens

In einem Krankenhaus sind viele Fachabteilungen zur Unterstützung des eigentlichen Dienstleistungsprozesses, der Patientenversorgung, nötig.

Alle Prozesse (Kern-, Stütz- und Managementprozesse) müssen spezifische Vorschriften, Richtlinien und Qualitätsstandards einhalten. Die politische und wirtschaftliche Liberalisierung bzw. Deregulierung schreitet, bedingt durch den europäischen Binnenmarkt, immer weiter voran. Aus wettbewerbspolitischer Sicht soll mit Hilfe von Deregulierungen eine Beseitigung von marktwirtschaftlichen Verzerrungen erreicht werden.

Für die Unternehmen bedeutet dies die Stärkung der Eigenverantwortung, was Chancen und Risiken zugleich erhöht. Zudem steigt der Konkurrenz- und Kostendruck.

An Einrichtungen des Gesundheitswesens, speziell an Krankenhäuser, werden durch den schnellen medizinischen und technischen Fortschritt hohe Anforderungen an die Qualität der erbrachten Dienstleistungen und an die Betriebssicherheit gestellt. Die verantwortliche Führung des Krankenhauses muss also alles tun, damit die Unternehmensziele erreicht und die Unternehmenswerte gesichert werden.

Beispiel.: Risikoanalyse, -bewertung, -kontrolle - Bestimmung des Ist-Zustandes bei einem Klinik-Neubau

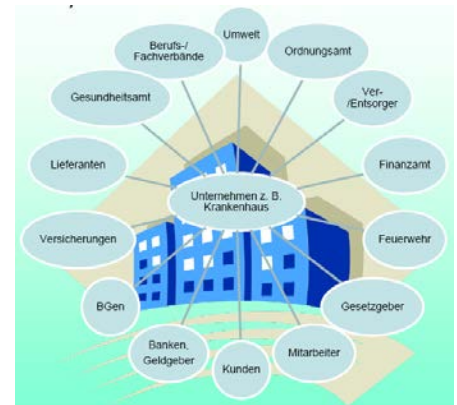
Mit Hilfe einer Bewertungsmatrix kann der aktuelle Stand des Projektes hinsichtlich der Einhaltung von technischen, organisatorischen und personellen Anforderungen nachvollziehbar dargestellt werden. Die Ist-Analyse wird durch interne Audits umgesetzt. Bei der Visualisierung wird mit den Ampelfarben gearbeitet, um schnell einen Überblick auf das Wesentliche zu ermöglichen. Gleichzeitig können zuvor definierte Prioritäten (K.O.-Kriterium, Ordnungswidrigkeit, ...) festgelegt werden.

Im laufenden Projekt ist dann sehr leicht eine Änderung des Status der Anforderungen zu erkennen (z. B. Brandschutz; vorher: teilweise erfüllt, jetzt: erfüllt ð Ampel springt von gelb auf grün).

In der Praxis wird es auch immer wieder vorkommen, dass sich Prioritäten im Laufe eines Großprojektes ändern, z. B. weil die Wichtigkeit zum entsprechenden Zeitpunkt falsch bewertet wurde oder weil einige Prozesse von anderen Prozessen abhängig sind bzw. die-

se voraussetzen. Mit dieser Dokumentation ist nachvollziehbar, warum, wer, wann, welche Entscheidungen getroffen hat.

Abbildung: In Anlehnung an: Brühwiler, ONR 49000ff, ISO/FDIS 31000



Vorschlag zur Priorität	Projektübersicht Klinikum XY, Beispiel: Inbetriebnahme eines Neubaus	vorhanden:	funktionsicher:	betriebsicher + Konformität vorhanden:	Verantwortlicher	Termin:	Status:	Anlage Nr.:	Bemerkung:
1	A: Personal								
2	B: Hygienemanagement								
3	B: Arbeitssicherheit / Arbeitsmedizin								
4	A: Brandschutz								
5	B: Gefahrstoffe								
6	B: Gefahrquell								
7	B: Biologische Arbeitsstoffe								
8	A: IT Sicherheit								
9	B: Medizinprodukte								
10	B: Röntengeräte								
11	C: Umzugsmanagement								
12	B: Zugang / Sicherheit der Baustelle								
13	B: Abfall + Entsorgung								
14	B: Umweltschutz								
15	B: Verfallschutz								
16	B: Gefahr von Ausrüstung nach Inbetriebnahme								
17	A: Technische Einrichtungen								
18	A: Notfallmanagement								
19	B: Hubschrauberlandeplatz								
20	A: Baugenehmigung								
21	C: Inbetriebnahmehandbuch								

ne nicht erforderlich

Prioritäten: Bedeutung für die Inbetriebnahme:

- A sehr wichtig, k.o.-Kriterium
- B wichtig, z. B. bei Verstoß: Ordnungswidrigkeit
- C unwichtig, nicht gesetzlich gefordert, aber notwendig für den Gesamtbetrieb

Legende:

- nz nicht zutreffend
- rot nicht erfüllt
- gelb teilweise erfüllt
- grün erfüllt



Technisches Krisenmanagement im Rahmen des Betriebssicherheitsmanagements

Claus Pachurka, Silvester Siegmann und Volker Hageböling

Ein Thema für alle

In Zeiten der Globalisierung ist „Technisches Krisenmanagement“ vor dem Hintergrund immer komplexer werdender Risiken und Krisenpotenziale nahezu unverzichtbar. Krisenereignisse haben viele Ursachen und Gesichter: IT-Netzausfälle, Störungen bei „Bottle-neck“-Anlagen, Großschäden, Störfälle, Unglücke oder unzureichende Krisenkommunikation. Davon sind nicht nur Großunternehmen aus den klassischen Risikobranchen betroffen, sondern auch Institutionen, Organisationen sowie kleine und mittlere Unternehmen (KMU) aller Branchen.

Jahr für Jahr entstehen durch Krisenereignisse beträchtliche Primär- und Sekundärschäden, die sich im Ernstfall für manchen Betroffenen sogar existenzbedrohend auswirken können (siehe Grafik).

Murphy's Law

Ein Unternehmen kann über einen längeren Zeitraum erfolgreich operieren und gute Ergebnisse erzielen. Trotzdem kann es innerhalb eines Tages durch ein scheinbar harmloses Ereignis in eine Krisensituation geraten. Es besteht die Gefahr, dass das Ereignis au-

ßer Kontrolle gerät und der vitale Nerv des Unternehmens kritisch getroffen wird. Schon Murphy's Law besagt: Das Ereignis kommt bestimmt – irgendwann, irgendwie, irgendwo. Daher sollte sich jedes Unternehmen hinreichend auf den Ernstfall vorbereiten.

Was ist zu tun?

Weitsichtige Unternehmen entwickeln rechtzeitig ein umfassendes Bewusstsein im Umgang mit Risiken. Ferner wird jedem Unternehmen empfohlen, zuverlässige Konzepte und Maßnahmen (Team, Plan, Übungen u. a.) zur Krisenprävention bzw. Krisenbewältigung zu implementieren. Leider sind noch zu viele Unternehmen von diesem Ideal weit entfernt.

Krisenkommunikation

Die Wahrnehmung eines krisenbetroffenen Unternehmens stimmt selten mit der Wahrnehmung der hochsensiblen Öffentlichkeit überein. Häufig trifft Rationalität auf Emotionalität. Bei der Krisenkommunikation kommt es darauf an, bei allen Verantwortlichen den gleichen Informations- und Wissensstand sicherzustellen sowie die eigenen Mitarbeiter, die Medien und die Öffentlichkeit möglichst unverzüglich, sachgerecht, widerspruchsfrei und wahrheits-

gemäß zu informieren. Kommunikationsexperten sind sich darüber einig, dass bereits in den ersten Stunden einer Krisenreaktion alle Weichen für den weiteren Verlauf gestellt werden. Fazit: Gute Krisenkommunikation will ebenfalls vorbereitet sein.

Literatur:

Bundesministerium des Innern:
„Krisenkommunikation“

1. Auflage 2008, Artikelnummer: BMI 08313

Hageböling, V.:

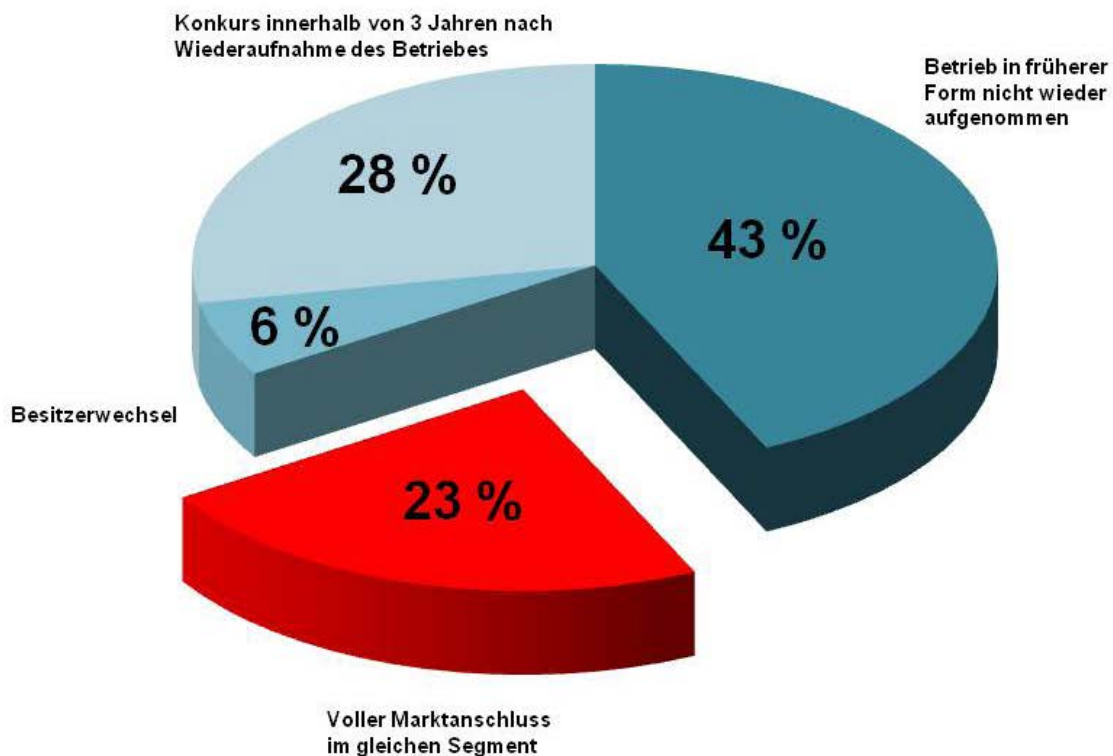
„Technisches Risikomanagement“
TÜV Media GmbH, Köln, 2009, ISBN: 978-3-8249-1101-1

Pachurka, C.:

„Technische Krisenprävention - Personen und Sachwerte proaktiv schützen“
Verlag Technik & Information, Bochum, 2008, ISBN: 978-3-934966-76-5

Tenckhoff, B., Siegmann, S.:

„Vernetztes Betriebssicherheitsmanagement“
Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Heidelberg, 2009, ISBN: 978-3-87284-061-5



Barrierefreie Arbeitsstätten – integraler Bestandteil moderner Unternehmen

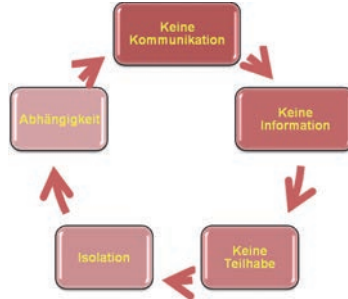
Arnd Schulz

Gehörlosigkeit im Arbeitsleben

Gehörlose stoßen überall dort auf Barrieren, wo akustische Signale zum Einsatz kommen. Hör- und Sprachbarrieren führen langfristig zu Isolation und Abhängigkeit. Die entsprechende Gestaltung von Arbeitsplätzen, insbesondere wenn sie bei Neu- oder Umbauten schon frühzeitig eingeplant werden, hilft nicht nur behinderten Mitarbeitern. Ein einfacher Zugang zu Informationen ist für alle ein Gewinn.



Auswirkung von Hör- und Sprachbarrieren



Barrierefreie Kommunikation

Visuelle Informationen werden besser verarbeitet als rein sprachliche. In der Arbeitsumgebung sollten Signale wie Warnungen, Alarmer (z. B. bei Bränden) oder Betriebszustände von Maschinen optisch angezeigt werden. Vor allem Menschen mit eingeschränktem oder fehlendem Hörvermögen sind darauf angewiesen.



Optische Anzeige von Betriebszuständen von Maschinen und Anlagen.

Funkrufsysteme

Vibrationssignal und Textübermittlung



Warnsignale

müssen visualisiert werden.



Wahrnehmung

von innerbetrieblichem Transport durch Blinkleuchten



Blitzleuchte

zur Anzeige von Warnungen oder als Lichtklingel



Betriebssicherheitsmanagement-System: Ein modernes systemisch-evolutionäres Managementsystem

Silvester Siegmann und Bernd Tenckhoff

Betriebssicherheitsmanagement

Unter Betriebssicherheitsmanagement versteht man die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung eines zweckgerichteten sozialen Systems in einer Weise, dass die mit seinen betrieblichen Prozessen verbundenen Risiken als akzeptabel und verantwortbar gelten.

Ein modernes systemisch-evolutionäres Management-System wie das Betriebssicherheitsmanagement-System verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und erfüllt die zeitgemäße Forderung nach einem optimal strukturierten Vorgehen sowie vernetztem Wirken. Es bildet den Bezugsrahmen für das Verhalten der Mitarbeiter und maximiert die Lebensfähigkeit des Unternehmens. Es schafft Rechtssicherheit und ist ein nicht zu unterschätzender Wirtschaftsfaktor. Das Betriebssicherheitsmanagement-System ersetzt keine vorhandenen Managementsysteme. Es ist ein operatives Instrument zur Bündelung und Vernetzung vorhandener Systeme, um Synergien optimal zu nutzen und Effizienzsteigerungen zu erwirken. Hier „Siegmann Bild“ einfügen!

Partizipation

Ein Veränderungsprozess, wie der Aufbau eines integrierten Management-Systems, ist immer nur dann effizient und nachhaltig, wenn es gelingt, die Mitarbeiter mitzunehmen. Das bringt eine hohe Identifikation und Motivation. Ebenso fließen alle betrieblichen Erkenntnisse und Erfahrungen der Mitarbeiter unmittelbar in den Prozess ein. Dazu ist eine partizipative Managementstrategie zu wählen.

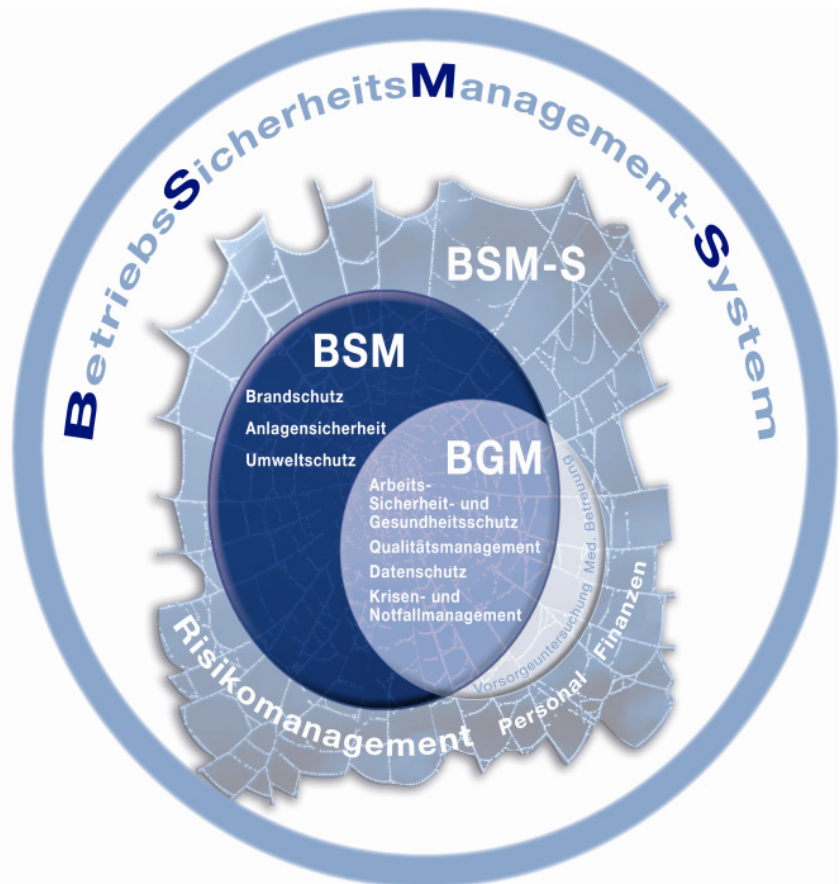
Jedem Mitarbeiter muss bewusst sein, dass eine arbeitssicherheitsgerechte und gesundheitsbewusste Denkweise vom Vorstand gewollt ist und die Unternehmungsführung muss dies auch glaubhaft vorleben.

Nachhaltigkeit

Der traditionelle vorschrittorientierte Ansatz hilft im modernen Arbeitsschutz nicht weiter. Ein auf ganzheitliche Prävention ausgerichteter, zukunftsfähiges Arbeitsschutzverständnis geht vom Wertschöpfungsprozess aus und belegt den Nutzen der präventiven Maßnahmen für den gesamten Wertschöpfungsprozess. Nur der ganzheitliche Ansatz sichert die Nachhaltigkeit des Managements von Sicherheit und Gesundheit.

Literatur:

Tenckhoff, B., Siegmann, S.:
„Vernetztes Betriebssicherheitsmanagement“
Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Heidelberg,
2009, ISBN: 978-3-87284-061-5



Schutz vor blutübertragbaren Erregern durch den Einsatz von Handschuhen

Andreas Wittmann, Jan Köver, Nenad Kralj und Friedrich Hofmann

Einleitung

Bei operativ tätigen Mitarbeitern im Gesundheitsdienst gehören Verletzungen an spitzen und/oder scharfen Gegenständen (Nadelstichverletzungen) zu den häufigsten Unfällen im Arbeitsalltag. Mit Nadelstichverletzungen ist stets auch die Gefahr einer Infektion verbunden, da durch diese Eintrittspforte Blut und Körperflüssigkeiten vom Patienten auf den Mitarbeiter übertragen werden können.

Ergebnisse mehrerer Studien haben gezeigt, dass Doppelhandschuhsysteme, bestehend aus einem inneren und einem äußeren Handschuh, das bei chirurgischen Nadelstichverletzungen übertragene Blutvolumen deutlich reduzieren können.

In der hier beschriebenen Untersuchung wurden die übertragenen Blutvolumina beim Einsatz unterschiedlicher Doppelhandschuhsysteme bzw. einem mit Desinfektionsmittel im

inneren ausgestatteten Spezialhandschuh mit dem Volumen bei der Verwendung einfacher Handschuhe verglichen.

Methodik

Das übertragene Blutvolumen wurde in einem ex vivo Modell (Schweineschwarte) bestimmt. Dazu wurden die Einstichversuche mit diversen chirurgischen Instrumenten durchgeführt, die mit ^{99}Tc -markiertem Blut kontaminiert worden waren. Anschließend wurde das übertragene Volumen aus der übertragenen Strahlenaktivität bestimmt.

Ergebnisse

Bei allen simulierten Nadelstichen wurde beim Einsatz doppelter Handschuhe und bei der Verwendung des mit Desinfektionsmittel gefüllten Spezialhandschuhs deutlich weniger Blut übertragen als beim Stich durch einen einfach getragenen Handschuh (Abbildungen 1, 2).

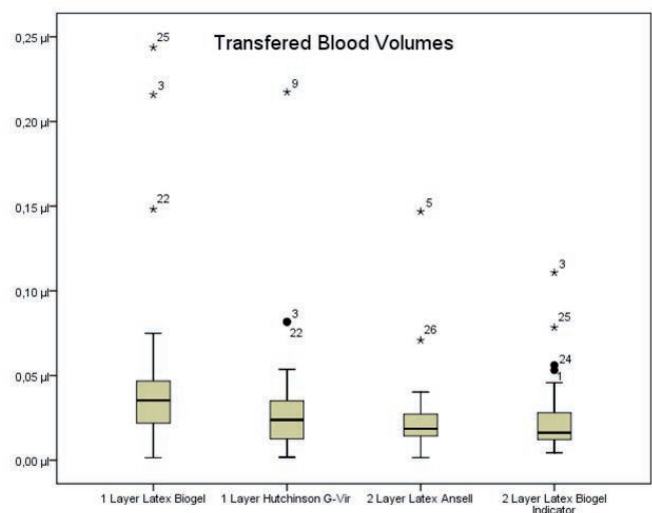
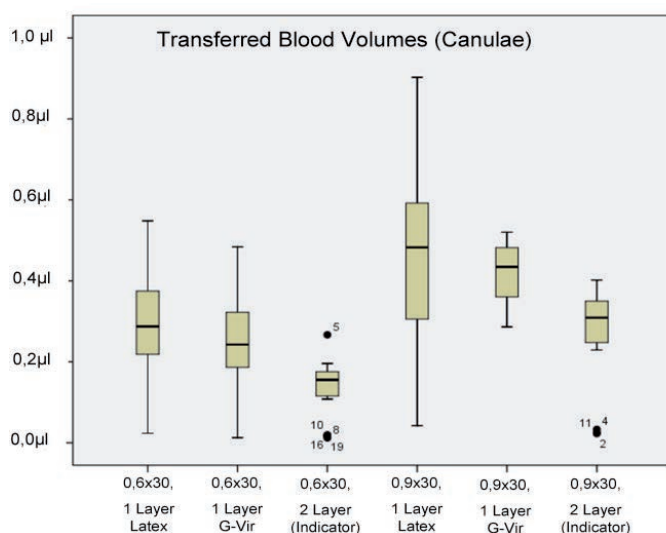
Beim Einsatz des Indikatorhandschuhsystems kann die Detektion aller Schnitt- und Stichverletzungen als ein weiterer Vorteil verbucht werden. Studien anderer Autoren konnten zeigen, dass der mit Desinfektionsmittel gefüllte Spezialhandschuh die übertragene Virusmenge entscheidend reduzieren kann.

Fazit

Der Einsatz von speziellen Infektionsschutzhandschuhsystemen, Doppelhandschuhsystemen bzw. Doppelhandschuhsystemen mit Indikatorfunktion kann einen entscheidenden Beitrag zur Verringerung des Infektionsrisikos bei chirurgischem Personal leisten. Im Falle des Indikatorsystems kommt eine sofortige Erkennbarkeit der Stichverletzungen als großer Vorteil hinzu.

Abbildungen 1, 2:

Übertragene Blutvolumina bei simulierten Nadelstichverletzungen. Sowohl bei Kanülen (geringe Stichtiefen) als auch bei massiven chirurgischen Instrumenten führte der Einsatz doppelter Handschuhe zu einer deutlichen Reduktion des übertragenen Blutvolumens. Auch der desinfektionsmittelgefüllte Spezialhandschuh beeinflusste das übertragene Volumen positiv.



VDSI-AK Betriebssicherheitsmanagement gegründet Erstes Treffen unter dem Dach des VDSI im April

VDSI e.V.

„Beim Betriebssicherheitsmanagement geht es unter anderem darum, die Compliance eines Unternehmens sicherzustellen“, so Silvester Siegmann. „Dies bedeutet konkret, dass die mit betrieblichen Prozessen verbundenen Risiken als akzeptabel und verantwortlich gelten.“ In diesem Sinne ist Betriebssicherheitsmanagement nicht als Management der Betriebssicherheitsverordnung zu verstehen. „Anlagensicherheit ist nur ein wichtiges Standbein des Betriebssicherheitsmanagements, es gehören aber auch noch andere wichtige Bereiche wie zum Beispiel Gesundheitsschutz, Krisenmanagement, Umweltschutz, Datenschutz, Security und Qualitätsmanagement dazu. Es ist ein operatives Instrument zur Bündelung und Vernetzung vorhandener Systeme, um Synergien optimal zu nutzen und Effizienzsteigerungen zu erwirken.“

Geplantes Arbeitsprogramm

Der neue VDSI-Arbeitskreis wird in den kommenden Monaten zunächst Grundlagenarbeit leisten und sich mit der Profilbildung des Betriebssicherheitsmanagements befassen. Anschließend sollen praktische Umsetzungshilfen erstellt werden, die andere VDSI-Mitglieder dazu nutzen können, ein Betriebssicherheitsmanagement im Unternehmen zu installieren. Dazu gehören unter anderem Audit-Checklisten und Stellenbeschreibungen für Betriebssicherheitsmanager. Der Arbeitskreis wird auch die genauen Schnittstellen zwischen den integrierten Systemen wie zum Beispiel Umweltschutz, Datenschutz und Qualitätsmanagement definieren.



VDSI-Vorstand im Amt bestätigt

VDSI e.V.

Düsseldorf, 5. November 2009. Die Mitgliederversammlung des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) hat mit großer Mehrheit den Vorstand für zwei weitere Jahre im Amt bestätigt. An die Spitze des insgesamt neun Personen umfassenden Gremiums wurde zum zweiten Mal in Folge Professor Dr. Rainer von Kiparski (56) gewählt.

„Ich freue mich, dass mir die Mitglieder erneut das Vertrauen ausgesprochen haben“, erklärte Professor Dr. Rainer von Kiparski. „Der VDSI-Vorstand wird weiterhin dafür eintreten, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz gerade in Zeiten der Wirtschafts- und Finanzkrise als nachhaltige Unternehmenswerte zu verankern. Zukunftsthemen wie die demografische Entwicklung und die weitere Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland dürfen nicht auf die Zeit nach der Krise verschoben werden“.

Professor Dr. Rainer von Kiparski ist seit mehr als zwanzig Jahren VDSI-Mitglied. Er vertritt den Verband in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi). Internationale Kontakte bestehen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO), für die er im Bereich Arbeitshygiene als Berater tätig ist. Er gehört zum Fachbeirat der Gesellschaft für Qualität im Arbeitsschutz (GQA) und der Gesellschaft für Qualitätssicherung in der

betriebsärztlichen Betreuung (GQB). Hauptberuflich ist Professor Dr. Rainer von Kiparski bei der IAS Stiftung in Karlsruhe als stellvertretender Vorstand Medizin und Technik tätig. An der Universität Karlsruhe liest er als Honorarprofessor zu verschiedenen Gebieten im Arbeits- und Umweltschutz.

Neben dem Vorsitzenden wurden auch die acht weiteren Vorstandsmitglieder im Amt bestätigt. Dazu gehören

- Dr. Arno Weber (Ressort Aus- und Weiterbildung)
- Margrit Stuhr (Ressort Bezirksgruppen)
- Karlheinz Kalenberg (Ressort Finanzen)
- Martin Goder (Ressort Grundsatzarbeit/ Fachgruppen)
- Professor Ralf Giercke (Ressort Internationale Zusammenarbeit)
- Dieter Arnold (Ressort Nationale Zusammenarbeit)
- Gregor Doepke (Ressort Öffentlichkeitsarbeit)
- Dr. Klaus Große (Ressort Projektmanagement).

Der VDSI ist der größte Verband für Experten im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz in Deutschland. Zu den rund 5.200 Mitgliedern gehören Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit.



Rezension

Moderne Berg- und Höhenmedizin Handbuch für Ausbilder, Bergsteiger, Ärzte

Presstext Gentner Verlag Stuttgart

Moderne Berg- und Höhenmedizin erscheint vor dem Hintergrund einer dynamischen Entwicklung des Bergsports weltweit in allen seinen Varianten. Allein in Mitteleuropa suchen jährlich etwa 20 Mio. Menschen hoch gelegene Orte zu unterschiedlichsten Zwecken auf. Dazu spiegelt sich eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung: Immer mehr immer ältere Menschen – ein Teil von ihnen mit diversen Vorerkrankungen – suchen Hochlagen auf und sind dort oben zum Teil sehr aktiv. All dies findet in einer Umgebung statt, in der aufgrund der Abgelegenheit und Entfernungen nicht sofort und manchmal gar nicht mit organisierter Hilfe zu rechnen ist.

Moderne Berg- und Höhenmedizin zeigt die hohe persönliche Eigenverantwortung und die Verantwortung der Ausbilder und Begleiter auf. Die Herausgeber verfolgen deshalb ein primär präventives Konzept: Durch entsprechende Kenntnisse ist es sicher sinnvoll, einen Notfall gar nicht erst eintreten zu lassen. Trotz vorsichtigem Verhalten können Notfälle jedoch immer passieren. Daher ist der zweite Aspekt „Was muss man wissen, damit ein Notfall möglichst beherrscht werden kann und sich nicht zur Katastrophe auswächst?“ ein ebenso wichtiger Bestandteil dieses Handbuchs. Sehr systematisch werden die potenziellen Gefahren bis hin zu den Maßnahmen bei eingetretenem Notfall dargestellt.

Moderne Berg- und Höhenmedizin vermittelt aktuelles höhenmedizinisches und alpinistisches Faktenwissen und dessen Anwendung. Für Ausbilder, Bergsteiger und alpinmedizinisch interessierte Ärzte ist dieses Wissen unerlässlich. Professionelle Ausbilder, Bergführer und Ärzte müssen sich ständig fortbilden. Das Buch vermittelt die aktuellen Grundlagen zu praktisch allen Disziplinen des Bergsportes und außerdem für praktisch alle potenziellen Risikogruppen (z. B. Kinder, ältere Menschen, Schwangere). Detailliert werden auch die Faktoren systematisch erarbeitet, die für eine umfassende und spezifische alpin- und sportmedizinische Beratung notwendig sind.



Moderne Berg- und Höhenmedizin ist ein methodisch ausgefeiltes Standardwerk. Die Inhalte sind fachlich professionell für den qualifizierten Leser aufbereitet. Die durchgehende Visualisierung – Tabellen, Fotos, Grafiken, Abbildungen und Flussdiagramme – erfolgt im Farbdruck und unterstützt die methodische Systematik. Für den Nutzer ist das Wissen damit übersichtlich geordnet und gewährleistet den schnellen Zugriff auf Zusammenhänge und Details.

Moderne Berg- und Höhenmedizin ist weltweit das einzige Buch, das umfassend die Berg- und Höhenmedizin darstellt und ein einmaliges Konzept aufweist, indem der Bogen von der Gefahr bis hin zum Notfallmanagement gespannt wird.

Erstauflage 2010

Th. Küpper - K. Ebel – U. Gieseler (Hrsg.)

Moderne Berg- und Höhenmedizin Handbuch für Ausbilder, Bergsteiger, Ärzte

ISBN 978-3-87247-690-6

© Gentner Verlag Stuttgart

gebunden, vierfarbig, 752 Seiten

Ladenpreis € 50,-

Rezension

Arbeitsmedizinische Einschränkungen bei bestimmten Erkrankungen

Uwe Ricken

Für mehr als 190 alphabetisch geordnete Krankheitsbilder werden aus 200 arbeitsmedizinischen Einschränkungen diejenigen angegeben, die für diese Erkrankungen zu berücksichtigen sind und bei der Arbeitsplatzbeurteilung oder beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement Bedeutung haben.

In einer ausführlichen Anleitung werden die Anwendung dieser Kriterien erläutert und grundsätzliche Hinweise für die Beurteilung arbeitsmedizinischer Einschränkungen gegeben.

Bei geringer arbeitsmedizinischer Erfahrung soll eine Orientierungshilfe für die Praxis gegeben werden, damit eine fachgerechte Beurteilung möglich ist. Aber auch erfahrene Betriebsärzte profitieren von dieser schnellen Recherchemöglichkeit.

In einem Anhang finden sich außerdem eine Anleitung für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie mehrere Musterbescheinigungen.

Damit ist dieser Leitfaden für alle Betriebsärzte/-innen bei der Beurteilung von arbeitsmedizinischen Einschränkungen eine unentbehrliche Hilfe.

Heinz Beckers

Arbeitsmedizinische Einschränkungen bei bestimmten Erkrankungen

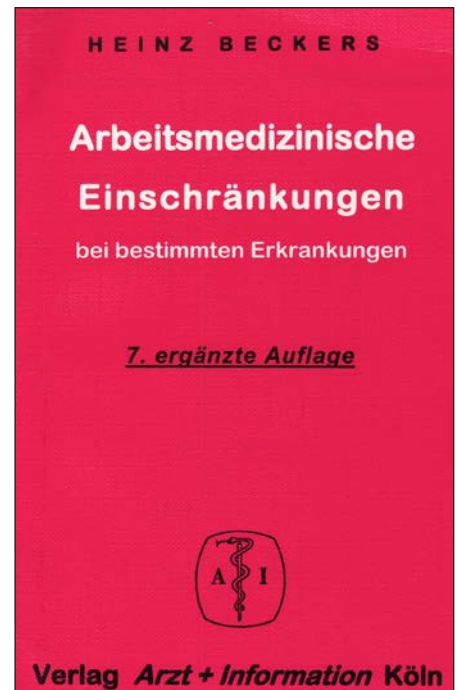
7. ergänzte Auflage

Gebunden, 165 Seiten

18,- EUR (einschl. Versandkosten und MwSt.)

ISBN 978-3980738460

Verlag Arzt + Information
Dr. med. Heinz Beckers
Joseph-Teusch-Str. 40
50935 Köln



Rezension

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch

Uwe Ricken

Mit diesem übersichtlich gegliederten Leitfaden lässt sich der Aufwand zum Erstellen eines QM-Handbuchs gering halten. Es enthält Vorlagen für alle geforderten Nachweise auf einer beigefügten CD-R. Bevor das QM-Handbuch geschrieben wird, kann der Autor in einer Checkliste prüfen, welche Nachweise bereits erstellt wurden. Der arbeitsmedizinische Dienst bzw. die (Betriebs-)Arztpraxis muss nicht neu organisiert werden. Der QM-Navigator passt sich der Organisation an. Er enthält eine Vorlage zur Bearbeitung des Selbstbewertungsbogens.

Bei der Arbeit mit dem Buch und der CD ist kein Vorwissen erforderlich. Es ist also perfekt geeignet für die Umsetzung durch das Betriebsarzt- oder Praxisteam.

Das Buch und die CD-R bieten eine Komplettlösung - als PC- oder Papier-Version des Handbuchs. Eine Internetseite zum QM-Navi-

gator mit Tipps und Aktualisierungen über die Homepage der Autoren (www.qmgesundheitswesen.de) rundet die vermittelten Informationen ab.

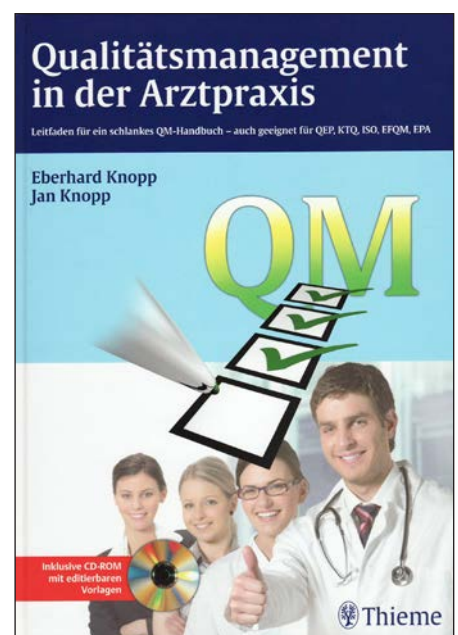
Das QM-Handbuch ist auch anwendbar mit QEP, KTQ, ISO, EFQM und EPA. Da das vom BsAfb mitgestaltete OsQa (www.osqa.de) ISO-konform ist, kann man es auch hier nutzbringend anwenden.

Der QM-Navigator und die Vorlagen machen die fortlaufende Verbesserung leicht. Alle Vorlagen können an die individuellen Bedürfnisse angepasst und natürlich ausgedruckt werden.

Eberhard Knopp, Jan Knopp

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA
1. Auflage 2009, Gebunden, 204 Seiten, 50 Abbildungen, 89,95 EUR, ISBN 9783131499714



Rezension

CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen

Uwe Ricken

Die vierte überarbeitete Auflage des CRM-Handbuchs Reisen mit Vorerkrankungen wurde nicht nur innerhalb der einzelnen Abschnitte aktualisiert und erweitert, sondern auch durch das zusätzliche Kapitel „Besondere Lebenssituationen - Anhaltspunkte für die Beratung“ neu strukturiert. Darin sind unter anderem für Reisende in einer postoperativen Phase, für Personen mit Behinderung, für Schwangere, Senioren und Eltern die wesentlichen reisemedizinischen Beratungsaspekte dargestellt. Bei beruflich Reisenden müssen häufig mitreisende Familienangehörige in die Beratung, die Untersuchung und das Impfmanagement mit einbezogen werden.

Dieses Nachschlagewerk „Reisen mit Vorerkrankungen“ liefert Hinweise zu zahlreichen Krankheiten und stellt die reiserlevanten Aspekte wie Risikoabwägung, spezielle Vorsorge und besondere Umwelteinflüsse systematisch dar. Es informiert in einem weiteren Kapitel u. a. über medizinische Versorgungsstrukturen und Verkehrsverbindungen von über 40 Ländern. Dieser Aspekt ist für Arbeitsmediziner von besonderer Wichtigkeit. Weitere Abschnitte beschäftigen sich mit dem Krankenversicherungsschutz bei Auslandsreisen, und

mit der Mitnahme und Lagerung von Medikamenten. Außerdem enthält das Handbuch Kopiervorlagen von Formularen beispielsweise für die Mitnahme von Injektionsmaterialien oder eine Musterbescheinigung für Träger eines Herzschrittmachers oder Cardioverter Defibrillators.

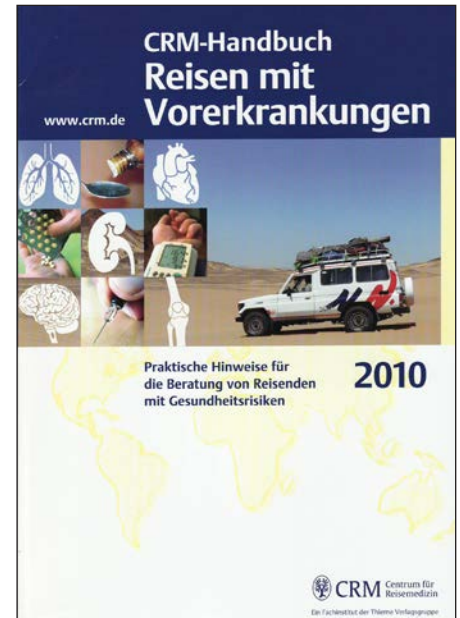
Reisen mit Vorerkrankungen

Praktische Hinweise für die Beratung von Reisenden mit Gesundheitsrisiken

4. überarbeitete Auflage,
Erscheinungsweise: jährlich
Gebunden, 218 Seiten
Einzelausgabe CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen
Einzelpreis: € 38,90
Abonnement CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen
Preis pro Bezugsjahr: € 33,90

ISBN 978-3-941386-03-7

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH
Ein Fachinstitut der Thieme Verlagsgruppe
Hansaallee 321
40549 Düsseldorf



Wenn die Seele streikt

Vermeidung psychischer Gesundheitsschäden nach schweren Arbeitsunfällen

Ralf Radix

Bernd K. ist völlig übermüdet. Immer wieder drohen ihm seine Augen zuzufallen, während er die Maschine bedient.

Zwei Wochen ist es jetzt her, dass er aus der Nähe mit ansehen musste, wie ein Kollege verunglückte und noch in der Halle verstarb. Seitdem hat er keine Nacht mehr richtig geschlafen. Immer diese Alpträume: die Hilferufe, das Chaos, die Hektik, der leblose Körper, die Angst um den Kollegen, die knallharte Wahrheit, die Gedanken an seine Familie – all das wird zur Wirklichkeit, Nacht für Nacht.

„Bin ich nicht normal? Werde ich langsam verrückt?“ So kann er jedenfalls nicht weiterarbeiten. In seinem Zustand wäre das viel zu gefährlich. Sonst ist er vielleicht der Nächste.

Dies ist nur eine ganz konkrete Situation, die nach einem Arbeitsunfall eingetreten ist. Sie zeigt die Gefahren, die auftreten, wenn keine psychosoziale Begleitung der Betroffenen erfolgt.

Dabei sind schwere Arbeitsunfälle gar nicht so selten, wie man allgemein annimmt. Für das Jahr 2004 weist alleine die Statistik des damaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (heute DGUV) 645 tödliche und 841.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle auf. Neu bewilligt wurden 18.138 Arbeitsunfallrenten.

Durch diese Unfälle ist eine viel höhere, nicht zu beziffernde Zahl von Menschen indirekt betroffen: Ersthelfer, Augenzeugen, Arbeitskolle-

gen und -kolleginnen, Führungskräfte in den Betrieben, Angehörige. Sie sind psychischen Belastungen ausgesetzt, die kaum Beachtung finden. Ihre körperlichen Reaktionen auf solche Ereignisse (Akute Belastungsreaktionen) werden nicht wahrgenommen und erst recht nicht ernst genommen. Die Gefahr, dass sich aufgrund dieser psychischen Belastungen Gesundheitsschäden entwickeln, die lange Zeit anhalten und sogar chronisch werden können, wird unterschätzt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt nach der ICD 10 die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS.

Nach den §§ 1 und 14 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben die Unfallversicherungsträger die Verpflichtung, die Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung

Rezension

CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen

Uwe Ricken

Die vierte überarbeitete Auflage des CRM-Handbuchs Reisen mit Vorerkrankungen wurde nicht nur innerhalb der einzelnen Abschnitte aktualisiert und erweitert, sondern auch durch das zusätzliche Kapitel „Besondere Lebenssituationen - Anhaltspunkte für die Beratung“ neu strukturiert. Darin sind unter anderem für Reisende in einer postoperativen Phase, für Personen mit Behinderung, für Schwangere, Senioren und Eltern die wesentlichen reisemedizinischen Beratungsaspekte dargestellt. Bei beruflich Reisenden müssen häufig mitreisende Familienangehörige in die Beratung, die Untersuchung und das Impfmanagement mit einbezogen werden.

Dieses Nachschlagewerk „Reisen mit Vorerkrankungen“ liefert Hinweise zu zahlreichen Krankheiten und stellt die reiserlevanten Aspekte wie Risikoabwägung, spezielle Vorsorge und besondere Umwelteinflüsse systematisch dar. Es informiert in einem weiteren Kapitel u. a. über medizinische Versorgungsstrukturen und Verkehrsverbindungen von über 40 Ländern. Dieser Aspekt ist für Arbeitsmediziner von besonderer Wichtigkeit. Weitere Abschnitte beschäftigen sich mit dem Krankenversicherungsschutz bei Auslandsreisen, und

mit der Mitnahme und Lagerung von Medikamenten. Außerdem enthält das Handbuch Kopiervorlagen von Formularen beispielsweise für die Mitnahme von Injektionsmaterialien oder eine Musterbescheinigung für Träger eines Herzschrittmachers oder Cardioverter Defibrillators.

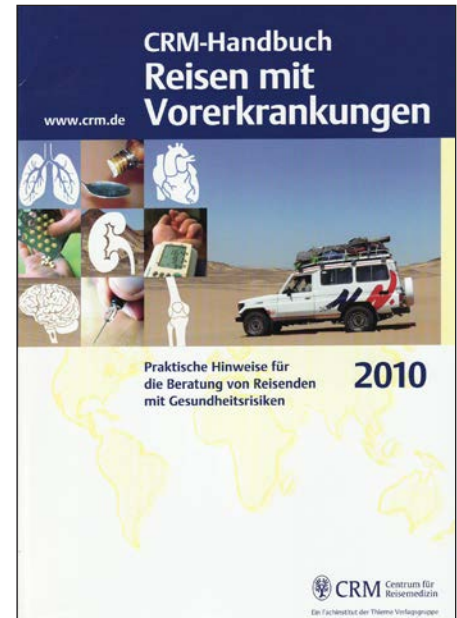
Reisen mit Vorerkrankungen

Praktische Hinweise für die Beratung von Reisenden mit Gesundheitsrisiken

4. überarbeitete Auflage,
Erscheinungsweise: jährlich
Gebunden, 218 Seiten
Einzelausgabe CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen
Einzelpreis: € 38,90
Abonnement CRM-Handbuch Reisen mit Vorerkrankungen
Preis pro Bezugsjahr: € 33,90

ISBN 978-3-941386-03-7

CRM Centrum für Reisemedizin GmbH
Ein Fachinstitut der Thieme Verlagsgruppe
Hansaallee 321
40549 Düsseldorf



Wenn die Seele streikt

Vermeidung psychischer Gesundheitsschäden nach schweren Arbeitsunfällen

Ralf Radix

Bernd K. ist völlig übermüdet. Immer wieder drohen ihm seine Augen zuzufallen, während er die Maschine bedient.

Zwei Wochen ist es jetzt her, dass er aus der Nähe mit ansehen musste, wie ein Kollege verunglückte und noch in der Halle verstarb. Seitdem hat er keine Nacht mehr richtig geschlafen. Immer diese Alpträume: die Hilferufe, das Chaos, die Hektik, der leblose Körper, die Angst um den Kollegen, die knallharte Wahrheit, die Gedanken an seine Familie – all das wird zur Wirklichkeit, Nacht für Nacht.

„Bin ich nicht normal? Werde ich langsam verrückt?“ So kann er jedenfalls nicht weiterarbeiten. In seinem Zustand wäre das viel zu gefährlich. Sonst ist er vielleicht der Nächste.

Dies ist nur eine ganz konkrete Situation, die nach einem Arbeitsunfall eingetreten ist. Sie zeigt die Gefahren, die auftreten, wenn keine psychosoziale Begleitung der Betroffenen erfolgt.

Dabei sind schwere Arbeitsunfälle gar nicht so selten, wie man allgemein annimmt. Für das Jahr 2004 weist alleine die Statistik des damaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (heute DGUV) 645 tödliche und 841.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle auf. Neu bewilligt wurden 18.138 Arbeitsunfallrenten.

Durch diese Unfälle ist eine viel höhere, nicht zu beziffernde Zahl von Menschen indirekt betroffen: Ersthelfer, Augenzeugen, Arbeitskolle-

gen und -kolleginnen, Führungskräfte in den Betrieben, Angehörige. Sie sind psychischen Belastungen ausgesetzt, die kaum Beachtung finden. Ihre körperlichen Reaktionen auf solche Ereignisse (Akute Belastungsreaktionen) werden nicht wahrgenommen und erst recht nicht ernst genommen. Die Gefahr, dass sich aufgrund dieser psychischen Belastungen Gesundheitsschäden entwickeln, die lange Zeit anhalten und sogar chronisch werden können, wird unterschätzt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt nach der ICD 10 die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS.

Nach den §§ 1 und 14 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben die Unfallversicherungsträger die Verpflichtung, die Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung

arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den Betrieben zu überwachen und die Unternehmer und Versicherten zu beraten. Psychische Belastungen sind zu den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu rechnen.

Der § 3 des Arbeitsschutzgesetzes verpflichtet den Arbeitgeber, Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen und dabei diejenigen Umstände zu berücksichtigen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Dies gilt sowohl für technische Maßnahmen als auch für die Arbeitsorganisation. Soziale Beziehungen, Arbeitsumwelteinflüsse und arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse sind dabei unbedingt mit einzubeziehen. Aus diesem ganzheitlichen Ansatz ergibt sich ebenfalls die Verpflichtung, auch die psychischen Belastungen voll einzubeziehen. Weiterhin haben die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch einen Versicherungsfall verursachten – auch psychischen – Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu vermindern, seine Verschlimmerung zu verhindern und mögliche Folgen zu minimieren (§ 26 Abs. 2 SGB VII).

Psychische Erkrankungen als Folge eines Arbeitsunfalls sind nach wie vor ein wichtiges Thema für Juristen und Mediziner.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat schon 1962 klargestellt, dass ein regelwidriger Geisteszustand oder eine seelische Störung als „Körperschaden“ in der gesetzlichen Unfallversicherung zu entschädigen sind, wenn diese auf einen Arbeitsunfall zurückgeführt werden können. Auch rein psychische Einwirkungen – wie etwa ein Schockerlebnis oder psychischer Stress – können als Unfallereignis im Sinne der Definition des Arbeitsunfalls angesehen werden.

Es ist daher zwingend notwendig, neben der medizinischen ersten Hilfe auch die „Erste Hilfe für die Seele“ zu etablieren. Durch sie können psychische Gesundheitsschäden reduziert und sogar verhindert werden. Sie ermöglicht den an einem schlimmen Ereignis beteiligten Personen, schneller wieder zur Normalität zurückzukehren.

Psychotraumatologie

Um nach schweren Arbeitsunfällen auf die psychischen Belastungen der Betroffenen adäquat reagieren zu können, ist das Wissen um die Ursachen und Folgen eines psychischen Traumas notwendig. Dieser Abschnitt vermittelt grundlegende Kenntnisse aus der Traumaforschung. Es werden die Symptome psychischer Belastungen nach einem schlimmen Ereignis beschrieben und auf Gefahren für den psychischen Gesundheitszustand von Betroffenen hingewiesen.

Traumareaktionen – kein Phänomen der Neuzeit

Die ältesten Berichte, in denen ein Mensch ein Trauma erlitten hat, finden sich wahrscheinlich in der Bibel. Dort ist in 1. Mose 19,26 von Lots Frau die Rede, die in das Inferno des Brandes von Sodom und Gomorrha schaut und zur Salzsäule erstarrt. Es hatte wohl seinen Grund, dass Gott den Fliehenden geboten hatte, sich nicht umzudrehen. Durch das Chaos und die Verwüstung vor Augen könnten in Lots Frau Schuldgefühle ausgelöst worden sein, dieses schlimme Ereignis selbst überlebt zu haben, während andere – darunter noch ihre besten Freunde – starben. Und sie erstarrt. (Diese Reaktion hat in der Psychologie einen Namen: „Survival-Syndrom“.)

Am 2. September 1666 brach in der königlichen Bäckerei in London ein Brand aus, der in den drei folgenden Tagen rund 13.000 Häuser und 87 Kirchen und damit fast die gesamte Stadt zerstörte. Etwa 100.000 Einwohner Londons verloren ihr Hab und Gut und wurden obdachlos. Noch ein halbes Jahr später schrieb Samuel Pepys, ein hoher Beamter der britischen Flottenverwaltung, in sein Tagebuch: „Merkwürdig, dass ich bis auf den heutigen Tag nicht schlafen kann, ohne große Angst, von dem Feuer erfasst zu werden.“

Obwohl es psychische Reaktionen auf belastende Ereignisse, wie die Beispiele zeigen, immer schon gegeben hat, ist die wissenschaftliche Erforschung des psychischen Traumas noch relativ jung. Medizinische Aufzeichnungen über psychische Reaktionen – etwa Kriegserlebnisse – gibt es in den USA zwar schon zu den Bürgerkriegen, dem „Korea-Krieg“ und den beiden Weltkriegen. In Bezug auf Desertationen ist dabei von gefechtsbedingtem, posttraumatischem Stress die Rede. Wesentliche Impulse gaben der Wissenschaft jedoch die Folgen, die der „Vietnam-Krieg“ für die amerikanischen Soldaten und Soldatinnen hatte.

Als Folge dieses Krieges wurden in den Vereinigten Staaten sog. „Veteran Centers“ eingerichtet, in denen die kriegsverletzten Soldaten auch psychologisch betreut und behandelt wurden. Aus dieser Arbeit entstand die größte Untersuchung bezüglich der Posttraumatischen Belastungsstörung (engl. Posttraumatic Stress Disorder = PTSD (Deutsche Abkürzung: PTBS), die sog. „Vietnam-Veteranen-Wiederanpassungs-Studie“. Diese Untersuchung ergab, dass jeder vierte Teilnehmer am Vietnamkrieg das Krankheitsbild einer PTSD aufwies. Häufige Probleme bei den Veteranen waren danach deren emotionale Labilität, ernste zwischenmenschliche Probleme, insbesondere in der Ehe, und die generelle Schwierigkeit, enge persönliche Bindungen aufrecht zu erhalten. Zwischen dem antisozialen Verhalten der Kriegsteilnehmer und den

vorangegangenen Kriegserlebnissen besteht ein enger Zusammenhang, heißt es in der Studie.

Erst 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung als Bezeichnung für eine Krankheit mit diagnostischen Kriterien in die psychiatrische Klassifizierung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV [DSM]) der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie aufgenommen.

In ihrer 10. Auflage der weltweit gültigen Klassifizierung von Krankheiten (ICD 10) bietet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1992 eine angemessene Definition eines psychischen Traumas.

Das Trauma – Definitionen

Auch wenn mehrere Menschen von einem „Trauma“ reden, meinen sie möglicherweise dennoch nicht das gleiche.

„Trauma ist das subjektiv unfassbare Geschehen, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und unser Selbst- und Weltverständnis dauerhaft erschüttern kann.“ (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen)

Das Trauma wird hier als ein Geschehen bezeichnet: Der Unfallhergang an sich, die Rettungs- und Ermittlungsmaßnahmen, das Überbringen einer schlimmen Nachricht. In diesem Sinne wird nicht selten auch von „traumatischen Ereignissen“ oder von „traumatischen Erlebnissen“ gesprochen.

Nun wirkt aber die gleiche Situation auf jeden Menschen auf unterschiedliche Weise. Ob ein Ereignis als belastend erlebt wird und wie stark sich die Belastung in den Reaktionen der betroffenen Personen bemerkbar macht, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Unterschiedliche Lebenserfahrungen, Gewohnheiten, eine gute oder schlechte körperliche Verfassung u. Ä. können Gründe dafür sein, dass eine Person auf ein schlimmes Ereignis weniger belastet reagiert als eine Person, die bisher nur das „Normale“ erlebt hat und auch nur mit dem „Normalen“ rechnet. Von einem Trauma als von einem Geschehen zu reden, scheint deshalb weniger sinnvoll zu sein, da nicht jeder mit dem Erlebnis das Gleiche verbindet.

„Unter einem Trauma versteht man eine durch Vernachlässigung oder äußere Gewalteinflüsse verursachte psychische Erschütterung, die sich negativ auf die weitere Entwicklung auswirkt...“ (www.netlexikon.akademie.de)

Diese Definition beschreibt das Trauma als psychische Erschütterung, als Verletzung der Seele.

Ein Blick auf den Ursprung des Wortes „Trauma“ unterstützt diesen Ansatz. Aus dem Alt-

griechischen übersetzt, heißt „Trauma“ schlicht und einfach „Wunde“. So spricht die Medizin von einem Polytrauma, wenn mehrere Verletzungen vorliegen.

Es ist also nicht entscheidend, was passiert ist. Die Einstufung eines Ereignisses als schlimm oder weniger schlimm ist ganz individuell und rein subjektiv. Es ist entscheidend, welche und wie starke Spuren ein Vorfall in der Seele eines Menschen hinterlässt.

Die Akute Belastungsreaktion

Zunächst werden nun die Verhaltensweisen, Symptome und Reaktionen beschrieben, die ganz akut nach einem schlimmen Ereignis bei Menschen, die es miterleben mussten oder in anderer Weise betroffen sind, auftreten können.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese akut auftretenden Folgen als „**Akute Belastungsreaktion**“. Sie ist in der ICD 10 der WHO definiert als „*eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.*“

Treten also bei Menschen, die ein tragisches Ereignis miterlebt haben oder damit konfrontiert werden, Symptome auf, die sie sonst nicht kennen, oder reagieren sie auf eine Art und Weise, wie man es von ihnen bisher nicht kannte, so ist dies völlig normal.

Jede Art und Form der Reaktion, so ausgeprägt sie auch ist, ist der Situation und der betroffenen Person angemessen und nichts Außergewöhnliches.

Die Reaktionen auf psychische Belastungen, wie sie in ihrer Vielzahl weiter unten beschrieben werden, sind kein Grund zur Sorge, wenn Folgendes zu beobachten ist:

- die Symptome und Reaktionen sind relativ rasch rückläufig,
- sie klingen nach ca. 24 bis 48 Stunden ab,
- nach drei Tagen sind Symptome und Reaktionen nur noch minimal spürbar bzw. erkennbar,
- nach 1 bis 3 Monaten treten Symptome und Reaktionen nur noch ganz vereinzelt und kurzzeitig auf.

Unterschiedliche Belastungsreaktionen

Nach einem Arbeitsunfall mit Todesfolge sitzt ein Mitarbeiter – er war Augenzeuge und hat dem Ersthelfer assistiert – mit seinen Kollegen im Aufenthaltsraum, trinkt in aller Ruhe eine Tasse Kaffee und raucht seine Zigarette. Seine Kollegen fragen ihn, wie er nur so gelassen und gleichgültig sein kann. Darauf antwortet der Mitarbeiter: „Ich habe schon etliche Unfälle erlebt und schon einige Kollegen, Nachbarn und Freunde zu Grabe getragen. Ich habe Paul gemocht, und seine Familie tut mir Leid. Aber er ist nicht der Erste und wird auch nicht der Letzte sein.“

Es wird allgemein vermutet, dass Menschen, die das Unglück direkt miterlebt, vielleicht sogar Schwerverletzte oder tödlich Verunglückte gesehen haben, stärker psychisch belastet sein müssen als andere. Zeigen sie heftige Reaktionen, kann dies jeder sofort nachvollziehen.

Umso mehr verwundert es, wenn gerade diese Betroffenen wenig bestürzt sind, abgeklärt reagieren und sich auch nach dem Unfall sich locker geben.

Welcher Art und welchen Grades die Symptome psychischer Belastung sind, hängt jedoch nicht nur von der direkten Nähe zum Unfallgeschehen ab. Folgende Faktoren spielen dabei außerdem eine entscheidende Rolle:

- die Beziehung (Freundschaft/Verwandtschaftsverhältnis) zu dem Verletzten oder Verstorbenen,
- die Erkenntnis, dass es einen selbst auch hätte treffen können,
- Sorge, in der Verantwortung versagt zu haben,
- Schuldgefühle,
- es ist das erste Mal, dass ein solch tragisches Ereignis miterlebt wird (Vorerfahrung),
- es sind die Gefahren am Arbeitsplatz bewusst/nicht bewusst.

Das heißt, dass – unabhängig von Nähe und Distanz zum Unfallort – bei allen Betroffenen mit unterschiedlichsten Verhaltensweisen in unterschiedlichster Ausprägung mit **Akuter Belastungsreaktion** gerechnet werden muss.

Die Symptome der Akuten Belastungsreaktion: Emotionale Taubheit, Abgestumpftheit, Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit

Während die Rettungs- und Bergungsmaßnahmen noch laufen, wendet sich der Schichtführer, der auch als Ersthelfer beteiligt war, an seinen Hallenmeister. „Horst fällt ja nun aus. Der Auftrag muss aber bis morgen Abend abgearbeitet sein. Das wird ohnehin schon eng. Wen können wir denn als Ersatz an die Maschine stellen?“

Um die eigene Seele vor der Belastung zu schützen, wird in der belastenden Situation ein sachliches Problem vor die emotionale Reaktion gestellt. Diese ist aber trotzdem vorhanden, wird nur zu diesem Zeitpunkt nicht ausgelebt.

Andere Formen emotionaler Taubheit sind ein lethargisches Verharren und regungsloses Verhalten, z. B. Löcher in die Luft starren.

Typisch für die Symptome dieser Gruppe ist, dass die Beteiligten den Anschein erwecken, als ginge es ihnen gut und sie keiner Hilfe bedürfen. Die Reaktionen, die für Leib und Leben gefährlich werden können, treten möglicherweise verzögert auf, zu einer Zeit, zu der keine Begleitung mehr gewährleistet ist.

Praxistipp:

Behalten Sie betroffene Personen mit diesen Symptomen im Auge. Beobachten Sie, ob sich ihre Verhaltensweisen verändern. Erkundigen Sie sich nach Möglichkeit auch nach dem Verlassen des Unfallortes nach deren Wohlbefinden, um sofort Hilfen einleiten zu können, wenn Veränderungen auftreten.

Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt

Der Augenzeuge eines Verkehrsunfalls auf der Autobahn verlässt sein Fahrzeug, steigt über die Mittelleitplanke und läuft in den fließenden Verkehr der Gegenfahrbahn.

Die Person befindet sich in einem Zustand, in dem die Wahrnehmung sehr stark eingeschränkt ist. Die Umwelt, das, was um sie herum passiert, wird fast oder sogar ganz ausgeblendet. Das kann dazu führen, dass sich die Betroffenen durch unkontrollierte Handlungen akuter Lebensgefahr aussetzen. Andere verweilen in der Nähe der Unfallstelle, verhalten sich scheinbar unauffällig, können aber später weder vom Hergang der Ereignisse noch von weiteren anwesenden Personen berichten.

Praxistipp:

Lassen Sie Personen mit Symptomen dieser Art niemals allein. Halten Sie sich am besten abseits der Einsatzstelle auf, wo die Hektik und die Geräuschkulisse der Rettungsmaßnahmen nicht ablenken. Verhindern Sie unter Berücksichtigung des Eigenschutzes, ggf. mit Hilfe anderer, gesundheits- oder lebensgefährdende Aktionen der belasteten Person.

Erregungszustände

Es ist 23:15 Uhr. Seit einer halben Stunde ist er wieder zu Hause. In kurzen und knappen Worten hat er seiner Frau erzählt, was ihm unterwegs passiert ist. Auf der Autobahn war der Wagen vor ihm in der Ausfahrt von der Fahrbahn abgekommen und an einen Brückenpfeiler geprallt. Der Fahrer hinter dem Steuer lebte nicht mehr. Erste Hilfe leisten brauchte er nicht. Er setzte den Notruf ab und wartete. Als die Polizei kam, wurde er als Zeuge befragt. Dann konnte er wieder weiterfahren.

Jetzt zu Hause muss er sich irgendwie ablenken. Er schaltet den Fernseher an. Nach knapp fünf Minuten macht er ihn wieder aus und greift zur Zeitschrift mit dem Kreuzworträtsel. Der Stift wandert schnell von einer Hand in die andere, aber die Lösungswörter wollen ihm einfach nicht einfallen. Nach zwei Minuten fällt ihm ein, dass er ja im Keller die eine Wand zu Ende fliesen könnte – mitten in der Nacht. Knapp zehn Minuten ist er im Keller, da verletzt er sich.

Diese Unruhe wird ausgelöst durch bewusste oder unbewusste Erinnerungen an das tragische Ereignis. Die Bilder, die Geräusche sind so schrecklich, dass sie verdrängt werden sollen. Dazu ist jede Ablenkung recht. Allerdings nimmt kaum eine Beschäftigung die betroffenen Personen dermaßen in Beschlag, dass die Erinnerungen gänzlich ausgeschaltet werden könnten. Bei fast jeder Tätigkeit nutzen die Gedanken die Gelegenheit, zu dem belastenden Erlebnis zurückzukehren. Jedes Mal, wenn das geschieht, muss eine neue Abwechslung her. Die letzte funktioniert nicht mehr. So wird Begonnenes nicht zu Ende geführt. Es werden Aktionen als Ablenkung ausgewählt, die von Lärm oder schnellen, kraftvollen Bewegungsabläufen geprägt sind.

Weitere Reaktionen dieser Symptomgruppe sind (erhöhte) Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, stetige motorische Unruhe, übertriebene Schreckhaftigkeit, übertriebene Wachsamkeit oder Schlafstörungen. Die Erinnerungen lassen aber auch den Körper nicht zur Ruhe kommen. Herzrasen, schnelle Atmung, Schweißausbrüche usw. können Reaktionen des Körpers auf die psychische Belastung sein.

Reagiert ein Mensch nach einem traumatisierenden Erlebnis mit Symptomen der Erregbarkeit, ist höchste Aufmerksamkeit gefordert. Es besteht immer die Gefahr, dass sich vor allem am Arbeitsplatz, im Auto, aber auch im privaten Bereich weitere Unfälle mit nicht einschätzbaren Folgen ereignen.

Es ist leicht vorstellbar, dass diese Reaktionen auch eine enorme Belastung für die engsten Angehörigen und Freunde bedeuten. Der Partner/die Partnerin wird am Schlaf gehindert; er/sie muss als Gegenüber die Reizbarkeit aushalten und auf die Schreckhaftigkeit Rücksicht nehmen.

Und nicht selten haben psychisch belastete Menschen die Erwartung, dass das Umfeld ihrer Unruhe folgen und sich an den hyperaktiven Aktionen beteiligen muss. Das kann das Zusammenleben für die Zeit, in der die **Akute Belastungsreaktion** anhält, erschweren.

Praxistipp:

Ermutigen Sie die betroffene Person, von dem belastenden Ereignis zu erzählen. Reden ist ein gutes Mittel, das Gefühl der Unruhe auszuheilen und das schlimme Erlebnis zu verarbeiten.

Behindern Sie die betroffene Person nicht in ihrem Bewegungsdrang. Ruhe wird die innere Erregung weiter steigern, bis sie mit noch heftigeren Reaktionen ausbricht.

Seien Sie stark. Versuchen Sie die Reaktionen der betreffenden Person auszuhalten. Vor allem gegen Sie gerichtete Reizbarkeit hat keinen persönlichen Hintergrund.

De-Realisierung

Ein Polizeibeamter und ein Notfallseelsorger teilen einer 63-jährigen Frau gegen 15:30 Uhr in ihrem Wohnzimmer mit, dass ihr Ehemann bei einem Verkehrsunfall tödlich verunglückt ist. Darauf die Ehefrau: „Na, dann geh´ ich uns erst einmal einen Kaffee kochen.“ Der Polizeibeamte beginnt sich aufzuregen. Ihm sei nicht nach Kaffee. Wie die Ehefrau jetzt an Kaffeetrinken denken könne, verstehe er nicht. Nach ca. zwei Minuten kommt sie aus der Küche und fragt: „Was haben Sie gerade gesagt?“

Manche Menschen, die etwas Schlimmes erleben, realisieren das, was ihnen mitgeteilt wird, gar nicht.

Viele Betroffene nehmen das Ereignis zwar wahr, halten aber die Nachricht, das Geschehen zunächst nicht für Realität. So ist für die Ehefrau im Beispiel die Tatsache, dass sie am Nachmittag zur Kaffeezeit Besuch bekommt, viel realer als die Information, dass ihr Mann verstorben ist.

Personen, die mit dem Symptom der De-Realisierung auf ein tragisches Ereignis reagieren, verhalten sich oft in einer Art und Weise, die für die Umwelt zunächst unverständlich ist, ja pietätlos erscheint. Dieses Symptom hält in der Regel nicht sehr lange an. Es wird dann von anderen Symptomen, die bereits geschildert wurden, abgelöst.

Praxistipp:

Akzeptieren Sie die für Sie unverständliche Verhaltensweise der betroffenen Person. War-

ten Sie ab. Rechnen Sie damit, dass Sie alles, was Sie bisher gesagt und getan haben, wiederholen müssen.

Vermeidung von Reizen, Gedanken, Aktivitäten und Begegnungen, die mit dem Ereignis zu tun haben

Ein achtjähriges Mädchen will mit seinem Fahrrad die Straße überqueren. Ohne auf den Verkehr zu achten, fährt es los. Sofort auf der ersten Fahrspur wird es von einem Lkw erfasst.

Die Fahrerin eines auf der Gegenfahrbahn herannahenden Autos hört einen Knall, bremst, bleibt sofort stehen und sieht das Kind auf der Straße liegen. „Wenn der Lkw das Kind nicht erfasst hätte, hätte ich sie überfahren“, denkt sie. Sie war auf dem Weg zur Arbeit.

Vier Wochen ist das nun schon her. Seit diesem Tag ist sie nicht mehr durch diesen Ort gefahren. Zur Arbeit nimmt sie einen Umweg von gut 20 km in Kauf. Sie muss auch morgens erheblich früher aufstehen. Aber das fällt ihr leichter, als noch einmal an der Unfallstelle vorbeizufahren. Das schafft sie nicht.

Es gibt zwei Möglichkeiten, mit einem tragischen Ereignis umzugehen: **Verarbeiten oder Verdrängen.**

Menschen, die solche Erlebnisse nicht verarbeiten, müssen sie verdrängen, um wieder ein einigermaßen normales Leben führen zu können. Wobei „normal“ nicht heißt: Alles ist wie früher.

Sie müssen verdrängen, denn sich zu erinnern würde bedeuten, alles vor dem inneren Auge noch einmal zu erleben. Und das mit der Konsequenz, dass sich die psychische Belastung samt der erfolgten Reaktionen wiederholt. Menschen, die verdrängen, zahlen unter Umständen einen hohen Preis: Sie müssen alles meiden und vermeiden, was Erinnerungen an diese schlimme Erfahrung wieder zuließe.

Sie müssen Alternativen entwickeln, um vor allem Orte und Gegenstände zu meiden, die an das Ereignis erinnern.

Sie müssen viel Energie aufbringen, um die Vermeidungsstrategie erfolgreich anzuwenden. Gedanken lassen sich nicht so einfach verdrängen. Sie müssen dazu gezwungen werden („Ich will jetzt nicht daran denken!“). Menschen können nicht so einfach von Gewohnheiten lassen. Sie müssen mehr oder weniger bewusst verändert werden („Jetzt fahre ich nicht durch den Ort. Sonst komme ich an der Unfallstelle vorbei, und das will ich nicht!“). Und schon sind zumindest einige Gedanken wieder bei dem Unfall. Das ist ein Teufelskreis.

Es ist davon auszugehen, dass die meisten der Alternativen, die zur Auswahl stehen, das Leben nicht gerade vereinfachen, sondern eher komplizieren. Das bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Menschen in der direkten Umgebung und kann zu Konflikten führen. Die Energie, die für die Vermeidungsstrategie aufgebracht werden muss, bindet sehr viel Kraft und Aufmerksamkeit, die sonst für andere Dinge im Leben benötigt wird. Mü-

digkeit, Ausgebranntsein, Antriebslosigkeit usw. können die Folgen sein, was wiederum zu einer Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes führen kann.

Praxistipp:

Beobachten Sie die betreffende Person. Achten Sie darauf, ob die Vermeidungsstrategien weniger werden. Nimmt der Aufwand zur Vermeidung von psychischen Belastungen nach einem tragischen Ereignis nicht erkennbar ab, vermitteln Sie professionelle, therapeutische Hilfe, bevor der seelische, körperliche und/oder familiäre Zusammenbruch erfolgt.

Trigger (Auslöser)

Ein Mann, Mitte vierzig, möchte auf dem Parkplatz eines Supermarktes nach dem Einkaufen sein Auto aufschließen, als die Alarmanlage eines anderen Fahrzeuges ertönt. Plötzlich werden seine Knie weich, der Blutdruck steigt, er beginnt zu schwitzen und nimmt die Umgebung kaum noch wahr. Seine Hände zittern so stark, dass er den Schlüssel nicht ins Schlüsselloch einführen kann. Später stellt sich heraus, dass er vor Monaten bei einem Verkehrsunfall Erste Hilfe an einen Verletzten geleistet hatte. Auch damals hatte die ausgelöste Alarmanlage eines Autos die Geräuschkulisse für längere Zeit bestimmt.

Eine Person, die mit einem traumatisierenden Ereignis konfrontiert wurde, macht zunächst den Eindruck, als hätte sie das Erlebte gut verarbeitet. Gespräche im Familien- und Freundeskreis über diese Erfahrung sind gut zu ertragen und lösen keinerlei Belastungsreaktionen aus.

Nach Wochen, manchmal auch Monaten aber treten meist ganz plötzlich Symptome auf, die zunächst unerklärlich scheinen. Auslöser (Trigger) sind Reize, die das Unterbewusstsein aufnimmt, und die mit den Erfahrungen der durchlebten Krise im Zusammenhang stehen.

Geräusche, aber auch Gerüche oder optische Reize können solche unverhofften Reaktionen auslösen.

Diese unverhofften, zunächst unerklärlichen Reaktionen beunruhigen die betreffenden Personen so lange, bis sie diese mit dem belastenden Ereignis in Verbindung bringen können.

Nicht zu wissen, was die Ursache für diese Symptome ist, kann die Angst vor dem schlimmen Ungewissen auslösen: „Hab ich eine schlimme Krankheit? Ist es das Herz? Wann bekomme ich diesen Anfall das nächste Mal? Wird das schlimmer? Was ist, wenn ich dann alleine bin?“

Praxistipp:

Klären Sie die betreffende Person direkt nach dem Erleben schlimmer Erfahrungen darüber auf, dass Symptome der Akuten Belastungsreaktion auch verzögert – oft ausgelöst durch Trigger – auftreten können.

Versuchen Sie auch über einen längeren Zeitraum nach dem schlimmen Ereignis für emotionale Veränderungen betroffener Personen sensibel zu sein.

Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. (Definition der WHO in ICD 10)

Während die Akute Belastungsreaktion die normale Reaktion eines normalen Menschen auf außergewöhnlich belastende Erfahrungen ist, ist der Begriff „Posttraumatische Belastungsstörung“ die Bezeichnung für die psychische Erkrankung, die sich bei an tragischen Ereignissen beteiligten Personen ausprägen kann.

Die Symptome der Akuten Belastungsreaktion haben sich nicht zurückgebildet. Die Diagnose, ob eine solche psychische Erkrankung vorliegt oder nicht, kann nur von in der Psychotraumatologie ausgebildeten Fachleuten, vornehmlich Psychotherapeuten, gestellt werden. Dies kann frühestens einen Monat nach dem belastenden Ereignis geschehen. Ist sie diagnostiziert, bedarf sie einer speziellen therapeutischen Behandlung.

Seit die Akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) klar definiert sind und diagnostiziert werden können, ist viel Zeit und Arbeit investiert worden, um diese Phänomene wissenschaftlich zu erforschen und zu verstehen.

Heute ist eine diagnostizierte PTBS keine die Existenz gefährdende Krankheit mehr. Die meisten daran erkrankten Personen können nach entsprechender Therapie sogar sehr schnell wieder ihr normales Leben aufnehmen oder sogar während der Therapie fortführen.

Dennoch beweisen Untersuchungen aus den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts, dass sich die PTBS als psychische Erkrankung ausbildet. Immerhin wurde diese bei 7-8 % derjenigen, die in irgendeiner Weise an Unfällen beteiligt waren, diagnostiziert.

Häufigkeit von PTBS nach Traumata

Lebenszeitprävalenz (während des gesamten Lebens)	1-2%
Feuer/Naturkatastrophe	4-5%
Unfälle	7-8%
Körperliche Gewalt	11-12%
Feuerwehrdienst/Rettungsdienst	16%
Sexuelle Belästigung	20%
Kindesmissbrauch	30%
Krieg	38%
Vergewaltigung	55%
Folter	66%

(Tabelle aus: Müller-Lange, Handbuch Notfallseelsorge (Seite 78))

Menschen, bei denen sich eine PTBS ausgebildet hat, können ohne therapeutische Behandlung nicht wieder zu ihrem normalen Lebensstil und Lebensrhythmus zurückkehren. Mögliche Folgen sind:

- Soziale Kontakte werden abgebrochen und Vereinsamung droht.
- Ehen und Familien drohen zu zerbrechen oder zerbrechen tatsächlich.
- Orte, die an das Unglück erinnern, werden vermieden.
- Die an Unfällen beteiligten Verkehrsmittel werden nicht mehr genutzt.
- Die Arbeit kann nicht mehr aufgenommen werden (speziell nach Arbeitsunfällen).
- Drogen- und Alkoholmissbrauch,
- Suizid.

Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Opfer, die unter den Reaktionen und Symptomen psychischer Belastung leiden, nicht die Diagnosekriterien der PTBS erfüllen. Dennoch können diese Symptome das gesamte Leben dieser Personen für lange Zeit und sogar dauerhaft erheblich beeinträchtigen. Weitere Symptome können sein:

- Krampfanfälle,
- Anpassungsstörungen,
- Depressionen,

- Selbstmedikation oder Drogenmissbrauch,
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline, asoziales Verhalten, multiple Persönlichkeit, schizoides Verhalten),
- Panikattacken,
- instabile Arbeitsleistung,
- Gedächtnisstörungen,
- medizinische Störungen, wie Bluthochdruck-Episoden, Entzündungen des Magen-Darm-Traktes, Spannungs- und Migränekopfschmerzen usw.

Die Reaktionen und Symptome, die ein Mensch nach einem belastenden Ereignis zeigt, sind an sich nicht Besorgnis erregend, sondern als normal anzusehen.

Ein Problem tritt dann auf, wenn sich diese Symptome und Reaktionen zu einer psychischen Erkrankung – der PTBS – ausbilden. Schon der gesunde Menschenverstand sagt, dass es sinnvoller ist, in Prävention zu investieren, als die Ausbildung einer PTBS mit anschließender Therapie zu riskieren.

Notfallplan – Anregungen –

Ort (Halle/Bereich/Abteilung)	
Wie viele Mitarbeiter sind in diesem Bereich tätig?	
Wo, an welcher Maschine sind Gefahrenschwerpunkte?	in Lageplan einzeichnen
Wo können Sammelstellen für wie viele unverletzt Beteiligte eingerichtet werden?	in Lageplan einzeichnen
Wie können warme/kalte Getränke und ggf. ein Imbiss an die Sammelstellen gebracht werden? (eigene Kantine, externer Anbieter)	Name: Tel.:
Wer ist im Fall eines Unfalls dafür zuständig, dass die Psychosoziale Notfallhilfe gewährleistet ist? Wer übernimmt die Vertretung?	Name: Tel.:
Sind diese Personen, die die Psychosoziale Notfallhilfe gewährleisten sollen, mit den nötigen Unterlagen ausgestattet?	Checklisten, interne Telefonlisten zu externen Partnern
Sind diese Personen auf diese Aufgabe ausreichend vorbereitet (geschult)?	
Mit welcher Person aus der Geschäftsführung – unter den anderen – Führungskräften soll im Fall eines Unfalls die Kommunikation erfolgen? Wer übernimmt deren Vertretung?	Name: Tel.:
Wer ist befugt, im Fall eines Unfalls schnell dienstrechtliche Entscheidungen zu treffen? Wer übernimmt dessen Vertretung?	Name: Tel.:
Welche Räume im Unternehmen/auf dem Betriebsgelände sind für Gespräche nach der Akutphase (wie lange) reserviert?	in Lageplan einzeichnen
Wer führt und begleitet externe Partner über das Firmengelände?	Name: Tel.:

Die Bewältigung der Krise

Unabhängig davon, wie sich die belastende Situation auf die beteiligten Personen auswirken mag, kommt es darauf an, richtig zu reagieren und hilfreiche Maßnahmen zu treffen. Denn das psychosoziale Handeln in der akuten Situation ist entscheidend dafür, wie schnell die Betroffenen wieder zur Normalität zurückfinden.

Dabei ist es ganz wichtig, nach Arbeitsunfällen zwischen den betroffenen Personengruppen zu entscheiden:

- Geschäftsführung und Führungskräfte
- Ersthelfer/Augenzeugen
- Kollegen/Kolleginnen in anderen Abteilungen/Schichten
- Familie/Angehörige der Opfer

In diesem Abschnitt wird beispielhaft an der erst genannten Gruppe beschrieben, was – bezogen auf diese Personengruppen – zu beachten ist und welche konkreten Maßnahmen zur **Psychosozialen Notfallhilfe** getroffen werden können.

Geschäftsführung und weitere Führungskräfte

Geschäftsführung und andere Führungskräfte haben vor, während und nach schweren Arbeitsunfällen eine hohe Verantwortung für das weitere Wohlergehen der Mitarbeiter.

Der § 10 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) sowie die Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (BGV A 1) fordern „Maßnahmen zu treffen, die zur Ersten Hilfe, Brandbekämpfung und Evakuierung der Beschäftigten erforderlich sind.“ Unter „Erster Hilfe“ werden dabei die medizinischen Maßnahmen verstanden.

Unberücksichtigt bleibt, dass auch die Psyche Verletzungen erleidet, denen im Rahmen einer „Ersten Hilfe für die Seele“ Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Nur, wenn sich auch die Psyche wieder stabilisiert, können alle Gesundheitsschäden und -gefahren abgewehrt werden.

Geschäftsführung und Führungskräfte müssen Entscheidungen treffen, die den Betroffenen helfen, zur Normalität zurückzukehren. Sie sind aber oft selbst emotional belastet. Immerhin haben ihre Mitarbeiter, Menschen, die sie in der Regel gut kennen, Schaden erlitten. Außerdem müssen durch den Produktionsausfall organisatorische und logistische Probleme gelöst werden. Das ist ein weiterer Stressfaktor, der die Aufmerksamkeit für „sekundär“ betroffene Personen behindert. Zudem fehlen ihnen auch die Kenntnisse, um die psychischen Belastungen zu erkennen und entsprechend zu entscheiden.

Praxistipp:

Geschäftsführung und Führungskräfte sind gut beraten, wenn sie sich während des tragischen Ereignisses sowie unmittelbar danach der Hilfe des in der „Psychosozialen Notfallhilfe“ geschulten Personals bedienen.

Einbindung der „Psychosozialen Notfallhilfe“ in den Notfallplan

Im Rahmen der Prävention kann die Geschäftsführung eines Betriebes einige Maßnahmen ergreifen, die im Falle eines Unfalls die psychosoziale

Begleitung unverletzt Betroffener sicherstellt. Bestehende **Notfallpläne** können um diese Maßnahmen ergänzt werden (Vorschlag für einen Alarmierungsplan und Notfallplan siehe Checkliste).

So können analog zu den Ersthelfern für die medizinische Erste Hilfe auch Ersthelfer für die psychische Erste Hilfe ausgebildet und eingesetzt werden. Für diese Personen setzt sich mehr und mehr die Bezeichnung „Psychosoziale Notfallhelfer“ (PSNH) durch.

Ihre Aufgabe ist es,

- die Einsatzleitung zu bitten, die Rufbereitschaft der Notfallseelsorge/Notfallbegleitung/Krisenintervention (psychosoziale Fachkräfte) zu alarmieren,
- alle vom Unfall Betroffenen ausfindig zu machen und zu versammeln,
- über die bisherigen Erkenntnisse zum Unfall zu informieren (gemeinsam mit Geschäftsführung bzw. Führungskräften),
- für Getränke (bei längerem Verbleib auch für Essen) zu sorgen.

Geschulte Psychosoziale Notfallhelfer können außerdem

- erste Informationen zu Belastungsreaktionen geben,
- erste Gespräche mit den Betroffenen führen,
- die Mitarbeiter der Notfallseelsorge/Notfallbegleitung/Krisenintervention unterstützen.

Neben der Schulung und dem Vorhalten von Psychosozialen Notfallhelfern kann konzeptionell entschieden werden, wer

- im Falle eines tragischen Ereignisses die Entscheidungen – z. B. über die Gewährung von Sonderurlaub – trifft und
- die Polizei zu den Angehörigen begleitet.

Der Vorteil solcher grundsätzlichen Überlegungen ist, dass

- die Rollen im Ernstfall klar sind,
- schneller gehandelt werden kann,
- Missverständnisse aufgrund von Kompetenzüberschneidung und auch -überschreitung vermieden werden und
- Stressfaktoren ausgeschlossen werden, die durch die Suche nach geeigneten Personen bzw. Menschen mit Entscheidungskompetenz entstehen würden.

Zuletzt können die Antworten auf folgende, ganz praktische Fragen in ein Notfallkonzept aufgenommen werden:

- Wenn sich in Halle Z ein tragischer Unfall ereignet,
- wie viele Personen werden vermutlich betroffen sein?
 - wo ist ein geeigneter Raum/eine geeignete Stelle, um die unverletzten Betroffenen zu versammeln?

Im Abschnitt „Psychotraumatologie“ wurde bereits beschrieben, dass psychische Belastungen zu Symptomen führen, die zwar im Normalfall stetig abnehmen, sich aber dennoch eine Zeit lang zeigen können. Nehmen die Symptome nicht ab, ist professionelle Hilfe durch Therapeuten dringend angeraten.

Da Betroffene die eigenen Belastungsreaktionen oft nicht bewusst wahrnehmen, sie verharmlosen oder sich nicht trauen, darüber zu reden, ist es notwendig, dass andere Betriebsangehörige ihr Verhalten am Arbeitsplatz in der Zeit nach dem tragischen Ereignis im Auge behalten.

Dafür scheinen die direkten Vorgesetzten (Meister, Abteilungsleiter usw.) aufgrund der Nähe zu den Mitarbeitern die geeigneten Personen zu sein. Sollen sie aber die Aufgabe übernehmen, ist eine entsprechende Schulung anzuraten. So können sie den betroffenen Mitarbeiter auf seinen seelischen Gesundheitszustand ansprechen oder für ihn als Ansprechpartner bereitstehen. Der direkte Vorgesetzte kann den Mitarbeiter motivieren, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen und ihm dazu Wege aufzeigen.

Informationen



Ausführlichere Informationen zu diesem Themenfeld finden Sie in der Broschüre:

Ralf Radix:

Wenn die Seele streikt – Vermeidung psychischer Gesundheitsschäden nach schweren Arbeitsunfällen

ISBN 978-3-935116-30-5

Preis: 13,90 €

InfoMediaVerlag e.K.

Wohlfahrtstraße 153

44799 Bochum

Fon: 0234 3386950

Fax: 0234 3386950

E-Mail: info@infomediaverlag.com

www.infomediaverlag.com

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Klein- und Handwerksbetrieben

Praxiserprobte Handlungskonzepte zur Umsetzung der bedarfsgerechten Regelbetreuung (BGV A2) am Beispiel des Modellprojekts amadeus

Erwin Himmer

1. Einleitung – Problemstellung

Mehr als 85% aller bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften versicherten Unternehmen sind Kleinstbetriebe mit bis zu 9 Mitarbeitern.(1) Das sind ca. 2,5 Mio. Betriebe in Deutschland mit insgesamt 10 Mio. Arbeitnehmern. Sie alle haben Anspruch auf einen sicheren, gesunden Arbeitsplatz.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür hat der Gesetzgeber im Februar 2005 mit der Neufassung der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) vorgegeben: Darin wird die Eigenverantwortung der Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten im Arbeitsschutz gestärkt und die bedarfsgerechte Gestaltung der sog. „Regelbetreuung“ auf der Grundlage des Arbeitssicherheitsgesetzes und des Arbeitsschutzgesetzes erleichtert.

Soweit die Theorie – doch wie sieht es in der Praxis aus? Sicherheit am Arbeitsplatz genießt aus Sicht des Kleinunternehmers nicht die erste Priorität. Allzu oft werden die Aufgaben des Arbeitsschutzes vernachlässigt. Und: Es fehlten bislang geeignete Instrumente zur Umsetzung der Grund- und anlassbezogenen Betreuung, die von den mittelständischen Unternehmen auch finanzierbar und praktikabel waren.

2. AGnes: Drei erfolgreiche Lösungssätze zur Umsetzung der BGV A2

Auf der Suche nach Handlungskonzepten, die diese Lücke schließen und Unternehmer zur Eigeninitiative veranlassen könnten, wurden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) noch im gleichen Jahr drei Pilotprojekte angestoßen, die von 2005-2008, unabhängig voneinander Modelle zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von kleinen Betrieben entwickeln und erproben sollten.

Im Sommer 2009 haben sich die drei erfolgreichen Projektgruppen amadeus, basik-net und GUSIK, fachlich unterstützt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), zur Projektgemeinschaft AGnes zusammengeschlossen, um ihre Erfahrungen und Instrumentarien zu bündeln. Die finanzielle Förderung erfolgt durch das BMAS im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA).(2)

AGnes steht für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, für nachhaltige, einfache, sichere Lösungen, die branchenübergreifend und auch bezahlbar sind. Das Anschubprojekt wird aus BMAS-Mitteln finanziert, ist zunächst auf drei Jahre befristet und hat die bundesweite, möglichst flächendeckende Verbreitung der bereits in über 250 Betrieben erfolgreich umgesetzten Handlungskonzepte zum Ziel.(3)

3. Beispielhaft: das Pool-Modell amadeus:

Das Projekt-Team von amadeus hat sein Modell zur bedarfsorientierten, betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Kleinbetrieben in den letzten drei Jahren überwiegend mit Handwerksbetrieben aus der Region Rhein-Neckar entwickelt und durch intensive Zusammenarbeit mit den zuständigen Innungen im Rahmen von Seminaren und Vor-Ort-Betreuungen der Betriebe optimiert.

Der Lösungsansatz: Mehrere Unternehmen einer Branche und Region schließen sich bereits vor Beginn der Grundbetreuung und der anlassbezogenen Betreuung in einem sog. Pool zusammen. Auf diese Weise können tätigkeitspezifische Probleme gebündelt und übergeordnete, branchenspezifische Lösungen gemeinsam erarbeitet werden, um die Kosten für die hochwertigen Betreuungskonzepte zu minimieren.

Die Betriebe erhalten eine kostengünstige, rechtssichere Lösung zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten, viele in der Praxis erprobte, an die Bedürfnisse des Betriebes angepasste Werkzeuge (Checklisten, Unterweisungshilfen, Gefahrstoffverzeichnisse u. a.), eine dokumentierte Gefährdungsbeurteilung und letztendlich mehr Sicherheit am Arbeitsplatz und gesündere Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeiter.

Kennzeichnend für amadeus ist die beabsichtigte „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch die Bereitstellung aller relevanten, branchenbezogenen und einfach dargestellten Informationsinhalte über das Internetportal www.amadeus-handwerk.de.

Die Anwesenheit von Sicherheitsfachkraft und Betriebsarzt „vor Ort“ wird künftig nur mehr bei der Grundbetreuung und anlässlich ganz konkreter Ereignisse gemäß BGVA2 notwendig sein und damit die Handwerksbetriebe spürbar entlasten.

Für folgende Branchen liegen bereits umfassende Arbeitsunterlagen und internetgestützte Lösungen vor:

- Kraftfahrzeug-Handwerk
- Metallbau und Holzbearbeitung
- Heizung-Sanitär-Klima
- Elektrohandwerk

3.1 Vorgehensweise: Information, Beratung, Betreuung vor Ort

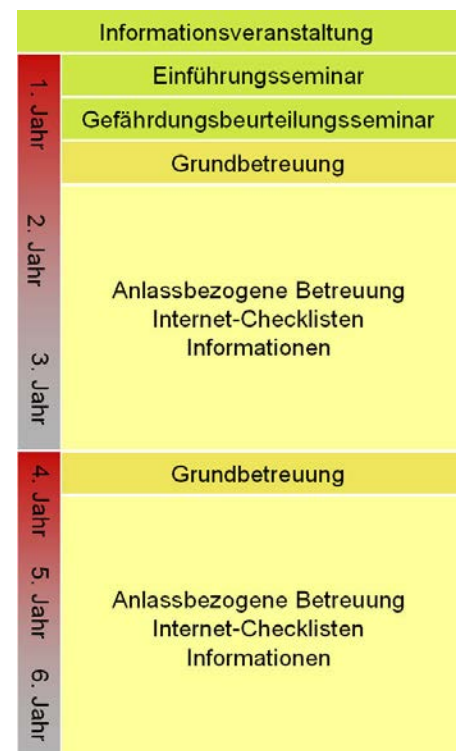


Abbildung 1:
Bausteine des amadeus-Modells

In einem ersten Schritt werden entsprechende Multiplikatoren gesucht. Vorrangige Ansprechpartner bzw. Zielgruppen für das amadeus-Team sind zunächst die Handwerkskammern, Innungen, Fachverbände und andere Institutionen, die als Multiplikatoren auf ihre Mitgliedsbetriebe zugehen und in der Lage sind, diese für Gemeinschaftsaktionen zu einem Pool zusammenzuführen.



Abbildung 2:
Sextest im Rahmen der Grundbetreuung, durchgeführt von Arbeitsmediziner Dr. Ludwig Kredel, Betriebsärztliche Untersuchungsstelle Mannheim

Parallel dazu folgt der Aufbau von Betreuungsteams, bestehend aus Betriebsarzt und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, die bei Bedarf die Gefährdungsbeurteilung vor Ort vornehmen und den Betrieben beratend zur Seite stehen.

Die weiteren Schritte: Einladung potenzieller Teilnehmer zu Informationsveranstaltungen, Durchführung des dreiteiligen Einführungsseminars und des weiterführenden Gefährdungsbeurteilungsseminars und schließlich die praktische Gefährdungsbeurteilung in den teilnehmenden Betrieben.(4)

4. Langfristige Zielsetzung: Hilfe zur Selbsthilfe

Alle Maßnahmen von amadeus/AGnes zielen darauf ab, die bereits regional erfolgreich umgesetzten Handlungskonzepte und bestehenden Instrumentarien zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung von Kleinbetrieben langfristig bundesweit, branchenübergreifend und möglichst flächendeckend zu verbreiten und deren Nutzung nachhaltig zu verankern.

Bis zum Jahr 2012 sollen möglichst viele Multiplikatoren, insbesondere Innungen und Verbände, über die Hilfe zur Selbsthilfe informiert und für eine Kooperation vor Ort gewonnen werden, um ihrerseits zur Bildung möglichst vieler Unternehmenspools beizutragen.

Parallel dazu werden Berufsgenossenschaften, Betriebsärzte, Arbeitsmediziner und Fachkräfte für Arbeitssicherheit bzw. deren Organisationen kontaktiert, um den Aufbau eines dichten Betreuungsnetzwerkes voranzutreiben.

Wichtigste Voraussetzung zur Erreichung dieser Ziele ist es, ein Bewusstsein bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern dafür zu schaffen, dass die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben keine lästige Pflicht ist, sondern dem Schutz vor Arbeitsunfällen und vermeidbaren(!) Berufskrankheiten dient und im Interesse aller Beteiligten liegt.

Diesen Prozess des Umdenkens, der letztlich zum eigenverantwortlichen Umgang im Bereich Sicherheit und Gesundheit führen soll,

wird amadeus durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit, auch in Zusammenarbeit mit bestehenden Netzwerken und Verbänden wie dem BsAfb unterstützen. Engagierte Mitstreiter, Multiplikatoren, Sicherheitsfachkräfte und Mediziner sind herzlich willkommen.

Kontakt:

amadeus-Projektkoordination Harald Gross,
Tel. 0621-49673-0,
E-Mail: haraldgross@kfz-innung-rno.de
Chemnitzer Str. 10,
68309 Mannheim.

Literatur

- (1) Siehe Quartbroschüre der Modellprojekte amadeus, basik-net und GUSIK: „Arbeitsschutz in kleinen Betrieben: wirksam - kostengünstig – rechtssicher.“ uve GmbH für Managementberatung (Hrsg.). (Oktober 2009). Die Quartbroschüre kann online bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bestellt bzw. unter www.baua.de heruntergeladen werden.
- (2) INQA ist eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern und Stiftungen. Ziel ist es, gute Arbeitsbedingungen zu schaffen und dabei die Interessen der Beschäftigten und der Unternehmen miteinander zu verbinden. www.inqa.de
- (3) Siehe www.ag-nes.de
- (4) Die detaillierte Handlungsanleitung inkl. Seminarkonzept mit Musterpräsentationen für die Eröffnungsveranstaltung, für das dreiteilige Einführungsseminar und für das Gefährdungsbeurteilungsseminar kann im amadeus-Portal unter www.amadeus-handwerk.de abgerufen werden.

6. Bundesweiter Betriebsärztetag 06. und 07. März 2010 in der OsnabrückHalle der Hanse- und Friedensstadt Osnabrück

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 06./07. März 2010 veranstaltet der Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V. (BsAfB) in Osnabrück seinen 6. Bundesweiten Betriebsärztetag.

Dieser Kongress steht wieder unter der Schirmherrschaft der Ministerin Mechthild Ross-Luttmann des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.

Ein Themenschwerpunkt wird die Schmerztherapie näher beleuchten. Die Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation chronischer Schmerzen stehen dabei im Fokus. Hierfür ist die Zusammenarbeit von Betriebs- und Hausärzten besonders wichtig.

Weitere aktuelle betriebsärztliche Themen werden in kleinen persönlichen Workshops vorgestellt, die ausreichend Zeit zur Diskussion bieten.

Der BÄT 2010 richtet sich an alle betriebsärztlich tätigen Mediziner, Hausärzte, Arbeitsmediziner, Sicherheitsingenieure und Interessierte. Die Workshops und Praxisseminare bieten auch Medizinischen Fachangestellten die Möglichkeit zur Weiterbildung (Sehtest, Hörtest, Lungenfunktionsprüfung).

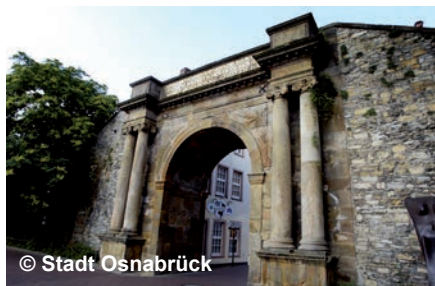
Die Veranstaltung findet bewusst in einem angenehmen Ambiente statt, damit ausreichend Möglichkeit geboten ist, im persönlichen Kontakt ins Gespräch zu kommen. Dafür haben wir wieder die OsnabrückHalle in Innenstadtnähe gewählt.

Am Samstagabend freuen wir uns, Sie zu unserem Festabend im Brauherren-Saal der Hausbrauerei Rampendahl begrüßen zu können – mit Abendessen und Gelegenheit zum gemeinsamen Austausch.

Wir freuen uns auf Sie und auf anregende Diskussionen über Themen, die uns alle bewegen.



Ihr
Dr. med. Uwe Ricken
Vorsitzender des BsAfB e.V.



Veranstalter:

Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e.V.
Gartenstraße 29, 49152 Bad Essen

Tel: +49 (0) 800 101 61 87 (kostenfrei)
info@bsafb.de

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Uwe Ricken, Bad Essen
Facharzt für Allgemein- und Betriebsmedizin

Dipl.-Min. Silvester Siegmann, Düsseldorf
M. Sc. Betriebssicherheitsmanagement

Postersession:

Dr.-Ing. Andreas Wittmann, Wuppertal

Organisation:



MariPunktBremen Veranstaltungsorganisation
Otto-Gildemeister Str. 12, 28209 Bremen
Tel: +49 (0) 421/30 32 42 1
info@maripunktbremen.de

Schirmherrschaft:

Mechthild Ross-Luttmann,
Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und
Gesundheit des Landes Niedersachsen

Veranstaltungsort:

OsnabrückHalle,
Schloßwall 1-9, 49074 Osnabrück
www.osnabrueckhalle.de

Kongresshotels:

Die beiden Kongresshotels liegen ca. 10-15 Gehminuten von der OsnabrückHalle entfernt. Die Buchung erfolgt online unter: http://osnabrueck.deskline.feratel.at/group/list_group.asp

Steigenberger Hotel Remarque****

Der Einzelzimmerpreis beträgt 95,00 EUR, der Doppelzimmerpreis 117,00 EUR, jeweils inklusive Frühstück pro Zimmer und pro Nacht.

Romantik Hotel Walhalla****s

Auch das Romantik Hotel Walhalla hat uns ein Zimmerkontingent zur Verfügung gestellt. Hier beträgt der Einzelzimmerpreis 94,00 EUR und der Preis im Doppelzimmer 116,00 EUR jeweils pro Zimmer und inklusive Frühstück.

Teilnahmegebühren:

Mitglieder BsAfB:	150,00 EUR
Nicht-Mitglieder BsAfB:	190,00 EUR
Med. Fachangestellte:	freier Eintritt

Die Teilnahmegebühr beinhaltet:

- * Zutritt zu allen Vorträgen und einem frei wählbaren Workshop
- * Verpflegung an allen Tagen
- * Nachwächterführung zum Festabend im „Rampendahl“

Zusätzliche Buchung von:

- * Workshops (90 Min): jeweils 40,00 EUR (Mitglieder 20,00 EUR)
- * Praxisseminaren (45 Min): jeweils 30,00 EUR (Mitglieder 15,00 EUR, MFA 10,00 EUR)
- * Festabend „Rampendahl“ (anteilige Kostenbeteiligung pro Person 10,00 EUR)

Kongress-Einladung/-Gutschein:

Die anwesenden Vertreter der Industrieausstellung sind im Besitz von einer begrenzten Anzahl an Einladungen bzw. Kongress-Gutscheinen. Bitte sprechen Sie die Firmen diesbezüglich an.

Der Gutschein berechtigt eine Person zum kostenlosen Einlass an beiden Kongresstagen, beinhaltet den Besuch der Vorträge sowie eines frei wählbaren Workshops und die Verpflegung.

Bitte nehmen Sie online die Teilnehmerregistrierung vor und vermerken unter dem Punkt „Gutschein“ die Gutscheinnummer.

OsnabrückHalle:

Die OsnabrückHalle ist zentral in der Innenstadt gelegen und bietet optimale Voraussetzungen für den BÄT 2010.

Osnabrück ist gut erreichbar:

- * mit dem PKW über die Autobahnen 1 und 30
- * mit der Bahn gute Verbindungen aus allen Bundesländern ab 58,00 EUR unter bahn.de
- * mit dem Flugzeug zum Flughafen Münster-Osnabrück (FMO), mit stündlichem Busshuttle zur Osnabrücker Innenstadt. Ab 73,00 EUR unter www.airberlin.com



Rahmenprogramm

Festabend in der Hausbrauerei „Rampendahl“: Am Samstag, 06. März 2010 möchten wir Sie herzlich zu einem rustikalen Abend in den Brauerherren-Saal der Hausbrauerei Rampendahl einladen.

Begleitet von dem Osnabrücker Nachwächter werden Sie um 19.00 Uhr am Steigenberger Hotel Remarque oder um 19.15 Uhr am Romantik Hotel Walhalla abgeholt und zur Hausbrauerei Rampendahl geführt.

Auf dem Weg dorthin werden wir noch den historischen Friedenssaal im Rathaus besichtigen und die beiden alten Wehrtürme „Bucksturm“ & „Bürgergehorsam“, die auch als Gefängnis genutzt wurden.

Freuen Sie sich mit uns auf einen schönen Abend bei gutem Essen und netter Unterhaltung.

Kostenbeitrag pro Person:

10,00 EUR zzgl. Getränke

Stadtrundgänge:

Anmeldung und weitere Informationen finden Sie unter www.osnabrueck.de

Rückentraining in den Mittagspausen:

Während den Mittagspausen am Samstag und Sonntag bieten wir Ihnen zusammen mit dem Physiotherapeuten Michael Wollmer ein Rückenprogramm an.

Termine:

Samstag, 06.03.2010,
12.30-13.00 Uhr
13.15-13.45 Uhr

Sonntag, 07.03.2010,
13.15-13.45 Uhr
14.00-14.30 Uhr

Programm

Samstag, 06. März 2009

- 10.30 – 10.55 Offizielle Eröffnung des BÄT 2010 durch den Vorsitzenden des BsAfB
Dr. Ricken
- 11.00 – 11.45 Möglichkeiten der Prävention und der Rehabilitation chronischer Schmerzen im betrieblichen Kontext - Rückenschmerz
Prof. Dr. Casser
- 11.45 - 12.30 Hautschutz in der Arbeitswelt
Prof. Dr. Skudlik
- 12.30 – 13.45 Mittagspause & Rückentraining
- 13.45 – 14.30 Obstruktive Atemwegserkrankungen als Berufskrankheit
Prof. Dr. Allmers
- 14.30 – 14.45 Pause
- 14.45 – 16.15 Workshops WS 1 - WS 4 (s. S. 57)
- 17.00 – 17.45 Praxisseminare PS 1 - PS 4 (s. S. 57)
- 18.00 – 18.45 Mitgliederversammlung des BsAfB
Vorstandswahlen
- 19.00 Abholung vom Steigenberger Hotel
Remarque
- 19.15 Abholung vom Romantik Hotel
Walhalla
- 20.00 Festabend im Brauherren-Saal der
Hausbrauerei Rampendahl mit Abendessen und Gelegenheit zum gemeinsamen Austausch

Sonntag, 07. März 2009

- 09.00 – 09.45 Rückengesundheit am Arbeitsplatz
N.N.
- 09.45 – 10.30 Ablauf des Pandemiemanagements zum Schutz gegen die Neue Influenza A (H1N1) - was könnte noch auf uns zukommen?
Dr. Pulz und Dr. Bojara
- 10.30 – 10.45 Pause
- 10.45 – 11.30 Arbeitsschutz in der Arztpraxis - Schwerpunktaktion des Gewerblichen Dienstes - Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) - ist der Betriebsarzt betroffen?
Dr. Baars
- 11.30 – 12.15 Der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen: Sektoren- und Professionenübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen als Basis für eine optimale Patientenversorgung
PD Dr. Meyer-Falcke
- 12.15 – 12.30 Pause
- 12.30 – 13.15 Aktuelles aus der Reise- und Tropenmedizin (AT)
Flörchinger
- Parallel: Praxisseminar PS 5 - PS 6 (siehe S. 57)
- 13.15 – 14.30 Mittagspause & Rückentraining
- 14.30 – 16.00 Workshops WS 5 - WS 8 (s. S. 57)
- ca. 16.00 Ende des Kongresses

Aktuelle Informationen rund um den Betriebsärztetag 2010 und alle Links zur
Online-Anmeldung und Hotelbuchung

finden Sie unter:

www.betriebsaerztetag.de

Workshops und Praxisseminare

Am Samstag- und Sonntagnachmittag werden verschiedene Workshops und Praxisseminare zu aktuellen Themen angeboten.

Workshops (WS) und Praxisseminare (PS) für Betriebs- und Hausärzte, Sicherheitsingenieure, SIFAs und MFAs:

Für Betriebs- und Hausärzte, Sicherheitsingenieure, SIFAs und MFAs

Workshops

WS 1:
Lungenfunktionsprüfungen mit praktischen Übungen (MFA)
(Prof. Allmers, Osnabrück)

WS 2:
Multimodale Rückenprogramme
(Dr. Kuhnt und Schesser, Hopfen am See)

WS 3:
Früherkennung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen am Arbeitsplatz
(Prof. Gaubitz, Münster)

WS 4:
Praxismgerechte Umsetzung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung in der niedergelassenen Arztpraxis
(Dipl.-Ing. Hubka, Allendorf)

WS 5:
Fortbildungsmöglichkeiten und Informationsbeschaffung in der Reisemedizin für Haus- und Betriebsärzte (G35) (MFA)
(Flörchinger, Düsseldorf; Dr. Ricken, Bad Essen)

WS 6:
Prüfung des Sehvermögens in der Arbeitsmedizin - physiologische und praktische Aspekte (MFA)
(Amort, Olching)

WS 7:
Kopfschmerz (Arbeitstitel)
(Prof. Evers, Münster)

WS 8:
Hands-on: Notfallmedizin - ein Update mit praktischen Übungen (MFA)
(Dr. Augustin, Kiel)

Praxisseminare

PS 1:
Lärm I, II und III - Untersuchungen nach G20 - Audiogramme (MFA)
(Dr. Schmidt, Bad Essen)

PS 2:
GOÄ für Haus- und Betriebsärzte (MFA)
(Dr. Ricken, Bad Essen)

PS 3:
Vertragsgestaltung und Zusammenarbeit freiberuflicher Arbeitsmediziner und arbeitsmedizinischer Dienste
(Prof. Rose, Karlsruhe)

PS 4:
Gefährdungsbeurteilung in Arztpraxen
(Dr. Wittmann, Wuppertal und Dipl.-Min. Siegmann, Düsseldorf)

PS 5:
Psychische Belastungen im Beruf, Stress- und Burnout-Prophylaxe
(Dr. med. Christian Stock, Bielefeld)

PS 6:
Übergabe von Patientenakten; Dokumentationspflichten von Haus- und Betriebsärzten
(Dr. Scholz, Hannover)

Wir empfehlen eine frühzeitige Anmeldung, da die Teilnehmerzahlen bei den Workshops und Praxisseminaren begrenzt sind.

Postersession

Auch in diesem Jahr gibt es für die Tagungsteilnehmer wieder eine Möglichkeit zur Präsentation von Projekten, Praxislösungen und neuen Arbeiten in Form einer Posterpräsentation.

- * Das Format der Poster ist A0 hochkant (B x H = 84,1 cm x 118,9 cm). In der weiteren Gestaltung sind die Autoren frei. Stellwände und Material zum Anbringen der Poster werden gestellt.
- * Bitte legen Sie Handouts unter den Postern aus.
- * Alle Poster werden im Foyer ausgestellt und bleiben dort an beiden Tagen hängen.

Alle Einsendungen werden vom Auswahlkomitee unter der Leitung von Dr.-Ing. Andreas Wittmann begutachtet und ausgewählt. Kollegen, die daran interessiert sind, eine „Postersession“ zu präsentieren, werden gebeten, eine kurze Beschreibung der Präsentation (eine DIN A4-Seite, Arial, 12 pt, je 2 cm Seitenrand) an Dr. Wittmann zu senden.

Zeitplan:

Der Abgabeschluss des Bewerbungsformulars „Postersession“ beim Auswahlkomitee wurde bis Ende Februar 2010 festgelegt.

Das Auswahlkomitee wird die Bewerber über die endgültige Entscheidung informieren.

Wir freuen uns auf Ihre interessanten Beiträge!

Kontakt:

Dr.-Ing. Andreas Wittmann, info@bsafb.de

CME-Punkte wurden bei der Ärztekammer Niedersachsen beantragt. Je nach Belegung der Workshops sind insgesamt 16 CME-Punkte möglich.



Referenten

Prof. Dr. med. Allmers, Henning

Leiter des Betriebsärztlichen Dienstes
Universität Osnabrück,
Sedanstraße 115, 49090 Osnabrück
E-Mail: hallmers@uni-osnabrueck.de

Amort, Karl

Arzt, Vorstandsmitglied der Vistec AG
Werner-von-Siemens-Str. 13, 82140 Olching
E-Mail: karl.amort@vistec-ag.de

Dr. med. Augustin, Sven-Peter

Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin
Capio Elbe-Jeetzel-Klinik Dannenberg,
Brunswiker Str. 10, 24105 Kiel
E-Mail: sven-peter.augustin@de.capio.com

Dr. med. Baars, Stefan

Staatlicher Gewerbearzt, Arzt für Arbeitsmedizin / Umweltmedizin
Gewerbeärztlicher Dienst Niedersachsen,
Am Listholze 74, 30177 Hannover
stefan.baars@gaa-h.niedersachsen.de

Dr. med. Bojara, Gerhard

FA für Innere Medizin
Leiter des Gesundheitsdienstes
Landkreis und Stadt Osnabrück,
Am Schölerberg 1,
49082 Osnabrück
E-Mail: Gerhard.bojara@lkos.de

Prof. Dr. med. Casser, Hans-Reimund

Arzt für Orthopädie, Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Rheumatologie, Spezielle Schmerztherapie
Ärztlicher Direktor und Chefarzt
DRK Schmerzzentrums Mainz,
Auf der Steig 16,
55131 Mainz
E-Mail: hans-raimund.casser@drk-schmerz-zentrum.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Evers, Stefan

Facharzt für Neurologie, Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie und Neurologische Intensivmedizin
Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Str. 33,
48129 Münster
E-Mail: everss@uni-muenster.de

Flörchinger, Bettina

FÄ für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin;
Tauchmedizin (GTÜM), Reisemedizin (DFR)
Centrum für Reisemedizin GmbH (CRM),
Hansaallee 321,
40549 Düsseldorf
E-Mail: floerchinger@bctropen.de

Prof. Dr. med. Gaubitz, Markus

FA für Endokrinologie und Diabetologie, FA für Innere Medizin, Rheumatologie, Osteologie
Akademie für Manuelle Therapie,
von-Esmarch-Str. 50, 48149 Münster
E-Mail: gaubitz@uni-muenster.de

Dipl.-Ing. Hubka, Ralph

Inhaber Ingenieurbüro Hubka,
Am Kinnwald 5, 35469 Allendorf
E-Mail: r.hubka@web.de

Dr. med. Klimczyk, Klaus

FA für Orthopädie, Physikal. und Rehabilit. Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Medizin / Chirotherapie, Sozialmedizin
Chefarzt des Interdisziplinären Schmerzzentrums
Fachklinik Enzensberg,
Höhenstraße 56,
87629 Hopfen am See
klaus.klimczyk@fachklinik-enzensberg.de

Dr. med. Kuhnt, Oliver

Leitender Psychologe,
Interdisziplinäres Schmerzzentrum,
m&i-Fachklinik Enzensberg,
Höhenstraße 56,
87629 Hopfen am See
E-Mail: oliver.kuhnt@fachklinik-enzensberg.de

PD Dr. med. habil. Meyer-Falcke, Andreas

Leiter des Strategiezentrums Gesundheit
Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen,
Universitätsstraße 136,
44799 Bochum
E-Mail: Andreas.meyer-falcke@gc.nrw.de

Dr. med. Pulz, Matthias

Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA)
Roesebeckstraße 4-6,
30449 Hannover
E-Mail: Matthias.pulz@nlga.niedersachsen.de

Dr. med. Ricken, Uwe

FA für Allgemeinmedizin, Betriebsmedizin, Rettungsmedizin, Reisemedizin (DFR) ...
Lehrbeauftragter der Universität Osnabrück
Vorsitzender des BsAfB e.V.,
Gartenstraße 29,
49152 Bad Essen
E-Mail: dr.ricken@bsafbev.de

Prof. Dr. med. Rose, Dirk-Matthias

Vorstand (Medizin und Technik)
IAS-Gruppe (Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung),
Steinhäuserstraße 19, 76135 Karlsruhe
E-Mail: d.rose@ias-stiftung.de

Schesser, Ralf

Physiotherapeut,
Interdisziplinäres Schmerzzentrum,
m&i-Fachklinik Enzensberg,
Höhenstraße 56, 87629 Hopfen am See
ralf.schesser@fachklinik-enzensberg.de

Dr. med. habil. Schmidt, Christian Ludwig

Facharzt für HNO
Am Freibad 9, 49152 Bad Essen
E-Mail: hnobadessen@t-online.de

Dr. jur. Scholz, Karsten

Justitiar
Ärztelkammer Niedersachsen,
Berliner Allee 20, 30175 Hannover
E-Mail: karsten.scholz@aekn.de

Dipl.-Min. Siegmann, Silvester

Sicherheitsingenieur,
M. Sc. Betriebssicherheitsmanagement
Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin,
Universitätsklinikum Düsseldorf,
40225 Düsseldorf
E-Mail: siegmann@uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. med. Skudlik, Christoph

Ständiger Vertreter des Chefarztes des Institutes für interdisziplinäre dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück
Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
Allergologie, Ernährungsmedizin und Berufsdermatologie (ABD)
Universität Osnabrück,
Sedanstraße 115, 49090 Osnabrück
E-Mail: cskudlik@uni-osnabrueck.de

Dr. med. Christian Stock

Oberarzt an der Berolina Klinik Löhne,
Facharzt für Innere Medizin,
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Bültestraße 21, 32584 Löhne
E-Mail: c.stock@uglielje.de

Dr.-Ing. Wittmann, Andreas

Sicherheitsingenieur
Bergische Universität Wuppertal,
Fachbereich D, Arbeitsmedizin,
Arbeitsphysiologie und Infektionsschutz (ARBMED),
Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal
E-Mail: andwitt@uni-wuppertal.de

Wollmer, Michael

Physiotherapeut,
Hand & Herz Praxis für Physiotherapie,
Parkstraße 40, 27580 Bremerhaven
E-Mail: m@wollmer.de