

PRAKTISCHE ARBEITSMEDIZIN

Zeitschrift für betrieblichen Gesundheitsschutz und Betriebssicherheit

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

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

Ausgabe 20 / August 2010

**Themenschwerpunkt:
Arbeitsschutz in Arztpraxen**

Gesunde Betriebe - Wo stehen wir heute?

Seite 16

Erfolgreich arbeiten:
Qualifizierter. Flexibler. Gesünder

Seite 23

Potential-Check: Ist Ihr Unternehmen fit?

Seite 27

Der gesunde Betrieb

Seite 28

Gesundheitsförderung und Selbstregulation
durch individuelle Zielanalyse - GUSI®

Seite 33

Gesundheitsworkshops in Kleinstbetrieben:
Studie zeigt Beratungsbedarf auf

Seite 36

BsAfB e.V.
Der kompetente Partner für KMU

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

bsafb
Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner
und freiberuflicher Betriebsärzte

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

so mancher angestellt tätiger Arbeits- bzw. Betriebsmediziner stellt sich irgendwann die Frage, ob der Weg in die Selbstständigkeit eine Alternative zum oft frustrierenden Angestelltensein ist.

Eine sorgfältige Planung ist das A und O auf dem Weg zur Selbstständigkeit und der Weg zum Erfolg. Die Planung für eine Praxisübernahme oder Neugründung sollte möglichst schon mindestens zwölf Monate im Voraus beginnen.

Für eine Praxisneugründung spricht, dass der Standort sorgfältig ausgewählt werden kann und die Investitionshöhe ausgewogen ist. Der Neugründer kann seine Praxis nach eigenen Vorstellungen gestalten und planen. Schwierigkeiten können auftreten, da kein fester Kundenstamm übernommen werden kann. Auch muss der Arzt zunächst für die Bekanntheit seiner Praxis sorgen.

Gründliche Organisation gibt in jedem Fall Sicherheit und ein betriebswirtschaftlicher Berater sollte hinzugezogen werden, um Risiken und Chancen zu überprüfen. Wenn auch die Beweggründe sich niederzulassen oft sehr unterschiedlich sind, so müssen doch immer die gleichen Gedankenschritte gemacht werden.

Bei der Planung sollten auch stets die familiären Rahmenbedingungen beachtet werden, und dies nicht bezüglich der aktuellen Situation, sondern auch in Anbetracht der mittelfristigen Planung. Denn eine alleinverdienende Ärztin mit zwei Kindern hat meist weniger finanziellen Spielraum als eine Ärztin in einer kinderlosen Partnerschaft. Die finanzielle Planung ist also von großer Bedeutung. Während die Kosten bei der Praxisgründung gleich zu Beginn auf einen Schlag das Konto stark belasten, tröpfelt der Umsatz am Anfang nur spärlich herein. Ebenfalls ist zu beachten, dass manche Kosten erst wesentlich später auf den Arzt in vollem Umfang zukommen, wie zum Beispiel die Altersvorsorge, die Einkommensteuer oder die Sozialversicherung. Dabei muss immer bedacht werden, dass eine eigene Praxis auch mehr finanzielle Verantwortung

bedeutet. Während im Angestelltenverhältnis die Haftung keine Frage war, muss ein Unternehmer die Verantwortung übernehmen.

Die Wahl der Praxisräume ist eine weitreichende Entscheidung, denn damit geht auch die Frage einher: Wo möchte ich alt werden? Daher ist eine gewissenhafte Standortanalyse, egal ob bei einer Niederlassung oder Praxisübernahme, von großem Wert. Denn eine langfristige, gesicherte Existenz benötigt ein solides Fundament.

Doch nicht das Objekt selbst sollte sorgfältig ausgewählt werden, auch auf die Planung der Gestaltung der Innenräume sollte großen Wert gelegt werden. In ansprechend gestalteten Räumen fühlen sich nicht nur die Probanden wohl, sondern sie wirken sich auch auf das Arbeitsklima aus.

Immer mehr Menschen nutzen das Internet und somit bildet das World Wide Web auch eine Möglichkeit die Praxis angemessen zu präsentieren. Der Internetauftritt kann eine Zusammenstellung interessanter Informationen beinhalten, aber ebenso Qualifikationen und Zusatzausbildungen aufzeigen. Jedoch müssen auch beim Internetauftritt die Auflagen durch den Gesetzgeber beachtet werden, um nicht mit den Werbeverböten der Heilberufe in Konflikt zu geraten. Unter berufswidriger Werbung ist eine anpreisende, vergleichende oder irreführende Werbung zu verstehen.

Um diese und andere Frage zu beantworten plant der BsAfB Seminare für niederlassungswillige und selbstständige Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner, die Anregungen suchen – aus der Praxis für die Praxis.

Wie immer wünsche ich Ihnen beim Lesen dieser Ausgabe der Praktischen Arbeitsmedizin den erhofften Informationsgewinn und danke für Ihr Interesse.

Ihre
Silke Kretschmar
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Stellvertretende Vorsitzende des BsAfB
E-Mail: silke.kretschmar@bsafb.de



Silke Kretschmar
(Photo : Grysa)

Die Online-Anmeldung und Informationen zu den geplanten Praxisseminaren finden Sie auf der Internetseite des BsAfB:

www.bsafb.de → Praxisseminare

Arbeitsschutz in Arztpraxen – Ein Zwischenbericht über eine Schwerpunktaktion des Gewerbeärztlichen Dienstes in Niedersachsen

Stefan Baars

Seit 2009 prüft der Gewerbeärztliche Dienst in Niedersachsen die Umsetzung von Arbeitsschutzvorschriften in Arztpraxen. Die Aktion wird zunächst bis Ende 2010 durchgeführt. Im Rahmen des 6. Betriebsärztetages wurden erste Ergebnisse berichtet. Die aktualisierten und ergänzten Ergebnisse werden nun in diesem Beitrag dargestellt.

Einleitung

In Arztpraxen als typischen Kleinbetrieben ist grundsätzlich von eher geringen Kenntnissen der Arbeitsschutzvorschriften und entsprechenden Umsetzungsdefiziten auszugehen. Vom Praxisinhaber sind u. a. Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen und seit 2008 eine sichere Nadeltechnik zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen einzusetzen. Die Gewerbeärztliche Aktion soll eine Aussage über den Grad der Umsetzung der Vorschriften ermöglichen und gleichzeitig Entwicklungen in diesem Bereich anstoßen. Der Schwerpunkt liegt auf Arztpraxen, die in größerem Umfang Blutentnahmen und vergleichbare Tätigkeiten durchführen.

Ablauf

Die Aktion wurde im Frühjahr 2009 über die kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) angekündigt. Die zu überprüfenden Arztpraxen werden landesweit zufällig über die internetbasierte „Arztauskunft“ der Ärztekammer Niedersachsen ausgewählt und schriftlich spätestens drei Wochen vor der Überprüfung über den vorgesehenen Termin informiert. Der bei der Überprüfung eingesetzte dreiseitige standardisierte Erhebungsbogen und eine Auflistung der vorzulegenden Nachweise wird der Ankündigung beigelegt, um den Praxen eine Vorbereitung zu ermöglichen.

Die Überprüfung erfasst schwerpunktmäßig die Umsetzung der Biostoffverordnung (BioStoffV) und der TRBA 250 (u. a. Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, Einsatz sicherer Nadeltechnik), die Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Vorsorge und die Betreuung durch Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Im Anschluss an die Überprüfung erhalten die Praxen eine schriftliche Erläuterung des Erhebungsbogens sowie ein Revisions schreiben mit Benennung der abzustellenden Mängel.

Zur Person



Dr. med. Stefan Baars

Gewerbeärztlicher Dienst
für Niedersachsen
Staatliches Gewerbeaufsichtsamt
Hannover
Am Listholze 74
30177 Hannover
stefan.baars@gaa-h.niedersachsen.de

Parallel werden in Kooperation mit der KVN in den KV-Bezirksstellen Fortbildungsseminare zum Mitarbeiter- und Patientenschutz angeboten. Diese beinhalten ergänzend auch die Anforderungen an den Umgang mit Medizinprodukten, insbesondere die hygienische Aufbereitung. Zusätzlich steht im Internet ein Merkblatt zu „Nadelstichverletzungen in der Arztpraxis“ zum Download zur Verfügung (runder-tisch-hannover.de → Downloads).

Ergebnisse

Bis Anfang Juni 2010 wurden insgesamt 274 Praxen überprüft (Allgemeinmedizin n = 120, Innere Medizin n = 90, Gynäkologie und Geburtshilfe n = 42, Pädiatrie n = 6, Chirurgie n = 5, Dermatologie n = 5, Urologie n = 4, Sonstige n = 2). 8 Praxisinhaber verfügten zusätzlich über eine arbeitsmedizinische Qualifikation. Die Größe der Praxen lag im Median bei 5 Beschäftigten (Streuung 1 – 42).

Insgesamt wurden 143 Nadelstichverletzungen (NSV) aus den jeweils letzten 3 Jahren angegeben. Daraus resultiert eine durchschnittliche Rate von 0,08 Stichverletzungen pro Mitarbeiter in 3 Jahren (Streuung 0,0 bis 1,5).

Mängel bei der Entsorgung spitzer und scharfer Gegenstände (z. B. überfüllte oder ungeeignete Abwurfbehälter) wiesen nur 8% der Praxen auf.

Die Erstversorgung einer NSV war meist schriftlich festgelegt (84%), Lücken bestanden hingegen bei der Regelung einer HIV-Postexpositionsprophylaxe (kompetente Beratung und ggf. Einleitung der Prophylaxe). Dies war nur in 35% der Praxen festgelegt.

Eine Gefährdungsbeurteilung nach BioStoffV konnten 34% der Praxen vorlegen. Die Benennung der maßgeblichen Infektionserreger und die Festlegung einer Schutzstufe erfolgten allerdings nur in 78% bzw. 69% dieser Praxen. Unterweisungen über Gefährdungen und Schutzmaßnahmen für Beschäftigte konnten 56% der Praxen nachweisen, allerdings dann in der Regel ohne integrierte arbeitsmedizinische Beratung (85%).

Nur 11% der Praxen hatten vollständig alle gängigen Produkte auf Sicherheitsprodukte (siehe Abbildung 1) umgestellt, obwohl 73% der Praxen angaben, auch bekannt infektiöse Patienten zu behandeln. Sofern eine Umstellung auf ein Sicherheitsprodukt nicht erfolgt, ist dies lt. TRBA 250 in einer Gefährdungsbeurteilung zu dokumentieren und zu begründen. Eine entsprechende Gefährdungsbeurteilung konnten jedoch nur 3 (!) Praxen vorlegen.

Flügelkanülen und Injektionskanülen werden in einigen Praxen nur vom Arbeitgeber verwendet. Aus Sicht der staatlichen Arbeitsschutzbehörde ist dieser dann nicht verpflichtet, eine Umstellung vorzunehmen, sofern auch die Entsorgung vollständig durch den Arbeitgeber erfolgt. Berücksichtigt man diese Praxen in der Auswertung nicht, erhöhen sich die Umsetzungsraten für Flügelkanülen und Injektionskanülen geringfügig auf 57% bzw. 24%.

In 55% der Praxen war ein Betriebsarzt verpflichtet worden, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit in 57% der Praxen. Eine Wahrnehmung relevanter Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz war damit jedoch

nicht zwangsläufig verbunden (Abbildungen 2 und 3). Insbesondere vermissen wir häufig eine Mitwirkung an der Gefährdungsbeurteilung. Die seit Ende 2008 in Niedersachsen mögliche alternative Betreuung hatten bisher nur 4% der überprüften Praxen gewählt.

Nur 12% der Praxen konnten durchgängig regelkonforme arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen wegen Infektionsgefährdung nachweisen. In den übrigen Praxen lagen Mängel vor (Tabelle 1). Viele Praxen veranlassten erstmals nach Ankündigung des Überprüfungstermins Vorsorgeuntersuchungen! Datenschutzrechtliche Belange im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen werden häufig nicht ausreichend berücksichtigt. So sind meist die medizinischen Befunde der medizinischen Fachangestellten allen und insbesondere auch der Praxisinhaberin/dem Praxisinhaber, also dem Arbeitgeber, bekannt. Hieraus resultierendes mögliches Konfliktpotenzial wird häufig nicht wahrgenommen.

Feuchtarbeit als möglicher Anlass für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen spielt in Arztpraxen für medizinische Fachangestellte nur in Ausnahmefällen eine größere Rolle (z.B. in größerem Umfang Assistenz bei endoskopischer Diagnostik oder Operationen bzw. Laborarbeiten in größerem Umfang). Der kumulative Zeitanteil liegt in der Regel unter zwei Stunden Feuchtarbeit am Tag.

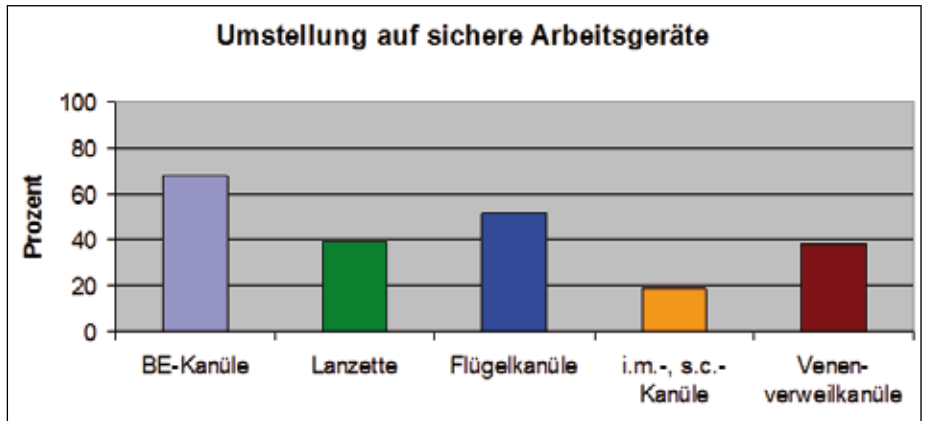


Abbildung 1: Anteile der Arztpraxen, die für das jeweilige Produkt bereits auf ein Sicherheitsprodukt umgestellt haben

arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen	Anteil (%)
Als Pflichtuntersuchung wegen Infektionsgefährdung	37
- davon mit Überschreitung von Nachuntersuchungsfristen	37
- davon ohne Berücksichtigung von HCV	14
Als Pflichtuntersuchung wegen Infektionsgefährdung, aber erst nach Ankündigung der Überprüfung	27
Als Angebotsuntersuchung wegen Bildschirmarbeit	23

Tabelle 1: Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Abbildung 2: Wahrnehmung betriebsärztlicher Aufgaben in formal betreuten Betrieben

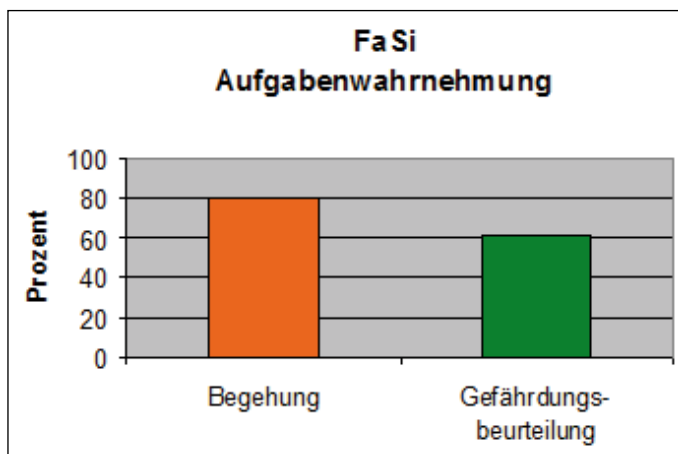
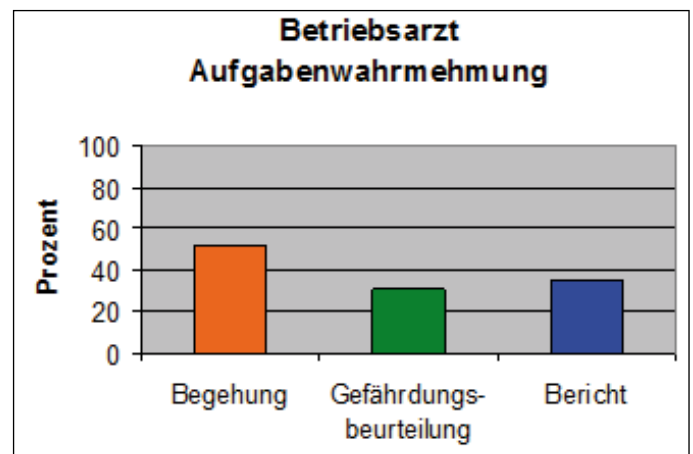


Abbildung 2: Wahrnehmung sicherheitstechnischer Aufgaben in formal betreuten Betrieben



Trotz der mittlerweile seit 10 Jahren bestehenden Austauschverpflichtung für gepuderte Latexhandschuhe wurden diese noch in 14% der Arztpraxen angetroffen.

Diskussion und Zusammenfassung

Im Rahmen der Schwerpunktaktion werden gezielt Praxen von Fachrichtungen mit relevanten Infektionsrisiken für Beschäftigte überprüft.

Die Umstellungsrate auf Sicherheitsprodukte lag mit Ausnahme von Systemen zur Blutentnahme deutlich niedriger als in niedersächsischen Krankenhäusern und war insgesamt unbefriedigend. Die noch relativ hohe Umstellungsrate der Blutentnahmesysteme erklärt sich möglicherweise durch Informationen über die rechtlichen Vorgaben und die häufige Übernahme von Mehrkosten durch die Vertragslabore.

Die dokumentierten Nadelstichverletzungen lassen auf den ersten Blick nur ein relativ ge-

ringes Risiko für derartige Arbeitsunfälle in Arztpraxen vermuten. Allerdings ist eine adäquate Dokumentation von Arbeitsunfällen in vielen Arztpraxen noch nicht etabliert und die Erfahrungen aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens lassen eine nicht unerhebliche Dunkelziffer vermuten.

Eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung ist in vielen Arztpraxen bisher nur unzureichend etabliert. Deutlich wird dies u. a. am geringen Anteil ordnungsgemäß durchgeführter arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. Bedenklich ist in diesem Zusammenhang auch das im Vergleich zu anderen Branchen gering ausgeprägte Bewusstsein für Datenschutzbelange im Zusammenhang mit arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen auf Arbeitgeber-, aber auch auf Arbeitnehmerseite.

Arztpraxen kommen generell häufig ihren Dokumentationspflichten im Arbeitsschutz noch nicht ausreichend nach (z. B. Gefährdungs-

beurteilung, Unterweisungen). Die Einführung eines QM-Systems wirkt sich hier jedoch positiv aus und lässt für die Zukunft eine breitere Umsetzung erwarten.

Neben Kosten stellen insbesondere Informationsdefizite Ursachen von Arbeitsschutzmängeln dar und erklären z. B. möglicherweise auch die nach wie vor anzutreffende Verwendung gepudertes Latexhandschuhe. In diesem Feld wäre ein größeres Engagement der Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen wünschenswert.

Viele Praxisinhaber wurden erst nach konkreter Ankündigung der Überprüfung aktiv. Dies verdeutlicht, dass neben verbesserten Informationsflüssen auch eine behördliche Aufsicht in Kleinbetrieben unverzichtbar ist.

¹ Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege verlangt jedoch von Praxisinhabern, die zusätzlich dort selbst freiwillig versichert sind, ebenfalls den Einsatz von Sicherheitsprodukten.

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

Einstellung von Teilnehmern eines „Unternehmermodells für Arztpraxen“ zum Arbeitsschutz

Silvester Siegmann und Thomas Muth

Das Arbeitsschutzgesetz (§ 3 ArbSchG) und das Bürgerliche Gesetzbuch (§§ 618 und 823 BGB) fordern vom Inhaber einer Arztpraxis – wie von jedem anderen Unternehmen auch – für eine geeignete Organisation des Arbeitsschutzes zu sorgen. Zu diesen Anforderungen zählt grundlegend die Sicherstellung einer arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung, die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung, die Veranlassung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen, die Organisation der Ersten Hilfe und des Brandschutzes, die jährliche Unterweisung der Mitarbeiter, die Erstellung eines Hygieneplans inkl. Einteilung der Instrumente in Risikogruppen, die Erstellung von Betriebsanweisungen und eines Gefahrstoffkatasters sowie eines Medizinproduktebuches.

Nach der Novelle der BGV A2 vom Oktober 2005 können Arztpraxen grundsätzlich zwischen der „betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Regelbetreuung“, der „grund- und anlassbezogenen“ (bis 10 Mitarbeiter) und der „alternativen bedarfsorientierten Betreuung“ (bis 50 Mitarbeiter) wählen. Im hier untersuchten Ärztekammerbezirk wird den Arztpraxen seit 2007 die alternative bedarfsorientierte Betreuung nach § 2 Absatz 4 BGV A2 angeboten. Im Anschluss an die verpflichtenden Motivations- und Informationsmaßnahmen mit 6 Lerneinheiten à 45 Minuten gemäß Anlage 3 Nr. 2.1. BGV A2 absolvieren die Teilnehmer entweder jährlich 2 Lerneinheiten à 45 Minuten im Rahmen einer speziell für dieses Modell angebotenen Fortbildung oder nach spätestens fünf Jahren erneut 6 Lerneinheiten.

Bei den Teilnehmern dieses „Unternehmermodells“ entfallen die festen Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte. Nur bei zusätzlichem Bedarf oder wichtigen Veränderungen im Betrieb muss sich der Unternehmer von einem Betriebsarzt oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit (oder gegebenenfalls von beiden) beraten lassen. Diese werden vom jeweiligen Kooperationspartner (hier Ärztekammer) vermittelt. Nimmt beispielsweise eine Medizinische Fachangestellte Blut ab, ist das eine nicht gezielte Tätigkeit mit biologischen Arbeitsstoffen gem. Biostoff-Verordnung. Die Medizinische Fachangestellte ist somit vor Aufnahme der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen verpflichtend einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung durch einen Betriebsarzt, der nicht gleichzeitig der Arbeitgeber sein darf, zuzuführen.

Diese Form der alternativen bedarfsorientierten Betreuung wird von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bisher für Friseurbetriebe, Arztpraxen, Apotheken, Tiermedizin, Therapeutische Praxen, Beauty & Wellness- und Pflegeeinrichtungen angeboten. Die BGW kooperiert bei dieser Betreuungsform mit Dach- und Standesorganisationen (Innungen, Kammern usw.) und Dienstleistungsunternehmen im Arbeitsschutz.

Den Teilnehmern an derartigen „Unternehmermodellen“ wird häufig mangelndes Interesse am Arbeitsschutz unterstellt. Ziel der Untersuchung ist es zu dokumentieren, welche Einstellung die Teilnehmer zum Arbeitsschutz im allgemeinen und zu den Themen „Gefährdungsbeurteilung (GBU)“ und „Nadelstichverletzungen (NSV)“ im Speziellen haben.

Bei Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen des Modells wurden über einen Zeitraum von gut 6 Monaten die niedergelassenen Ärzte verschiedener Facharztgruppen mittels eines standardisierten Fragebogens anonym befragt.

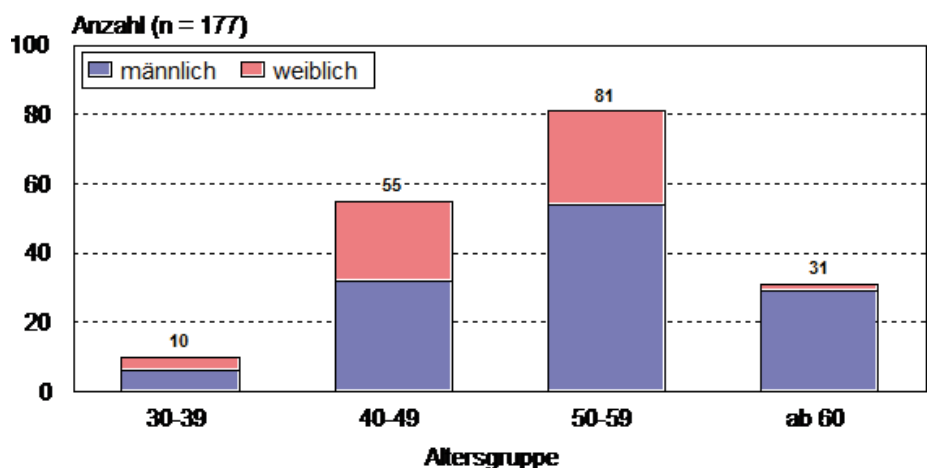
Zum Befragungszeitpunkt beteiligten sich insgesamt ca. 1050 Praxen an der „alternativen bedarfsorientierten Betreuung“ im befragten Kammerbezirk. Davon wurden im Rahmen der zweistündigen Fortbildungsveranstaltungen 178 Praxen befragt, die Rücklaufquote lag bei 95,7%.

In Arztpraxen bergen Nadelstichverletzungen (NSV) erhebliche Gefahren für die Beschäftigten. Sie ereignen sich vor allem beim normalen Umgang mit den Nadeln, beim Abtrennen der Kanülen und bei der Entsorgung. Daher interessiert natürlich der Grad der Umstellung auf „stichsichere Instrumente“ in den Arztpraxen sowie die Einstellung zu diesem wichtigen Thema: 80,3% hielten Nadelstichverletzungen für ein wichtiges Thema und bei 75,8% gab es eine Prozessbeschreibung zum Verhalten nach NSV. 77% Prozent hatten „vollständig“ (32,6%) bzw. „teilweise“ (44,4%) auf stichsichere Instrumente umgestellt. Innerhalb der letzten 24 Monate vor der Befragung kam es bei 56,2% keimmal, bei 19,7% einmal und bei 12,4% zweimal zu NSV. Innerhalb der Gruppe der Arztpraxen, in denen es zu NSV gekommen war, hatte sich der Arzt selber in 48,6%, die Helferin in 44,6%, die Reinigungskraft bei 4,1% und Famulanten bei 1,4% der Fälle verletzt (1,4% „andere“).

Ein häufiger Einwand gegen das „Unternehmermodell“ lautet, dass die Teilnehmer kein ernsthaftes Interesse am Arbeitsschutz hätten. Dieses Vorurteil konnte nicht bestätigt werden: 69,6% fanden, dass Arbeitsschutz in der Praxis mehr hilft als stört. Die Hälfte (48,4%) sah darin die Möglichkeit der Effizienzsteigerung. Das Instrument der GBU schätzten 86% als wichtig ein.

Nach den Vorgaben des Gesundheits-Moderisierungs-Gesetzes (GMG) wurden Ärzte,

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte



Zur Person



Dr. rer. san. Thomas Muth

Diplom-Psychologe, MPH
 seit 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter
 am Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Arbeitsschwerpunkte:
 Psychische Belastungen, Gesundheitsförderung, Prävention.

Thomas.Muth@uni-duesseldorf.de

Psychotherapeuten und medizinische Institutionen auf Basis des § 135a Abs. 2 GMG verpflichtet, mit dem 1. Januar 2005 ein Qualitätsmanagement einzuführen.

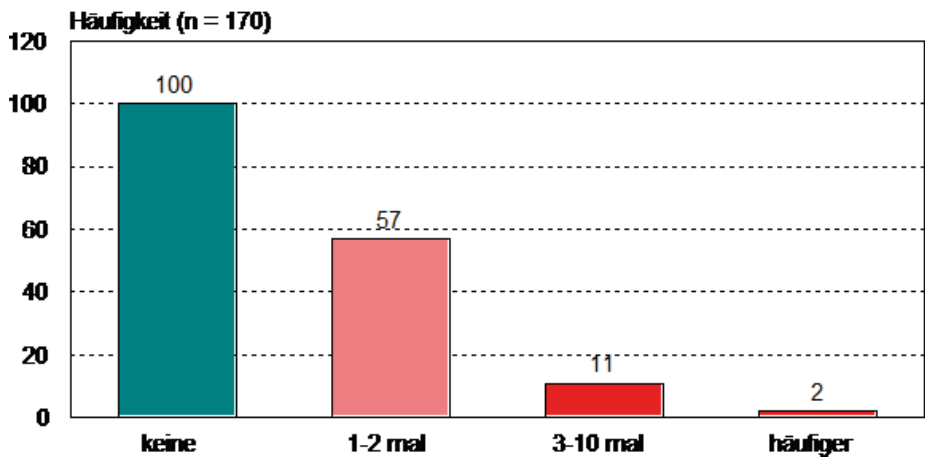
94,4% der Befragten hatten ein Qualitätsmanagement-System „vollständig“ (21,9%) bzw. „teilweise“ (72,5%) installiert.

Fazit:

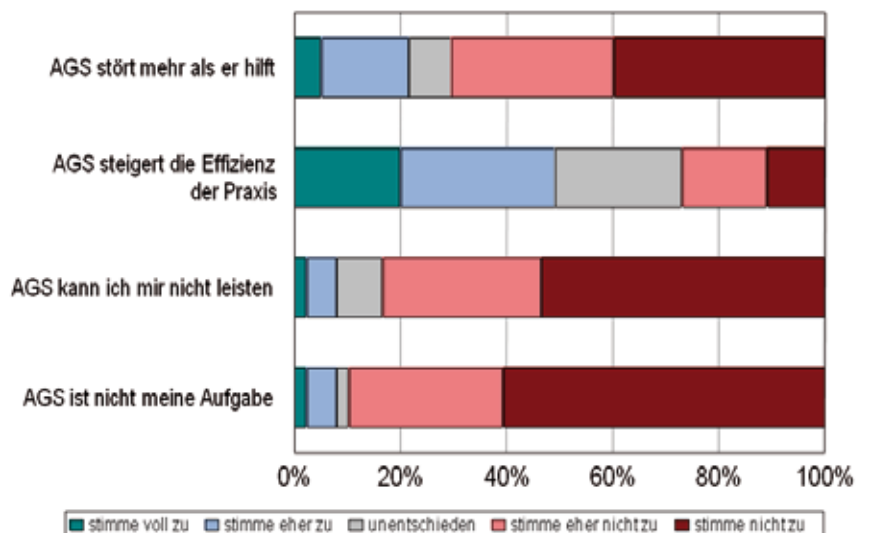
Entgegen der weitläufigen Meinung hat die überwiegende Anzahl der teilnehmenden

Ärzte, trotz der schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, eine positive Einstellung zum Arbeitsschutz. Die gesundheitsförderlichen Effekte eines umfassenden Arbeitsschutzes, wie z. B. Wertschätzung und Motivation der Mitarbeiter, sollten neben dem Nutzen für Gesundheitsquote und Effizienz einer Praxis zukünftig stärker herausgearbeitet werden. Die Bereitschaft, konstruktive Prozesse einzuleiten, ist offenbar vorhanden.

Wie häufig ist es in Ihrer Praxis in den letzten 24 Monaten zu NSV gekommen?



Aussagen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS)



Zur Person



Silvester Siegmann

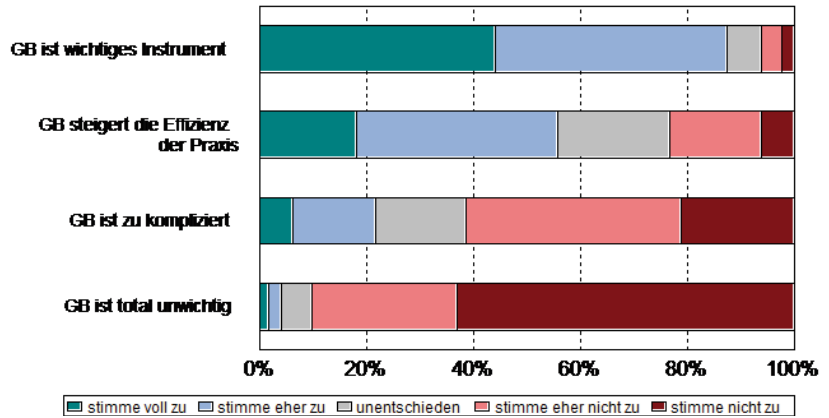
Er ist „von Hause aus“ Diplom-Mineraloge (Kristallograph) und wechselte nach drei Jahren bei der DMT in Bochum 1995 ins Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 1997 schloss er die Ausbildung zum Sicherheitsingenieur an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ab und ist seit 1999 qualitätszertifiziert durch die Gesellschaft für Qualität im Arbeitsschutz (GQA). Seit 2000 ist er in der Kursleitung der „Weiterbildung Arbeitsmedizin“ der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Nordrhein und übernahm 2005 die Schriftleitung für den Bereich Arbeitssicherheit der Fachzeitschrift „Praktische Arbeitsmedizin“. Er ist Absolvent des ersten Jahrgangs des Studiengangs „Betriebssicherheitsmanagement“ an der TFH Georg Agricola zu Bochum und ist seit 2007 der Vorsitzende des „Arbeitskreises Betriebssicherheitsmanagement (AK BSM)“.

Seine Forschungsschwerpunkte sind Lärm mit Schwerpunkt Impulslärm, Gefährdungsbeurteilungen, Arbeitsschutzmanagementsysteme, Prävention.

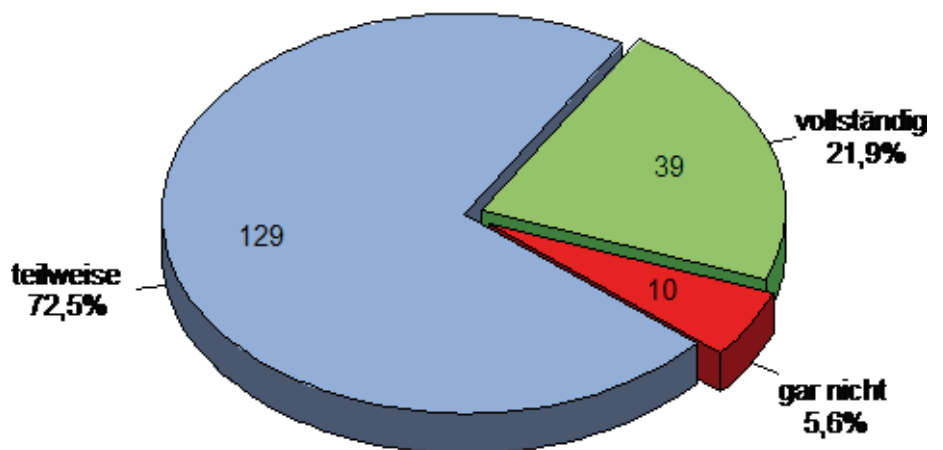
Silvester Siegmann
Diplom-Mineraloge,
Sicherheitsingenieur,
M. Sc. Betriebssicherheitsmanagement

Institut für Arbeitsmedizin
und Sozialmedizin,
Universitätsklinikum Düsseldorf
Universitätsstr. 1, D-40225 Düsseldorf

Aussagen zur Gefährdungsbeurteilung (GB)



Haben Sie bereits ein Qualitätsmanagement in Ihrer Praxis installiert?



SAFETY FIRST! fordert besseren Schutz vor Nadelstichverletzungen in Arztpraxen

Safety First!

Große Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen – Expertengruppe verabschiedet Positionspapier

SAFETY FIRST!

Wuppertal, August 2010.

Nadelstichverletzungen gehören zu den gefährlichsten Arbeitsunfällen in den medizinischen Berufen. Seit inzwischen drei Jahren sind daher verletzungssichere Instrumente zum Schutz von Mitarbeitern Pflicht. Aktuelle Erhebungen zeigen jedoch gravierende Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen. Auf Einladung von SAFETY FIRST! ist daher gestern eine Expertengruppe zusammengekommen, um die Situation zu bewerten. In ihrem Positionspapier fordern die Experten einen flächendeckenden Einsatz verletzungssicherer Instrumente auch in Arztpraxen, bessere Aufklärung der Ärzte über Arbeitsschutzthemen und mehr Kontrollen.

Verletzungssichere Blutentnahme-, Injektions- und Venenverweilkanülen sind in Arztpraxen ebenso Pflicht wie in Kliniken. SAFETY FIRST! geht jedoch davon aus, dass z. B. nur 25% der in den Arztpraxen benutzten

Blutentnahmekanülen über einen Sicherheitsmechanismus verfügen. Aktuelle Erhebungen bestätigen nun große Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen. Bei einer Umfrage der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gaben 41% der befragten Ärzte an, dass es innerhalb der letzten zwei Jahre zu mindestens einer Nadelstichverletzung in ihrer Praxis gekommen sei. Die tatsächliche Zahl der Nadelstichverletzungen dürfte noch wesentlich höher liegen. Denn: Bei einer parallel durchgeführten Erhebung von SAFETY FIRST! gab jeder fünfte Arzt zu Protokoll, dass Nadelstichverletzungen in seiner Praxis gar nicht gemeldet würden. Beide Umfragen konnten jedoch auch zeigen, dass Ärzte, die im Vergleich zu den Kollegen umfassender über Arbeitsschutzvorgaben informiert sind, ihre Mitarbeiter besser vor Nadelstichverletzungen schützen.

Silvester Siegmann vom Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Universität Düsseldorf fordert daher, das Thema Nadelstichverletzungen und Arbeitsschutz stärker in die Ausbildungen für die medizinischen Berufe zu verankern. Siegmann hat viele Seminare zu dem Thema „Arbeitsschutz in Arztpraxen“ durchgeführt. „Auf den Fortbildungsveranstaltungen merke ich, dass sich die meisten Ärzte für einen besseren Schutz ihrer Mitarbeiter en-

aller Nadelstichverletzungen. „Wir haben gerade in Arztpraxen eine sehr große Dunkelziffer von Nadelstichverletzungen. Wir sehen nur die Spitze des Eisberges“, so Dr. Wittmann. „In der Umfrage von SAFETY FIRST! gab jeder fünfte Arzt an, dass Nadelstichverletzungen in seiner Praxis gar nicht gemeldet würden. Das sind alarmierende Zahlen. Denn wird eine Nadelstichverletzung nicht gemeldet, kann im Schadensfall der Versicherungsschutz entfallen.“



Die Experten betonten, dass die überwiegende Anzahl der Ärzte trotz der oft schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine positive Einstellung zum Arbeitsschutz hätten. Sie forderten gerade deshalb eine bessere Aufklärung über arbeitsschutzrechtliche Themen bei der medizinischen Aus- und Fortbildung. Ebenso unerlässlich seien aber auch bessere Kontrollen zur Umsetzung der Arbeitsschutzregeln in den Arztpraxen.

Die Initiatoren von SAFETY FIRST! hoffen, durch ihre Aufklärungsarbeit einen Beitrag zu der Verbesserung der Arbeitssicherheit in Arztpraxen zu leisten. Im Herbst dieses Jahres wird SAFETY FIRST! daher in verschiedenen Regionen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zu dem Thema anbieten.

gagieren wollen und die verletzungssicheren Instrumente sehr gut angenommen werden“, erläutert Siegmann. „Das Problem ist jedoch, dass Ärzte in der Regel schlecht über Arbeitsschutzthemen informiert sind.“

Stefan Baars vom Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Hannover sieht dabei auch die Landesvertretungen in der Pflicht: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die ärztlichen Berufsverbände müssen ihre Mitglieder besser über Risiken durch Nadelstichverletzungen und die rechtlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz informieren.“

Andreas Wittmann, wissenschaftlicher Leiter der Initiative SAFETY FIRST! und Ingenieur für Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal, fordert eine zentrale Erfassung

Über die TRBA 250:

Jede Nadelstichverletzung kann eine gefährliche Krankheit übertragen. Die „Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250“ verpflichtet daher Arbeitgeber im Gesundheitswesen, ihre Mitarbeiter durch sogenannte „Sichere Instrumente“ vor Infektionen zu schützen. Verletzungssichere Instrumente müssen, soweit dies technisch möglich ist, bei allen Tätigkeiten verwendet werden, bei denen „Körperflüssigkeiten in infektionsrelevanter Menge“ übertragen werden können, etwa bei der Blutentnahme. Ausnahmen von dieser Regel sind sehr schwer zu begründen und müssen in einer Gefährdungsbeurteilung schriftlich dargelegt werden.

Positionspapier der Expertengruppe „Schutz vor Nadelstichverletzungen in Arztpraxen“

August 2010, Wuppertal

Nadelstichverletzungen gehören zu den gefährlichsten Arbeitsunfällen in den medizinischen Berufen. Seit inzwischen drei Jahren sind daher gemäß der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 verletzungssichere Blutentnahme-, Injektions- und Venenverweilkanülen zum Schutz von Mitarbeitern Pflicht. Die Initiative SAFETY FIRST! geht jedoch davon aus, dass z. B. nur 25% der in den Arztpraxen benutzten Blutentnahmekanülen über einen Sicherheitsmechanismus verfügen.

Aktuelle Erhebungen von SAFETY FIRST! bestätigen nun die gravierenden Mängel beim Arbeitsschutz in Arztpraxen. Auf Einladung von SAFETY FIRST! ist daher eine Expertengruppe zusammengelassen, um die Situation zu bewerten.

Um die Arbeitssicherheit für Mitarbeiter in Arztpraxen zu verbessern, fordern die Experten:

I. Generelle Einführung von „Sicheren Instrumenten“ in Arztpraxen

In den meisten Kliniken sind verletzungssichere Instrumente zum Schutz der Mitarbeiter inzwischen eine Selbstverständlichkeit. „Sichere Instrumente“ müssen endlich auch in Arztpraxen Standard werden.

II. Bessere Aufklärung der niedergelassenen Ärzte und Medizinischen Fachangestellten über die Verpflichtung zum Arbeitsschutz und das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen

Ärzte und Medizinische Fachangestellte müssen besser über die Risiken durch Nadelstichverletzungen und Pflichten im Arbeitsschutz aufgeklärt werden.

- Umfragen haben bestätigt, dass Ärzte, die über die TRBA 250 informiert sind, in der Regel auch ihre Mitarbeiter besser schützen.
- Die Expertengruppe sieht vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände in der Pflicht, ihre Mitglieder besser über Pflichten zum Arbeitsschutz in den Arztpraxen zu informieren.
- Das Thema Arbeitssicherheit und das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen muss verstärkt Bestandteil der Ausbildung in den Universitäten und den Fachschulen für Medizinische Fachangestellte werden.
- Medizinische Fachangestellte müssen besser über das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen und mögliche Schutzmaßnahmen aufgeklärt werden. Sie haben

einen entscheidenden Anteil bei der Gestaltung der Arbeitssicherheit an ihrem Arbeitsplatz.

- Nadelstichverletzungen müssen gemeldet werden! Nur so haben die Betroffenen einen garantierten Versicherungsschutz. Tatsächlich gaben 20% der befragten Ärzte an, dass in ihrer Praxis Nadelstichverletzungen nicht gemeldet würden.

III. Verstärkte Kontrollen der Umsetzung der TRBA 250

Die Umsetzung der TRBA 250 in Arztpraxen muss besser kontrolliert werden.

- Die verantwortlichen Aufsichtsorgane, die staatliche Arbeitsschutzaufsicht und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen müssen verstärkt die Umsetzung der TRBA 250 auch bei niedergelassenen Ärzten überprüfen.
- Arbeitssicherheit muss verstärkt und verbindlich in die Qualitätsmanagement Systeme (QM-Systeme) aufgenommen werden.
- Bei allen Kontrollen muss beachtet werden, ob die benutzten Instrumente auch tatsächlich den Sicherheitsstandards der TRBA 250 genügen. Dazu gehört etwa, dass der Sicherheitsmechanismus integraler Bestandteil des Systems ist und mit einer Hand aktiviert werden kann.

Die Experten betonten, dass die überwiegende Anzahl der Ärzte trotz der oft schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine positive Einstellung zum Arbeitsschutz haben. Gerade deshalb fordern sie eine bessere Aufklärung über arbeitsschutzrechtliche Themen bei der medizinischen Aus- und Fortbildung. Ebenso unerlässlich seien aber auch bessere Kontrollen zur Umsetzung der Arbeitsschutzregeln in den Arztpraxen.

Mitglieder der Expertengruppe:

Andreas Wittmann, Bergische Universität Wuppertal, Abteilung Sicherheitstechnik. Dr. Andreas Wittmann ist wissenschaftlicher Leiter der Initiative SAFETY FIRST!

Stefan Baars, Gewerbeärztlicher Dienst für Niedersachsen am Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Hannover. Dr. Stefan Baars hat in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen eine Schwerpunktaktion zum Thema „Sichere Instrumente in Arztpraxen“ durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurden bisher über 300 Arztpraxen kontrolliert.

Silvester Siegmann, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Silvester Siegmann ist Schriftleiter der Fachzeitschrift „Praktische Arbeitsmedizin“, dem Verbandsorgan des „Bundesverbandes selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte“ (BsAfB).

Über SAFETY FIRST!

Die Initiative SAFETY FIRST! ist eine Gemeinschaftsinitiative verschiedener wissenschaftlicher Einrichtungen, die es sich zum Ziel gemacht haben, über das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen aufzuklären und den Schutz von Mitarbeitern im Gesundheitswesen vor diesen Verletzungen zu verbessern.

Informationsmaterialien zu dem Thema für Ärzte:

- Merkblatt „Nadelstichverletzungen in der Arztpraxis“ des Runden Tisches Niedersachsen. Als Download verfügbar unter: www.runder-tisch-hannover.de
- CD-ROM der Unfallkasse Nordrhein Westfalen „Kleiner Sich mit Folgen“ im Internet unter: www.infektionsschutz.gesundheitsdienstportal.de.
- „Risiko Virusinfektion – Übertragungsweg Blut“. Im Netz unter: www.bgw-online.de
- „Liste sicherer Produkte - Schutz vor Schnitt- und Stichverletzungen“. Im Internet unter: www.bgw-online.de

Literaturauswahl:

- Wittmann A., Zylka-Menhorn V.: „Arbeitsschutz: Verletzungssichere Instrumente für Kliniken und Praxen obligatorisch“ aus dem Deutschen Ärzteblatt 2007; 104(10): A-624 / B-549 / C-528
- Wicker S., Rabenau H.F.: Nadelstichverletzungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen: Berufsrisiko oder vermeidbare Infektionsgefährdung? Krh-Hyg+Infverh 2007c; 27: S. 86–90
- Wittmann A., Zylka-Menhorn V., Neukirch B., Hofmann F.: Gesamtwirtschaftliche Kosten durch Nadelstichverletzungen und mögliche Nutzen durch die Einführung Sicherer Instrumente. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2007; 42: S. 132
- Wittmann A.: Verletzungen an spitzen und/oder scharfen Gegenständen im Gesundheitsdienst – Ein Beitrag zur Abschätzung der Risiken, Wuppertal 2005
- Wittmann A., Baars S. (Hrsg): Nadelstichverletzungen – Änderungen im Arbeitsschutz durch die Neufassung der TRBA 250, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, ecomed MEDIZIN, 2007
- Siegmann S., Muth T.: Einstellung von Teilnehmern eines „Unternehmermodells für Arztpraxen“ zum Arbeitsschutz, Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45; 6: S. 323-324
- Baars St., Gebhardt A., Hafemann H., Köpsel H.-J.: Arbeitsschutzmängel in Arztpraxen – Sicherheitskanülen und Infektionsschutz, Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45; 6: S. 338-339

SAFETY FIRST! fordert besseren Schutz vor Nadelstichverletzungen in Arztpraxen

Safety First!

Große Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen – Expertengruppe verabschiedet Positionspapier

SAFETY FIRST!

Wuppertal, August 2010.

Nadelstichverletzungen gehören zu den gefährlichsten Arbeitsunfällen in den medizinischen Berufen. Seit inzwischen drei Jahren sind daher verletzungssichere Instrumente zum Schutz von Mitarbeitern Pflicht. Aktuelle Erhebungen zeigen jedoch gravierende Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen. Auf Einladung von SAFETY FIRST! ist daher gestern eine Expertengruppe zusammengekommen, um die Situation zu bewerten. In ihrem Positionspapier fordern die Experten einen flächendeckenden Einsatz verletzungssicherer Instrumente auch in Arztpraxen, bessere Aufklärung der Ärzte über Arbeitsschutzthemen und mehr Kontrollen.

Verletzungssichere Blutentnahme-, Injektions- und Venenverweilkanülen sind in Arztpraxen ebenso Pflicht wie in Kliniken. SAFETY FIRST! geht jedoch davon aus, dass z. B. nur 25% der in den Arztpraxen benutzten

Blutentnahmekanülen über einen Sicherheitsmechanismus verfügen. Aktuelle Erhebungen bestätigen nun große Mängel beim Arbeiterschutz in Arztpraxen. Bei einer Umfrage der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf gaben 41% der befragten Ärzte an, dass es innerhalb der letzten zwei Jahre zu mindestens einer Nadelstichverletzung in ihrer Praxis gekommen sei. Die tatsächliche Zahl der Nadelstichverletzungen dürfte noch wesentlich höher liegen. Denn: Bei einer parallel durchgeführten Erhebung von SAFETY FIRST! gab jeder fünfte Arzt zu Protokoll, dass Nadelstichverletzungen in seiner Praxis gar nicht gemeldet würden. Beide Umfragen konnten jedoch auch zeigen, dass Ärzte, die im Vergleich zu den Kollegen umfassender über Arbeitsschutzvorgaben informiert sind, ihre Mitarbeiter besser vor Nadelstichverletzungen schützen.

Silvester Siegmann vom Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Universität Düsseldorf fordert daher, das Thema Nadelstichverletzungen und Arbeitsschutz stärker in die Ausbildungen für die medizinischen Berufe zu verankern. Siegmann hat viele Seminare zu dem Thema „Arbeitsschutz in Arztpraxen“ durchgeführt. „Auf den Fortbildungsveranstaltungen merke ich, dass sich die meisten Ärzte für einen besseren Schutz ihrer Mitarbeiter en-

aller Nadelstichverletzungen. „Wir haben gerade in Arztpraxen eine sehr große Dunkelziffer von Nadelstichverletzungen. Wir sehen nur die Spitze des Eisberges“, so Dr. Wittmann. „In der Umfrage von SAFETY FIRST! gab jeder fünfte Arzt an, dass Nadelstichverletzungen in seiner Praxis gar nicht gemeldet würden. Das sind alarmierende Zahlen. Denn wird eine Nadelstichverletzung nicht gemeldet, kann im Schadensfall der Versicherungsschutz entfallen.“



Die Experten betonten, dass die überwiegende Anzahl der Ärzte trotz der oft schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine positive Einstellung zum Arbeitsschutz hätten. Sie forderten gerade deshalb eine bessere Aufklärung über arbeitsschutzrechtliche Themen bei der medizinischen Aus- und Fortbildung. Ebenso unerlässlich seien aber auch bessere Kontrollen zur Umsetzung der Arbeitsschutzregeln in den Arztpraxen.

Die Initiatoren von SAFETY FIRST! hoffen, durch ihre Aufklärungsarbeit einen Beitrag zu der Verbesserung der Arbeitssicherheit in Arztpraxen zu leisten. Im Herbst dieses Jahres wird SAFETY FIRST! daher in verschiedenen Regionen Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zu dem Thema anbieten.

gagieren wollen und die verletzungssicheren Instrumente sehr gut angenommen werden“, erläutert Siegmann. „Das Problem ist jedoch, dass Ärzte in der Regel schlecht über Arbeitsschutzthemen informiert sind.“

Stefan Baars vom Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Hannover sieht dabei auch die Landesvertretungen in der Pflicht: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die ärztlichen Berufsverbände müssen ihre Mitglieder besser über Risiken durch Nadelstichverletzungen und die rechtlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz informieren.“

Andreas Wittmann, wissenschaftlicher Leiter der Initiative SAFETY FIRST! und Ingenieur für Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal, fordert eine zentrale Erfassung

Über die TRBA 250:

Jede Nadelstichverletzung kann eine gefährliche Krankheit übertragen. Die „Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250“ verpflichtet daher Arbeitgeber im Gesundheitswesen, ihre Mitarbeiter durch sogenannte „Sichere Instrumente“ vor Infektionen zu schützen. Verletzungssichere Instrumente müssen, soweit dies technisch möglich ist, bei allen Tätigkeiten verwendet werden, bei denen „Körperflüssigkeiten in infektionsrelevanter Menge“ übertragen werden können, etwa bei der Blutentnahme. Ausnahmen von dieser Regel sind sehr schwer zu begründen und müssen in einer Gefährdungsbeurteilung schriftlich dargelegt werden.

Positionspapier der Expertengruppe „Schutz vor Nadelstichverletzungen in Arztpraxen“

August 2010, Wuppertal

Nadelstichverletzungen gehören zu den gefährlichsten Arbeitsunfällen in den medizinischen Berufen. Seit inzwischen drei Jahren sind daher gemäß der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 verletzungssichere Blutentnahme-, Injektions- und Venenverweilkanülen zum Schutz von Mitarbeitern Pflicht. Die Initiative SAFETY FIRST! geht jedoch davon aus, dass z. B. nur 25% der in den Arztpraxen benutzten Blutentnahmekanülen über einen Sicherheitsmechanismus verfügen.

Aktuelle Erhebungen von SAFETY FIRST! bestätigen nun die gravierenden Mängel beim Arbeitsschutz in Arztpraxen. Auf Einladung von SAFETY FIRST! ist daher eine Expertengruppe zusammengelassen, um die Situation zu bewerten.

Um die Arbeitssicherheit für Mitarbeiter in Arztpraxen zu verbessern, fordern die Experten:

I. Generelle Einführung von „Sicheren Instrumenten“ in Arztpraxen

In den meisten Kliniken sind verletzungssichere Instrumente zum Schutz der Mitarbeiter inzwischen eine Selbstverständlichkeit. „Sichere Instrumente“ müssen endlich auch in Arztpraxen Standard werden.

II. Bessere Aufklärung der niedergelassenen Ärzte und Medizinischen Fachangestellten über die Verpflichtung zum Arbeitsschutz und das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen

Ärzte und Medizinische Fachangestellte müssen besser über die Risiken durch Nadelstichverletzungen und Pflichten im Arbeitsschutz aufgeklärt werden.

- Umfragen haben bestätigt, dass Ärzte, die über die TRBA 250 informiert sind, in der Regel auch ihre Mitarbeiter besser schützen.
- Die Expertengruppe sieht vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände in der Pflicht, ihre Mitglieder besser über Pflichten zum Arbeitsschutz in den Arztpraxen zu informieren.
- Das Thema Arbeitssicherheit und das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen muss verstärkt Bestandteil der Ausbildung in den Universitäten und den Fachschulen für Medizinische Fachangestellte werden.
- Medizinische Fachangestellte müssen besser über das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen und mögliche Schutzmaßnahmen aufgeklärt werden. Sie haben

einen entscheidenden Anteil bei der Gestaltung der Arbeitssicherheit an ihrem Arbeitsplatz.

- Nadelstichverletzungen müssen gemeldet werden! Nur so haben die Betroffenen einen garantierten Versicherungsschutz. Tatsächlich gaben 20% der befragten Ärzte an, dass in ihrer Praxis Nadelstichverletzungen nicht gemeldet würden.

III. Verstärkte Kontrollen der Umsetzung der TRBA 250

Die Umsetzung der TRBA 250 in Arztpraxen muss besser kontrolliert werden.

- Die verantwortlichen Aufsichtsorgane, die staatliche Arbeitsschutzaufsicht und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen müssen verstärkt die Umsetzung der TRBA 250 auch bei niedergelassenen Ärzten überprüfen.
- Arbeitssicherheit muss verstärkt und verbindlich in die Qualitätsmanagement Systeme (QM-Systeme) aufgenommen werden.
- Bei allen Kontrollen muss beachtet werden, ob die benutzten Instrumente auch tatsächlich den Sicherheitsstandards der TRBA 250 genügen. Dazu gehört etwa, dass der Sicherheitsmechanismus integraler Bestandteil des Systems ist und mit einer Hand aktiviert werden kann.

Die Experten betonten, dass die überwiegende Anzahl der Ärzte trotz der oft schwierigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen eine positive Einstellung zum Arbeitsschutz haben. Gerade deshalb fordern sie eine bessere Aufklärung über arbeitsschutzrechtliche Themen bei der medizinischen Aus- und Fortbildung. Ebenso unerlässlich seien aber auch bessere Kontrollen zur Umsetzung der Arbeitsschutzregeln in den Arztpraxen.

Mitglieder der Expertengruppe:

Andreas Wittmann, Bergische Universität Wuppertal, Abteilung Sicherheitstechnik. Dr. Andreas Wittmann ist wissenschaftlicher Leiter der Initiative SAFETY FIRST!

Stefan Baars, Gewerbeärztlicher Dienst für Niedersachsen am Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Hannover. Dr. Stefan Baars hat in Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen eine Schwerpunktaktion zum Thema „Sichere Instrumente in Arztpraxen“ durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurden bisher über 300 Arztpraxen kontrolliert.

Silvester Siegmann, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Silvester Siegmann ist Schriftleiter der Fachzeitschrift „Praktische Arbeitsmedizin“, dem Verbandsorgan des „Bundesverbandes selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte“ (BsAfB).

Über SAFETY FIRST!

Die Initiative SAFETY FIRST! ist eine Gemeinschaftsinitiative verschiedener wissenschaftlicher Einrichtungen, die es sich zum Ziel gemacht haben, über das Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen aufzuklären und den Schutz von Mitarbeitern im Gesundheitswesen vor diesen Verletzungen zu verbessern.

Informationsmaterialien zu dem Thema für Ärzte:

- Merkblatt „Nadelstichverletzungen in der Arztpraxis“ des Runden Tisches Niedersachsen. Als Download verfügbar unter: www.runder-tisch-hannover.de
- CD-ROM der Unfallkasse Nordrhein Westfalen „Kleiner Sich mit Folgen“ im Internet unter: www.infektionsschutz.gesundheitsdienstportal.de.
- „Risiko Virusinfektion – Übertragungsweg Blut“. Im Netz unter: www.bgw-online.de
- „Liste sicherer Produkte - Schutz vor Schnitt- und Stichverletzungen“. Im Internet unter: www.bgw-online.de

Literaturauswahl:

- Wittmann A., Zylka-Menhorn V.: „Arbeitsschutz: Verletzungssichere Instrumente für Kliniken und Praxen obligatorisch“ aus dem Deutschen Ärzteblatt 2007; 104(10): A-624 / B-549 / C-528
- Wicker S., Rabenau H.F.: Nadelstichverletzungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen: Berufsrisiko oder vermeidbare Infektionsgefährdung? Krh-Hyg+Infverh 2007c; 27: S. 86–90
- Wittmann A., Zylka-Menhorn V., Neukirch B., Hofmann F.: Gesamtwirtschaftliche Kosten durch Nadelstichverletzungen und mögliche Nutzen durch die Einführung Sicherer Instrumente. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2007; 42: S. 132
- Wittmann A.: Verletzungen an spitzen und/oder scharfen Gegenständen im Gesundheitsdienst – Ein Beitrag zur Abschätzung der Risiken, Wuppertal 2005
- Wittmann A., Baars S. (Hrsg): Nadelstichverletzungen – Änderungen im Arbeitsschutz durch die Neufassung der TRBA 250, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, ecomed MEDIZIN, 2007
- Siegmann S., Muth T.: Einstellung von Teilnehmern eines „Unternehmermodells für Arztpraxen“ zum Arbeitsschutz, Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45; 6: S. 323-324
- Baars St., Gebhardt A., Hafemann H., Köpsel H.-J.: Arbeitsschutzmängel in Arztpraxen – Sicherheitskanülen und Infektionsschutz, Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45; 6: S. 338-339

Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit Annette Widmann-Mauz hatte gestern alle wesentlichen Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen zu einem Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ eingeladen. Ziel dieser Expertenrunde ist es, konkrete Maßnahmen und Ideen zu erarbeiten, um bessere Bedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Menschen mit Familienaufgaben zu schaffen.

An den Gesprächen nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft einschließlich des Ärztinnenbundes, der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften, der Länder und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teil.

Dazu die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz: „Unser Gesundheitswesen steht in Zukunft vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits steigt in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, andererseits sinkt die

Verfügbarkeit an qualifizierten Fachkräften im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Ende 2009 waren bereits rund 60 Prozent der Berufsanfänger im ärztlichen Bereich Frauen, Tendenz weiter steigend. Rund 80 Prozent der Krankenhausmitarbeiter sind weiblich. Eine ausgewogene Work-Life-Balance der beschäftigten Frauen und Männer ist daher unabdingbar. Nur so kann der notwendige medizinische und pflegerische Nachwuchs für das Gesundheitswesen gewonnen und die hier Beschäftigten langfristig an ihre Arbeitsplätze gebunden werden.“

In der Sitzung wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die bestehende Probleme im Bereich Aus- und Weiterbildung aufzeigen und Lösungsvorschläge erarbeiten wird.

Es bestand Einigkeit zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Runden Tisches, dass die Krankenhäuser enorme Möglichkeiten haben, gute Rahmenbedingungen für familiengerechte Arbeitsplätze zu schaffen und diese auch verstärkt nutzen sollten. Dazu gehören beispielsweise der Ausbau von Kin-

derbetreuung, Wiedereinstiegserleichterungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Elternzeit sowie Verbesserungen in der Arbeitsorganisation.

Als eine erste vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Maßnahme werden Modelle der Aufgabenneuordnung und Beispiele von Krankenhäusern mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen auf einer Internetplattform veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt voraussichtlich Ende des Jahres. Hierzu fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt, an dem die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vertreter des Deutschen Pflegerates, der Bundesärztekammer, des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, des Verbandes der Krankenhausdirektoren und ver.di mitarbeiten.

Auch für den ambulanten Bereich ist eine Internetplattform über den Austausch guter Lösungen denkbar. Darüber und über weitere konkrete Maßnahmen wird in einem Folgetreffen beraten.

Gesunde Beschäftigte, gesunde Betriebe, gesunde Gesellschaft – wo stehen wir heute?¹

Eleftheria Lehmann

¹ Vortrag anlässlich der 4. DNBGF-Konferenz, 15.-16.05.2010, Bonn

Zusammenfassung

Am Beispiel Nordrhein-Westfalens wird – gestützt auf die vorliegenden Daten einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung und anderer Quellen – die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung mit Betonung auf die Erwerbspersonen dargestellt. Die erkennbaren gesundheitlichen Ungleichheiten in der Arbeitswelt erfordern in stärkerem Maße die dauerhafte Einführung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Schlagwörter: Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, gesundheitliche Ungleichheit, Bilanz

1 Einleitung

Studien und Vergleichsdaten der OECD zeigen, dass in vielen OECD-Ländern die Men-

schen gesünder und länger leben als in Deutschland (Internet a). Diese vergleichende Feststellung gibt weder Auskunft über die Wirkung gesundheitspolitischer Aktivitäten noch bietet sie Erklärungsansätze für mögliche Ursachen und ist als Antwort auf die Frage „Wo stehen wir heute?“ unzureichend.

Die gestellte Aufgabe ließe sich anhand einer Bilanz für ein Land oder eine Region unter der Voraussetzung lösen, dass der Bezugsrahmen und die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen bekannt sind und Daten in ausreichendem Umfang vorliegen, aus denen sich die gewünschten oder erwarteten Veränderungen bzw. Entwicklungen ableiten lassen. Beide Voraussetzungen erfüllt Nordrhein-Westfalen in idealer Weise. Denn: Seit fünfzehn Jahren verabschiedet die Landesgesundheitskonferenz Gesundheitsziele und schreibt diese fort (MGFF 2005). An der Umsetzung der zehn vorrangigen Gesundheits-

ziele sind die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens eingebunden. Für ihre Arbeit steht allen Beteiligten eine umfassende Gesundheitsberichterstattung als Informationsbasis zur Verfügung (MAGS 2009 und LIGA. NRW 2009). Aus den genannten Gründen wird Nordrhein-Westfalen als Beispiel für eine Bilanzierung herangezogen.

2 Ausgangslage

Als Teil der Bundesrepublik Deutschland lässt sich NRW in die Gruppe der hoch entwickelten Industrieregionen einordnen. Dies schafft einen geeigneten Bezugsrahmen, der sich für die Ableitung von Arbeitshypothesen und für Vergleiche z. B. mit anderen Industrieländern eignet. Diesen Ländern gemeinsam waren – und sind heute noch – die folgenden Merkmale:

o eine an den Leitprinzipien „Risiko“ und „Prävention“ orientierte Gesundheitspolitik

Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit Annette Widmann-Mauz hatte gestern alle wesentlichen Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen zu einem Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“ eingeladen. Ziel dieser Expertenrunde ist es, konkrete Maßnahmen und Ideen zu erarbeiten, um bessere Bedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Menschen mit Familienaufgaben zu schaffen.

An den Gesprächen nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft einschließlich des Ärztinnenbundes, der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen, der Gewerkschaften, der Länder und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teil.

Dazu die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz: „Unser Gesundheitswesen steht in Zukunft vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits steigt in einer alternden Gesellschaft die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, andererseits sinkt die

Verfügbarkeit an qualifizierten Fachkräften im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Ende 2009 waren bereits rund 60 Prozent der Berufsanfänger im ärztlichen Bereich Frauen, Tendenz weiter steigend. Rund 80 Prozent der Krankenhausmitarbeiter sind weiblich. Eine ausgewogene Work-Life-Balance der beschäftigten Frauen und Männer ist daher unabdingbar. Nur so kann der notwendige medizinische und pflegerische Nachwuchs für das Gesundheitswesen gewonnen und die hier Beschäftigten langfristig an ihre Arbeitsplätze gebunden werden.“

In der Sitzung wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die bestehende Probleme im Bereich Aus- und Weiterbildung aufzeigen und Lösungsvorschläge erarbeiten wird.

Es bestand Einigkeit zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Runden Tisches, dass die Krankenhäuser enorme Möglichkeiten haben, gute Rahmenbedingungen für familiengerechte Arbeitsplätze zu schaffen und diese auch verstärkt nutzen sollten. Dazu gehören beispielsweise der Ausbau von Kin-

derbetreuung, Wiedereinstiegserleichterungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Elternzeit sowie Verbesserungen in der Arbeitsorganisation.

Als eine erste vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Maßnahme werden Modelle der Aufgabenneuordnung und Beispiele von Krankenhäusern mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen auf einer Internetplattform veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt voraussichtlich Ende des Jahres. Hierzu fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Projekt, an dem die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vertreter des Deutschen Pflegerates, der Bundesärztekammer, des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte, des Verbandes der Krankenhausdirektoren und ver.di mitarbeiten.

Auch für den ambulanten Bereich ist eine Internetplattform über den Austausch guter Lösungen denkbar. Darüber und über weitere konkrete Maßnahmen wird in einem Folgetreffen beraten.

Gesunde Beschäftigte, gesunde Betriebe, gesunde Gesellschaft – wo stehen wir heute?¹

Eleftheria Lehmann

¹ Vortrag anlässlich der 4. DNBGF-Konferenz, 15.-16.05.2010, Bonn

Zusammenfassung

Am Beispiel Nordrhein-Westfalens wird – gestützt auf die vorliegenden Daten einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung und anderer Quellen – die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung mit Betonung auf die Erwerbspersonen dargestellt. Die erkennbaren gesundheitlichen Ungleichheiten in der Arbeitswelt erfordern in stärkerem Maße die dauerhafte Einführung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Schlagwörter: Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, gesundheitliche Ungleichheit, Bilanz

1 Einleitung

Studien und Vergleichsdaten der OECD zeigen, dass in vielen OECD-Ländern die Men-

schen gesünder und länger leben als in Deutschland (Internet a). Diese vergleichende Feststellung gibt weder Auskunft über die Wirkung gesundheitspolitischer Aktivitäten noch bietet sie Erklärungsansätze für mögliche Ursachen und ist als Antwort auf die Frage „Wo stehen wir heute?“ unzureichend.

Die gestellte Aufgabe ließe sich anhand einer Bilanz für ein Land oder eine Region unter der Voraussetzung lösen, dass der Bezugsrahmen und die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen bekannt sind und Daten in ausreichendem Umfang vorliegen, aus denen sich die gewünschten oder erwarteten Veränderungen bzw. Entwicklungen ableiten lassen. Beide Voraussetzungen erfüllt Nordrhein-Westfalen in idealer Weise. Denn: Seit fünfzehn Jahren verabschiedet die Landesgesundheitskonferenz Gesundheitsziele und schreibt diese fort (MGFF 2005). An der Umsetzung der zehn vorrangigen Gesundheits-

ziele sind die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens eingebunden. Für ihre Arbeit steht allen Beteiligten eine umfassende Gesundheitsberichterstattung als Informationsbasis zur Verfügung (MAGS 2009 und LIGA. NRW 2009). Aus den genannten Gründen wird Nordrhein-Westfalen als Beispiel für eine Bilanzierung herangezogen.

2 Ausgangslage

Als Teil der Bundesrepublik Deutschland lässt sich NRW in die Gruppe der hoch entwickelten Industrieregionen einordnen. Dies schafft einen geeigneten Bezugsrahmen, der sich für die Ableitung von Arbeitshypothesen und für Vergleiche z. B. mit anderen Industrieländern eignet. Diesen Ländern gemeinsam waren – und sind heute noch – die folgenden Merkmale:

o eine an den Leitprinzipien „Risiko“ und „Prävention“ orientierte Gesundheitspolitik

- o ein System mit qualitativ guter medizinischer Versorgung, das der gesamten Bevölkerung zugänglich ist
- o ein stabiles Netz der sozialen Sicherung

In Verbindung mit dem hier behandelten Thema interessieren vor allem wissenschaftliche Forschungsarbeiten über die Zusammenhänge zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Zum Verständnis der Wechselwirkungen zwischen den Ebenen gesunder Mensch, gesunder Betrieb und gesunde Gesellschaft haben verschiedene – perspektivenabhängige – Ansätze beigetragen. Auf den umfassenden Erkenntnissen langjähriger Forschung über Gesundheitsdeterminanten beruhen Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung – national, europäisch, international. Einige Beispiele grundlegender Arbeiten sind im Folgenden aufgeführt:

Mensch-Gesellschaft

- o Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1970-1980)
- o Regenbogenmodell (Whitehead und Dahlgren 1991)
- o Ansatz der sozialen Determinanten von Gesundheit (Marmot und Wilkinson 1999)

Mensch-Betrieb

- o Belastungs- und Beanspruchungsmodell (bereits 1975 von Rohmert und Rutenfranz entwickelt, siehe Rohmert 1984)
- o Anforderungs-Kontrolle-Modell (Karasek und Theorell 1990)
- o Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996)
- o Sozialkapitalansatz (Badura und Hehlmann 2003)

Anhand dieser Ansätze ließen sich in umfassenden Langzeitstudien an großen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Krankheits- und Sterberisiken erklären. Sehr gut bekannt und häufig zitiert sind die Whitehall-Studien I und II aus Großbritannien (Ferie 2004), in denen die Mortalität und Morbidität von Angestellten des öffentlichen Dienstes abhängig von der beruflichen Stellung untersucht wurden. Wesentlich ist die Feststellung, dass nicht die materielle Not, sondern die soziale Benachteiligung zu den unterschiedlichen Gesundheitsrisiken führt. Einige zentrale Erkenntnisse der Whitehall- und anderer Studien (Siegrist 2009) sind hier aufgelistet:

- o In der Schwangerschaft und frühen Kindheit wird das Fundament für die spätere Entwicklung der Gesundheit gelegt; für Mädchen und Jungen bestehen deutlich erhöhte Risiken, wenn sie lediglich bei einem Elternteil aufwachsen.
- o Die schichtenspezifische Krankheitslast lässt sich im Wesentlichen auf die ungesunde Lebensweise zurückführen.
- o Untere soziale Schichten sind höheren ge-

undheitlichen Risiken ausgesetzt infolge einer stärkeren Belastung im Erwachsenenalter (Beruf, Familie). Arbeitslosigkeit erhöht das Erkrankungsrisiko in den ersten Jahren um ca. 50%; die Belastungen sind vorwiegend psychosozialer Art (berufliche Gratifikationskrisen oder fehlende Kontrolle der Arbeitsaufgaben).

Der Einfluss dieser Studien auf die Gesundheitspolitik der entwickelten Industrieländer lässt sich an den richtungweisenden Arbeiten der WHO (Internet b) und deren Umsetzung in nationale Gesundheitsziele festmachen, vor allem an Konzepten und Entschlüssen, z.B. die Ottawa Charta und der durch das Konzept der Gesundheitsförderung eingeleitete Paradigmenwechsel (1986), das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ (1998) und die Empfehlungen der WHO Commission on Social Determinants of Health mit Fokus auf die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit (2008).

Im Europa der Römischen Verträge war der Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt ein bedeutendes Thema der gemeinsamen Arbeits- und Sozialpolitik. Bei der Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes spielte die Rahmenrichtlinie 89/391/EWG zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit eine wichtige Rolle (Internet c). Darin ist ein umfassendes, an der Ottawa Charta orientiertes Gesundheitsverständnis verankert. Leider blieb die Gesundheitsförderung als Handlungsmaxime in der Rahmenrichtlinie unberücksichtigt.

Erstmalig legte die Kommission 1993 ein Strategiepapier vor, mit dem die Arbeiten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Public Health) entwickelt werden sollten. Eines der Aktionsprogramme betraf die Gesundheitsförderung und bot die Möglichkeit, den Zugang zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf EU-Ebene zu erschließen. So kam es 1996 in Dortmund zur Gründung des ENWHP - European Network for Workplace Health Promotion (Internet d). Die Philosophie des Netzwerks bringt der Leitgedanke „Gesunde Arbeitnehmer in gesunden Unternehmen“ zum Ausdruck. Mit der Verabschiedung der Luxemburger Deklaration schuf das Netzwerk 1997 einen verlässlichen Rahmen für die Realisierung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Nunmehr ist „Gesundheit für alle“ Leitsatz der gemeinsamen EU-Gesundheitspolitik (Internet e).

Ein wichtiger Meilenstein der europäischen Sozialpolitik ist die Lissabon-Strategie (verabschiedet in 2000, erneuert in 2005 und 2010), die ökonomische und soziale Aspekte miteinander verschränkt. Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer waren und sind zentrale Zielsetzungen. Sie hat zur Entwicklung neuer Formen

Zur Person



Dr. rer. nat. Eleftheria Lehmann

Leiterin des Landesinstituts für
Gesundheit und Arbeit NRW
Ulenbergstr. 127-131,
40225 Düsseldorf

Tel.: +49 211 3101 1149,
Fax: +49 211 3101 1186
eleftheria.lehmann@liga.nrw.de
<http://www.liga.nrw.de>

der Kooperation beigetragen, z. B. Initiativen oder Bündnisse, die über den Rahmen der institutionellen Zusammenarbeit der Sozialpartner hinausgehen. Beispielhaft sei hier die Initiative INQA - der deutsche Beitrag zur Lissabon Strategie – genannt (Internet f).

3 Vorgehen

Nach diesem kurzen Rückblick soll nunmehr die eigentliche Frage „Wo stehen wir heute?“ behandelt werden. Wie bereits eingangs dargestellt, sind der Bevölkerungsbezug und eine von konkreten Zielen getragene Gesundheitspolitik Grundvoraussetzungen für eine aussagekräftige Bilanz. Durch die Wahl von NRW als Referenzregion kann auf die langjährige Beobachtung der gesundheitlichen Lage der nordrhein-westfälischen Bevölkerung allgemein und der Erwerbspersonen insbesondere zurückgegriffen werden. Dafür stehen Daten und Informationen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung und insbesondere der Landesgesundheitsbericht 2009 (MAGS 2010) und der Arbeitsweltsurvey „Gesunde Arbeit NRW 2009“ (LIGA.NRW 2009). Ergänzend dazu sind weitere Befragungsstudien, Statistiken und Reviews hinzugezogen worden. Für die Darstellung der Entwicklung sind einige zentrale Indikatoren ausgewählt worden.

4 Situation in Nordrhein-Westfalen

4.1 Gesunde Gesellschaft

Ein langes Leben kann zwar als Maß für gute Gesundheit dienen, von entscheidender Bedeutung ist aber, ob der kontinuierliche Gewinn an Lebensjahren auch positiv erlebt werden kann oder ob er in erster Linie auf einer Verlängerung der Lebensphase mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beruht. Dazu kann der Indikator „Gesunde Lebenserwartung“ oder „Lebenserwartung ohne gesundheitliche Einschränkungen“ dienen, der in der folgenden Grafik der „Mittleren Lebenserwartung“ gegenübergestellt ist (Bild 1).

Die „Gesunde Lebenserwartung“ steigt schneller als die „Mittlere Lebenserwartung“, besonders bei Männern: Während in 2002 bis 2007 die „Mittlere Lebenserwartung“ der Männer um 15 Monate angestiegen ist, liegt der Anstieg der „Gesunden Lebenserwartung“ bei 23 Monaten. Die gestiegene Lebenserwartung wird nicht mit einer Verlängerung der Phase chronischer Erkrankungen erkauft, sondern diese Phase wird sogar erkennbar komprimiert.

Die „vermeidbare Sterblichkeit“ ist der nächste Indikator. Nach der Sterblichkeitsstatistik sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Geschlechtern häufige Todesursachen. Aber: Viele Todesfälle könnten bei gesundem Verhalten und adäquater Versorgung vermieden werden, z. B. bei ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie, Schlaganfällen, Lungenkrebs, Lebererkrankungen, Brustkrebs. Männer sind weitaus häufiger betroffen als Frauen.

Die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahren kann recht zuverlässig auf der Basis von Aussagen zum subjektiven gesundheitlichen Befinden beantwortet werden. Seit 2003 werden beide Geschlechter ab 18 Jahren repräsentativ befragt. Die zentrale Frage lautet: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“

Eine große Mehrheit der bis 64-Jährigen fühlt sich „gut“ bis „sehr gut“; weniger als zehn Prozent „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“. In den zurückliegenden fünf Jahren lässt sich besonders bei den Männern ein leicht positiver Trend zu einer Verbesserung des durchschnittlichen Befindens feststellen. Der Einfluss des sozioökonomischen Faktors „Sozialschicht“ (Merkmale: Beruf oder Berufsprestige, Bildung und Einkommen) auf die Gesundheit ist signifikant: Im Gegensatz zu den Befragten der Oberschicht bezeichnet nur knapp die Hälfte der Befragten aus unterer sozialer Lage ihre Gesundheit als sehr gut bis gut.

Interessant ist die Gegenüberstellung von Erwerbspersonen und Gesamtpopulation (Bild 2). Dazu dient der Vergleich der Extremgrup-

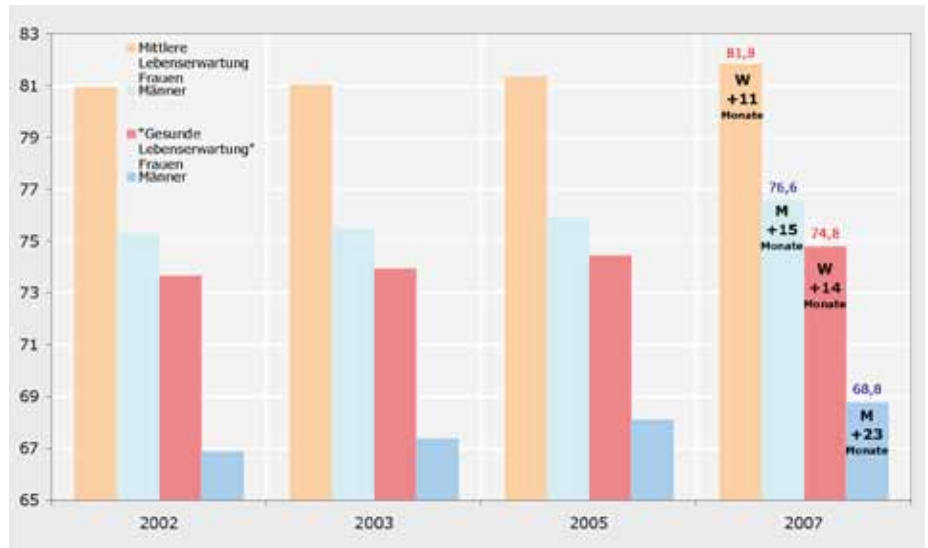
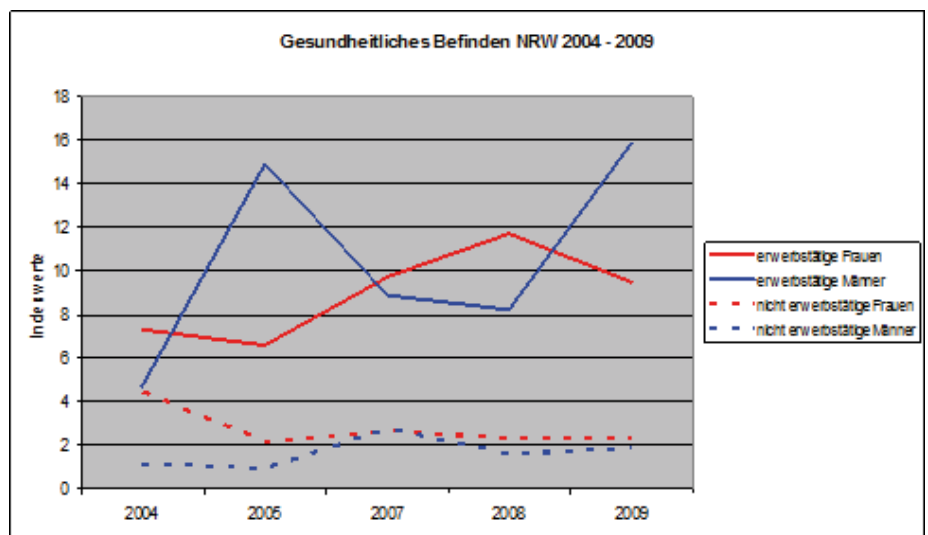


Abbildung 1: NRW – Entwicklung der „Mittleren“ und „Gesunden Lebenserwartung“ in 2002-07

pen mit „sehr guter“ bzw. „schlechter“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit, die zur Berechnung eines Index herangezogen werden. Der Index gibt das Größenverhältnis beider Gruppen an, d. h. bei einem Wert von „1“ sind beide gleich groß, bei „2“ ist der Anteil der Personen mit „sehr guter“ Gesundheit doppelt so groß usw. Um den Einfluss der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen zu minimieren, sind von vornherein nur Personen bis zu 60 Jahren berücksichtigt worden. Es fällt die Diskrepanz der Werte zwischen den Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen auf: Bei Erwerbstätigen überwiegen Personen mit (sehr) guter Gesundheit. Bei den Nicht-Erwerbstätigen zeigen sich weitaus geringere Unterschiede. Das hat mit deutlich niedrigeren Anteilen bei Personen mit guter Gesundheit, aber auch mit höheren Anteilen bei Personen mit schlechter Gesundheit zu tun.

Spiegelt sich hier der bekannte „healthy worker effect“ wider, demzufolge die aktiv im Arbeitsprozess stehenden Personen eine gesundheitlich selektierte Gruppe darstellen? Diese Erklärung allein würde der Gemengelage an Einflussfaktoren innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt nicht gerecht. Wer die Entwicklung der betrieblichen Krankenstände in den vergangenen Jahren beobachtet, kann zu dem Schluss kommen, dass die Beschäftigten auf die zunehmende Unsicherheit ihrer Arbeitsplätze und verschärfte Konkurrenz am Arbeitsmarkt verstärkt mit Zurückhaltung bei Krankmeldungen reagieren (Präsentismus). Eine ähnliche Tendenz der zunehmend positiven Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Befindens – im Interesse des Erwerbs- bzw. gesellschaftlichen Staturerhalts - könnte eine mögliche Erklärung sein.

Abbildung 2: NRW – Vergleich der Extremgruppen mit „sehr guter“ bzw. „schlechter“ bis „sehr schlechter“ Gesundheit



In diesem Zusammenhang wichtig ist eine weitere Feststellung über die gesundheitliche Lage Arbeitsloser. Eine Auswertung der Mikrozensus-Daten für NRW (2005) zeigt, dass der Krankenstand von Arbeitslosen den von Erwerbstätigen um fast das Doppelte übersteigt; er nimmt mit der Dauer der Arbeitssuche zu und ist bei Langzeitarbeitslosen erhöht (Hollerderer 2010). Spätestens an dieser Stelle wird der immense Forschungsbedarf, vor allem an epidemiologischen Langzeitstudien, deutlich.

4.2 Gesunde Betriebe

Der Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit lässt sich anhand von Aussagen über die subjektive Wahrnehmung bzw. Beurteilung der Arbeitsbedingungen zutreffend beschreiben. Seit 1994 wird die Erwerbsbevölkerung in der Arbeitswelt Nordrhein-Westfalens repräsentativ befragt (LIGA.NRW 2009). Einige zentrale Ergebnisse zeigt Bild 3.

In der Grafik ist die Entwicklung der 10 häufigsten Belastungen in den zurückliegenden 15 Jahren dargestellt (Urteil: „ziemlich“ oder „stark belastet“). Die meisten können als psychische Belastungen bezeichnet werden. Sie dokumentieren u. a. den hohen Leistungsdruck in der modernen Arbeitswelt und Defizite in der Arbeitsorganisation, z. B. Vorschriften, Kontrolle, Informationsdefizite, Arbeitszeitprobleme. Lärm, körperliche Zwangshaltungen und klimatische Bedingungen spielen im Bereich der körperlichen Belastungen ebenfalls – noch – eine Rolle.

Aus weiteren Auswertungen u. a. nach Branchen und Tätigkeiten wird deutlich, dass sich generell das Belastungsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten auf hohem Niveau stabilisiert hat; Zeitdruck und die zu leistende Arbeitsmenge haben in den letzten Jahren zugenommen. Nicht alle Beschäftigten sind in gleichem Maße mit Belastungen konfrontiert. Besonders betroffen sind das produzierende Gewerbe, z. B. Metall- und Elektrogewerbe, Maschinenbau, Baugewerbe, von physischen und das Dienstleistungsgewerbe von psychischen Belastungen. Tätigkeiten im Humandienstleistungsbereich – also Gesundheitswesen und Erziehungswesen – fallen durch ein überdurchschnittliches Belastungsniveau auf.

Wie bedeutend die Arbeit und das soziale Umfeld für die Beschäftigten sind, wird anhand der Frage „Was ist bei Ihrer Arbeit – neben dem Geldverdienen – für Sie noch wichtig?“ erfasst. Dazu die folgenden Ergebnisse:

- o Die Freude an der Erledigung der Arbeitsaufgaben ist für mehr als die Hälfte der Befragten der wichtigste Aspekt der Arbeit.
- o Die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz sowie die mit der Arbeit verbundenen Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung und Ausübung einer nützlichen Tätigkeit spielen ebenfalls für viele eine bedeutsame Rolle.

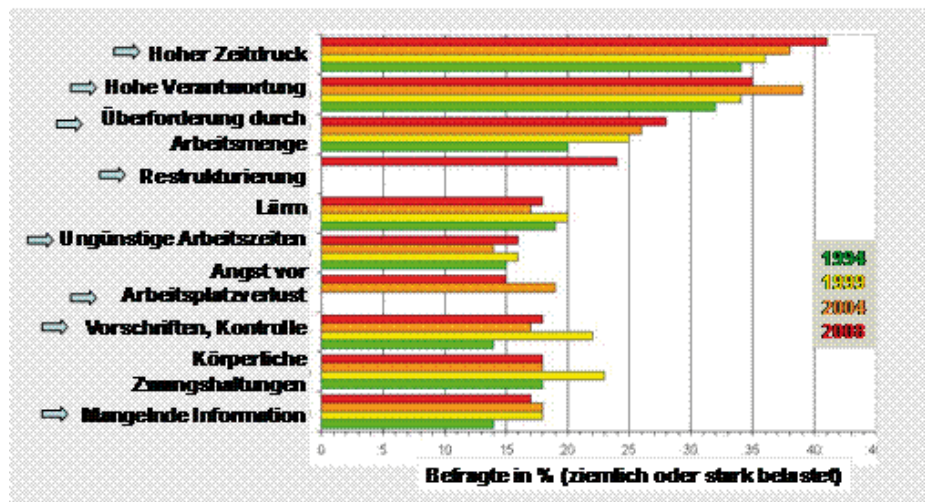


Abbildung 3: Arbeitswelt NRW – Belastungen im Trend (1994-2008); Gruppe der psychosozialen Belastungen mit Pfeil markiert

- o Gravierende geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht nachweisbar.
- o Es sind aber deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten verschiedener beruflicher Positionen nachweisbar und zwar je höher die Position, desto wichtiger ist die Freude an der Aufgabe und je geringer, umso wichtiger sind soziale Kontakte am Arbeitsplatz.

Vor dem Hintergrund einer gestiegenen Lebenserwartung und des verlängerten Erwerbslebens ist die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein wichtiger Indikator. Es wurde 2008 erstmalig danach gefragt und zwar in Anlehnung an den Work Ability Index (WAI). Die Frage lautet: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“

Über alle Befragten betrachtet wird die aktuelle Arbeitsfähigkeit durchaus positiv eingeschätzt: Auf der Skala von 1 bis 10 wird ein Mittel-

wert von 8,1 erreicht. Es werden aber deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei Betrachtung der beruflichen Stellung deutlich. Höhere Angestellte sowie Beamte im höheren Dienst schätzen ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit deutlich besser ein als ungelernte oder angelernte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die berufliche Stellung korreliert mit den arbeitsbedingten Belastungen und deren Auswirkungen, d. h. höhere Belastungen und negative Beanspruchungsfolgen wirken sich subjektiv negativ auf die wahrgenommene Arbeitsfähigkeit aus. Über einen vergleichbaren Zusammenhang zwischen „Sozialschicht“ und „Gesundheitseinschätzung“ wurde in Kap. 4.1 berichtet.

Von Bedeutung ist auch die Einschätzung der Beschäftigten darüber, ob diese noch ihre jetzige Arbeit bis 67 ausüben können. Die Frage lautet: „Ausgehend von Ihrer gesundheitlichen Entwicklung in den letzten 5 Jahren: Glauben Sie, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten X Jahren ausüben zu können?“

Abbildung 4: Arbeitswelt NRW – Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bis 67 Jahren (Indexwert gibt das Größenverhältnis der Extremgruppen „sehr wahrscheinlich“ und „sehr unwahrscheinlich“ wieder)

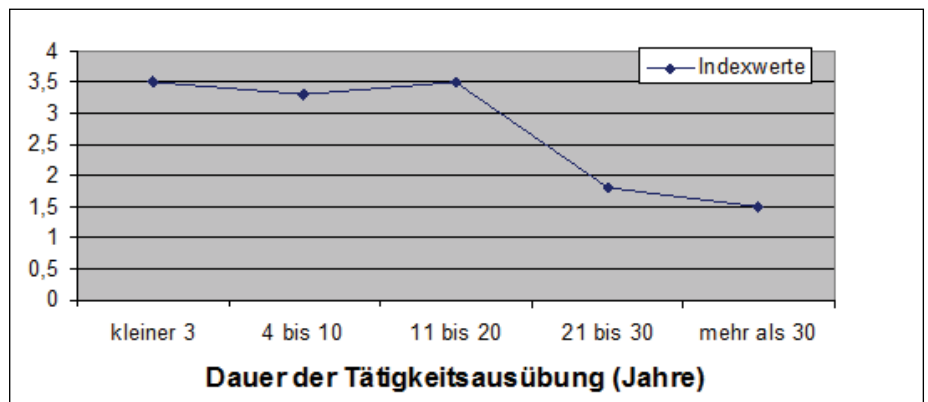


Bild 4 zeigt das Größenverhältnis der Personen mit der extremen Einschätzung „sehr wahrscheinlich“ bzw. „sehr unwahrscheinlich“. Je länger eine Tätigkeit ausgeübt wird, desto mehr Beschäftigte schätzen ein, die derzeitige Arbeit nicht bis zur Berentung ausüben zu können. Die subjektive Wahrscheinlichkeit der Ausübung des Berufs korreliert nicht eindeutig mit der beruflichen Stellung. Aber die befragten Facharbeiter/-innen und ungelerten bzw. angelernten Arbeitnehmer/-innen geben deutlich negativere Prognosen im Hinblick auf die Ausübung ihrer Berufe bis zum Rentenalter ab als die anderen Gruppen.

Ob diese Urteile auf höhere Belastungen am Arbeitsplatz – bedingt durch die ungünstigere Gestaltung der Arbeit – oder auf das individuelle Gesundheitsverhalten bzw. höhere Belastungen durch die familiäre bzw. soziale Situation zurückgehen, lässt sich an dieser Stelle nicht klären. Der Vergleich dieser beiden Gruppen mit den Angaben der einfachen Angestellten bzw. Beamten legt aber den Schluss nahe, dass körperliche Belastungen bei der Arbeit vermutlich eine Rolle bei der Urteilsfindung gespielt haben.

Der Blick auf die offizielle Rentenstatistik in NRW zeigt, dass die Zahlen der Frühberentungen insgesamt gesehen seit vielen Jahren rückläufig sind (Bild 5).

Auffällig sind einige Berufe mit einer Frühberentungsquote von fast 40% und höher, z. B. Dachdecker, Fleisch-/Wurstwarenhersteller, Krankenschwestern/-pfleger, Galvaniseure, Metallfärber, Backwarenhersteller, Maurer. Einem Rückgang der Frühberentungen um 27% seit 2000 steht ein Anstieg bei den psychischen Erkrankungen um 21% gegenüber, entsprechend liegt der Anteil dieser Krankheitsgruppe an allen Frühberentungen mittlerweile bei fast 40%.

Belastungen wirken sich nicht unmittelbar auf das Befinden und die Gesundheit aus – die persönlichen Leistungsvoraussetzungen und vorhandenen Ressourcen spielen hierbei eine bedeutsame Rolle. Beschäftigte stehen den Belastungen des Berufslebens und deren Folgen nicht hilflos gegenüber, sondern versuchen, den Anforderungen in unterschiedlicher Weise zu begegnen. Als Maß für die individuelle Gesundheitskompetenz können die eingesetzten Verarbeitungsstrategien dienen. Es wird gefragt: „Wenn Sie eine oder mehrere Beschwerden und Belastungen erleben, was machen Sie normalerweise, um diese Belastungen abzubauen oder erträglicher zu gestalten?“ Hier sind die wichtigsten Ergebnisse:

- o Aktive Strategien werden besonders häufig angewendet: Fast jeder Neunte gibt vor allem Freizeitaktivitäten, Aktivitäten mit Familie und Freunden, Gespräch im privaten Bereich an.

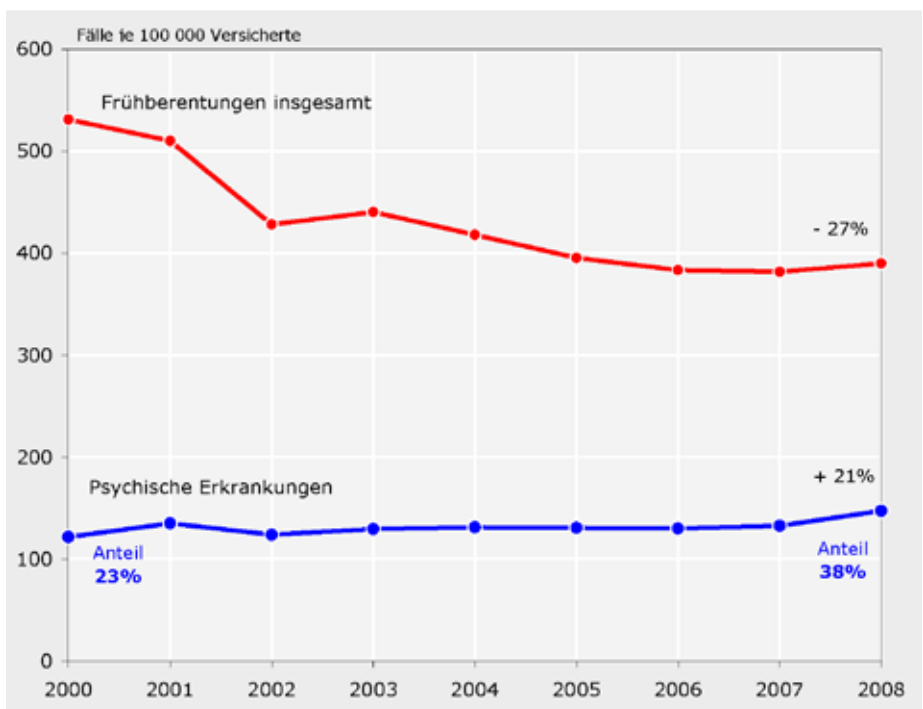


Abbildung 5: Entwicklung der Frühberentungen und des Anteils der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen (2000 – 2008)

- o Dennoch nennen ca. 40% Alkoholgenuss.
- o Nur knapp jeder vierte nutzt betriebliche Angebote.
- o Zwischen den Geschlechtern oder abhängig vom Belastungsniveau sind Unterschiede in den Verarbeitungsstrategien erkennbar.

Ein wichtiges Maß für die Qualität der Arbeitsbedingungen ist die Einschätzung der Beschäftigten über Maßnahmen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes im Betrieb. Hier ist die Einschätzung (Urteil: „eher gut“) zu drei Gruppen von Maßnahmen:

- o Technische Schutzmaßnahmen werden mehrheitlich als eher gut bewertet;
- o Betreuung nach ASiG schneidet mittelmäßig ab;
- o Nur jeder Dritte beurteilt das Engagement des Betriebs in Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) mit „eher gut“.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der technische Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen ein hohes Niveau erreicht hat und die Betriebe in diesem Bereich ihren Verpflichtungen nachkommen. Der präventive Schutz der Gesundheit der Beschäftigten durch individuelle Betreuung sowie durch Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist aber wenig zufriedenstellend. Vor einer Flächendeckung ist NRW weit entfernt.

Vor dem Hintergrund der vorgestellten Daten aus NRW fällt die Bilanz eher kritisch aus. Auf die Frage „Gesunde Beschäftigte, gesunde Betriebe, gesunde Gesellschaft – wo stehen wir heute?“, lassen sich keine abschließenden,

aber für zukünftige Handlungsfelder wichtige Antworten geben:

- o Die Lebenserwartung steigt und dies bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren.
- o Die Selbsteinschätzung des Gesundheitsstatus oder der Arbeitsfähigkeit weist auf Ungleichheiten in der Bevölkerung hin.
- o Generell hat sich das Belastungsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten auf hohem Niveau stabilisiert.
- o Die wachsenden psychosozialen Belastungen erfordern ein erhöhtes Maß an Gestaltung in der Gesundheits-, Arbeits- und Sozialpolitik.
- o BGF und BGM stehen vor großen Herausforderungen.

5. Betriebliche Gesundheitsförderung – Blick auf Deutschland

In Verbindung mit der indirekten Feststellung einer eher niedrigen Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in NRW liegt die Frage nach der Situation in Deutschland auf der Hand. Fast ein Viertel Jahrhundert nach Verabschiedung der Ottawa-Charta und weiterer Entschlüsse der WHO ist der Wunsch nach einer Bilanz verständlich. Ein kurzer Rückblick zeigt, dass die Ottawa-Charta Veränderungen in der Gesundheitspolitik Deutschlands angestoßen hat. Nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern auch in der Forschung und Bildung sind zur Umsetzung des neuen Gesundheitskonzepts Kapazitäten aufgebaut worden und zwar über die Grenzen traditioneller Beziehungen und Institutionen hinaus. Auf die Vielfalt der Konzepte, Initiativen,

Verbünde, Maßnahmen und Instrumente wird nicht eingegangen. Beispielhaft seien hier einige, vor allem für die Arbeitswelt bedeutende Entwicklungen genannt.

Seit 1987 haben sich die Krankenkassen zu einem aktiven und kompetenten Partner auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und sind Vorreiter bei der Aufstellung von Qualitätsstandards gewesen. Im Zuge der zurückliegenden Gesundheitsreformen wurde ihre Rolle im Setting Betrieb erheblich gestärkt. Seit 2007 ist Betriebliche Gesundheitsförderung eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Der Präventionsbericht – Hrsg.: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – MDS, siehe Präventionsbericht 2009 (Internet g) – dokumentiert regelmäßig das Engagement der Kassen in BGF. Aus der gesetzlichen Pflicht der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern, vor allem Krankenversicherung und Unfallversicherung, entstand – trotz unterschiedlicher Interessen – eine effektive Partnerschaft, die anfänglich über Kooperationsprogramme (KOPAG und IPAG) und nunmehr als Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) langfristig angelegt ist.

Neue Netzwerke und Institutionen bringen sich ein, z. B. große Stiftungen, vor allem Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, oder das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung – gegründet 2003 und seit 2007 mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung fusioniert – engagieren sich nachhaltig auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auch die Länder haben zum Teil bedeutsame Impulse gesetzt sowie Konzepte und Maßnahmen zur Verbreitung des Ansatzes betrieblicher Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht. Allein in NRW haben sich die Förderinstrumente Potenzialberatung, innovative Modellprojekte und der Informationsservice KomNet etablieren können (Lehmann & Seiler 2010).

Die Maßnahmen der Infrastrukturbildung haben zu sichtbaren Erfolgen geführt. Durch die Errichtung von Lehrstühlen für Public Health und die Etablierung entsprechender (Bachelor- und Master-)Studiengänge konnte eine große Kapazitätslücke teilweise geschlossen werden. Beratung zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich auf dem Markt der Präventionsdienstleistungen fest etabliert.

Die Wechselwirkungen zwischen den Lebenslagen und -welten des Menschen und ihr Einfluss auf die Gesundheit, z. B. Arbeit/Familie, Beschäftigung/Arbeitslosigkeit, haben zur Überwindung von Sektorengrenzen beigetragen. Früher vernachlässigte Gruppen, z. B. Menschen in Arbeitslosigkeit oder in pre-

kären Beschäftigungsverhältnissen, rücken nunmehr verstärkt in den Blick gezielter Programme der Gesundheitsförderung (vgl. Seiler & Splittgerber 2010).

Zur Vervollständigung dieser beachtlichen Bilanz gehören auch Angaben über die Verbreitung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Praxis. Als Quellen stehen verschiedene Befragungen zur Verfügung. Hiernach ergibt sich das folgende Bild:

- o 29% der Betriebe realisierten in 2002 oder 2004 Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (Hollederer 2007);
- o 36% der befragten KMU-Betriebe (50-499 Beschäftigte) führen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) durch (Bechmann u. a. 2010);
- o 36% der Beschäftigten beurteilen das Engagement ihres Betriebs in BGF mit „eher gut“ (LIGA.NRW 2009).

Diese Zahlen sprechen für eine eher mittelmäßige Durchdringung der Arbeitswelt. Gesundheitsförderung ist lange nicht zur „Geschäftssache“ und somit Teil betrieblicher Gesundheitspolitik geworden. Diese Bilanz ist nicht zufriedenstellend. Spätestens an dieser Stelle drängt sich die Frage auf, warum Unternehmer die Potenziale der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht erkennen und beim Treffen von z. B. Investitionsentscheidungen der Fokus auf die Kostenseite und die kurzfristig zu realisierenden Gewinne gerichtet wird und nicht auf den langfristigen Nutzen.

Es kann einerseits auf wissenschaftliche Studien – national und international – verwiesen werden, die die geforderte Evidenz für messbaren Nutzen geliefert haben. Andererseits haben einige zuletzt publizierte Untersuchungen wichtige Erkenntnisse zur Umsetzung von BGF geliefert:

- o BGF ist bisher unausgewogen u. a. nach Wirtschaftsbranchen und Betriebsgrößenklassen verbreitet.
- o Immer noch enden Aktivitäten mit dem Schritt der Diagnose. Bei Interventionen dominieren Einzelmaßnahmen; die Entwicklung von Sozialkapital wird eher vernachlässigt.
- o Nur eine Minderzahl von BGF-Projekten ist belastbar evaluiert oder qualitätsgesichert, vor allem bei nicht komplexen Interventionen.
- o BGF-Maßnahmen finden nicht zwangsläufig im Rahmen eines BGM, als Teil betrieblicher Gesundheitspolitik, statt.

Mit dem bisherigen Stand der Wirksamkeit und Qualität von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung kann man nicht zufrieden sein. Für die Zukunft sind zwei wichtige Erkenntnisse aus der bisherigen Evaluationsarbeit besonders wichtig:

- o Mit betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen, die in geeigneter Weise Verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verknüpfen, werden die größten Effekte erzielt.
- o Bei komplexen Programmen, die mehrere Elemente miteinander verbinden, stößt die Messung der Wirksamkeit bisweilen auf methodische Grenzen.

Gerade mit Blick auf die weitere Verbreitung können die methodischen Einschränkungen zu einem Hindernis werden. Hier muss die Evaluationsforschung für den Praxiseinsatz robuste Werkzeuge zur Verfügung stellen.

6 Fazit

Ein Viertel Jahrhundert nach Verabschiedung der Ottawa-Charta kann festgehalten werden, dass in den Betrieben „Gesundheitsschutz“ und nicht „Gesundheitsförderung“ immer noch die bevorzugte Strategie ist. Zugleich aber bewirkt der Wandel in Wirtschaft, Technik und Gesellschaft seit langem die Verschiebung der Anforderungs- bzw. Belastungsmuster bei der Arbeit. Beim wachsenden Veränderungstempo und den neuen Risikokonstellationen wird zur Problemlösung der Rückgriff auf das Erfahrungswissen der Vergangenheit nur bedingt möglich sein. In Anbetracht der Herausforderungen, die sich einer gesundheitsfördernden Arbeitswelt stellen, gilt es, bereits jetzt vorhandene Erkenntnisse soweit wie möglich zu nutzen, um der bekannten und absehbaren gesundheitlichen Ungleichheit bei der Arbeit mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen und das Erreichen des Rentenalters in guter Gesundheit zu ermöglichen.

Trotz Unwissen und Unsicherheit stehen der Politik Handlungsoptionen zur Verfügung. Vor allem dürfen BGF und BGM nicht an der Komplexität betrieblicher Wirklichkeit scheitern. Zukünftige Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik müssen Zielen und Maßnahmen den Vorrang einräumen, die dazu beitragen, dass die Durchdringung in der Arbeitswelt erhöht und dabei die systematische und nachhaltige Umsetzung gefördert werden. Es gilt, die betriebliche Handlungsfähigkeit zu stärken, vor allem bei der Suche adäquater Lösungen, die Lebenslagen und -stilen gerecht werden. Dazu ist es nötig, dass Mindeststandards für Evaluation und Qualitätssicherung verabredet und für den Praxiseinsatz robuste Werkzeuge verfügbar gemacht werden. Mehr als bisher muss Betriebliche Gesundheitsförderung an Attraktivität für das Unternehmen gewinnen.

Danksagung

Mein Dank gilt meinen Mitarbeitern Herrn Annuß, Herrn Figgen, Dr. Holleder, Dr. Rack, Dr. Seiler, und Herrn Streich. Erst mit ihrer Hilfe ist diese Bilanz möglich geworden!

Literatur

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco

Badura, B., Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P., Herdegen, R. (2010): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), IGA-Report 20, Initiative Gesundheit und Arbeit, Essen

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies

Ferrie, J. F. (2004): Work, Stress and Health: the Whitehall II study. CCSU, verfügbar als Download unter <http://www.ucl.ac.uk/whitehall-III>, zuletzt besucht am 01.07.2010

Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R.J. (2008): The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health* 29, S. 303-323

Goldgruber, J., Ahrens, D. (2010): Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. In: *J Public Health* 18, S. 75-88

Hollederer, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: *Gesundheitswesen*, 69, S. 63-76

Hollederer, A. (2010): Erwerbsbeteiligung, Gesundheit und Behinderung in NRW - Ergebnisse einer Sonderauswertung des Mikrozensus 2005. Vortrag in: Fachtagung „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ am 25.3.2010 in Düsseldorf

Internet

- a) http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html, zuletzt besucht am 21.06.2010
- b) <http://www.who.int/en/>, zuletzt besucht am 01.07.2010
- c) http://eur-lex.europa.eu/Result.do?arg0=89%2F391%2FEWG&arg1=&arg2=&titre=titre&chlang=de&RechType=RECH_mot&idRoot=1&refinecode=LEG*T1%3DV112%3BT2%3DV1%3BT3%3DV1&Submit=Suche
- d) http://europa.eu/pol/health/index_de.htm, zuletzt besucht am 01.07.2010
- e) <http://www.enwhp.org>, zuletzt besucht am 01.07.2010
- f) www.inqa.de/, zuletzt besucht am 01.07.2010
- g) www.mds-ev.org/, zuletzt b. am 01.07.2010

Karasek, R., Theorell, T. (1990): Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, HarperCollins Publishers, New York

Kliche, T., Gröger, G., Meister, R. (2010): Die Implementation Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland: Stand, Hürden und Strategien – ein Überblick. In: *Aspekte der Prävention*, S. 224-234, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Lehmann, E., Seiler, K. (2010): Staatliche Impulse, Konzepte und Fördermaßnahmen. In: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin

LIGA.NRW (2009): *Gesunde Arbeit NRW 2009. Belastung - Auswirkung - Gestaltung - Bewältigung*, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit. LIGA.Praxis 3

Marmot, M. G., Wilkinson, R. G. (Editors) (1999): *The Social Determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford

MGSFF (2005): *Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010*. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

MAGS (2009): *Landesgesundheitsbericht 2009. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Rohmert, W (1984): Das Belastungs-Bearbeitungs-Konzept. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 4, S. 193-200

Seiler, K., Splittgerber, B. (2010): Ein strukturelles Problem? Herausforderungen der Gesundheitsförderung für prekär Beschäftigte. In: *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Faller, G. (Hrsg.), Huber Verlag, Bern

Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Hogrefe Verlag, Göttingen

Siegrist, J. (2009): *Arbeit, Familie und Gesundheit – eine europäische Perspektive*. In: *Themenband VII: Arbeit, Familie und Gesundheit*. Kowalski, H. (Hrsg.), Verlag CW Haarfeld, Essen

Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2008) *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006*, IGA-Report 13, Initiative Gesundheit und Arbeit, Essen

Erfolgreich Arbeiten: Qualifizierter. Flexibler. Gesünder.

Das arbeitspolitische Rahmenkonzept zur Entwicklung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen

Uwe Loß, Roland Matzdorf, Gottfried Richenhagen und Willi Riepert

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag geht es um das arbeitspolitische Rahmenkonzept zur Entwicklung und Förderung von Beschäftigungsfähigkeit, das vom Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt wurde. Ausgehend von einer kurzen Darstellung der gesellschaftlichen und vor allem der wirtschaftlichen Bedingungen, die ein Ausgangspunkt für dieses Konzept waren, sowie einer Definition des Begriffes Beschäftigungsfähigkeit werden zunächst Ziel, Adressaten und Handlungsfelder erläutert. Im Anschluss daran findet sich eine kurze Beschreibung der verwendeten Instrumente und Förderangebote. Schließlich werden erste Ergebnisse dargestellt, die die Umsetzung dieses Konzeptes hervorgebracht hat. Das Fazit lautet: Durch das arbeitspolitische Konzept zur Entwicklung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen werden Aktivitäten und Maßnahmen initiiert, die dazu beitragen, dass Unternehmen und Beschäftigte sich erfolgreich an Standorten und auf Märkten behaupten können. Es leistet somit einen arbeitspolitischen Beitrag zur Standortstärkung und -sicherung der Wirtschaft in NRW.

Anforderungen und Rahmenbedingungen moderner Arbeitswelten

Wirtschaft und Gesellschaft sind andauernden, tief greifenden Veränderungen unterworfen, die vielfach durch Begriffe wie Globalisierung, technologischer Wandel, Dienstleistungsgesellschaft und anderes beschrieben werden. Sie führen dazu, dass die Anforderungen an Unternehmen und Beschäftigte wachsen, wenn sie sich erfolgreich an Standorten und auf Märkten behaupten wollen.

Unternehmen sind mehr denn je gefordert, sich an sehr differenzierten und hinsichtlich Produktqualität und Liefertreue gewachsenen Anforderungen der nationalen und internationalen Kunden zu orientieren. Dazu müssen sie Produktivität und Flexibilität auf einem hohen Niveau halten und sowohl bei den Produkten (z. B. durch verkürzte Produktzyklen) als auch bei den Prozessen (z. B. durch andauernde Optimierung) innovativ bleiben. Gelingt dies, so wird ein erheblicher Beitrag zur

dauerhaften Sicherung der nationalen und internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens geleistet. Dazu ist es in der Regel erforderlich, die jeweiligen Produktions-, Organisations- und Personalentwicklungskonzepte immer wieder zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln.

Beschäftigte müssen in die Lage versetzt werden, die mit diesen Veränderungsprozessen verbundenen Herausforderungen gleichermaßen bewältigen zu können. Sie sollten sich auf turbulenten internen und externen Arbeitsmärkten orientieren und behaupten können. Sie müssen in der Lage sein bzw. auch durch Maßnahmen des Unternehmens in die Lage versetzt werden, den sich ständig wandelnden Arbeitsanforderungen (z. B. durch lebensbegleitendes Lernen) gerecht zu werden. Nur wenn auch sie ihren Beitrag dazu leisten können, eine hohe Qualität und Produktivität sicherzustellen und Innovationen voranzutreiben, nur wenn auch sie den betrieblichen Wandel mittragen oder sogar initiieren und ein erhöhtes Verantwortungsbewusstsein entwickeln, bleibt die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens erhalten.

Ein zentraler Baustein ist in diesem Zusammenhang das Thema Beschäftigungsfähigkeit. Damit ist gemeint, dass es mit zunehmender Dynamik und Flexibilisierung der Arbeitswelt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter immer wichtiger wird, ihre eigene Kompetenz, Motivation und Gesundheit mit Blick auf die Veränderungen in der Arbeitswelt zu erhalten und fortzuentwickeln. Mit Stärkung der eigenen Beschäftigungsfähigkeit erhöhen sich die Chancen, dauerhaft am Arbeitsleben teilzunehmen, sei es innerhalb oder außerhalb des Unternehmens oder der Organisation, in der sie momentan tätig sind.

Beschäftigungsfähigkeit hat aber auch eine wichtige Bedeutung für die Unternehmen. Investitionen in die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zugleich Investitionen in die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit. Dauerhaft erfolgreich sind unter den eingangs skizzierten Bedingungen oft Unternehmen, die ihre Beschäftigten durch geeignete Arbeits- und Unternehmensstrukturen unterstützen, sich offen und konstruktiv neuen Herausforderungen zu stellen. Es geht also beim Thema Beschäftigungsfähigkeit immer

um zwei Seiten einer Medaille, um das *Verhalten* der Beschäftigten und um *Verhältnisse* im Unternehmen, die Beschäftigungsfähigkeit erhalten und fördern.

Insbesondere manche kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten verfügen allerdings nicht über die notwendigen Kapazitäten und das erforderliche Know-how, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen. Allgemein verfügen sie jedoch über Potentiale (z. B. schlanke und flexible Unternehmensstrukturen, direkte und unbürokratische Kommunikationsmöglichkeiten), deren Stärkung ihnen eigenständige Entwicklungen ermöglichen kann. Zur Sicherung des Wirtschaftsstandortes, zur Erhaltung und zur Schaffung von Arbeitsplätzen sowie zur Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit von Frauen und Männern kommt es darauf an, die Entwicklung dieser Potentiale systematisch und andauernd zu fördern.

Es liegt deshalb im Interesse des Staates, insbesondere kleine und mittlere Unternehmen und ihre Beschäftigten dabei zu unterstützen, die notwendigen betrieblichen und persönlichen Bedingungen eigenständig und nachhaltig zu gestalten und die vorhandenen Handlungsspielräume zu erweitern bzw. zu nutzen. Zur Erreichung dieser Zielsetzung leistet die Politik der Landesregierung Nordrhein-Westfalen mit dem Rahmenkonzept „Erfolgreich Arbeiten: Qualifizierter. Flexibler. Gesünder.“ einen Beitrag.

Das Konzept

Individuelle und organisationale Beschäftigungsfähigkeit

In Anlehnung an die in der Literatur bekannten Begriffsbestimmungen (Blancke/Roth/Schmidt 2000, S. 9 oder Rump/Eilers, 2006, S. 21) wird die folgende Definition von Beschäftigungsfähigkeit zugrunde gelegt: Beschäftigungsfähig zu sein, bedeutet, über ausreichende und aktuelle Qualifikationen, Kompetenzen und Fähigkeiten, Gesundheit, Flexibilität und Mobilität zu verfügen, um die sich ständig ändernden Anforderungen in Beruf und Arbeit, zielgerichtet und eigenverantwortlich bewältigen zu können, und so in der Lage zu sein, auf Basis Existenz sichernder Arbeit am gesellschaftlich-wirtschaftlichen Leben teilzuhaben.

Der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit steht in einem engen Zusammenhang mit dem in der Arbeitswissenschaft entwickelten Begriff der Arbeitsfähigkeit (vgl. Ilmarinen und Tuomi 2004; zur genauen Abgrenzung der Begriffe, auch im Verhältnis zum Begriff der Leistungsfähigkeit vgl. Richenhagen 2009; auch Seiler 2009). Beide Begriffe erscheinen zunächst einmal als reine Eigenschaft der Person. Dies ist allerdings nur eine vordergründige Betrachtungsweise. Denn die mit der Beschäftigungsfähigkeit verbundenen zentralen personalen Attribute wie kompetent, gesund, motiviert, flexibel, mobil etc. können sich nur im Arbeitsprozess letztendlich ausbilden, erhalten und weiterentwickeln. Im Rahmen des hier vertretenen Konzeptes von Beschäftigungsfähigkeit geht es also immer um die Förderung von betrieblichen Verhältnissen *und* beruflichen Verhaltensweisen, die zur Erhaltung und Verbesserung von Beschäftigungsfähigkeit bei der Ausübung von Erwerbsarbeit beitragen. Man spricht daher auch von *individueller* und *organisationaler* Beschäftigungsfähigkeit sowie der gemeinsamen Verantwortung, die Unternehmen und Beschäftigte für die Beschäftigungsfähigkeit tragen. „Erfolgreich Arbeiten: Qualifizierter. Flexibler. Gesünder.“ setzt bei dieser gemeinsamen Verantwortung an und verkürzt Beschäftigungsfähigkeit nicht auf individuelle Faktoren.

Ziel, Adressaten und Handlungsfelder

Ziel des nordrhein-westfälischen Konzeptes ist es, kleine und mittlere Unternehmen sowie deren Beschäftigte im Hinblick auf den Erhalt und die Förderung von Beschäftigungsfähigkeit zu aktivieren und zu unterstützen. Dabei wird nicht unterstellt, dass sich das Thema bei den angezielten Adressaten in genau dieser Form stellt: Kaum ein Unternehmen, kaum ein Beschäftigter wird abstrakt und direkt den Erhalt oder die Förderung von Beschäftigungsfähigkeit thematisieren. Es tritt jedoch im betrieblichen Alltag eine Vielzahl von Problemen auf, hinter denen neben anderen Herausforderungen auch solche zu vermuten sind, die mit der individuellen und organisationalen Beschäftigungsfähigkeit zu tun haben. Sie machen sich im Allgemeinen durch einen wachsenden Problem- und Handlungsdruck bemerkbar:

- Stagnierende oder sinkende Produktivität,
- Qualitätsprobleme,
- Lieferschwierigkeiten,
- wegbrechende Märkte,
- hohe oder steigende Fehlzeiten,
- Ausscheiden von Leistungsträgern,
- unflexible Arbeits- und Betriebszeiten oder
- Schwierigkeiten bei Personalrekrutierung und Personaleinsatz.

Erst die genauere und ganzheitliche Befassung mit den jeweiligen Problemlagen ergibt (u. U. mit Hilfe der so genannten Potentialberatung, vgl. Abschnitt 2.3), in welchen Themen-

feldern der Beschäftigungsfähigkeit wirksame Lösungsstrategien entwickelt und umgesetzt werden müssen. Die Ursache von Qualitätsproblemen kann z. B. in mangelnder Qualifikation, schlechter Arbeitsablaufgestaltung, unzureichender Ergonomie oder in allen drei Faktoren liegen. Ähnliches gilt für die anderen genannten Problemlagen.

Insgesamt geht das Konzept von drei *Themenfeldern* aus, in denen Maßnahmen erforderlich sein können:

- Kompetenzentwicklung (z. B. vorausschauende Personalentwicklung, flexiblerer Personaleinsatz durch kontinuierliche Weiterbildung, Innovationen durch kompetente Beschäftigte),
- Arbeitsorganisation (z. B. flexible Arbeitszeitmodelle, Einführung innovativer Verfahren zur Orientierung auf neue Märkte, Produkte oder Kunden, Neugestaltung der Ablauforganisation),
- Arbeitsgesundheit (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung, erweiterte Handlungsspielräume, Förderung der Arbeitsfähigkeit).

Dabei greifen die Themenfelder in vielfältiger Weise ineinander bzw. beeinflussen sich wechselseitig, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Eine Großbäckerei mit 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellt Brot, Kuchen, Brötchen und andere Teigwaren her, mehr als 25 verschiedene Brot- und Brötchen- sowie 80 Kuchensorten. Jede Nacht verlassen über 7.000 Brote die Produktionshallen und werden vom Produktionsort im Gewerbegebiet in Filialen im gesamten Rheinland transportiert. Obwohl das Unternehmen wirtschaftlich erfolgreich ist, haben in letzter Zeit die Qualitätsprobleme zugenommen. Außerdem klagen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermehrt über Stress; die Fehlzeiten sind im vergangenen Jahr stark angestiegen.

Nach einer eingehenden Analyse der Arbeitsplätze in der Bäckerei unter Beteiligung der Beschäftigten steht fest, dass zum einen einige technische Veränderungen notwendig sind. Konkret: Verbesserung der Beleuchtungssituation, Einziehen einer Lärmschutzdecke und Anschaffung von Öfen, bei denen sich die Höhe der Backbleche individuell auf die Körpergröße der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen lässt. Zum anderen zeigt sich, dass Stresssituationen vor allem durch Termindruck und mangelnde Handlungsspielräume auf Grund zu enger Vorgaben der Vorgesetzten entstehen. Es werden daher ein Terminplaner eingestellt und die Führungskräfte geschult bzw. neue Teams gebildet. Die Teams gestalten die Arbeitsabläufe weitgehend in eigener Regie.

Instrumente und Förderangebote

Zur Herstellung, Erhaltung und Weiterentwicklung der Beschäftigungsfähigkeit stellt die Landesregierung einerseits flächenwirksame Instrumente für kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten im Wege der anteiligen Förderung zur Verfügung. Andererseits werden neue Instrumente und Verfahren im Rahmen von innovativen Projekten entwickelt, erprobt und transferiert. Alle Förderangebote zielen auf Breitenwirkung und Verallgemeinerung. Ziel ist es, Anstöße zu geben, auch ohne öffentliche Förderung im Betrieb aktiv zu werden, „gute Praxis“ zu entwickeln und zu transferieren sowie geeignete Strukturen herzustellen und zu verankern.

Flächenwirksame Angebote, sind vor allem

- die Potentialberatung,
- der Bildungsscheck „Nordrhein-Westfalen“ sowie
- das Informations- und Servicemanagement.

Die genannten Instrumente werden im Handlungsfeld „Gesundheit bei Arbeit“ durch Unterstützungsmaßnahmen der Krankenkassen ergänzt, die diese nach § 20 SGB V, insbesondere § 20 a SGB V anbieten. Die Entscheidung über die Nutzung aller dieser Angebote erfolgt allein durch die Betriebe.

Potentialberatung heißt: Unter Beteiligung der Beschäftigten ermittelt eine vom Betrieb ausgewählte Unternehmensberatung dessen Stärken und Schwächen. Es wird gemeinsam ein verbindlicher Handlungsplan zur Verbesserung der betrieblichen Praxis entwickelt und – so weit wie möglich – umgesetzt. Dabei geht es nicht um traditionelle Sanierungs- oder Rationalisierungsberatung mit dem Ziel des Personalabbaus oder der Unternehmensverlagerung, sondern um eine Analyse auf Basis des Konzeptes der Beschäftigungsfähigkeit. Dieses Angebot des Landes richtet sich an kleine und mittlere Betriebe in Nordrhein-Westfalen, die älter als fünf Jahre sind und weniger als 250 Beschäftigte haben. Sie können sich für bis zu 15 Beratungstage – aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds – 50 Prozent der Kosten bis maximal 500 Euro pro Beratungstag bezuschussen lassen. Dazu erhalten sie in einer von rund 100 Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen nach einer obligatorischen Beratung einen Beratungsscheck (zu den Details vgl. www.potentialberatung.nrw.de).

In ähnlicher Weise funktioniert der „*Bildungsscheck Nordrhein-Westfalen*“, der sowohl an Unternehmen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (betrieblicher Zugang) als auch direkt an einzelne Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (individueller Zugang) ausgegeben wird. Mit ihm fördert die nordrhein-westfälische Landesregierung die Teilnahme an beruflicher Weiterbildung. Zielgruppe sind Beschäftigte, die sich bisher wenig oder gar nicht an Weiter-

Zur Person



Uwe Loß

Leiter des Referates „Berufliche Weiterbildung“ in der Gruppe „Beschäftigungsfähigkeit und berufliche Bildung“

Zur Person



Roland Matzdorf

Leiter der Gruppe „Beschäftigungsfähigkeit und berufliche Bildung“

Zur Person



Dr. Gottfried Richenhagen

Stellvertretender Leiter der Gruppe „Beschäftigungsfähigkeit und berufliche Bildung“ und Leiter des Referates „Arbeit und Gesundheit“

Zur Person



Wilhelm Riepert

Leiter des Referates „Arbeit und Modernisierung“

bildung beteiligt haben. Erhalten können den Bildungsscheck Unternehmen mit maximal 250 Beschäftigten und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine kostenlose Beratung ist verpflichtend. Übernommen werden anfallende Kursgebühren bis zur Hälfte, höchstens jedoch 500 Euro pro Bildungsscheck. Die finanziellen Mittel stammen ebenfalls aus dem Europäischen Sozialfonds (weitere Informationen siehe www.bildungsscheck.nrw.de).

Flächenwirksam ist auch das ausgeprägte und sich ständig weiterentwickelnde *Informations- und Servicemanagement* zum Thema Beschäftigungsfähigkeit. Ziel ist es dabei, Unternehmen und Beschäftigte als Kunden zu betrachten, die je nach ihren Bedarfen unterschiedlich, vor allem unterschiedlich intensiv unterstützt werden wollen. Am Anfang stehen dabei neben Printmedien Informationen im Netz (www.mais.nrw.de, Stichwort „Erfolgreich arbeiten“), die um interaktive Unterstützungskomponenten erweitert wurden und werden. So sichert z. B. KomNet NRW (www.komnet.nrw.de), dass das Fachwissen und die Erfahrung von Experten den Unternehmen und Beschäftigten schnell, bequem und kostenlos zur Verfügung steht (direkte Fragen online oder Recherche in einer Datenbank mit redaktionell bearbeiteten Dialogen aus früheren Anfragen). Hotlines (z. B. zum Bildungsscheck oder zu Möglichkeiten des beruflichen Wiedereinstieges) ermöglichen eine direkte Kontaktaufnahme, was insbesondere in persönlichen Krisen (z. B. in Folge von Mobbing) oder bei

Unternehmenskrisen wichtig ist. In Vorbereitung sind weitere Beratungsmodule, die immer aktivierend und ggf. hinführend zu einer persönlichen Beratung gestaltet werden.

Neben den flächenwirksamen Instrumenten werden *Modellprojekte* initiiert, die durch arbeitspolitische Innovation nachhaltige Strukturveränderungen hervorbringen sollen. So wurden z. B. in den Projekten „Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb (BiB)“ und „Beschäftigungsfähigkeit im demografischen Wandel (demoBiB)“, vgl. zu beiden www.demobib.de) Online-Checks entwickelt, die Unternehmen und Beschäftigten ermöglichen, Handlungsbedarfe einzuschätzen. Andere Projekte entwickelten Instrumente zum gesunden Führen (www.gefuege-nrw.de), zur systematischen Förderung von Arbeitsfähigkeit (www.hawai4u.de) oder erprobten Strategien, wie die Beschäftigungsfähigkeit in einzelnen Branchen länger erhalten werden kann (vgl. z. B. www.innova-projekt.de oder www.projekt-pegasus.de). Weitere Beispiele finden sich im Netz (z. B. www.arbeit-demografie.nrw.de, Stichwort: Projekte und Initiativen).

Beteiligung und europäische Einbindung

Die *Beteiligung* der Beschäftigten ist essentieller Bestandteil des arbeitspolitischen Konzeptes der Beschäftigungsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen. Dies kommt z. B. dadurch zum Ausdruck, dass die Einverständniserklärung der betrieblichen Interessenvertretung (soweit vorhanden) Fördervoraussetzung für

die Potentialberatung ist. Die bisherigen Erfahrungen mit der Potentialberatung zeigen auch, dass die Beratung umso erfolgreicher war, je mehr Beschäftigte im Beratungsprozess beteiligt waren. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass ohne eine Beteiligung der Beschäftigten Beschäftigungsfähigkeit nicht erhalten und gefördert werden kann.

Mit dem Rahmenkonzept Beschäftigungsfähigkeit leistet die nordrhein-westfälische Arbeitspolitik auch einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung der verbindlichen europäischen Beschäftigungsziele. Dabei stehen vor allem die Förderung

- der Anpassungsfähigkeit von Unternehmen und Beschäftigten,
- von Investitionen in das Humankapital,
- des Unternehmergeistes,
- der beruflichen Mobilität,
- des aktiven Alterns sowie
- des Gender Mainstreams im Mittelpunkt.

Erste Ergebnisse

„Erfolgreich Arbeiten: Qualifizierter. Flexibler. Gesünder.“ ist kein starres, in allen Einzelheiten festgeschriebenes Konzept, sondern es entwickelt sich beginnend seit 2004 (in einzelnen Elementen wie z. B. der Potentialberatung schon früher, nämlich seit 2001) ständig weiter. Es setzt auf langfristige Entwicklungen bei Unternehmen und Beschäftigten und wirkt ergänzend zu den Ansätzen, Konzepten und Strategien anderer Akteure und Organisationen, im

Handlungsfeld Gesundheit z. B. zu den Fördermöglichkeiten der Krankenkassen. Aus diesen Gründen fällt eine Überprüfung des *Outcome* schwer: Was ist auf Wirkungen des Konzeptes zurückzuführen, was auf andere, parallel wirkende Konzepte, was ist allgemeinen Entwicklungstrends geschuldet...? Daher bleibt zunächst nur, den *Output* zu überprüfen, und der zeigt, dass nachhaltige Wirkungen eingetreten sind bzw. noch eintreten werden:

- Von 2001 bis zum Jahre 2008 haben fast 13.000 Unternehmen mit mehr als 400.000 Beschäftigten eine Potentialberatung in Nordrhein-Westfalen in Anspruch genommen, ca. 83% davon mit weniger als 50 Beschäftigten. In diesen Unternehmen konnte dabei im genannten Zeitraum ein überdurchschnittlicher Zuwachs an Arbeitsplätzen erreicht werden: Während nämlich in Nordrhein-Westfalen zwischen 2001 und 2008 die Zahl der Arbeitsplätze um 4,5% zurückging, wurde sie in den Unternehmen mit Potentialberatung um 1,8% gesteigert.

- Von Anfang 2006 bis zum 1. Quartal 2008 wurden ca. 109.000 Bildungsschecks eingelöst, ca. 83.000 Beschäftigte von KMU haben an einer durch den Bildungsscheck geförderten beruflichen Weiterbildung teilgenommen und dazu wurden von den Beratungsstellen ca. 25.000 Beratungsgespräche geführt. Dabei ist der „Netto-Mitahmeeffekt“ gering: So sagen zwar 50 Prozent der geförderten Betriebe, dass die durch den Bildungsscheck mitfinanzierte Weiterbildung auch ohne Zuschüsse stattgefunden hätte, aber die Hälfte dieser Unternehmen sagt zugleich, dass sie durch die finanzielle Förderung und die damit verbundene Beratung zu weitergehenden Aktivitäten im Bereich der Weiterbildung veranlasst wurden. Das heißt, nur etwa jedes vierte Unternehmen hat die Förderung in Anspruch genommen, ohne das hierdurch zusätzliche Weiterbildungsaktivitäten stimuliert worden wären.

- Von 2004 bis 2008 sind rund 12.000 Anfragen bei KomNet eingegangen, bei den Ant-

worten wurde eine sehr hohe Kundenzufriedenheit erreicht. Die Dialogdatenbank enthält fast 6.000 Dialoge, die in den beiden letzten Jahren von über 1 Mio. Kunden genutzt wurden, jeder Dialog wird im Durchschnitt von über 400 Personen gelesen.

Insgesamt lässt sich festhalten: Durch das arbeitspolitische Konzept zur Entwicklung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen werden Aktivitäten und Maßnahmen initiiert, die dazu beitragen, dass Unternehmen und Beschäftigte sich erfolgreich an Standorten und auf Märkten behaupten können. Es leistet somit einen „arbeitspolitischen Beitrag zur Standortstärkung und -sicherung der Wirtschaft in NRW“ (Schäffer 2008). Dabei ist es bei ca. 400.000 kleinen und mittleren Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl unter 250 und ca. 3,6 Mio. Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen nicht das Ziel, ein flächendeckendes Förderangebot zu gewährleisten, wohl aber in der Fläche subsidiär zu wirken: Dort, wo ohne eine arbeitspolitische Aktivierung die Gefahr besteht, dass die Wettbewerbsfähigkeit leidet und Innovationen ausbleiben, soll Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden.

Dies lässt sich gut am Förderprogramm „Bildungsscheck Nordrhein-Westfalen“ verdeutlichen: Trotz dieses Angebotes bleibt berufliche Weiterbildung auch weiterhin überwiegend eine Aufgabe für Unternehmen und Beschäftigte, die privat zu initiieren und zu finanzieren ist. Der Staat hilft nur dort, wo der Bedarf am größten ist. Ziel der staatlichen Hilfe ist deswegen immer auch, Eigeninitiative und private Investitionen in Weiterbildung zu stärken. Dies leistet der Bildungsscheck, weil er zusätzliche Weiterbildungsaktivitäten stimuliert.

Viele Unternehmen behaupten sich an Standorten und auf Märkten jedoch auch ohne jegliche Förderung und ohne, dass es der Aktivierung durch den Staat bedarf. Viele Beschäftigte pflegen und erhalten ihre individuelle Beschäftigungsfähigkeit in Eigenverant-

wortung und nutzen dazu die Möglichkeiten, die ihnen Arbeitgeber, Gewerkschaften, Weiterbildungseinrichtungen oder Krankenkassen auch ohne staatliche Förderung bieten.

Literatur

Blancke, S., Roth, C., Schmid, J.: „Employability (‘Beschäftigungsfähigkeit’) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt - Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft - Eine Konzept- und Literaturstudie“. Arbeitsbericht 157 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart: 2000.

Ilmarinen J., Tuomi K.: „Past, Present and Future of Work Ability“. In: Ilmarinen, J., Lehtinen, S.: Past, Present and Future of Work Ability. People and Work - Research Reports 65, Finnish Institute of Occupational Health 2004.

Richenhagen, G.: „Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit und ihre Bedeutung für das Age Management“. In: Initiative Neue Qualität der Arbeit/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Abschlussbericht des PFIFF-Projektes (www.pfiif-online.de): 2009, S. 73 - 88, in Druck.

Rump, J, Eilers, S.: „Managing Employability“ und „Employability im Zuge des demografischen Wandels“. In: Rump, J., Sattelberger, T., Fischer, H. (Hrsg.): Employability Management - Grundlagen, Konzepte, Perspektiven. Wiesbaden: Gabler, 2006, S. 13 - 73 und S. 129 - 148.

Sailer, K.: „Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In: Badura, B, Schröder, H, Vetter, C.: Fehlzeiten-Report 2008. Heidelberg (Springer): 2009, S. 3 - 13.

Schäffer, W.: „Wir wollen besser werden“. Interview in: Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH - G.I.B. (Hrsg.): G.I.B.INFO 4/2008

The image shows a screenshot of the BSAFB website. On the left, there is a navigation menu with the following items: Verband, Arbeitsmedizin-Newsletter, Arbeitsmedizin aktuell, Praktische Arbeitsmedizin, Betriebsärztetag 2010, Arbeitsmedizinforum, Betriebsarztsuche, Betriebliches Gesundheitsmanagement, and Kooperationen. In the center, there is a search bar and a section titled 'Arbeitsmedizinforum' dated 26.06.2010. Below this, there is a text snippet: 'In unserem öffentlichen Arbeitsmedizinforum sind Sie herzlich dazu eingeladen, Fragen zu stellen, Statements abzugeben, Diskussionen zu eröffnen, Stellen auszuschreiben, arbeitsmedizinische Fortbildungen anzukündigen und auf interessante Webseiten und'. On the right, there is a red banner with the text 'www.bsafb.de Das Internetportal für Arbeitsmedizin'. The background of the website features a photo of a female doctor in a white coat and a book cover titled 'Praktische Arbeitsmedizin'.

Ist Ihr Unternehmen fit für die Zukunft? Neuer Potential-Check von „Gesunde Arbeit“ gibt Auskunft

Gesunde Arbeit

Ganz neu auf den Internetseiten des Projektes Gesunde Arbeit ist der Potential-Check für Unternehmen. Nach nur wenigen Mausklicks wird erkennbar, ob in einem Unternehmen Handlungsbedarf beim betrieblichen Gesundheitsmanagement besteht und wenn ja, in welchem Bereich.

Was hat betriebliches Gesundheitsmanagement mit der Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens zu tun? Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter sind die maßgeblichen Einflussfaktoren für Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft von Unternehmen insbesondere im Segment der kleinen und mittleren Betriebe. Investitionen in den Erhalt und die Förderung von Mitarbeitergesundheit zahlen sich aus. Kosteneinsparungen, Motivationssteigerung und Leistungserhalt wirken direkt auf die Produktivität.

Die Anforderungen an Unternehmen und Ihre Beschäftigten steigen stetig. Rahmenbedingungen wie Verlängerung der Lebensarbeitszeit, Arbeitsverdichtung, demografischer Wandel und Fachkräftemangel fordern Tribut von Unternehmen und Beschäftigten gleichermaßen. Ein auf die spezifischen Bedarfe eines Unternehmens angepasstes betriebliches Gesundheitsmanagement ist daher ein wichtiger Bestandteil zukunftsorientierter Unternehmenspolitik.

Der Potential-Check „Gesundes Unternehmen“ ist ein weiteres Instrument, mit dem das Projekt Gesunde Arbeit unkompliziert und serviceorientiert kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bei der Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten unterstützt. Potential-Check für Unternehmen und weitere Infos unter www.gesunde-arbeit.net

Kurzporträt Gesunde Arbeit:

„Gesunde Arbeit“ ist Titel und Inhalt eines vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) geförderten Projektes. Ziel ist, bundesweit Anlaufstellen für KMU in allen Fragen des Themenkomplexes „Arbeit und Gesundheit“ zu implementieren.

In sechs Regionen rund um die Städte Dresden, Köln, Münster, München/Nürnberg und Bad Segeberg stehen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern derzeit Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ zur Verfügung. Dort finden sie Ansprechpartner, die kostenfrei durch ein umfangreiches, vernetztes und qualitätsbasiertes Angebot einer Fülle von privaten und gesetzlichen Anbietern von Präventions- und Rehabilitationsleistungen lotsen.

Verantwortlich für die Umsetzung des Projektes zeichnet das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) unter Projektleitung von Harald Kaiser.

Ihre Ansprechpartner für Rückfragen:

Bundesweite Projektleitung:
iqpr GmbH
Geschäftsstelle München
Dipl.-Ing. Harald Kaiser
Landshuter Allee 162a
80637 München
Telefon: 089/ 232 49 49 -12
Mobiltel.: 0173/ 531 82 25
Telefax: 089/ 232 49 49 10
E-Mail: kaiser@iqpr.de
www.iqpr.de

Ansprechpartner für die Presse:
iqpr GmbH Geschäftsstelle München
Annette Geiger
Telefon: 089/ 232 49 49 -14
Mobiltel.: 0172/ 830 58 18
Telefax: 089/ 232 49 49 10
E-Mail: geiger@iqpr.de
www.iqpr.de



gesunde ARBEIT.

Der gesunde Betrieb – Empfehlungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Gudrun Harlfinger

Gesundheit und Krankheit im Arbeitsprozess

Gesundheit und Leistungsfähigkeit gehören zu den wertvollsten Gütern eines jeden Menschen. Somit sind sie ein Fundament jeder menschlichen Gesellschaft.

Das Anrecht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eines der Grundrechte jedes Menschen ohne Unterschied bezeichnet.

Nach der WHO-Definition wird unter Gesundheit ein „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Unwohlsein“ verstanden.

In großen Teilen der Bevölkerung wird dagegen Gesundheit immer noch ausschließlich als nicht krank begriffen. Bereits 1986 hieß es in der Ottawa-Charta der WHO: „Gesundheit zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Folgt man den Erkenntnissen der modernen Stressforschung, dann ist Gesundheit kein somatischer oder psychischer Zustand, sondern eine Kompetenz zur aktiven Situationsbewältigung.

Aus dieser Perspektive lässt sich Gesundheit nach Badura folgendermaßen definieren: „Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird.“

Danach wird Gesundheit als Prozess verstanden. Treffend wird dies auch durch ein spanisches Sprichwort ausgedrückt: „Der Mann, der zu beschäftigt ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern, ist wie ein Handwerker, der keine Zeit hat, seine Werkzeuge zu pflegen.“

Was hat Gesundheit mit dem „gesunden Betrieb“ zu tun?

Alle sozialen Systeme lassen sich in gesund und ungesund einteilen. Die damit verbundene Annahme lautet:

Je häufiger sich ein Betrieb in die ungesunde Richtung bewegt, umso zahlreicher werden Symptome auftreten wie hohe Krankenstände, hohe Fluktuation, Mobbing, Burnout, innere Kündigung usw., natürlich mit negativen Konsequenzen für Qualität, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit.

Gesund sind Betriebe, wenn sie folgenden Zielen dienen: Dem betrieblichen Erfolg und dem Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter.

Oder anders ausgedrückt: Wenn gesunde Menschen besser arbeiten und besser arbeitende Beschäftigte dem Unternehmen Gewinn bringen, dann bedeuten gesunde Arbeitskräfte Gewinn für jedes Unternehmen.

Mit diesem neuen Gesundheitsverständnis verbindet sich auch ein neues Verständnis von Krankheit.

Krankheit beinhaltet mehr als nur körperliche Fehlfunktionen oder Schädigungen.

Auch beschädigte Identität, länger anhaltende Angst oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten wie auch auf das Immun- und Herz-Kreislauf-System als Krankheitssymptome begriffen werden (nach Badura).

Neue Herausforderungen an die betriebliche Gesundheitspolitik

Als Richtschnur für die betriebliche Gesundheitspolitik muss neben der klassischen Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen durch Mitarbeiter und Führungskräfte im Vordergrund stehen. Eine Stärkung persönlicher, organisatorischer und sozialer Ressourcen spielt zukünftig eine große Rolle.

Ganzheitliches Gesundheitsverständnis Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Grundlage für die betriebliche Arbeit muss ein übergreifendes Gesundheitsverständnis sein. Dabei darf Gesundheit nicht nur als nicht krank gesehen werden, sondern muss als positiver, umfassender Begriff verstanden werden. Das heißt, salutogener statt pathogener Ansatz.

Ziel betrieblicher Gesundheitspolitik muss die Entwicklung und dauerhafte Etablierung betrieblicher Rahmenbedingungen sein. Die dabei entwickelten Strukturen und Prozesse dienen der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und Organisation.

Informationen



Ausführlichere Informationen zu diesem Themenfeld finden Sie in der Broschüre:

Gudrun Harlfinger, Jürgen Wieg:
Der gesunde Betrieb
 Empfehlungen zur Verhütung
 arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
 ISBN 978-3-934966-91-8
 72 Seiten
 Preis: 8,90 €

Verlag Technik & Information e.K.
 Wohlfahrtstraße 153
 44799 Bochum
 Fon: 0234 94349-0
 Fax: 0234 94349-21
 E-Mail: info@vti-bochum.de
www.vti-bochum.de



Abbildung 1: Merkmale einer/eines „gesunden“ und „ungesunden“ Organisation/Betriebes (Münch, Walter, Badura)



Abbildung 2: Schwerpunkte Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz, (Badura)

Zitat Badura 2003: Unter „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ wird die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse verstanden, die die gesundheitliche Gestaltung von Arbeit und Organisation sowie die Befähigung zum

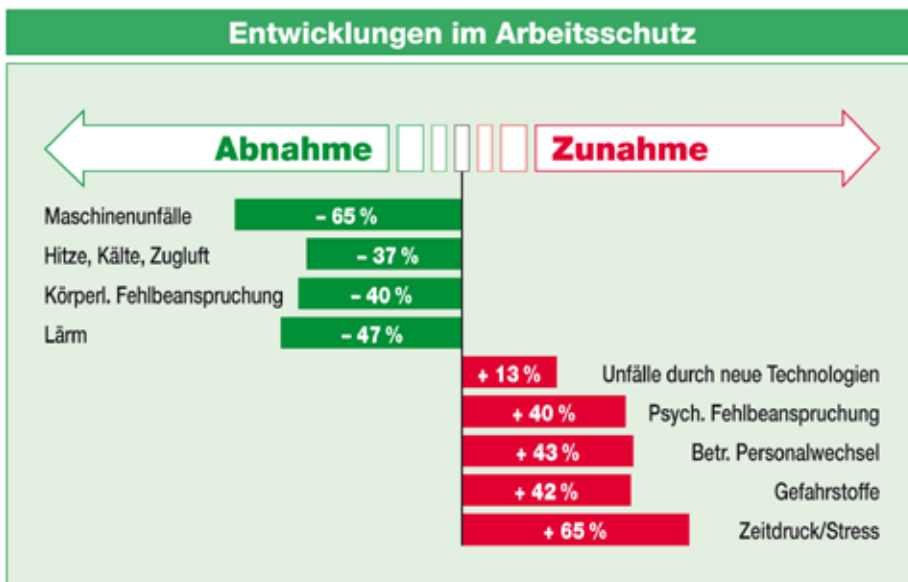
gesundheitsförderlichen Verhalten von Mitarbeitern zum Ziel haben.

Ziel des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ ist es, die Themen Gesundheit und Krankheit im Rahmen der vorherrschenden

betrieblichen Werte, Normen und Verhaltensweisen zu einer festen Größe im Unternehmen werden zu lassen.

Der Einfluss des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf das Sozialkapital, Menschen und Sachkapital und damit auf den Unternehmenserfolg wird in Abbildung 4 anschaulich dargestellt.

Abbildung 3: Probleme im Arbeitsschutz, Quelle: Raithel & Lehnert, Perspektiven neuer europäischer und internationaler Standards in der Arbeitsmedizin



Da Gesundheit erfahrungsgemäß selten als betriebliches Thema in Erscheinung tritt und dementsprechend wenig Platz im alltäglichen Streben und Verhalten von Führungskräften und Mitarbeitern erhält, müssen bei der Implementierung und der Evaluation eines BGM geeignete Instrumente eingesetzt werden.

Die Kernprozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind:

1. Diagnose

Voraussetzung für die Einleitung von Maßnahmen bzw. Therapien ist, wie beim Arzt, eine vernünftige Diagnose des Gesundheitszustandes der Beschäftigten und deren Arbeits- und Organisationsbedingungen. Auf den Gesundheitsschutz bezogen heißt das, eine konkrete Erfassung des Gesundheitszustandes von Belegschaften in Form von Daten, wie z. B. Fehlzeiten oder Fluktuation. Die er-

Zur Person



Gudrun Harlfinger

geb. 1960 in Leipzig, Dipl.-Ing., Fachrichtung Arbeitswissenschaften, Vertiefungsrichtung Arbeitsingenieurwesen, erworben an der TU Dresden.

1984-1986 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitshygieneinspektion des Rates des Bezirkes Dresden. 1986-1989 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitshygienischen Zentrum der Polygrafie und des Verlagswesens der DDR in Berlin.

1991-1992 technische Angestellte in der Fachstelle „Ergonomie“ der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft in Dortmund. 1992-1994 Ausbildung zur Technischen Aufsichtsbeamtin bei der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft.

Seit April 2004 Leiterin der Fachstelle „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ bei der Verwaltungsgemeinschaft der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft und der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft in Düsseldorf.

Schwerpunkte ihrer Arbeit:

- betriebliches Gesundheitsmanagement
- Ergonomie
- demografischer Wandel
- gesundheitsgerechte Führung
- psychische Belastungen und Beanspruchungen
- gesundheitsgerechte Arbeitszeitgestaltung
- betriebliche Suchtprävention

mittelten Daten bilden die Voraussetzung für die folgenden Aktivitäten.

2. Interventionsplanung

Ähnlich wie der Arzt wägt der Gesundheitsexperte unterschiedliche Maßnahmen ab und legt einen Therapieplan fest. Es werden Ziele, Erfolgskriterien, Entscheidungsträger, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Mitarbeiterbeteiligung, Spielregeln, Informationsfluss, Projektablauf, Art der Ergebnisdokumentation, Verhaltensregeln für das Krisen- und Konfliktmanagement, Verlauf, Marketing oder zeitliche und personelle Ressourcen festgelegt.

3. Intervention

Darunter wird die eigentliche Durchführung von strukturellen und prozessbezogenen Gesundheitsmaßnahmen und Programmen bzw. Therapien verstanden. Dies können z. B. die Bildung von Gesundheitszirkeln, Maßnahmen zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung, die Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen, familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung und alternsgerechte Personalpolitik in Kombination mit Verknüpfung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen wie Entspannungstechniken, Rückenschonung oder gesunde Ernährungsangebote sein.

4. Evaluation

Zweck einer Evaluation ist die Überprüfung der Zielerreichung. Es erfolgt eine Wirksamkeitskontrolle der durchgeführten Maßnahmen zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit. Hier gilt es darauf zu achten, dass die tatsächlich zu beurteilenden Merkmale erfasst werden (Validität) und dass dies möglichst zuverlässig und genau erfolgt (Reliabilität) ohne relevante Kriterien zu übersehen. Das Management ist im Allgemeinen nur mit Kosten, die aus Produktionsausfällen resultieren, für ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu begeistern. Aus diesem Grund kommt der gesundheitsbezogenen und/oder krankheitsbezogenen Datenerfassung eine entscheidende Bedeutung zu. Die „Nichtsichtbarkeit“ von Gesundheit ist leider ein grundsätzliches Problem des BGM.

Sämtliche Maßnahmen des BGM müssen auf einer sorgfältigen und regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse fußen, die sich auf wichtige gesundheitsrelevante Informationen/Daten stützt.

Dabei kommen u. a. folgende Daten infrage:

- Arbeitsbelastungen,
- krankheitsbedingte Fehlzeiten,
- Unfallgeschehen,
- Beinaheunfälle,
- Berufskrankheiten,
- Erste-Hilfe-Leistungen,
- subjektiv wahrgenommene Beschwerden,
- Mitarbeiterzufriedenheit,
- Kundenzufriedenheit und
- Fluktuation.

Hinweise zu den Beispielen

Die knappen Situationsbeschreibungen wurden ganz bewusst auf Aspekte arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und geeigneter Präventionsmaßnahmen reduziert. Die Hinweise zu einigen gesundheitsgefährdenden Maßnahmen sollten auf keinen Fall dazu führen, in vergleichbaren Situationen auf kompetente Beratung und Unterstützung zu verzichten.

Alle geschilderten Situationen beruhen auf tatsächlichen Erfahrungen. Sie sollen den Lesern Hilfe bieten, vergleichbare Situationen ihrer Arbeitsumwelt zu erkennen, um angemessen reagieren zu können.

Die Beispiele sollen zur kritischen Auseinandersetzung mit der jeweiligen Problematik führen. Es ist besonders wichtig darauf hinzuweisen, dass es auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren keine Patentlösungen gibt. Sämtliche Lösungen müssen immer auf die konkrete Arbeitssituation und einen bestimmten Betrieb angewandt werden.

Die Beispiele sollen Anregungen zur Selbsthilfe sein. Dabei wird bewusst auf Vollständigkeit verzichtet. Die dargestellten Situationen decken nur einen Teil des gesamten Spektrums arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und des Gesundheitsschutzes ab, lassen aber andererseits erahnen, wie umfangreich und komplex die Problematik ist. Es handelt sich hier jeweils um Einzelfallbetrachtungen. Jede vergleichbare Situation erfordert eine eigene Begutachtung und Bewertung.

Beispiel 1:

Mitbestimmung, Partizipation

Situation

*Arbeitsplätze in einem Montagebereich
In einem Arbeitsbereich werden mehrere Kleinteile am Band geprüft, montiert und verpackt. In diesem Bereich sind bis auf den Schichtführer nur Frauen beschäftigt. Insbesondere fallen drei Arbeitsplätze auf:*

1. *Über die ganze Schicht hohe Konzentration verlangende Prüfungen auf einem Band mit vorbeifahrenden Kleinteilen.*
2. *Ergonomisch vorbildlich eingerichtete Einzel-Montagearbeitsplätze ohne Kommunikationsmöglichkeiten.*
3. *Drei Personen stehen am Ende eines Bandes und entnehmen fertig montierte Kleinteile, die sie mit wenigen und immer gleichen Handgriffen in bereitstehende Pappkartons legen.*

Aussage des Unternehmers: „Obwohl wir viel Grips, Arbeit und Geld in die Gestaltung dieser Arbeitsplätze gesteckt haben, sind die Leute hochgradig unzufrieden und oft krank.“

Gesundheitsgefahren

- Monotonie
- Konzentrationsverlust
- Abnahme der Arbeitszufriedenheit
- erhöhter Krankenstand

Maßnahmen

Gemeinsam mit den Kollegen wurden Maßnahmen entwickelt, um die Arbeitssituation zu verbessern. Die Unzufriedenheit der Kollegen resultierte vordergründig daraus, dass sie bei der Umgestaltung ihrer Arbeitsplätze nicht einbezogen wurden. So wurde vereinbart, dass die Kollegen während der Schicht an den Arbeitsplätzen rotieren. Außerdem wurden Pufferzonen für die Qualitätsprüfung eingerichtet. Die Kollegin kann nun ihrem individuellen Arbeitsrhythmus entsprechend die Teile kontrollieren und bei Bedarf einen Springer hinzuziehen. Die Anordnung der Arbeitsplätze wurde dahingehend geändert, dass die Kontroll- und Verpackungspunkte gegenüberliegen und damit genügend Kommunikationsmöglichkeiten vorhanden sind.

Beispiel 2:

Ältere Arbeitnehmer, lebenslanges Lernen

Situation

Im Betrieb erfolgen Umstrukturierungen, einige Abteilungen werden zusammengelegt, andere Abteilungen ausgelagert. Man will sich auf das so genannte „Kerngeschäft“ beschränken. Der „alte“ Betriebsleiter erhält eine Abfindung und geht in den Vorruhestand. Ein neuer, junger und dynamischer Betriebsleiter wird eingestellt. Der neue Betriebsleiter will den Maschinenpark modernisieren und die Logistik verändern sowie SAP einführen. Dem langjährigen Meister wird klargemacht, dass man ihn nicht mehr braucht. Wenn er weiterhin in der Funktion bleiben wolle, müsse er sich schnellstens anpassen und sich mit der modernen Technik vertraut machen. Ansonsten könne er sich einen neuen Job suchen.

Gesundheitsgefahren

- Versagensängste
- ungenutztes Erfahrungswissen der Älteren
- Fluktuation
- schlechtes Betriebsklima

Umstrukturierungen und Veränderungen erzeugen immer Ängste. Hier ist der Umgang mit der Angst Methode, um Mitarbeiter loszuwerden. Doch gerade ältere Mitarbeiter werden so vor den Kopf gestoßen. Gerade das große Erfahrungspotential der älteren Mitarbeiter sollte für Neues genutzt werden. Den älteren Mitarbeitern sollte genügend Zeit eingeräumt werden, um sich auf „Neues“ umzustellen. Getreu dem mittlerweile eindeutig als Unsinn bewiesenen Motto: „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ wird Älteren unterstellt, sie

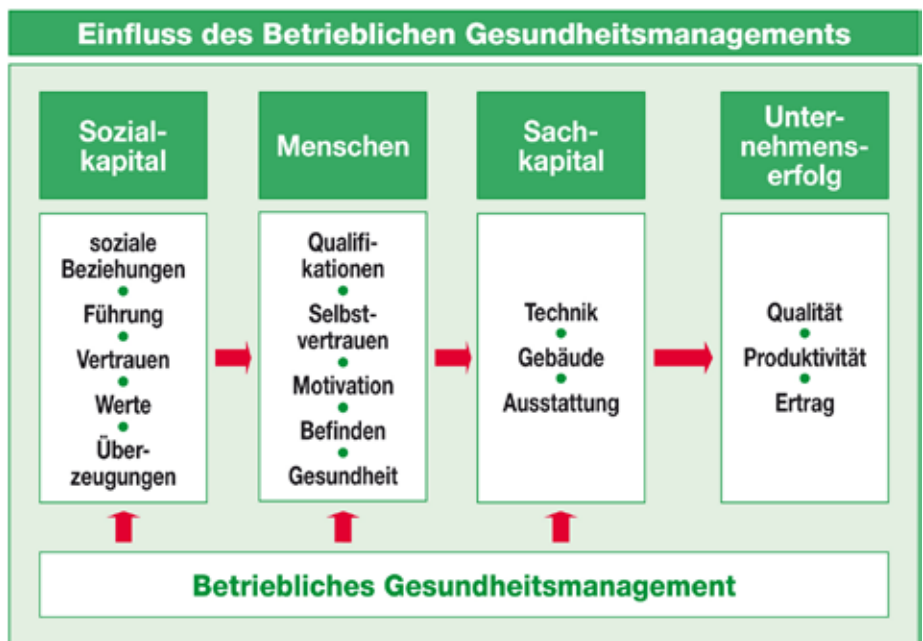


Abbildung 4: Einfluss des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Sozialkapital, Menschen und Sachkapital; Quelle: Badura, Heilmann 2003

wären nicht mehr lernfähig. Dabei wird übersehen, dass in den meisten Unternehmen viele Jahre lang Lernen weder gefordert noch gefördert wurde.

Lernen bedeutet, sich mit etwas Neuem auseinander setzen zu müssen. Das erzeugt bei den allermeisten Menschen eine natürliche Unsicherheit. Diese wird durch Lernentwöhnung noch verstärkt. Ist damit ein tatsächliches oder auch nur ein vermutetes Arbeitsplatzrisiko verbunden – oder wird es von den Führungskräften so „verkauft“ – entsteht Versagensangst bis hin zu Existenzangst.

Angst ist eines der stärksten Lernhemmnisse überhaupt!

Maßnahmen

Die Beschäftigten müssen lernen, lebenslang zu lernen.

Innovative Unternehmen fordern, fördern und nutzen Lernbereitschaft und Lernfähigkeit aller Beschäftigten während des gesamten Arbeitslebens. Besondere Lernschwierigkeiten tun sich auf, wenn in Betrieben „Lernsprünge“ vollzogen werden müssen, z. B. von einem veralteten technologischen Standard zu einem technologischen Standard modernster Generation. Das erzeugt Unsicherheit und Angst in hohem Maße. Dann sind häufig Lernende und Qualifizierer überfordert.

Lebenslanges Lernen benötigt Mut und Unterstützung. Je älter die zu qualifizierenden Beschäftigten sind, umso notwendiger ist es,

- ihre Persönlichkeit und Erfahrungen anzuerkennen und zu nutzen,

- sie vom persönlichen Nutzen einer Qualifizierungsmaßnahme zu überzeugen,
- Anreize zur Qualifizierungsbereitschaft zu schaffen,
- kompetente Qualifizierer auszuwählen oder auszubilden.

Die angewandten Methoden sollten

- die Lernenden aktiv einbeziehen,
- vorhandenes Wissen und Können nutzen,
- in partnerschaftlicher Atmosphäre stattfinden.

Je älter und/oder lernentwöhnter die Lernenden sind, um so wichtiger sind für sie aktiv einbeziehende Lernmethoden.

Erfolg versprechend ist eine differenzierte altersübergreifende Qualifizierungsstrategie.

Diese muss sowohl

- altersgerecht, das Altern der Beschäftigten begleitend (für mittel- bis langfristige Qualifizierungsmaßnahmen) als auch
- altersgerecht, situationsbezogen dem Alter der jeweils Lernenden Rechnung tragend (für Sofortmaßnahmen) angelegt sein.

Ein „Langzeit-Lern-Planungs-Konzept“ ist **nicht** von der Unternehmensgröße abhängig!

Was Großunternehmen in diesem Sinne intern tun, können Klein- und Mittelunternehmen mit Hilfe von Berufsgenossenschaften, Innungen, Kammern, Krankenkassen, Angeboten der Tarifpartner und vielen sonstigen Anbietern genau so erfolgreich tun.

Hinweis

Ältere Menschen verfügen als Folge

- ihrer persönlichen Bildungs-, Arbeits- und Berufskarriere,
- ihres persönlichen Gesundheitszustandes,
- ihres individuellen biologischen Alterungsprozesses,
- ihrer individuellen Hobbys und Freizeitaktivitäten,
- ihrer persönlichen Anforderungs- und Bewältigungsstrategien

natürlicherweise über eine sehr differenzierte Leistungs- und Lernfähigkeit.

Beispiel 3:

Führungskräfteentwicklung, Personalentwicklung, 360° Feedback

Situation

Eine Führungskraft hat zunehmend das Gefühl, von ihren Kollegen missverstanden zu werden. Eigentlich hat sie aber das Gefühl immer alles richtig zu machen.

Das Engagement für die Firma ist groß. Die Umsatzzahlen bestätigen ihrer Ansicht nach

den Erfolg ihrer Arbeit. Sie führt regelmäßig Mitarbeitergespräche durch.

Aber die Mitarbeiter scheinen sich immer mehr zurückzuziehen und die Gespräche sind immer sehr kurz und knapp gehalten. Ihr kommt zu Ohren, dass ihre Kollegen mit dem Führungsstil nicht zufrieden sind und es viel zu wenig Rückinformationen gibt.

Gesundheitsgefahren

- mangelnde Anerkennung
- zunehmender Frust
- Versagensängste
- innere Kündigung
- schlechtes Betriebsklima

Maßnahmen

Das 360° Feedback ist eine Weiterentwicklung der klassischen Beurteilungen, das bei professioneller Umsetzung ein faires, sachliches und ganzheitliches Feedback garantiert. Der entscheidende Vorteil gegenüber klassischen Beurteilungssystemen ist, dass alle beruflich relevanten Personengruppen in den Rückmeldungprozess integriert werden.

Ausgehend von einer Selbstbeurteilung wird sowohl von Vorgesetzten, Mitarbeitern, Kol-

legen und Kunden das individuelle Arbeitsverhalten beurteilt. Selbstbild und Fremdbild werden gegenübergestellt und daraus Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der Führungsarbeit abgeleitet.

Hinweis

Die fachlichen, persönlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen der Führungskräfte im Unternehmen sind entscheidend für die Erhaltung der Leistungs- und Innovationsfähigkeit ihrer Mitarbeiter. Doch woher erfahren die Führungskräfte, wie es um ihre Stärken und Schwächen bestellt ist, wie ihr Führungsstil von ihrem Umfeld wahrgenommen wird und auf welchen Gebieten verstärkte Weiterbildungen zur Optimierung der Führungsarbeit erforderlich sind? Klassische Feedback-Instrumente wie Aufwärts- und Abwärtsbeurteilungen sowie Mitarbeitergespräche erfolgen meist nur aus einer eingeschränkten Perspektive und werden häufig als zu subjektiv wahrgenommen.

noch Maßnahmen – Beispiel 3:

Beispiele aus dem Fragebogen zum Selbst- und Fremdbild:

Fragebogen: **Eigenbild – Fremdbild**
 Autor: Gerd Pitschetsrieder

Dem nachfolgenden Fragebogen können Sie beispielhaft die Erstellung und den Abgleich eines Eigen- und Fremdbildes entnehmen.

Eigenbild

Ich ...	stimmt				stimmt nicht			
sorge für einen guten Umgangston.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erkenne Konflikte im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördere offene Meinungsäußerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erläutere die Unternehmensziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vereinbare Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delegiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördere Selbstständigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rufe Kunden unaufgefordert zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erledige Reklamationen in 3 Tagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschuldige mich für Fehler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halte Kontakt zu meinen Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hole die Meinung von Kollegen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frage nach Auswirkungen auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fremdbild

Mein Vorgesetzter ...	stimmt				stimmt nicht			
sorgt für einen guten Umgangston.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erkennt Konflikte im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördert offene Meinungsäußerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erläutert die Unternehmensziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vereinbart Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delegiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördert Selbstständigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

noch Maßnahmen – Beispiel 3:

Fremdbild Kunde

Herr ...	stimmt				stimmt nicht			
ruft unaufgefordert zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erledigt Reklamationen in 3 Tagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschuldigt sich für Fehler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fremdbild Kollegen

Kollege ...	stimmt				stimmt nicht			
hält Kontakt zu seinen Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
holt die Meinung von Kollegen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fragt nach Auswirkungen auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abgleich von Eigen- und Fremdbild

Herr ...	stimmt				stimmt nicht			
sorgt für einen guten Umgangston.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erkennt Konflikte im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördert offene Meinungsäußerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erläutert die Unternehmensziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vereinbart Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delegiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fördert Selbstständigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruft Kunden unaufgefordert zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erledigt Reklamationen in 3 Tagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschuldigt sich für Fehler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält Kontakt zu seinen Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
holt die Meinung von Kollegen ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fragt nach Auswirkungen auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ ■

Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®

Ein Modellprojekt zur Prävention der Deutschen Rentenversicherung Bund auf der Grundlage des Rahmenkonzepts Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern - Betsi®

Dieter Olbrich und Jürgen Ritter

Bedeutung der Prävention für die Deutsche Rentenversicherung

Die zunehmende Verbreitung chronischer Gesundheitsstörungen ist nicht nur ein individuelles, sondern ein zunehmendes gesundheitsökonomisches Problem. Durch chronische Krankheiten entstehen erhebliche Kosten im Gesundheitswesen, es kommt zur Abnahme der Leistungsfähigkeit und somit auch zu negativen Konsequenzen für Betriebe und Unternehmen. Auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos 2010 wurde die Frage, wie dieser weltweiten Entwicklung begegnet werden könne, erstmals diskutiert (*world economic forum 2010*). Berücksichtigt man zusätzlich die demografische Entwicklung mit der Notwendigkeit, ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben zu halten (*Ilmarinen 2005*) wird deutlich, dass Akutbehandlung und Rehabilitation für diese Aufgaben nicht ausreichen. Die Rehabilitation hat als Tertiär-Prävention ihren Stellenwert, um Menschen eine größtmögliche Teilhabe auch bei bleibenden Krankheitsfolgen zu ermöglichen (*SGB IX*). Es bedarf allerdings ergänzend umfassender Strategien zur Krankheitsvorbeugung. Deshalb besteht ein breiter Konsens über die zunehmende Bedeutung der Prävention für Beschäftigte, Unternehmen und die sozialen Sicherungssysteme gleichermaßen. Die Politik hat dies aufgegriffen und im Koalitionsvertrag die Stärkung der Prävention innerhalb bestehender Strukturen als ein Handlungsfeld definiert.

Beruf und Arbeit sind zentrale Lebensbereiche eines Menschen (*Siegrist 1996*). Durch Veränderung von Arbeitsbedingungen mit zunehmender Arbeitsverdichtung, Komplexität und der Zunahme psychomentaler und sozio-emotionaler Arbeitsbelastungen ist es zu einer Veränderung der arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren gekommen, die wiederum Auswirkungen auf Befinden und Gesundheit von Beschäftigten haben. Waren früher eher die physischen Belastungen führend, so sind es jetzt die psychischen. Dies dokumentiert sich nicht zuletzt auch im Anteil der vorzeitigen Renten wegen Erwerbsminderung, bei denen psychische Erkrankungen mit 35% bei Männern und 40% bei Frauen die häufigsten Berentungsgründe sind (*Olbrich et al. 2009*).

Die Möglichkeiten der Rentenversicherung, ihren Versicherten medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit anzubieten, waren im Hinblick auf die Regelung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI und die hierzu erlassenen Richtlinien sehr eng begrenzt. Primär kamen solche Leistungen danach Beschäftigten zu Gute, die im Bergbau oder in der Schwerindustrie beschäftigt waren (*Moser et al. 2010*). Entsprechende Leistungen konnten nach der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Regelung nur stationär durchgeführt werden.

Um weiteren Risikogruppen die Prävention durch die Deutsche Rentenversicherung zu ermöglichen, sind die Richtlinien zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI dahingehend überarbeitet worden, dass entsprechende Leistungen nunmehr Versicherten angeboten werden können, die eine besondere Gefährdung erkennen lassen, durch die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird. Auf die Art der Beschäftigung, die ausgeübt wird, kommt es seitdem nicht mehr entscheidend an. Die Deutsche Rentenversicherung Bund, Westfalen und Baden-Württemberg entwickelten daraufhin unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Bund ein gemeinsames Rahmenkonzept zur frühzeitigen und teilhabeorientierten Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten (*„Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern - Betsi®“; Deutsche Rentenversicherung Bund 2008*)

Auf der Grundlage des Betsi®-Rahmenkonzeptes wurde das Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse - GUSI®“ entwickelt (*Olbrich 2008*). Nach der Vorstellung des GUSI®-Programms in Betrieben und bei Betriebsmedizinern werden seit Juli 2009 im Reha-Zentrum Bad Salzungen kontinuierlich GUSI®-Präventionsgruppen durchgeführt.

Ziele, Rahmenbedingungen und Struktur von GUSI®

Ziel des GUSI®-Präventionsprogramms ist die modellhafte Erprobung von Prävention auf der Grundlage des Betsi®-Rahmenkonzeptes in Kooperation mit Betrieben, Beschäftigten so-

wie Betriebs- und Werksärzten. Dabei sollen praktische Erfahrungen mit der Umsetzung von berufsbegleitender Prävention gesammelt werden. Für die Prävention soll die Kompetenz der rentenversicherungseigenen Reha-Zentren genutzt werden. Die Prävention soll die Vernetzung mit vorhandenen Reha-Strukturen und mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement in Betrieben fördern und als integraler Bestandteil der Reha-Versorgungskette erprobt werden, um damit Rehabilitationsbedarf erst gar nicht entstehen zu lassen.

Betriebsmediziner sind die ersten Ansprechpartner für Beschäftigte, bei denen Präventionsleistungen angezeigt sind. Zur vorbereitenden Diagnostik („Initialphase“) kommen die Beschäftigten in die Reha-Klinik. Die Initialphase umfasst medizinische, psychosoziale und berufsbezogene Diagnostik und dauert ca. drei Stunden. Bei bestehender Indikation zur Prävention wird der Präventionsantrag durch den Versicherten gestellt und gemeinsam mit einem in der Reha-Klinik erstellten Präventionsbefundbericht dem Rentenversicherungsträger durch die Reha-Klinik zugesandt. Eine Kopie des Präventionsbefundberichts erhält der Betriebsmediziner. Nach Prüfung der versicherungsrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen durch den Rentenversicherungsträger wird die Leistung bewilligt und der Versicherte erhält hierüber einen Bescheid. Die berufsbegleitende Präventionsleistung wird sodann in einer „geschlossenen“ Gruppe von 10 bis max. 15 Teilnehmern¹ durchgeführt. Sie gliedert sich in eine dreitägige ganztags ambulante Trainingsphase A (Donnerstag bis Samstag). Die Trainingsphase B umfasst sieben Folgeabende von jeweils 2,5 Stunden (mittwochs 18.00 – 20.30 Uhr). Nach Absprache in den Gruppen wird nach ca. fünf Monaten ein „Auffrisch-Samstag“ angeboten.

Inhalte des GUSI®-Präventionsprogramms

Die Teilnehmer¹ erlernen auf der Grundlage eines ressourcenorientierten Selbstmanagement-Trainings mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM®) eine bessere Selbstregulation durch Erarbeitung eines für sie passenden persönlichen Haltungsziels (*Storch & Krause 2006*). Dieses Haltungsziel integriert so-

wohl bewusste Handlungsmotive als auch unbewusste Bedürfnisse und hilft den Teilnehmern, selbstgesetzte Ziele auf der Handlungsebene in Beruf und Alltag auch umzusetzen. Wesentlich hierfür ist die Steigerung der Selbstwirksamkeit, die neben der Ressourcenorientierung die Handlungsfähigkeit und den Handlungsspielraum der Teilnehmer im Sinne eines „Selbstmanagements“ erweitert. Das ZRM®-Training ist in unterschiedlichen Bereichen erprobt worden und hat seine Wirksamkeit belegt (www.zrm.ch). Im Präventionsprogramm GUSI® ist das ZRM®-Training mit zwei handlungsorientierten Elementen kombiniert: der Progressiven Muskelentspannung sowie der Bewegungstherapie. Das Training ist rasch im Alltag einzusetzen und wird als effektive „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden.

Zielgruppen in Betrieben

Das GUSI®-Präventionsprogramm eignet sich für Beschäftigte, die Risikofaktoren haben, durch die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird. Mögliche Risikofaktoren beziehen sich zum einen auf spezifische berufliche Belastungen oder Gefährdungen (z.B. Publikumsverkehr, Schichtarbeit, Führungsfunktion). Ergänzend kommen persönliche Risikofaktoren hinzu (z. B. Alleinerziehende, pflegende Angehörige und ältere Beschäftigte). Weitere Zielgruppen sind Beschäftigte mit absehbaren oder beginnenden Funktionsstörungen (z. B. auffällige AU-Zeitenentwicklung, problematischer Medikamentengebrauch).

Diagnostik und Untersuchungsinstrumente

Als einfaches Screeninginstrument zur Identifikation von Beschäftigten mit Präventionsbedarf eignet sich der Work Ability Index (WAI) (*Hasselhorn; Freude 2007*). Der WAI hat einen Punktwert von max. 49 und minimal 7. WAI-Werte zwischen 28 und 43 können ein Indikator für Präventionsleistungen sein. Beschäftigte mit WAI-Werten über 43 bedürfen im Regelfalle keiner Interventionen, solche mit WAI-Werten unter 28 bedürfen der medizinischen Rehabilitation oder Akutbehandlung.

Neben dem Erfassen medizinischer Risikofaktoren und einer körperlichen Untersuchung werden in der Initialphase ergänzende Messinstrumente zur Erfassung arbeits- und motivationspsychologischer Kennwerte eingesetzt. Der AVEM erfasst arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (*Schaarschmidt & Fischer 2001*). Den Grad der Handlungskontrolle misst der HAKEMP-90 (Fragebogen zur Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv) (*Kuhl 2001*). Gemessen wird zu Beginn der GUSI®-Gruppe, am Ende der Trainingsphase nach 8 Wochen, sowie nach 3,6,9 und 12 Monaten.

Erste Ergebnisse

Das GUSI®-Präventionsprogramm wurde in Betrieben mit insgesamt ca. 20.000 Beschäft-

tigten vorgestellt. Flyer unterstützen die persönliche Information.

Bei aktuell 101 Anmeldungen für die Initialphase entspricht dies einer Inanspruchnahmequote von ca. 0,5%. Seit Juli 2009 werden kontinuierlich GUSI®-Gruppen durchgeführt. Es liegen aktuell Messdaten von 64 Teilnehmern vor. Als Kontrollgruppe wurden Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation ausgewählt, die nach Geschlecht und Alter parallelisiert wurden.

Betriebsmedizinern kommt eine zentrale Schnittstellenfunktion zu: der Grad an Übereinstimmung bei der Indikationsstellung nach Screening durch Betriebsmediziner und Diagnostik in der Initialphase betrug 88%.

Alle Teilnehmer haben die Trainingsphasen des Programms komplett durchgeführt. Zu den Messzeitpunkten t1 (Beginn der GUSI®-Gruppe) und t2 (Abschluss) waren bedeutende Effekte im Hinblick auf die Förderung der Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen und ein besserer Umgang mit Frustrationen nachweisbar. Die Teilnehmer lernten, selbstgesetzte Ziele zu verfolgen und umzusetzen.

Abbildung 1 zeigt, dass darüber hinaus die positiven Effekte des GUSI®-Programms nach 3 und 6 Monaten weiter zunahmen. Dies zeigt, dass die Erwartungen einer raschen, „expertenunabhängigen“ Umsetzung erfüllt werden.

Hervorgehoben sei der bessere Umgang mit Misserfolgserleben, der im Berufsleben eine besondere Bedeutung hat. Bei Erleben von Misserfolg entstehen negative Gefühle, die dazu führen, dass es Menschen nicht gelingt, sich neuen Aufgaben zuzuwenden. Insofern ist die Fähigkeit, negative Gefühle und Frustration rasch zu verarbeiten, besonders nützlich, um handlungsfähig zu bleiben.

Die im AVEM erfassten Bewältigungsmuster der Teilnehmer im Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen veränderten sich im Verlauf deutlich:

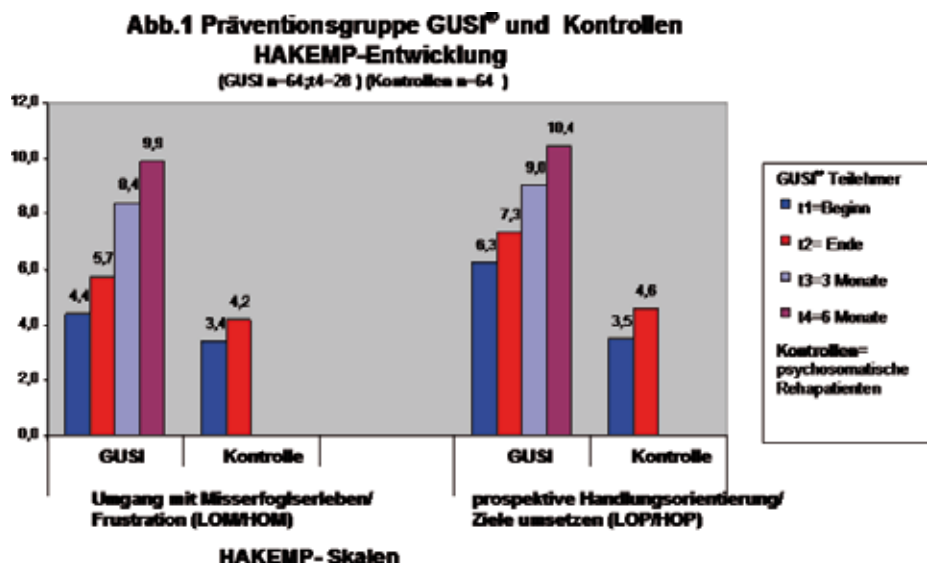
Zeigten sich zu Beginn bei 70% Risikomuster mit z. T. überhöhtem Engagement und geringer Distanzierung in Bezug auf Arbeitsanforderung (Risikomuster A) oder eine Burnout-Symptomatik mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber Arbeitsproblemen und starker Resignationstendenz (Risikomuster B), so hatten 70% von ihnen 3 Monate nach Ende der GUSI®-Gruppe ein nicht mehr gesundheitsgefährdendes Muster im Umgang mit beruflichen Belastungen (Muster G oder Muster S).

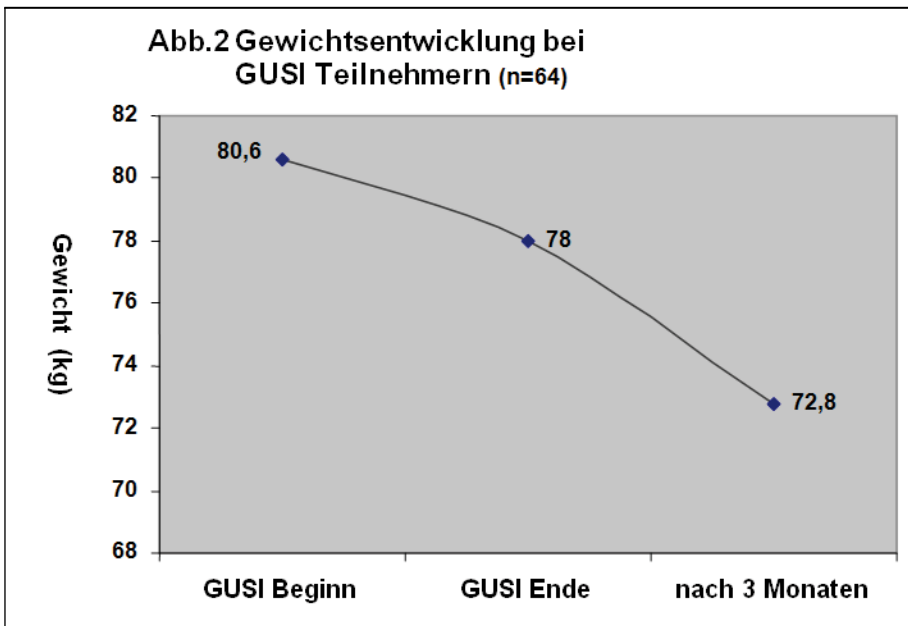
Ein so nicht erwarteter, aber positiver Effekt war eine deutliche Gewichtsreduktion bei den Teilnehmern (Abbildung 2).

Diskussion:

Das GUSI®-Präventionsprogramm ist umsetzbar und findet Akzeptanz bei Beschäftigten, Betrieben/Unternehmen und Betriebsmedizinern. Durch das im Programm erlernte ZRM®-Training gelingt es den Teilnehmern, ihre negativen Affekte besser zu regulieren und ihre Handlungsmotivation zu erhöhen.

Dies führt nicht nur zu einer Steigerung bewussten gesundheitsförderlichen Verhaltens mit vermehrter Bewegungsaktivität und verbesserter Stressbewältigung, sondern hat darüber hinaus auch erwünschte gesundheitsförderliche „Nebeneffekte“ (z. B. Gewichtsreduktion). Besonders erfreulich ist, dass es keine „drop-outs“ gab. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Gruppenatmosphäre das Lernen mit Freude besonders fördert. (Abb. 3) Die Ergebnisse zeigen, dass das GUSI®-Präventionsprogramm sehr gute Effekte im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung von Beschäftigten erzielt. Durch





die von Beginn an begleitende Evaluation setzt die Rentenversicherung mit ihrem Präventionsangebot in einem bisher oft unzureichend evaluierten Bereich (Goldgruber & Ahrens 2009) Maßstäbe. Die bisherigen Ergebnisse des GUSI®-Präventionsprogramms belegen, dass mit begrenztem zeitlichen Einsatz durch ein qualitativ hochwertiges Präventionsprogramm nachhaltig gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen bei den Teilnehmern zu erreichen sind. Bedenkt man, dass die häufigsten und teuersten chronischen Erkrankungen (Diabetes, verschiedene Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufleiden und psychische Störungen, hier insbesondere depressive Erkrankungen) durch präventive Maßnahmen, die Verhaltensveränderungen bei Menschen erreichen, zu verhindern oder zumindest hinausgezögert werden können, so unterstreicht dies die Bedeutung der Ergebnisse. Das Betsi®-Rahmenkonzept sieht für die Erprobung entsprechender Leistungen einen Zeitraum von zwei Jahren vor. Die Rentenversicherung wird deshalb nach der Modellphase der Frage nachgehen müssen, in welchem Umfang sie ihren Versicherten Präventionsleistungen anbieten möchte, wie differenziert solche Angebote ausgestaltet sein müssen und wie diese Angebote mit Angeboten des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie Präventionsangeboten anderer Sozialversicherungsträger sinnvoll verknüpft werden können.

Literaturverzeichnis

1. world economic forum (Hrsgb.) (2010)
The New Discipline of Workforce Wellness
Enhancing Corporate Performance by Tackling Chronic Disease Köln/Genf

2. Ilmarinen, J. (2005)
Towards a longer worklife!
Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki

3. Siegrist, J. (1996)
Soziale Krisen und Gesundheit
Hogrefe, Göttingen

4. Olbrich, D.; Fischer, K.; Irle, H. (2009)
Bedeutung des Rückenschmerzes aus sozialmedizinischer Sicht
tägl. prax. 50, 347-356

5. Moser, N.-T.; Fischer, K.; Korsukewitz, C. (2010)
Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle ergänzen bewährte Konzepte
Rehabilitation 49, 80-86

6. Olbrich, D. (2008)
Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse - das GUSI Präventionsprogramm im Rehaabilitationszentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Klinik Lipperland & Klinik am Lietholz
unveröffentl. Manuskript, Rehazentrum, Bad Salzuflen

7. Storch, M., Krause, F. (2006)
Selbstmanagement – ressourcenorientiert
Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM®)
4. Aufl. Huber, Bern

8. Kuhl, J. (2001)
Motivation und Persönlichkeit. Interaktion psychischer Systeme
Hogrefe, Göttingen

9. Hasselhorn, H.M.; Freude, G. (2007)
Der Work Ability Index - ein Leitfaden
Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin S 87
Dortmund/Berlin/Dresden

10. Goldgruber, J., Ahrens, D. (2009)
Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. Review über die betriebliche Gesundheitsförderung und Primärprävention.
Präv. Gesundheitsf., 4, 83-95

11. Schaarschmidt, U.; Fischer, A.W. (2001)
Bewältigungsmuster im Beruf
Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

1 Der besseren Lesbarkeit halber verwenden wir im Text die männliche Form. Gemeint und angesprochen gleichermaßen sind natürlich beide Geschlechter. Die Verteilung von 54% weiblichen und 46% männlichen Teilnehmer ist erfreulich.

Abbildung 3: Teilnehmerinnen einer GUSI®-Präventionsgruppe bei der individuellen Zielentwicklung (Foto: T.Schroeder, Lippische Landeszeitung)



KMU-Gesundheitsmanagement

Gesundheitsworkshops auch in Kleinbetrieben

Studie zeigt Beratungsbedarf kleiner und mittlerer Betriebe auf

Leonie von Manteuffel

Inwieweit verfolgen kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bereits ein aktives Gesundheitsmanagement, wo haben sie Beratungsbedarf? Zu dieser Frage wurden Betriebe bis zu 250 Beschäftigten im Rahmen des Projekts „Gesunde Arbeit“ befragt.

An einer wissenschaftlichen Studie zum Gesundheitsmanagement* waren 1.441 Klein- und Mittelbetriebe aus dem Raum München, Nürnberg, Dresden, Leipzig, Köln, Münster und Bad Segeberg beteiligt. Die Stichprobe umfasste zu einem guten Drittel Dienstleister, gefolgt von Betrieben des Verarbeitenden Gewerbes, Handels- und Reparaturfirmen, Baubetrieben und weiteren. Da die Datenbasis als repräsentativ gelten kann, lassen sich die Ergebnisse auf andere Regionen übertragen, so Dr. Rudolf Zelfel vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR), der die Ergebnisse auf dem Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium vorstellte. Die Untersuchung war im Netzwerkprojekt „Gesunde Arbeit“ angesiedelt, das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und vom IQPR koordiniert wird (siehe Grafik/Kasten).

Engagiert in der Gesundheitsförderung

Deutlich wurde: Auch Klein- und Kleinbetriebe bemühen sich in beachtlichem Ausmaß um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Dabei haben sie „mehr Schwierigkeiten, betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen, da einige Strukturen, auf die größere Unternehmen zurückgreifen, bei ihnen nicht vorhanden sind“, betonen die Wissenschaftler. Das sind zum Beispiel eigene betriebsärztliche Dienste, über die nur 7 bis 13 Prozent** der befragten Firmen verfügen, oder Arbeitnehmervertretungen und Betriebsvereinbarungen zur Gesundheitsförderung.

Stichprobe n = 1.441
Betriebe nach Betriebsgröße
(Beschäftigte) und Anzahl der
Betriebe

I	0- <10	338
II	10- <50	455
III	50- <150	365
IV	150- <250	283

Von den befragten KMU bietet jedes dritte Unternehmen nach eigenen Aussagen Hilfen zum Erhalten oder Verbessern der Gesundheit an. Je nach Betriebsgröße sind es zwischen 20% (Gruppe I) und 60% (Gruppe IV). Am stärksten verankert sind Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz: Sie wurden in rund 90 Prozent der Fälle von den Befragten – überwiegend Personalverantwortliche, Inhaber und Geschäftsführer – genannt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden demnach in hohem Maß an der Arbeitsplatzgestaltung beteiligt. Das funktioniert offensichtlich umso mehr, je kleiner der Betrieb ist: nach den Angaben aus 96% von Gruppe-I-Betrieben gegenüber 84% von Gruppe IV. Auch finden sich in kleinen Betrieben eher rauchfreie Arbeitsplätze (Kleinbetriebe über 90% gegenüber 83% in Gruppe IV).

Darüber hinaus werden vielfach spezielle Hilfen zum Erhalten oder Verbessern der Gesundheit angeboten: Themen wie Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung, Suchtproblematik oder Rückenschule werden in Workshops oder Vorträgen aufgegriffen. Auch jeder dritte Kleinbetrieb berichtete hier von Aktivitäten, die sich mit zunehmender Betriebsgröße auf bis zu zwei Drittel der befragten Unternehmen erweitern.

Schwachpunkt Fehlzeiten

Nur etwa jedes zweite KMU gab allerdings an, Fehlzeiten systematisch zu erfassen. Dabei streuen die Angaben breit: zwischen 21% in Betriebsklasse I bis zu 83% in Klasse IV. Auch musste ein beträchtlicher Anteil der Befragten passen, als nach der durchschnittlichen Fehlzeitendauer gefragt wurde. Nur in jedem dritten Betrieb waren die Fehlzeiten vom Vorjahr abrufbar. „Krankheitszeiten sind ein Indikator, um Gesundheitsrisiken im Betrieb aufzufinden und rechtzeitig vorzubeugen“, betont Dr. Rudolf Zelfel. Das Expertenteam sieht hier einen wichtigen Ansatzpunkt für ein systematisches Gesundheitsmanagement in KMU.

Werden Ausfallzeiten nicht beobachtet, könnten die Betriebe auch übersehen, wenn Fehlzeiten auf über sechs Wochen im Jahr kumulieren, was ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84,2 SGB IX erfordert. Denn dieses gilt unabhängig von der Unternehmensgröße. Zwar sind lange Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den KMU eher selten, doch fehlten meistens selbst die Grundinformationen: „Nur etwa ein Drittel der Befragten kannte den Begriff ‚Betriebliches Eingliederungsmanagement‘“, berichtete das Projektteam. Dass es sich dabei seit 2004 um eine gesetzliche Regelung handelt, wusste wiederum nur ein Drittel, so dass sich insgesamt nur jeder neunte Betrieb für den Bedarfsfall orientiert zeigte.

Demografischer Wandel im Blick

So wackelt dieser Baustein auch, wenn man den demografischen Wandel betrachtet. Obwohl der Studie nach rund jedes zweite Unternehmen Auswirkungen davon auf das eigene Unternehmen befürchtet (Streuung von 35% bis 56%), haben die meisten noch keine Anstrengungen unternommen, ihre Personal-

www.gesunde-arbeit.net

Projektmanagement (Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, Geschäftsstelle München, Telefon 089 - 232 49 49 12)
Korrespondenz zur Studie:
zelfel@iqpr.de

In sechs Regionen stehen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern derzeit Regionalstellen „Gesunde Arbeit“ zur Verfügung. „Gesunde Arbeit versteht sich als Lotse durch das vielfältige Angebot der gesetzlichen Träger und privaten Dienstleister ... Kontaktieren Sie gerne Ihren persönlichen Ansprechpartner vor Ort bezüglich aller Themen, die Sie in Ihrem Unternehmen im Kontext ‚Arbeit und Gesundheit‘ aktuell bewegen oder aus Ihrer Sicht zukünftig auf Sie zukommen. Gesunde Arbeit klärt mit Ihnen – kostenlos – Ihr Anliegen und koordiniert in enger Abstimmung mit Ihnen die von Ihnen gewünschte Maßnahme.“
(Quelle: www.gesunde-arbeit.net)



Abbildung 1: Projekt „Gesunde Arbeit“ - Modellregionen und Angebote © IQPR

Unternehmen und Beschäftigte in Deutschland

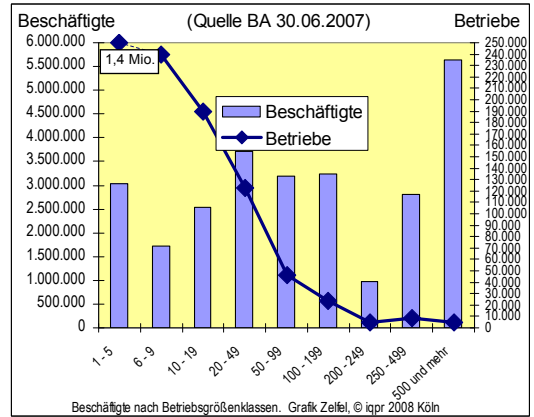


Abbildung 2: 18,5 Mio. Beschäftigte (68,6%) arbeiten in Unternehmen mit bis zu 250 Beschäftigten © IQPR

Abbildung 3: Beratung, externe Hilfe: „Betriebe, die keine Ansprechpartner kennen“ © IQPR

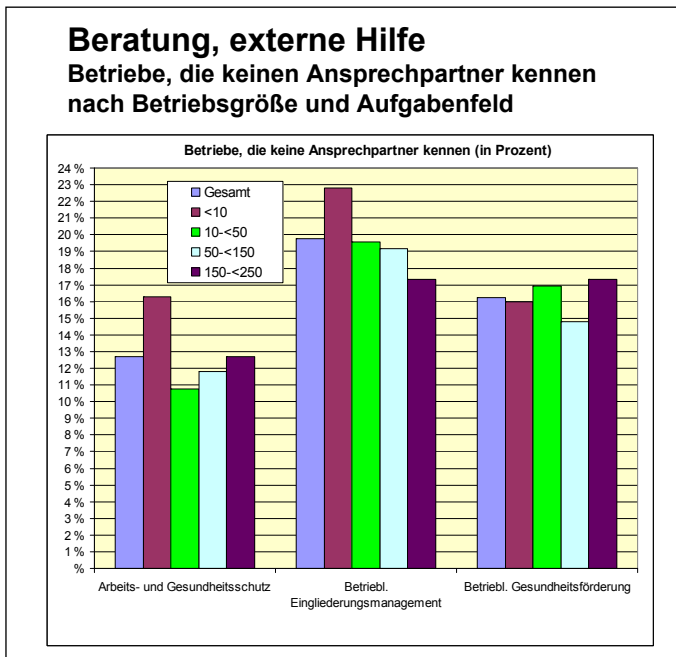
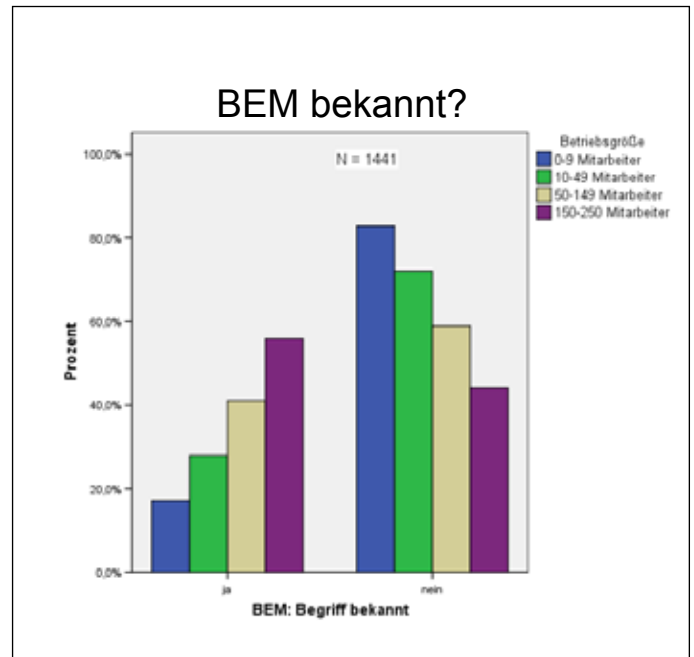


Abbildung 4: BEM bekannt? nach Betriebsgrößen © IQPR



politik entsprechend anzupassen. Erwartet werden „mehr ältere und fehlende jüngere Beschäftigte, Abnahme der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie höhere Krankenstände“, so die Auskünfte der Unternehmen. Doch nur eine Minderheit von knapp 20% reagiert bereits mit konkreten Maßnahmen. Sie setzen dann vor allem auf Nachwuchsförderung durch Ausbildung und das Einstellen von jungem Fachpersonal.

„Nicht genannt wurden gängige Instrumente des Altersmanagements“, stellten die Forscher fest. So fehlt es offenbar noch an Maßnahmen wie Weiterbildung älterer Beschäftigter, Tandem- oder Organisationsmodelle für ausscheidende Beschäftigte oder Übergangsregelungen vor dem Ruhestand. Dabei arbeiten bereits heute in den befragten KMU zu einem knappen Drittel Über-Fünfzig-Jährige. Ein weiteres gutes Drittel der Belegschaften ist zwischen 40 und 50 Jahre alt, das restliche Drittel unter Vierzig und nur 7% sind jünger als 30 Jahre.

Netzwerkarbeit: Alles aus einer Hand Immerhin jeder vierte Betrieb hat bereits auf externe Hilfe in Gesundheitsfragen zurückgegriffen (28%). Andererseits „kann etwa jedes fünfte Unternehmen nicht benennen, wo es Hilfe beim Arbeits- und Gesundheitsschutz oder bei Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Eingliederungsmanagements bekommen kann“, zeigte die Untersuchung. Bei der Gesundheitsförderung ist dies quer durch alle Betriebsgrößen annähernd gleich (siehe Grafik).

Mehr Informationen über Zugang und Leistungsmöglichkeiten externer Angebote sind daher gefragt: Netzwerkprojekte wie ‚Gesunde Arbeit‘ können aufklären, beraten und geeignete Dienstleistungen vermitteln. Sie können helfen, den Kleinbetrieben das breite Angebotsspektrum von Kammern, Verbänden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung, Integrationsämtern und privaten Dienstleistern zu erschließen. Als vorteilhaft für Beratungsangebote gilt das Prinzip „alles aus einer Hand“. Leonie von Manteuffel

* „Zum Stand des Gesundheitsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen – eine repräsentative Studie“

** Alle Prozentzahlen wurden auf ganze Zahlen auf- und abgerundet.

IHR KOMPETENTER PARTNER FÜR
KONGRESSE • TAGUNGEN • EVENTS • PR

ARBEITSMEDIZIN ARBEITSSICHERHEIT 2010

9. TAG DER ARBEITSMEDIZIN IN BERLIN
SAMSTAG, 28. AUGUST 2010

2. SYMPOSIUM ARBEITS-, REISE- UND IMPFMEDIZIN IN MÜNCHEN
MITTWOCH, 10. NOVEMBER 2010

JETZT SCHON VORMERKEN: TERMINE 2011

9. NORDBAYERISCHES FORUM „GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT“
IN ERLANGEN
DONNERSTAG 05. BIS FREITAG 06. MAI 2011

12. FORUM ARBEITSMEDIZIN IN DEGGENDORF
MITTWOCH 06. BIS FREITAG 08. JULI 2011

10. TAG DER ARBEITSMEDIZIN BERLIN
SAMSTAG, 10. SEPTEMBER 2011

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

Kosten-Nutzen-Bewertung der Influenzaimpfung aus betriebsärztlicher Sicht

Benno Neukirch

Immer öfter müssen sich Betriebsärzte mit Fragen der Kosteneffektivität von Interventionen auseinandersetzen. Unter den Bedingungen der begrenzten Ressourcen bedeutet dies, dass man immer öfter vor der Notwendigkeit steht, die ökonomischen Effekte seiner Interventionen genau herauszuarbeiten. Die dazu notwendigen Kenntnisse und Methodik sollen am Beispiel der Influenza-Impfung hier vorgestellt werden. Zunächst wird allgemein die Problematik der direkten Kosten und der gesundheitsbezogenen Arbeitsplatzproduktivität erörtert. Dann werden Ergebnisse einer Literaturrecherche zur Kosteneffektivität der Influenza-Impfung vorgestellt, und schließlich wird ein Kalkulationsmodell, zu dem es eine Excel-Datei gibt, genau besprochen. In diesem Kalkulationsmodell sind gesamtwirtschaftliche Daten aus dem Jahr 2009 und die Daten der Influenza-Saison 2008/09 hinterlegt.

Ablauf einer Kalkulation

Um eine Kalkulation aufzustellen, muss man sich einen Überblick über die anfallenden direkten und indirekten Kosten und den Nutzen verschaffen. Unter den direkten Kosten versteht man alle der Intervention einzeln zu-rechenbaren Kosten. Die indirekten Kosten sind Kosten durch Produktivitätsverlust. Unter einem direkten Nutzen würde man etwa eine nicht nötige gewordene Medikamentenverordnung verstehen. Der indirekte Nutzen könnte in einer vermiedenen Arbeitsunfähigkeit bestehen.

Die Erfassung direkter Kosten

Die Erfassung aller direkten Kosten ist manchmal aufwendig, stößt jedoch selten auf methodische Probleme. Besonders zu achten ist darauf, den Ressourcenverbrauch möglichst realitätsnah zu ermitteln. Eine zu großzügige Kalkulation des Ressourcenverbrauchs führt schnell dazu, dass eine Intervention nicht durchgeführt wird, weil sie angeblich ‚zu teuer‘ ist. Wenn man die Arbeitszeit des Personals oder auch den sonstigen Aufwand für eine Intervention jedoch unterschätzt, muss man bei einer Realisierung mit Mehraufwendungen rechnen. Allgemein akzeptiert ist bei der Kalkulation der direkten Kosten der Bezug auf Listenpreise für Medikamente, auf tariflichen Arbeitslohn und auf empirisch erhobene Daten. Bei der Kalkulation von Gesundheitsleistungen kann auch auf den EBM oder die GOÄ zurückgegriffen werden.

Die Erfassung indirekter Kosten: Produktivitätsverlust

Die Ermittlung der indirekten Kosten ist methodisch schon schwieriger. Es geht um eine Berechnung des Produktivitätsverlustes. Seit Mitte der sechziger Jahre wird die sogenannte *Humankapital-Methode* verwendet, 1992 hat KOOPMANSCHAP die *Friktionskostenmethode* eingeführt [1]. Beide Methoden sind für die Arbeitsmedizin interessant.

Die *Humankapital-Methode* geht davon aus, dass der Verdienst eine Funktion der Produktivität ist und setzt den Produktivitätsverlust dem entgangenen Verdienst gleich. Dieser Ansatz entspricht der Perspektive der Gesellschaft und lässt sich bei globalen Fragestellungen gut anwenden, so kann man z. B. bei einer Influenza-Epidemie berechnen, wieviel die Erkrankten *nicht* zum Bruttovolkseinkommen beitragen konnten. Die Humankapitalmethode berücksichtigt die Perspektive des Arbeitgebers nicht und sie reduziert den Wert des Menschen auf bezahlte Erwerbsarbeit. Für Arbeit in der Gesellschaft, die nicht entlohnt wird, ergeben sich nach der Humankapitalmethode 0 €. Zu denken ist dabei an Hausarbeit, Kindererziehung und andere Tätigkeiten. Für Personen, die altersbedingt nicht mehr im Erwerbsleben stehen, würde dies ebenfalls zutreffen. Dahinter verbirgt sich eine Fülle sozialer und ethischer Fragen, die hier nicht weiter vertieft werden können.

Die *Friktionskostenmethode* löst dieses Problem auch nicht, schließt jedoch die Perspektive des Arbeitgebers mit ein. Unter der Friktionsperiode versteht man die Zeit, die man braucht, um einen Erkrankten zu ersetzen, unter den Friktionskosten fasst man alle in diesem Zusammenhang entstehenden Kosten. Das sind zum einen der Produktivitätsverlust in der Friktionsperiode, die Kosten der Neueinstellung und der Einarbeitung und die reduzierte Produktivität des neuen Arbeitnehmers. Diese Methode ist besonders bei langfristigen Erkrankungen gut einzusetzen, z. B. bei der Betrachtung eines etwa 40-jährigen Arbeitnehmers, der infolge einer Subarachnoidalblutung mit verbleibender Behinderung dauerhaft ausfällt. Die Humankapitalmethode würde dessen Produktivitätsverlust mit 25 Jahresgehältern, auf den Gegenwartswert abgezinst, veranschlagen. In der Realität wird eine solche Stelle jedoch nach etwa ein bis zwei Jahren neu besetzt sein. Innerhalb dieser Zeit, der Friktionsperiode, fallen dann jedoch erheblich

höhere Kosten an als bei der Humankapitalmethode veranschlagt. Zunächst muss zeitweilig ein Ersatz eingestellt werden, dieser Ersatz hat eine niedrigere Produktivität. Alle Kosten, die mit der endgültigen Neubesetzung der Stelle verbunden sind, müssen noch hinzuge-rechnet werden.

Eine Voraussetzung für die Anwendung der Friktionskostenmethode ist die Verfügbarkeit von Arbeitskräften auf dem Markt. Je höher die Qualifikation des zu ersetzenden Arbeitnehmers, desto schwieriger wird diese Bedingung zu erfüllen sein.

Ein ausführliches Modell aus Arbeitgebersicht wurde von Pauly et al. [2] entwickelt. Bei einer einfachen Produktion mit der Möglichkeit, die Produkte ohne Kosten zu lagern, würde der Arbeitgeber keine Lohnfortzahlung leisten. Wenn viele Arbeiter da sind, erhält man eine hohe Tagesproduktion, sind wenige Arbeiter da, eine geringe. Die einzige Gegenmaßnahme des Arbeitgebers wäre ein genügend großes Lager. So könnten die Schwankungen der täglichen Produktivität ausgeglichen werden. Dies stellt das Szenario mit den kleinsten Kosten für die Abwesenheit vom Arbeitsplatz dar. Beispiele für Firmen, die in etwa unter diese Voraussetzungen fallen, sind Telemarketing-Firmen oder Datendienstleister. Was bei krankheitsbedingter Abwesenheit liegen bleibt, kann ohne Verlust einige Tage später nachgearbeitet werden. Dennoch gibt es auch in solchen Betrieben die Lohnfortzahlung. Die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz ist für den einzelnen Arbeitnehmer nicht voraussagbar, für eine große Zahl Arbeitnehmer sind jedoch Durchschnittswerte empirisch belegt. Die Lohnfortzahlung beruht nicht etwa auf einem Altruismus des Arbeitgebers, sondern der Arbeitnehmer akzeptiert einen etwas niedrigeren Lohn, dafür ist er gegen die Unwägbarkeiten einer Krankheit versichert. Der Arbeitgeber berechnet den reduzierten täglichen Lohn w^* unter Einbeziehung der durchschnittlichen Fehl-tage m wie folgt:

$$w^* = w \left(250 - \frac{m}{250} \right)$$

Eine Intervention, die die Anzahl der Fehl-tage um 1 reduziert, erhöht die Leistung der Firma mindestens um w , dies ist geringfügig größer als w^* . Es stellt sich unter diesen Voraussetzungen die Frage nach dem langfristigen Nutzen von arbeitsmedizinischen Interventionen. Zum einen steigt die allgemeine, auch persön-

liche Lebensqualität. Bei offensichtlichen Effekten könnte es zum anderen sein, dass der Arbeitnehmer höhere Lohnforderungen stellt, indem er auf die gestiegene Produktivität verweist. Daher bevorzugt der Arbeitgeber Interventionen, deren Nutzen nicht offensichtlich ist und nicht direkt zugeordnet werden kann. Auf einem wenig regulierten Arbeitsmarkt wie z. B. in den USA haben Firmen ohne gesundheitsfördernde Maßnahmen höhere Arbeitskosten als Firmen mit derartigen Maßnahmen. Zusätzlich bewegen sich Arbeitnehmer hin zu den Firmen mit gesundheitsfördernden Programmen.

Von einer komplexen Produktion spricht man, wenn zur Produktion ein Team benötigt wird. Fehlt ein Teammitglied krankheitsbedingt, so können die anderen etwas auffangen, allerdings wird deren Produktivität deutlich begrenzt. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein anderer Arbeiter den ausgefallenen nicht effektiv ersetzen kann oder wenn eine bestimmte Anzahl Hände für die Produktion gebraucht wird. Der Verlust an Produktivität kann dann erheblich höher werden als der Arbeitslohn des ausgefallenen Arbeiters. Dies soll an folgendem Beispiel gezeigt werden:

Für eine Tagesproduktion von 6 Produktionseinheiten benötigt eine Firma

- 6 Arbeiter vom Typ 1, zu je 4 € pro Tag
- 3 Arbeiter vom Typ 2, zu je 6 € pro Tag
- 2 Kapitaleinheiten zu je 9 € pro Tag

Dann kann die gesamte Tagesproduktion zu 60 € Grenzkosten, also 10 € pro Produktionseinheit, verkauft werden. Wenn nun ein Arbeiter vom Typ 2 einen Tag fehlt, so können nicht 6, sondern nur 4 Produktionseinheiten fertiggestellt werden, die dann für 40 € verkauft werden können. Der rechnerische Verlust für die Abwesenheit vom Arbeitsplatz beträgt daher 20 €, der Arbeitslohn des fehlenden Arbeiters nur 6 €.

Dieses Modell zeigt die obere Grenze der Kosten auf, die durch krankheitsbedingten Produktionsausfall entstehen können. Natürlich werden Strategien gegen solche Effekte entwickelt. Zum einen ist es möglich, Aushilfen einzustellen, sofern diese eine gewisse Mindestproduktivität haben. Zum anderen ist es sinnvoll, die Arbeiter zu qualifizieren, so dass andere Arbeiter einspringen können. Bei einer Teamproduktion mit einem hohen team-spezifischen Humankapital ist der Verlust für die Firmen erheblich höher als der Arbeitslohn pro Tag Arbeitsausfall. Beispiele für solche Firmen sind Fluggesellschaften, das Team ist die Flugzeugbesatzung. Auch ein Krankenhaus fällt darunter, ein Team wäre eine OP-Mannschaft. Auch in der Industrie gibt es sehr spezialisierte Teams.

Bei beiden Modellen müssen darüber hinaus die Marktbedingungen betrachtet werden.

Meist gibt es Liefertermine und bei Verzug wird Schadensersatz oder eine Konventionalstrafe fällig. Bei einer einfachen Produktion, etwa einer Internetapotheke, kommt es infolge von krankheitsbedingter Abwesenheit eines Kundenbetreuers zur Bildung von Warteschlangen bei den anderen Betreuern. Die Kunden sind unzufrieden und wechseln ggf. den Anbieter. Bei einer komplexen Produktion sind die Auswirkungen ungleich gravierender. Wenn z. B. bei einer Fluggesellschaft ein Pilot ausfällt und der Flug gestrichen werden muss, ist nicht nur Schadensersatz fällig, sondern diese Dienstleistung ist an die Zeit gebunden und kann nie mehr verkauft werden. Beim Verkauf von Waren hingegen ist es meist so, dass die Waren zu einem späteren Zeitpunkt – vielleicht zu einem geringeren Preis – noch verkauft werden können.

Heute wird oft die Produktion ‚just in time‘ verlangt. Die ‚just in time‘-Produktion ist der Feind des Krankenstands. Sie führt zu Überstunden, die natürlich besser bezahlt werden müssen (mit einem Aufschlag α). Auf das Jahr gerechnet beträgt der Aufwand:

$$m \times w(1 + \alpha)$$

Der Verlust durch krankheitsbedingte Abwesenheit ist so hoch wie die Grenzkosten der Arbeit. Bei einem Programm zur Gesundheitsförderung, das die Anzahl der Fehltage m um 1 reduziert, kann der Effekt dann entsprechend der Überstundenvergütung berechnet werden.

Auch Effekte des Arbeitsmarktes wie Vollbeschäftigung oder ein Arbeitsmarkt mit ständig verfügbaren freien Kräften spielen eine Rolle. Dies wird in [2] noch weiter vertieft.

Wirtschaftlichkeitsanalysen zur Influenza-Impfung in der Literatur

Zu Kosten und Nutzen der Influenza-Impfung gibt es zahlreiche Studien. Die ersten Untersuchungen für Deutschland stammen von Hallauer und Szucs für 1996. Hallauer [3] berechnet Kosten pro Influenza-Fall und nennt Kosten für die ambulante (54,16 €) und stationäre (6,34 €) Therapie. Mit 217,15 € und einem Anteil von 82% macht der Produktivitätsverlust den größten Teil aus. Szucs [4] berechnet die Kosten der Epidemie und kommt auf einen Produktivitätsverlust von 832,4 Mio. €, was 92% der Gesamtkosten entspricht. Die ambulante Therapie verursacht Ausgaben von 39,3 Mio. €, die stationäre Therapie 36,8 Mio. €. Hallauer zeigt auf, dass eine vollständige Impfung der Risikogruppe, etwa 35% der Bevölkerung, auf jeden Fall kosteneffektiv wäre, dass den Impfkosten von ca. 13 € pro Kopf indirekte Kosten der Influenza von ca. 45 € pro Kopf gegenüberstehen. Aballéa [5] vergleicht in einem internationalen Modell die Kosteneffektivität der Influenza-Impfung für Brasilien, Frankreich, Deutschland und Italien. Er vergleicht die Standard-Emp-

fehlungen, nämlich die Impfung aller Personen über 60 Jahren und der Risikogruppen, mit einer erweiterten Empfehlung, der zusätzlichen Impfung aller Personen über 50 Jahren. Für die Kostenträger ergeben sich demnach folgende Kosten pro QALY: Für Brasilien 4.100 R\$, für Frankreich 13.200 €, für Deutschland 31.400 € und für Italien 15.700 €. Aus der gesellschaftlichen Perspektive unter Berücksichtigung des Produktivitätsverlustes zeigen sich Einsparungen für Deutschland und Italien; für Brasilien und Frankreich reduzierten sich die Kosten pro QALY auf 2.800 R\$ bzw. 8.000 €. Ähnliche Ergebnisse berichten mehrere Studien aus ganz unterschiedlichen Ländern, aus Australien [6], Japan [7], Spanien [8] und der Türkei [9]. Speziell auf eine Influenza-Impfung im betriebsärztlichen Setting geht eine Studie aus den USA [10] ein. Die Autoren untersuchen für die Region Washington DC die Auswirkungen einer Influenza-Epidemie. Eine ungebremste Epidemie würde einen signifikanten Produktivitätsverlust zur Folge haben. Sie beziffert diesen mit 112,6 Mio. \$ bei einer Ansteckungsrate von 15% und 193,8 Mio. \$ bei einer Rate von 25%. Bei einer Epidemie würden verschiedene Berufsgruppen mit Priorität geimpft werden. Auch die anschließende Impfung anderer Belegschaften würde weitere Einsparungen erbringen. Hierbei wird der wesentliche Nutzen erreicht, wenn man bei der Impfung der größeren Betriebe (über 100 Mitarbeiter) eine Durchimpfungsrate bezogen auf alle Beschäftigten von 20% erreicht. Da die Impfraten weltweit häufig deutlich hinter den nationalen Empfehlungen zurückbleiben, haben amerikanische Autoren [11] untersucht, ob sich durch alternative Ansätze die Impfraten erhöhen lassen und wie die ökonomische Bilanz der verschiedenen ‚Impfsettings‘ aussieht. Die Massenimpfung und die Impfung in der Apotheke verursachen relativ niedrige Kosten (17,40 \$ bzw. 11,57 \$ pro Kopf), die Impfung in der ärztlichen Praxis kostet hingegen 28,67 \$. Die Autoren schlussfolgern, dass Impfungen in ‚non-traditional settings‘ die beste Kosteneffektivität besitzen.

Zusammenfassend zeigt die Literaturübersicht, dass die Influenza-Impfung in allen Szenarien kosteneffektiv ist. Das betriebsärztliche Setting ist im Vergleich zur Arztpraxis kosteneffektiver. Der Hauptnutzen auch aus der gesellschaftlichen Perspektive besteht in der Vermeidung des Produktivitätsverlustes. Bei einer Epidemie werden zunächst die Gruppen mit hoher Priorität geimpft. Danach ist eine Impfung in größeren Betrieben am besten geeignet, die Erkrankungsrate zu reduzieren und die Auswirkungen einer Epidemie deutlich abzuschwächen.

Kalkulationsmodell ‚Influenza-Impfung‘ für den Betriebsarzt.

Zu diesem Beitrag finden Sie auf dem Internetauftritt der Praktischen Arbeitsmedizin

.....
www.praktische-arbeitsmedizin.de
 → Archiv → Ausgabe 20

eine Kalkulationsdatei ‚Berechnung-Influenza.xls‘. Die in dieser Datei grün markierten Felder müssen vom Anwender ausgefüllt werden. Die Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb und die tägliche Arbeitszeit sind einfach zu erfragen. Der Wert der Fehlstunden durch eine Influenza kann über die Bruttopersonalkosten (BPK) oder über die Produktivität ermittelt werden. Bei Dienstleistern oder bei sozialen Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Altenheimen usw.) wird man mit den Bruttopersonalkosten rechnen. In der Produktion, auch im Handwerk, hat man es durchaus mit einer hohen Produktivität bei einer geringen Anzahl von Mitarbeitern zu tun. Hier kann man aus dem Geschäftsbericht den Umsatz eines Betriebs als Größe heranziehen, muss dann den Wareneinkauf subtrahieren und dieses Ergebnis durch die Anzahl der Mitarbeiter dividieren. Dabei ist man auf die Mitwirkung der Unternehmensführung angewiesen. Die in der Datei hinterlegten Zahlen sind bundesdeutsche Durchschnittswerte für das Jahr 2009 [12]. Sie können dem Betriebsarzt bei der Argumentation helfen. Die im ersten Abschnitt dargelegten grundsätzlichen Überlegungen müssen im Einzelfall geprüft werden. Die Produktivitätsberechnung muss den reinen Personalkosten vorgezogen werden.

Der Betriebsarzt muss noch die Kosten der Impfung hinterlegen. Die Modellrechnung geht von einer durchschnittlichen Abwesenheit vom Arbeitsplatz von 20 min pro Arbeitnehmer aus. Dies ist bei guter Organisation zu erreichen. Die Kosten des Impfstoffs pro Dosis und das Honorar des Betriebsarztes (inklusive seines Personals) pro Arbeitnehmer sind auch mit Beispielwerten hinterlegt und sollen den jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden. Schließlich kann in den umrandeten weißen Feldern noch die Erkrankungsrate variiert werden. Im Modell liegt diese Rate zwischen 4% und 6%. Diese Werte beruhen auf dem AGI-Bericht für die Influenza-Saison 2008/09 [13]. Für einen eventuellen pandemischen Verlauf kann der Nutzer auch mit höheren Raten für die Erkrankung und die Arbeitsunfähigkeit arbeiten.

Der Druckbereich ist so eingestellt, dass nur die erste Seite ausgedruckt wird, die zweite Seite dient der Information des Betriebsarztes und eignet sich für Nebenrechnungen.

Fazit

Jeder Tag Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers bedeutet für das Unternehmen einen Produktivitätsverlust und einen geringeren return on invest. Werden mit einer betriebsärzt-

lichen Intervention die Arbeitsunfähigkeitstage gemindert, so ist der Wert der Intervention für das Unternehmen zu berechnen als der eingesparte monetäre Produktivitätsverlust abzüglich der Kosten dieser Intervention. Zur Kalkulation bei einer Influenza-Impfung eignet sich das vorgestellte Tool. Zusätzlich müssen die weiter oben genannten produktions-spezifischen Effekte beachtet werden. Bei einer Teamproduktion oder bei drohenden Vertragsstrafen können die ökonomischen Effekte für das Unternehmen wesentlich größer ausfallen.

Literatur:

1. Koopmanschap, M.A.; Rutten, F.F.; van Ineveld, B.M.; van Roijen, L.: The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of health economics* 1995; 14: 171 - 189
2. Pauly M.V., Nicholson, S., Xu, J., Polsky, D., Danzon P.M., Murray J.F., Berger M.L.: A general model of the impact of absenteeism on employers and employees. *Health Econ* 2002; 11: 221 – 231
3. Kressin W.; Hallauer J.F.: Influenza - Ökonomische Bedeutung der Schutzimpfung *DÄ* 1999; 96: A 342 - 343.
4. Szucs, Th. et al.: Volkswirtschaftliche Kosten der Influenza 1996. *Med Klin* 2001; 96: 63 - 70
5. Aballéa S. et al.: The cost-effectiveness of influenza vaccination for people aged 50 to 64 years: an international model. *Value Health* 2007; 10: 98 – 116
6. Newall, A.T.; Scuffham, P. A.; Kelly, H.; Harsley, S.; Macintyre, C. R.: The cost-effectiveness of a universal influenza vaccination program for adults aged 50-64 years in Australia. *Vaccine* 2008; 26: 2142 – 2153
7. Hoshi, S-L.; Kondo, M.; Honda, Y.; Okubo, I.: Cost-effectiveness analysis of influenza vaccination for people aged 65 and over in Japan. *Vaccine* 2007; 25: 6511-6521.
8. Pradas-Velasco, R.; Antofñanzas-Villar, F.; Martínez-Zárate, M. P.: Dynamic modelling of infectious diseases: an application to the economic evaluation of influenza vaccination. *PharmacoEconomics* 2008; 26: 45 - 56
9. Yoldascan, E.; Kurtaran, B.; Koyuncu, M.; Koyuncu, E.: Modeling the economic impact of pandemic influenza: a case study in Turkey. *J. Medical Systems* 2010; 34: 139 – 145
10. Lee, B. Y.; Brown, S. T.; Cooley, P. C.; Zimmerman, R. K.; Wheaton, W. D.; Zimmer, S. M.; Grefenstette, J. J.; Assi, T-M.; Furphy, T. J.; Wagener, D. K.; Burke, D. S.: A computer simulation of employee vaccination to mitigate an influenza epidemic. *American Journal of Preventive Medicine* 2010; 38: 247 – 257
11. Prosser, L. A.; O'Brien, M. A.; Molinari, N-A. M.; Hohman, K. H.; Nichol, K. L.; Messonnier, M. L.; Lieu, T. A.: Non-traditional settings for influenza vaccination of adults: costs and cost effectiveness. *PharmacoEconomics* 2008; 26: 163 – 178
12. Statistisches Bundesamt Fachserie 18, Reihe 1.4: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen 2009. Wiesbaden 2010
13. Arbeitsgemeinschaft Influenza. Abschlussbericht der Influenzasaison 2008/09. Berlin, 2009

Hohe Arbeitsdichte kann depressiv machen

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Psychische Störungen, besonders Depressionen, führen immer häufiger zu Arbeitsunfähigkeit. Das Wissen um die Ursachen dieser Erkrankung ist daher auch für den Arbeitgeber relevant, damit er vorbeugend Maßnahmen ergreifen kann, um Fehlzeiten aufgrund von depressiven Störungen zu vermeiden. Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat den Einfluss der Arbeitsbedingungen bei der Entstehung von Depressionen untersucht. Erstmals wurden die Arbeitsintensität und der Tätigkeitsspielraum der Angestellten objektiv gemessen, anstatt sich auf subjektive Einschätzungen zu beziehen.

Bisherige Studien belegten, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Depressionen besteht. Allerdings beurteilten die Studienteilnehmer in den meisten Fällen die Studienteilnehmer in den meisten Fällen sowohl ihre Arbeitsbedingungen, als auch ihren Gesundheitszustand. Dieses Vorgehen erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass ein

Zusammenhang zwischen beiden Faktoren festgestellt wird. Hinzu kommt, dass depressiv verstimmte Menschen in ihrer Wahrnehmung gestört sein können, was zu Fehleinschätzungen der Arbeitssituation führen kann.

Die Studie der BAuA hat versucht, diese Untersuchungsmängel zu beseitigen, indem die Arbeitsbedingungen unabhängig vom Beschäftigten objektiv bewertet wurden. 517 deutsche Beschäftigte aus drei Branchen (Banken und Versicherungen, Gesundheitswesen und Öffentlicher Dienst) nahmen an der Studie teil. Es wurden objektive und subjektive Arbeitsanalysen durchgeführt. Depressionen wurden anhand des standardisierten klinischen Interviews und depressive Verstimmungen mittel eines Screening-Verfahrens diagnostiziert.

Das Ergebnis konkretisiert die bisherigen Erkenntnisse zu arbeitsbedingten Ursachen von Depression: Nur die objektiv bewertete Arbeitsintensität, nicht aber der Tätigkeitsspielraum stehen mit dem Auftreten von Depressi-

onen in Zusammenhang. Das heißt: Je höher die objektive Arbeitsbelastung, desto häufiger traten sowohl Depressionen als auch depressive Verstimmungen bei den Beschäftigten auf. Aufgrund der objektiven Erhebungsmethode scheidet der Einfluss der verzerrten Wahrnehmung von erkrankten Mitarbeitern als Erklärung aus. Anders beim Tätigkeitsspielraum: Hier konnte ein Zusammenhang nach dem Prinzip „Je geringer der Handlungsspielraum, desto höher die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken“ nicht bestätigt werden. Möglicherweise schätzen von Depressionen Betroffene ihren Tätigkeitsspielraum als geringer ein als er tatsächlich ist.

Der vollständige Forschungsbericht „Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen“ (F 1865) von R. Rau, N. Gebele, K. Morling und U. Rösler, ISBN: 978-3-88261-114-4, kann kostenlos von der Website der BAuA herunter geladen werden: www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1865.html

Staatssekretär unterstreicht Bedeutung des Arbeitsschutzes

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Dr. Ralf Brauksiepe, Parlamentarischer Staatssekretär im Berliner Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), besuchte heute die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) an ihrem Hauptsitz in Dortmund. BAuA-Präsidentin Isabel Rothe begrüßte den Staatssekretär zusammen mit Dr. Gerhard Kilger, Leiter der Deutschen Arbeitsschutzausstellung (DASA). Die BAuA gehört als Ressortforschungseinrichtung zum Geschäftsbereich des Ministeriums.

Gegenstand des Besuchs waren Gespräche über die seit 2009 umgesetzte Neuorganisation der Bundesanstalt und die entsprechenden Schwerpunktsetzungen in Forschung, Entwicklung, Politikberatung und Transfer der wissenschaftlichen Einrichtung. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die neuen Regelungen im europäischen Chemikalienrecht, die in Deutschland unter Federführung der BAuA umgesetzt werden. Bei einem Rundgang durch die DASA informierte sich Staatssekretär Brauksiepe über das Konzept der Ausstellung, die über sichere und gesunde Arbeit und

ihren Stellenwert in der Gesellschaft informiert und dabei insbesondere junge Menschen im Übergang in das Berufsleben anspricht und erfolgreich erreicht.

Brauksiepes Unterstützung fand der Wunsch von BAuA-Präsidentin Rothe und DASA-Leiter Kilger, die Leistungsfähigkeit der BAuA und der ihr angeschlossenen DASA dauerhaft zu sichern und damit die Bedeutung des Arbeitsschutzes in Deutschland zu unterstreichen. Der Staatssekretär versicherte: „Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gibt dem Arbeitsschutz wichtige, notwendige Impulse. Mit der internen Neuorganisation hat sie die Weichen für die Zukunft gestellt. Die BAuA ist und bleibt mit ihrem Wissen und dessen Transfer in die Arbeitswelt eine zentrale Institution zur Gewährleistung von guter, sicherer Arbeit in Deutschland.“

Forschung für Arbeit und Gesundheit

Sichere und gesunde Arbeitsbedingungen stehen für sozialen Fortschritt. Sie ermöglichen Unternehmen wie auch der gesamten Volkswirtschaft einen Vorsprung im globalen Wett-

bewerb. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) forscht und entwickelt im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, fördert den Wissenstransfer in die Praxis, berät die Politik und erfüllt hoheitliche Aufgaben – im Gefahrstoffrecht, bei der Produktsicherheit und mit dem Gesundheitsdatenarchiv. Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Rund 660 Beschäftigte arbeiten am Hauptsitz in Dortmund und den Standorten Berlin, Dresden sowie in der Außenstelle Chemnitz.

Präsidentin der BAuA Isabel Rothe
(Quelle: BAuA, Foto: Ulrike Halene)



Hohe Arbeitsdichte kann depressiv machen

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Psychische Störungen, besonders Depressionen, führen immer häufiger zu Arbeitsunfähigkeit. Das Wissen um die Ursachen dieser Erkrankung ist daher auch für den Arbeitgeber relevant, damit er vorbeugend Maßnahmen ergreifen kann, um Fehlzeiten aufgrund von depressiven Störungen zu vermeiden. Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat den Einfluss der Arbeitsbedingungen bei der Entstehung von Depressionen untersucht. Erstmals wurden die Arbeitsintensität und der Tätigkeitsspielraum der Angestellten objektiv gemessen, anstatt sich auf subjektive Einschätzungen zu beziehen.

Bisherige Studien belegten, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Depressionen besteht. Allerdings beurteilten die Studienteilnehmer in den meisten Fällen die Studienteilnehmer in den meisten Fällen sowohl ihre Arbeitsbedingungen, als auch ihren Gesundheitszustand. Dieses Vorgehen erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass ein

Zusammenhang zwischen beiden Faktoren festgestellt wird. Hinzu kommt, dass depressiv verstimmte Menschen in ihrer Wahrnehmung gestört sein können, was zu Fehleinschätzungen der Arbeitssituation führen kann.

Die Studie der BAuA hat versucht, diese Untersuchungsmängel zu beseitigen, indem die Arbeitsbedingungen unabhängig vom Beschäftigten objektiv bewertet wurden. 517 deutsche Beschäftigte aus drei Branchen (Banken und Versicherungen, Gesundheitswesen und Öffentlicher Dienst) nahmen an der Studie teil. Es wurden objektive und subjektive Arbeitsanalysen durchgeführt. Depressionen wurden anhand des standardisierten klinischen Interviews und depressive Verstimmungen mittel eines Screening-Verfahrens diagnostiziert.

Das Ergebnis konkretisiert die bisherigen Erkenntnisse zu arbeitsbedingten Ursachen von Depression: Nur die objektiv bewertete Arbeitsintensität, nicht aber der Tätigkeitsspielraum stehen mit dem Auftreten von Depressi-

onen in Zusammenhang. Das heißt: Je höher die objektive Arbeitsbelastung, desto häufiger traten sowohl Depressionen als auch depressive Verstimmungen bei den Beschäftigten auf. Aufgrund der objektiven Erhebungsmethode scheidet der Einfluss der verzerrten Wahrnehmung von erkrankten Mitarbeitern als Erklärung aus. Anders beim Tätigkeitsspielraum: Hier konnte ein Zusammenhang nach dem Prinzip „Je geringer der Handlungsspielraum, desto höher die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken“ nicht bestätigt werden. Möglicherweise schätzen von Depressionen Betroffene ihren Tätigkeitsspielraum als geringer ein als er tatsächlich ist.

Der vollständige Forschungsbericht „Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen“ (F 1865) von R. Rau, N. Gebele, K. Morling und U. Rösler, ISBN: 978-3-88261-114-4, kann kostenlos von der Website der BAuA herunter geladen werden: www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1865.html

Staatssekretär unterstreicht Bedeutung des Arbeitsschutzes

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Dr. Ralf Brauksiepe, Parlamentarischer Staatssekretär im Berliner Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), besuchte heute die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) an ihrem Hauptsitz in Dortmund. BAuA-Präsidentin Isabel Rothe begrüßte den Staatssekretär zusammen mit Dr. Gerhard Kilger, Leiter der Deutschen Arbeitsschutzausstellung (DASA). Die BAuA gehört als Ressortforschungseinrichtung zum Geschäftsbereich des Ministeriums.

Gegenstand des Besuchs waren Gespräche über die seit 2009 umgesetzte Neuorganisation der Bundesanstalt und die entsprechenden Schwerpunktsetzungen in Forschung, Entwicklung, Politikberatung und Transfer der wissenschaftlichen Einrichtung. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die neuen Regelungen im europäischen Chemikalienrecht, die in Deutschland unter Federführung der BAuA umgesetzt werden. Bei einem Rundgang durch die DASA informierte sich Staatssekretär Brauksiepe über das Konzept der Ausstellung, die über sichere und gesunde Arbeit und

ihren Stellenwert in der Gesellschaft informiert und dabei insbesondere junge Menschen im Übergang in das Berufsleben anspricht und erfolgreich erreicht.

Brauksiepes Unterstützung fand der Wunsch von BAuA-Präsidentin Rothe und DASA-Leiter Kilger, die Leistungsfähigkeit der BAuA und der ihr angeschlossenen DASA dauerhaft zu sichern und damit die Bedeutung des Arbeitsschutzes in Deutschland zu unterstreichen. Der Staatssekretär versicherte: „Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gibt dem Arbeitsschutz wichtige, notwendige Impulse. Mit der internen Neuorganisation hat sie die Weichen für die Zukunft gestellt. Die BAuA ist und bleibt mit ihrem Wissen und dessen Transfer in die Arbeitswelt eine zentrale Institution zur Gewährleistung von guter, sicherer Arbeit in Deutschland.“

Forschung für Arbeit und Gesundheit

Sichere und gesunde Arbeitsbedingungen stehen für sozialen Fortschritt. Sie ermöglichen Unternehmen wie auch der gesamten Volkswirtschaft einen Vorsprung im globalen Wett-

bewerb. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) forscht und entwickelt im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, fördert den Wissenstransfer in die Praxis, berät die Politik und erfüllt hoheitliche Aufgaben – im Gefahrstoffrecht, bei der Produktsicherheit und mit dem Gesundheitsdatenarchiv. Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Rund 660 Beschäftigte arbeiten am Hauptsitz in Dortmund und den Standorten Berlin, Dresden sowie in der Außenstelle Chemnitz.

Präsidentin der BAuA Isabel Rothe
(Quelle: BAuA, Foto: Ulrike Halene)



Auch Bürotiger leben gefährlich

Corporate Health Convention, Europäische Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demografie

Gesundheit bedeutet nicht nur körperliches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden. Das gilt auch am Arbeitsplatz: Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels sind zwar immer weniger Beschäftigte direkten körperlichen Gefahren ausgesetzt, doch mit dem Ausbau des Informations- und Dienstleistungssektors wiegen psychische Belastungen immer schwerer. Die Erkenntnis, dass auch die sogenannten weichen Faktoren eine wichtige Rolle für die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter spielen, setzt sich bei vielen Arbeitgebern durch. Doch wie können Unternehmen die seelische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden erhalten? Antworten gibt die Corporate Health Convention, Europäische Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demographie, am 17. und 18. November 2010 in der Messe Basel.

Im modernen Berufsleben gibt es viele Risikofaktoren, die das seelische Gleichgewicht und damit auch das körperliche Wohl der Arbeitnehmer gefährden, so zum Beispiel Stress, Kommunikationsprobleme mit Vorgesetzten und Kollegen, Kompetenzgerangel, ein unsicherer Beschäftigungsstatus, minimaler Ausgleich, mangelnde Qualifizierung oder Unterforderung. Psychische Belastungen stehen dabei nachweislich in enger Verbindung mit

körperlichen Beschwerden wie Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Problemen oder Krebs. Laut Fehlzeiten-Report 2009 des Springer Medizin Verlages verursachte die Diagnose „Rückenschmerzen“ im Jahr 2008 die meisten Ausfallzeiten in den Betrieben.

Unternehmen, die wirtschaftlich erfolgreich bleiben wollen, benötigen folglich eine wirksame Prävention gegenüber diesen Mechanismen. Die neue Fachmesse Corporate Health Convention zeigt, wo der Hebel angesetzt werden kann: Neben den Schwerpunkten Betriebliche Gesundheitsförderung und Ergonomie reicht das Ausstellungsspektrum von Betriebsverpflegung und Ernährung über medizinische Produkte und Diagnostik, Dienstleistungen und EDV-Lösungen bis zu Weiterbildung und Training – etwa in den Bereichen Raucherentwöhnung, richtiges Arbeiten am PC, Mobbing, Motivation, Stress- und Suchtprävention, Work-Life-Balance oder Supervision.

Bei ihrer Premiere in Halle 4.1 der Messe Basel präsentiert sich die Corporate Health Convention im engen Verbund mit der Arbeitssicherheit Schweiz. Die 3. Fachmesse für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zeigt den neusten Entwicklungsstand in Sachen Schutzausrüstungen und Sicherheitstechnik und stellt insofern eine ideale

Ergänzung zur neuen Messe dar. Fachbesucher können mit einer Eintrittskarte das Gesamtangebot beider Messen nutzen, zu dem auch ein umfangreiches Programm an Podiumsdiskussionen, Vorträgen oder Anwenderberichten in drei Praxisforen zählt.

Psychische Gesundheitsfaktoren sind europaweit zu einem großen Thema geworden. Die neue Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demografie ist deshalb länderübergreifend und im jährlichen Turnus konzipiert. Durch wechselnde Standorte in der Schweiz, Deutschland und in Österreich wird sie Impulse aus verschiedenen Ländern aufgreifen. Nach ihrer Premiere am 17. und 18. November in Basel zieht die Corporate Health Convention zunächst nach Deutschland: Vom 20. bis 22. September 2011 schließt sie sich der Zukunft Personal, Europas größter Fachmesse für Personalmanagement, in Köln an. Diese Kombination ist sinnvoll, weil das Thema psychische Gesundheit auch in der Personalarbeit eine zunehmend wichtige Rolle spielt und viele Schnittstellen zum HR-Management aufweist.

Weitere Informationen zur Corporate Health Convention finden Sie unter:
www.corporate-health-convention.com

Deutsche Rentenversicherung legt ersten Reha-Bericht vor

Deutsche Rentenversicherung

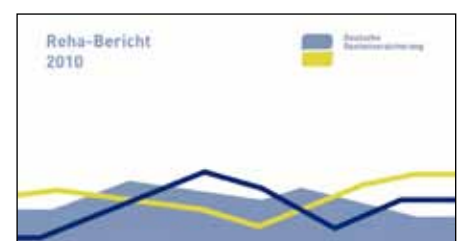
Die Deutsche Rentenversicherung erbringt jährlich mehr als 1 Mio. Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten und wendet dafür rund 5 Mrd. Euro auf. Diese und viele weitere Daten und Fakten zur Rehabilitation präsentiert der erstmals in dieser Form erschienene „Reha-Bericht 2010“, der sich gleichermaßen an Versicherte und Beitragszahler, an Fachöffentlichkeit und Politik wie an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger wendet.

Grundlage für die Berichterstattung sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten sowie Daten aus der Reha-Qualitätssicherung. Im Unterschied zu den Statistikbänden der Rentenversicherung werden hier erstmals wichtige Daten nicht nur tabellarisch, sondern mit Texten erläutert und im Zusammenhang dargestellt.

Der rund 90-seitige Bericht will die Bedeutung und Erfolge der Rehabilitation sowie aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Reha-Recht, Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Reha-Forschung aufzeigen. Den Kern bildet die statistische Berichterstattung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Die Reha-Leistungen werden zum einen in ihrem Umfang, ihrer zeitlichen Entwicklung und ihrer Struktur beschrieben, zum anderen in Bezug auf ihre Prozessqualität und ihr Ergebnis. Ebenfalls enthalten sind Zahlen zu medizinischen Reha-Einrichtungen und dort tätigem Personal. Die Ausgaben für die medizinische und berufliche Rehabilitation werden dargestellt, auch im Vergleich zu anderen Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung. Darüber hinaus geht der Reha-Bericht detailliert auf die ambulante Rehabilitation ein sowie auf

den Erwerbsverlauf von Rehabilitanden in den beiden Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation.

Der „Reha-Bericht 2010“ ist kostenlos bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über Vordruckversand@drv-bund.de zu bestellen. Im Internet finden Sie ihn unter deutsche-rentenversicherung.de im Bereich „Formulare und Publikationen“ Untermenü Publikationen/Statistiken/Statistikbroschüren als PDF.



Auch Bürotiger leben gefährlich

Corporate Health Convention, Europäische Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demografie

Gesundheit bedeutet nicht nur körperliches, sondern auch psychisches und soziales Wohlbefinden. Das gilt auch am Arbeitsplatz: Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels sind zwar immer weniger Beschäftigte direkten körperlichen Gefahren ausgesetzt, doch mit dem Ausbau des Informations- und Dienstleistungssektors wiegen psychische Belastungen immer schwerer. Die Erkenntnis, dass auch die sogenannten weichen Faktoren eine wichtige Rolle für die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter spielen, setzt sich bei vielen Arbeitgebern durch. Doch wie können Unternehmen die seelische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden erhalten? Antworten gibt die Corporate Health Convention, Europäische Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demographie, am 17. und 18. November 2010 in der Messe Basel.

Im modernen Berufsleben gibt es viele Risikofaktoren, die das seelische Gleichgewicht und damit auch das körperliche Wohl der Arbeitnehmer gefährden, so zum Beispiel Stress, Kommunikationsprobleme mit Vorgesetzten und Kollegen, Kompetenzgerangel, ein unsicherer Beschäftigungsstatus, minimaler Ausgleich, mangelnde Qualifizierung oder Unterforderung. Psychische Belastungen stehen dabei nachweislich in enger Verbindung mit

körperlichen Beschwerden wie Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Problemen oder Krebs. Laut Fehlzeiten-Report 2009 des Springer Medizin Verlages verursachte die Diagnose „Rückenschmerzen“ im Jahr 2008 die meisten Ausfallzeiten in den Betrieben.

Unternehmen, die wirtschaftlich erfolgreich bleiben wollen, benötigen folglich eine wirksame Prävention gegenüber diesen Mechanismen. Die neue Fachmesse Corporate Health Convention zeigt, wo der Hebel angesetzt werden kann: Neben den Schwerpunkten Betriebliche Gesundheitsförderung und Ergonomie reicht das Ausstellungsspektrum von Betriebsverpflegung und Ernährung über medizinische Produkte und Diagnostik, Dienstleistungen und EDV-Lösungen bis zu Weiterbildung und Training – etwa in den Bereichen Raucherentwöhnung, richtiges Arbeiten am PC, Mobbing, Motivation, Stress- und Suchtprävention, Work-Life-Balance oder Supervision.

Bei ihrer Premiere in Halle 4.1 der Messe Basel präsentiert sich die Corporate Health Convention im engen Verbund mit der Arbeitssicherheit Schweiz. Die 3. Fachmesse für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zeigt den neusten Entwicklungsstand in Sachen Schutzausrüstungen und Sicherheitstechnik und stellt insofern eine ideale

Ergänzung zur neuen Messe dar. Fachbesucher können mit einer Eintrittskarte das Gesamtangebot beider Messen nutzen, zu dem auch ein umfangreiches Programm an Podiumsdiskussionen, Vorträgen oder Anwenderberichten in drei Praxisforen zählt.

Psychische Gesundheitsfaktoren sind europaweit zu einem großen Thema geworden. Die neue Fachmesse für betriebliche Gesundheitsförderung und Demografie ist deshalb länderübergreifend und im jährlichen Turnus konzipiert. Durch wechselnde Standorte in der Schweiz, Deutschland und in Österreich wird sie Impulse aus verschiedenen Ländern aufgreifen. Nach ihrer Premiere am 17. und 18. November in Basel zieht die Corporate Health Convention zunächst nach Deutschland: Vom 20. bis 22. September 2011 schließt sie sich der Zukunft Personal, Europas größter Fachmesse für Personalmanagement, in Köln an. Diese Kombination ist sinnvoll, weil das Thema psychische Gesundheit auch in der Personalarbeit eine zunehmend wichtige Rolle spielt und viele Schnittstellen zum HR-Management aufweist.

Weitere Informationen zur Corporate Health Convention finden Sie unter:
www.corporate-health-convention.com

Deutsche Rentenversicherung legt ersten Reha-Bericht vor

Deutsche Rentenversicherung

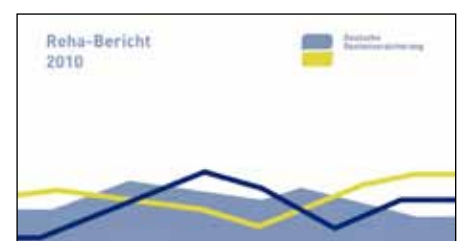
Die Deutsche Rentenversicherung erbringt jährlich mehr als 1 Mio. Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten und wendet dafür rund 5 Mrd. Euro auf. Diese und viele weitere Daten und Fakten zur Rehabilitation präsentiert der erstmals in dieser Form erschienene „Reha-Bericht 2010“, der sich gleichermaßen an Versicherte und Beitragszahler, an Fachöffentlichkeit und Politik wie an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger wendet.

Grundlage für die Berichterstattung sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten sowie Daten aus der Reha-Qualitätssicherung. Im Unterschied zu den Statistikbänden der Deutschen Rentenversicherung werden hier erstmals wichtige Daten nicht nur tabellarisch, sondern mit Texten erläutert und im Zusammenhang dargestellt.

Der rund 90-seitige Bericht will die Bedeutung und Erfolge der Rehabilitation sowie aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Reha-Recht, Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Reha-Forschung aufzeigen. Den Kern bildet die statistische Berichterstattung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Die Reha-Leistungen werden zum einen in ihrem Umfang, ihrer zeitlichen Entwicklung und ihrer Struktur beschrieben, zum anderen in Bezug auf ihre Prozessqualität und ihr Ergebnis. Ebenfalls enthalten sind Zahlen zu medizinischen Reha-Einrichtungen und dort tätigem Personal. Die Ausgaben für die medizinische und berufliche Rehabilitation werden dargestellt, auch im Vergleich zu anderen Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung. Darüber hinaus geht der Reha-Bericht detailliert auf die ambulante Rehabilitation ein sowie auf

den Erwerbsverlauf von Rehabilitanden in den beiden Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation.

Der „Reha-Bericht 2010“ ist kostenlos bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über Vordruckversand@drv-bund.de zu bestellen. Im Internet finden Sie ihn unter deutsche-rentenversicherung.de im Bereich „Formulare und Publikationen“ Untermenü Publikationen/Statistiken/Statistikbroschüren als PDF.



Wissensmanagement Praxis

Durch Mitarbeiterideen die Wettbewerbsfähigkeit steigern

Markus Thelen

Der Kosten- und Wettbewerbsdruck, dem sich die Unternehmen auf den internationalen sowie nationalen Märkten stellen müssen, nimmt seit den letzten Jahren deutlich zu. Verbraucher verschärfen diesen Druck durch ihr Verlangen nach innovativen Produkten und Qualitätssteigerungen. Sowohl in der Industrie als auch im Dienstleistungssektor sind die ständigen Verbesserungen von großer Bedeutung. Gleichzeitig führt die teure Ökologisierung der Produktionsprozesse durch gesetzliche Vorgaben in Deutschland und Europa zu neuen Kosten. Häufig hat dies eine Zunahme von ungesunder Arbeit für alle Beschäftigten zu Folge, frei nach dem Motto: „Was zwei gerade noch schaffen können, ist für einen nicht zuviel.“ Eine Möglichkeit, diesen Missständen zu begegnen, ist die Professionalisierung des betrieblichen Sozial- und Gesundheitsmanagements und die Einführung spezieller betriebswirtschaftlicher Instrumente. Dazu gehört an erster Stelle die Implementierung von Verbesserungsprozessen in den alltäglichen Arbeitsabläufen.

Diese Verbesserungsprozesse wirken in zwei Richtungen: Zum einen werden die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter verbessert, d. h. kreativere und engagierte Mitarbeiter agieren als wichtiger Wettbewerbsfaktor. Zum anderen steigt durch verbesserte Arbeitsbedingungen die Qualität der Arbeit, während gleichzeitig die Kosten sinken. [1]

Ständige Verbesserungen und Innovationen hervorbringen, bedeutet vor allem, das erhebliche Potenzial der Erfahrungen und Ideen von Mitarbeitern zu nutzen und in die Organisation einzubringen. Reine Wissensmanagementlösungen reichen hier nicht aus, um das Innovations- und Verbesserungspotenzial, die Ideen unserer Mitarbeiter, zu nutzen. Mitarbeiterideen fördern nicht immer revolutionäre Marktinnovationen zu Tage, sondern häufig interne Unternehmensinnovationen oder Produkt-/Produktionsverbesserungen. Allein mit einem gut funktionierenden Wissensmanagement (Lernende Organisation) entstehen Innovationen, von denen das Management wenig mitbekommt. So lassen sich beispielsweise beim informellen Wissensaustausch zwischen den Mitarbeitern unterschiedlichster Ebenen kleine interne Innovationen im Prozessablauf herbeiführen.

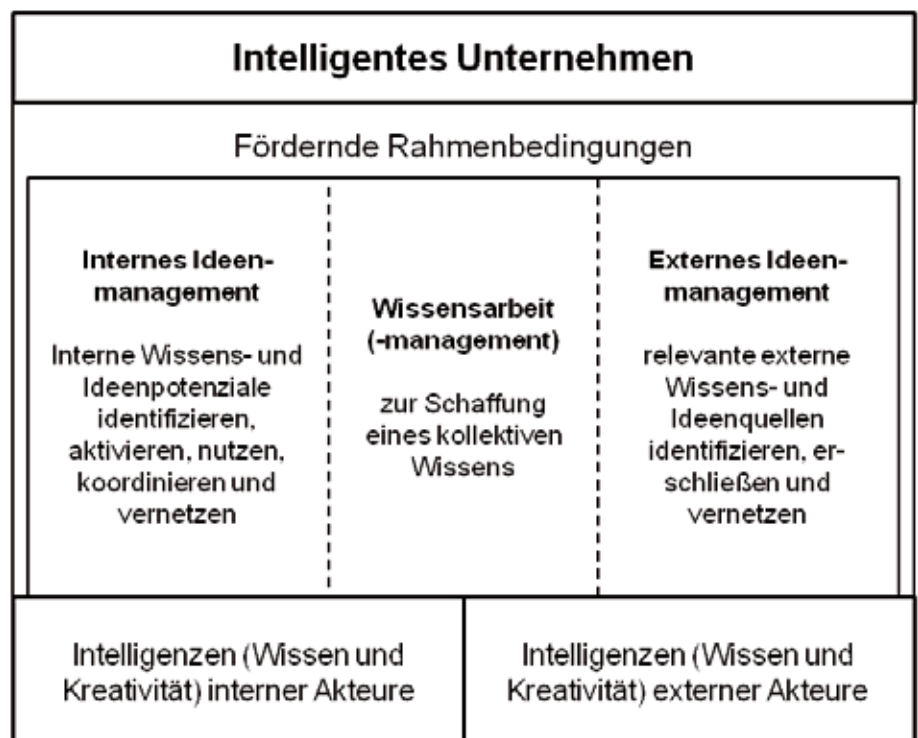
Lässt man den Mitarbeitern einen gewissen Freiraum, in welchem sie selbstständig agieren können, entwickeln sich automatisch neue Organisationsabläufe. Das Wissen des einen wird mit dem Wissen eines anderen ergänzt und kleine Arbeitsabläufe selbstständig und ohne viel Zutun des Managements stetig weiterentwickelt. In solchen (teilweise) sich selbstorganisierenden dynamischen Organisationen werden, im Gegensatz zu starren Organisationen, überdurchschnittlich mehr Kosten mittels selbstständiger und vor allem freiwilliger Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe durch Mitarbeiter eingespart. Hier ist anzumerken, dass eine Standardisierung von Prozessen bis zu dem Punkt sinnvoll ist, an dem die Kosten für Überwachung, fehlende Flexibilität und mangelnde Innovationskraft im Unternehmen höher sind als der Nutzen der Standardisierung. Wo dieser Punkt liegt, hängt von

der jeweiligen Tätigkeit ab und ist im Rahmen der Organisationsentwicklung für die verschiedenen Bereiche im Unternehmen immer wieder neu zu überprüfen und festzulegen. Damit ergeben sich im Unternehmen häufig mehrere Standardisierungsstufen, die zu einer Steigerung der Innovationsfähigkeit führen. Das Wissensmanagement selbst ist ein Teil der Innovationsfähigkeit bzw. des Innovationsprozesses und des Innovationsmanagements eines Unternehmens und für das Hervorbringen von Innovationen ungeeignet. Es dient der Wissenssammlung/-speicherung und Wissensverbreitung, die das organisationale Lernen ermöglicht und fördert.

Um das Innovationspotenzial der Mitarbeiter in vollem Umfang nutzen zu können, wird neben dem Wissensmanagement ein weiteres betriebswirtschaftliches Instrument benötigt:

Abbildung 1:

Modell eines intelligenten Unternehmens, Quelle: Franken, S. (2008) [3]



Das Ideenmanagement. Es gehört in der heutigen Zeit zu einem der wichtigsten Instrumente einer modernen Unternehmensführung. Das Ideenmanagement ist im klassischen Sinne ein Rationalisierungsinstrument, wobei die Erhöhung der Produktivität und die Kosteneinsparungen im Vordergrund stehen. Ziel ist es, eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit hervorzurufen. [2] Wer Verbesserungsvorschläge seiner Mitarbeiter ignoriert, verzichtet auf enorme Einsparpotenziale.

Es ist wichtig, zwischen dem internen und externen Ideenmanagement zu unterscheiden. Während beim internen, welches in diesem Teil genauer betrachtet wird, nur die Mitarbeiter gefragt sind, bezieht sich das externe auf Kunden, Lieferanten, Stakeholder sowie Shareholder. Allerdings kann nur die gleichberechtigte Berücksichtigung beider Varianten ein ganz-

heitliches Ideenmanagement gewährleisten. Verknüpft man das Ideenmanagement nun mit dem Wissensmanagement, hat man die Rahmenbedingungen für ein intelligentes (lernendes) Unternehmen geschaffen.

Hierzu ein kleiner geschichtlicher Exkurs: Bereits im Jahre 1750 entwickelte die Schwedisch Königliche Kommission in Stockholm das Vorschlagswesen und legte dadurch den Grundstein des heutigen Ideenmanagements. Alfred Krupp übernahm die Idee des Vorschlagswesens und führte 1872 als erster Industriebetrieb ein Betriebliches Vorschlagswesen (BVW) ein. Das Unternehmen Eastman Kodak Comp. erhielt damals als ersten Verbesserungsvorschlag die Anregung, die Fenster zu putzen, um bessere Lichtverhältnisse am Arbeitsplatz zu ermöglichen. Obwohl das BVW auf eine nunmehr 140-jährige Geschich-

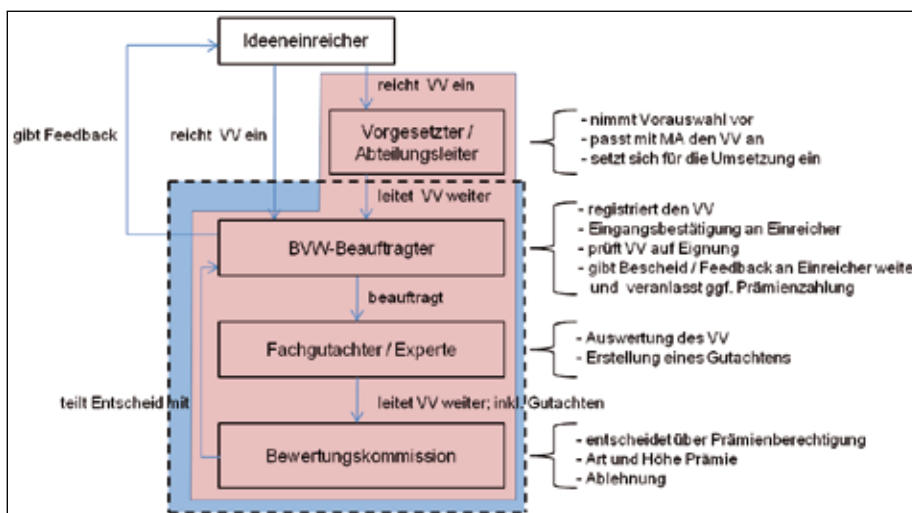
te zurückblickt, ist es insbesondere für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) noch immer ein wenig bekanntes Terrain, auf dem viel Unkenntnis über dessen Funktionsweise vorherrscht. [2]

Dabei weisen klein- und mittelständische Unternehmen gerade durch ihre Struktur erhebliche Vorteile auf. So sind zum Beispiel die Entscheidungswege kürzer und der persönliche Bezug zum Mitarbeiter deutlich höher als in Großunternehmen. Gleichzeitig liegt jedoch häufig ein Defizit an qualifizierten Fachkräften, aber auch fehlendes Wissen der Eigentümer, vor. Die Organisationsstrukturen solcher Betriebe sind oft geprägt von beschränkter Delegation. Auf Grund eines häufig vorzufindenden autoritären Führungsstils hat der Mitarbeiter kaum Handlungsspielraum, wenig Entscheidungsbefugnis und einen geringen Verantwortungsgrad für seine eigene Arbeit. Unter diesen Bedingungen wird ein Vorschlagswesen kaum Früchte tragen.

Für den Aufbau eines BVW ist es bedeutsam, dass eine Person bestimmt wird, welche die Aktionen trägt, deutlich als Verantwortlicher gekennzeichnet und durch das Management unterstützt wird. Der BVW-Beauftragte ist der Motor des Vorschlagswesens. Er nimmt sämtliche anfallenden Aufgaben wahr und koordiniert den Ideen-/ Innovationsmanagementprozess. Er sorgt für die Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen und berücksichtigt die Interessen des Unternehmens sowie die des Ideeneinreichers. Dabei ist er das Bindeglied zwischen den verschiedenen Organen und den Mitarbeitern. Häufig wird er auch als Ideenmanager oder Innovationsmanager/-beauftragter bezeichnet.

Abbildung 2 zeigt eine Ablauforganisation für das betriebliche Vorschlagswesen. In dieser Darstellung sind verschiedene Varianten des BVW abgebildet. Beim klassischen Weg des BVW wird der Verbesserungsvorschlag direkt vom Mitarbeiter bei der zentralen Stelle, dem BVW-Beauftragten, eingereicht. Dies führt schnell zu einer Überbelastung der zentralen Stelle. Die modernen Konzepte und Varianten haben diese Schwäche erkannt und sind zu einer Dezentralisierung übergegangen, dem sogenannten Vorgesetztenmodell. Hier wird den Vorgesetzten mehr Entscheidungskompetenz übertragen. Neben der Ent-

Abbildung 2:
Ablauforganisation eines BVW (in Anlehnung an: Ridolfo, E.: Ideenmanagement 2005)



Zur Person



Markus Thelen

hat an der Fachhochschule Bielefeld erfolgreich Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing und Personalmanagement studiert. Während seines Studiums arbeitete er als WHK am Lehrstuhl für Diversity- und Knowledge Management an der Fachhochschule Bielefeld und betreute unter anderem das Praxisprojekt für Innovationsmanagement. Aktuell unterstützt er an der Fachhochschule Bielefeld die Praxisprojekte zur Steigerung der Innovationsfähigkeit von KMU und Migrantenforschung und arbeitet eng mit mehreren Unternehmen im Bereich des Wissensmanagements, Personalentwicklung und Innovationsmanagement zusammen.

Seit Anfang 2010 ist er als Dozent für „Allgemeine Wirtschafts- und Soziallehre“ an einem privaten Bildungsinstitut tätig.

Kontakt: thelen_markus@t-online.de

bürokratisierung und schnelleren Bearbeitung werden das Arbeitsklima, die Kommunikation und die Interaktion mit Vorgesetzten gefördert. Gleichzeitig kommen dem Vorgesetzten die Coaching-Rolle und die des Ideenpromoters zu. Häufig scheitern Verbesserungsvorschläge an der mangelnden Weitsichtigkeit der Mitarbeiter. Dieser ist ein Experte an seinem Arbeitsplatz und schätzt häufig nicht die Übertragbarkeit seiner Idee und deren Auswirkung auf das Unternehmen oder die Abteilung ab. An dieser Stelle greift der Vorgesetzte ein und bespricht die Idee mit dem Mitarbeiter. Hierbei kann er, auf Grund seiner Kompetenz in seinem Zuständigkeitsbereich, die Tragweite und die Auswirkungen der Idee besser abschätzen und ihr gemeinsam mit dem Mitarbeiter den letzten „Schliff“ geben. Weniger taugliche Vorschläge werden so direkt ausselektiert. Dieses Modell setzt eine hohe Sozialkompetenz, Vertrauenswürdigkeit und Feingefühl bei den Vorgesetzten voraus.

Gegenwärtig ist das Hybridmodell das in der Praxis am häufigsten umgesetzte Modell. Mitarbeiter erhalten die Option, ihren Vorschlag entweder direkt an eine anonyme zentrale Sammelstelle oder über den Vorgesetzten einzureichen. Jedoch sollte der Weg über den Vorgesetzten als zu favorisieren angesehen werden, wobei der direkte Weg zur Sammelstelle eine Notlösung darstellen sollte. Werden Vorschläge aus einer Abteilung häufig über den direkten Weg verschickt, ist dies ein Indikator dafür, dass der Vorgesetzte überfordert oder dem Ideenmanagement negativ eingestellt ist, oder aber einen defizitären Führungsstil aufweist.

Wichtig ist, dass selbstverantwortliche Arbeitsweisen und Förderung der Mitarbeiter im Unternehmen im Vordergrund stehen. Ohne eine soziale Betriebsführung wird kein Mitarbeiter seine Ideen teilen wollen. Auch hier steht wieder, wie in den Teilen zuvor, das Vertrauen im Vordergrund. Durch Autorität, Missachtung und Misstrauen wird keine kreative, ideenreiche Unternehmenskultur entstehen. Rationalisierungen in Form von kontinuierlicher Prozess- und Produktoptimierung gilt als Selbstverständlichkeit bei den Mitarbeitern die, anstatt um ihren Arbeitsplatz zu fürchten, wissen, dass aus ihrem ständigen „Mitdenken“ eine Gewährleistung des Arbeitsplatzes resultiert, auch wenn es nicht der ursprüngliche Arbeitsplatz ist. [2]

Ohne Motivation keine Ideen, d. h. es müssen Anreize geschaffen werden. Ein Anreizsystem, welches die Mitarbeiter motiviert am BVW bzw. Ideenmanagement teilzunehmen, sollte auf materielle und immaterielle Anreize wie z. B. Freizeitausgleich, besondere Seminare oder Reisen abzielen. Hierzu müssen Bewertungsregeln für Verbesserungsvorschläge mit berechenbarem Nutzen, Vorschläge ohne berechenbaren Nutzen oder Arbeitssicherheitsvorschläge erstellt werden. Eine hohe Transparenz und Verständlichkeit dieser Bewertungsregeln ist ein Muss. Komplizierte Bewertungsrichtlinien wirken abschreckend.

Bei Verbesserungsvorschlägen ohne berechenbaren Nutzen hat sich gezeigt, dass folgende Bewertungskriterien sinnvoll und zielführend sind:

- Geschätzter Nutzen für den Betrieb
- Originalität des Verbesserungsvorschlags
- Mühe, Fleiß und Engagement des Vorschlagenden
- Vergleichbarkeit mit bereits prämierten Vorschlägen

Alternativ ein Punktesystem, in dem den Kriterien wie Originalität, Brauchbarkeit, Durchführbarkeit und Reife jeweils Punkte zugeordnet sind. Je höher die Gesamtpunktzahl, desto höher ist der Nutzen und die auszuzahlende Prämie. Hierbei sollte ein hohes Maß an Objektivität herrschen. Dieses wirkt sich positiv auf die Mitarbeiter aus, sie fühlen sich ernst genommen und akzeptiert. Die Grundlage, um Motivation aufzubauen. [2]

Bei allen anderen Verbesserungsvorschlägen kann sich der Prämiensatz wie bei Abbildung 3 zusammensetzen.

Derzeitige Prozentsätze der ersten Jahresersparnis liegen in deutschen Unternehmen zwischen 20% und 30%. Auf jeden Fall sollte eine Mindestprämie eingeführt werden, um das Gefühl eines Trinkgeldes zu vermeiden. Derzeit liegen diese zwischen 15,50 und 25,00 €.

Ist ein Verbesserungsvorschlag akzeptiert worden, ist der Mitarbeiter oder die Gruppe, die diese Ideen entwickelten, an der Umsetzung zu beteiligen. Sie sind Experten und gleichzeitig wirkt die Möglichkeit der Umsetzungsbeteiligung motivierend für andere Mitarbeiter, sich am Ideenmanagement zu beteiligen.

Abbildung 3:
Prämiensatzberechnung; Quelle: Thom, N. (1996) [4]

<p style="text-align: center;">Prozentuale Beteiligung des Einreichers an der errechenbaren Jahresersparnis</p> <p><u>./. VV- Durchführungskosten</u></p> <p>= Prämiensatz</p>
--

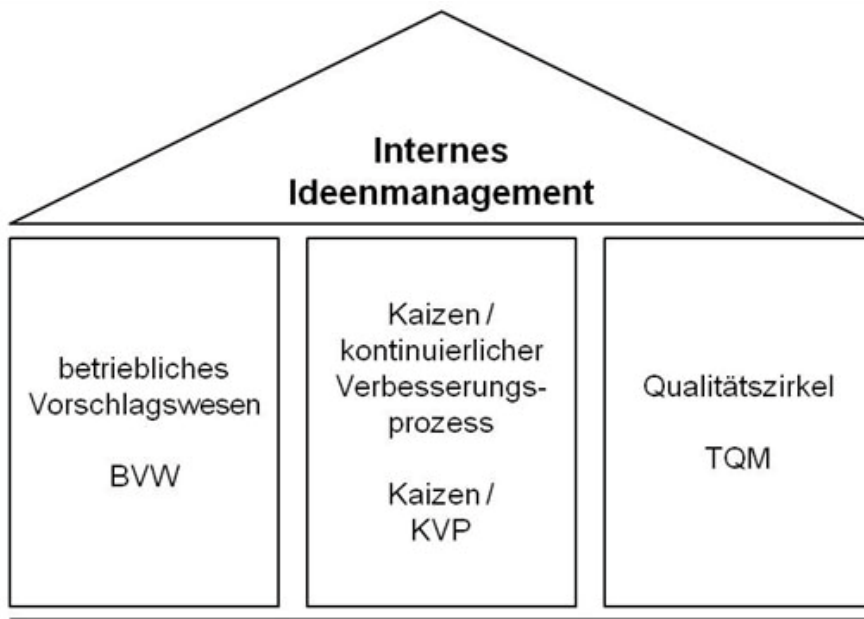


Abbildung 4: Säulen des internen Ideenmanagements

Das Ideenmanagement besteht nicht nur aus dem betrieblichen Vorschlagswesen, sondern auch aus dem Kaizen/kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) und dem Total Quality Management (TQM).

Der Begriff Kaizen stammt aus dem Japanischen und bedeutet Veränderung (Kai) zum Besseren (Zen). Die japanische Philosophie geht von der Annahme aus, dass sich alles im ständigen Wandel befindet und man nur durch immerwährende Anpassung überleben kann. Auch in der westlichen Welt fand die Kaizen-Idee großen Zuspruch und man übernahm den Kaizen-Prozess in den deutschsprachigen Raum als „kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ (KVP). Der KVP stellt eine wichtige Weiterentwicklung im Ideenmanagement dar. Bei diesen Konzepten (Kaizen, TQM, KVP, u.a.) steht der Mensch als Mittelpunkt der Arbeitsorganisation. [3]

Umgesetzt wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess durch stetige kleine Verbesserungsschritte (im Gegensatz zu eher großen, sprunghaften, bedeutenden Veränderungen beim BVW) in kontinuierlicher Teamarbeit. Im Vordergrund steht die Produkt-, Prozess- und Servicequalität.

Beim KVP analysieren Mitarbeiter und Kleingruppen bestimmte Probleme und erarbeiten daraufhin konkrete Verbesserungsvorschläge. Dafür bietet das Instrument des PDCA-Zyklus (Weiterentwicklung des Deming-Zyklus), ähnlich des modernen BVW, ergänzt durch die Komponente der Kontinuität, eine strukturierte Vorgehensweise. Im Gegensatz zum BVW sind im KVP viele kleine Verbesserungen gefragt. Da jedoch auch im BVW eine Weiterentwicklung stattgefunden hat, unterscheidet sich der personenorientierte Ansatz des KVP kaum noch vom oben beschriebenen heutigen modernen BVW. Gerade der gruppenorientierte Ansatz des KVP bietet die Möglichkeit, sich den Problemen, Abläufen und Aufgaben aus verschiedenen Sichtweisen zu nähern und somit optimale Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Problemorientierung, Kundenorientierung, Prozessorientierung und Mitarbeiterorientierung stellen die am häufigsten verwendeten Sichtweisen dar. Dieses erfordert ein hohes Maß an Kreativität und Flexibilität der Teilnehmer, die durch entsprechende Schulungen, Seminare und Workshops geschaffen werden kann. Weiterhin ist auf eine hohe Diversität bei der Gruppenzusammensetzung zu achten, damit keine zu absatz- oder technischlastigen Lösungen entstehen. Das Kaizen oder der KVP ist ein Veränderungsprozess, der auf verschiedenen Ebenen im Unternehmen Anwendung findet. Somit gesellt sich zu den beiden oben genannten Ansätzen der managementorientierte Ansatz. Dieser Ansatz verpflichtet das Management, die ihm obliegenden Aufga-

Abbildung 5: PDCA- Zyklus im KVP



ben ebenfalls nach dem Schema des PDCA-Zyklus zu hinterfragen und zu verbessern. Kommt es im Rahmen des KVP zu abteilungsübergreifenden Veränderungen, so muss das Management diese funktionsübergreifenden Aktivitäten leiten und Schnittstellenprobleme beseitigen.

Ein weiteres Instrument des ganzheitlichen Ideenmanagements ist der Qualitätszirkel. Hierbei unterstützen Kleingruppen (5-10 Personen), die auf Dauer angelegt sind, die reguläre Ideenarbeit. Diese Gruppen setzen sich aus Mitarbeitern einer Hierarchieebene, die über gleiche Erfahrungen verfügen, zusammen. Sie treffen sich auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen und analysieren gemeinsam Themen unter Anleitung eines geschulten Moderators. Zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen bedienen sie sich spezieller, zuvor erlernter Problemlösungs- und Kreativitätstechniken. [3] Qualitätszirkel können sich selbst bilden und ihre Themen frei wählen oder vom Management gezielt eingesetzt werden. In größeren Unternehmen existieren mehrere Qualitätszirkel. Zur Koordinierung bietet sich der Ideen- oder Innovationsmanager bzw. Mitarbeiter des Ideen- und Innovationsmanagements an. Sie sind das Bindeglied zwischen Management und Qualitätszirkel und achten darauf, dass den jeweiligen Qualitätszirkeln die benötigten Mittel zur Verfügung gestellt werden. Qualitätszirkel können nur erfolgreich sein, wenn sie Teil einer auf ständige Verbesserung gerichteten Unternehmenspolitik (ISO 9000 ff.) sind. [3]

Zum Abschluss möchte ich zusammenfassend herausstellen, dass ein langfristiges und nachhaltiges internes Ideenmanagement nur erfolgreich sein kann, wenn es sich über alle Bereiche des Unternehmens erstreckt. Weiterhin muss das Ideen- /Innovationsmanagement, wie auch die damit einhergehende Personal-, Organisationsentwicklung sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) an der Unternehmensstrategie und den Unternehmenszielen ausgerichtet sein. Auf der anderen Seite ist die Implementierung von Visionen und Zielvorgaben an das Ideen- und Innovationsmanagement in die Unternehmensstrategie und Unternehmensziele aufzunehmen. Eine soziale und vertrauensvolle

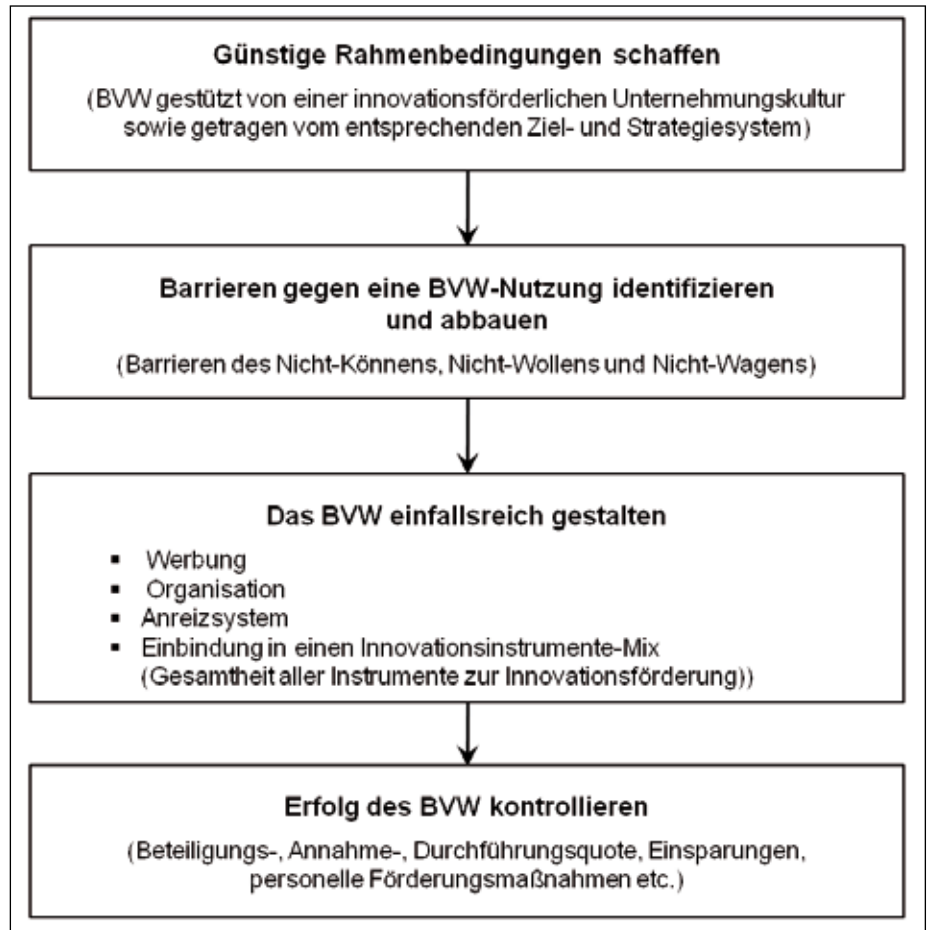


Abbildung 6: Erfolgsfaktoren des BVW; Quelle: Thom.N; Ettienne, M. (1999) [5]

Unternehmenskultur, die zur selbstständigen und mitdenkenden Arbeit anregt, gehört genauso dazu wie die Bewerbung, Kommunikation und die anwenderfreundliche Gestaltung des Ideenmanagements. Die jungen und ausgebildeten Fachkräfte, die dieses Wissen teilweise schon mitbringen, müssen hier verstärkt zum Einsatz kommen. Langfristig gesehen wird dies zu einem unbezahlbaren Nutzen führen, wobei nicht nur die Unternehmen selbst, sondern auch der Standort Bundesrepublik Deutschland profitieren würde.

Der letzte Teil dieser Reihe beschäftigt sich mit dem externen Ideenmanagement und den Unternehmensnetzwerken, welche zur Steigerung der Innovationstätigkeit beitragen.

Literatur

[1] Küfner, S. et al.: Betriebliches Vorschlagswesen als Ideenmanagement; in BGW Ratgeber, Ausgabe 08/2008; Hamburg 2008
 [2] Ridolfo, E.: Ideenmanagement – Chancen und Möglichkeiten für Klein- und Mittelbetriebe; 2. Auflage; Tectum Verlag; Marburg 2005
 [3] Franken, S.; Brand, D.: Ideenmanagement für intelligente Unternehmen; Peter Lang Verlag; Frankfurt a.M. 2008
 [4] Thom, N.: Betriebliches Vorschlagswesen - Ein Instrument der Betriebsführung und des Verbesserungsmanagements; 5. Aufl.; Bern 1996
 [5] Thom, N; Ettienne, M.: Betriebliches Vorschlagswesen; Quelle: <http://www.innopool.ch/pdf/I-Th-Et-99-BVW.pdf>; Stand: 12.08.2010

Aus der Praxis für die Praxis

Stabsstelle Arbeitssicherheit des Universitätsklinikums Düsseldorf

Die Betriebsanweisungen auf den folgenden drei Seiten sollen Ihnen als Vorlagen helfen, die natürlich noch an Ihre speziellen Anforderungen angepasst und ergänzt werden müssen. Sie wurden vom Universitätsklinikum Düsseldorf als Muster zur Verfügung gestellt. Hiermit setzen wir die Serie aus der letzten Ausgabe fort, um Ihnen Ihre tägliche Arbeit zu erleichtern.



BETRIEBSANWEISUNG

Gem. GefStoffV



Ort: Tätigkeit:

GEFAHRSTOFFBEZEICHNUNG

Technische Gase brennbar (in Druckgasflaschen)

GEFAHREN FÜR MENSCH UND UMWELT



- austretende Gase bilden mit Luft ein explosionsgefährliches Gemisch
- bei starker Erwärmung von Druckgasflaschen besteht die Gefahr des Berstens
- Öl oder Fett an Armaturen kann ebenfalls zum Bersten der Flasche führen
- Wasserstoff und Acetylen sind leichter als Luft und sammeln sich im Deckenbereich, Zündgefahr durch Lampen, Heiz- oder Klimageräte
- Propan, Butan sind schwerer als Luft und sammeln sich am Fußboden, dringen in Bodenabläufe ein, Explosionsgefahr auch in Nachbarräumen möglich
- Acetylen ist unter Druck gelöst, spontaner explosionsfähiger Zerfall bei Druck- oder Temperaturerhöhung
- Erstickungsgefahr durch Sauerstoffverdrängung



SCHUTZMAßNAHMEN UND VERHALTENSREGELN



- Auf absolute Dichtheit der Druckgasflaschen und Armaturen achten
- nur zugelassene Anschlusschläuche verwenden, Sichtkontrolle bei jedem Flaschenwechsel
- Kontakt mit Fetten, Ölen vermeiden
- Beim Transport und Umgang Schutzschuhe tragen, Flaschenkarren benutzen
- Schutzhandschuhe und Augenschutz der Arbeitsaufgabe anpassen
- Flaschen zur Gasentnahme nicht legen - Vereisungsgefahr!
- Druckgasflaschen gegen Umfallen sichern, z. B. durch Ketten, Bügel, Flaschenkarren
- Gasentnahme nur mit Sicherungen gegen Gasrücktritt und Flammendurchschlag
- Zündung des Brenners nur mit geeigneten Gasanzündern, Streichhölzer oder Feuerzeuge sind ungeeignet. Erst Acetylen aufdrehen und nach Zündung Sauerstoff zuschalten.
- Druckgasflaschen vor Erwärmung durch Heizkörper, offene Flammen schützen - Berstgefahr!
- Bei der Arbeit nicht essen, trinken, rauchen, schnupfen
- Umgang mit Druckgasflaschen sowie Arbeiten unter Verwendung von Sauerstoff aus Druckgasflaschen nur unterwiesenen Personen gestatten
- Arbeitsbereich von brennbarem Material freihalten und Funkenflug beobachten, notfalls Brandposten stellen.
- Lagerung und Transport von vollen und leeren Flaschen nur mit Schutzkappe
- Volle und leere Flaschen müssen getrennt gelagert werden.
- Flaschen nach der Nutzung nicht entleeren. Restdruck in der Flasche belassen.

VERHALTEN IM GEFAHRFALL

NOTRUF 112

- Machen Sie sich vor Beginn der Arbeiten mit den notwendigen Sicherheitseinrichtungen vertraut, d. h. Feuerlöscher, Löschdecken, Notdusche, Notruf etc.
- Im Gefahrenfall sind alle Anwesenden sofort zu informieren und haben den Gefahrenbereich unverzüglich zu verlassen. Den Anweisungen des anwesenden Aufsichtspersonals ist unbedingt Folge zu leisten.
- Bei unkontrolliertem Gasaustritt Ventile sofort schließen. Bereich räumen und sämtliche Zündquellen entfernen (elektrische Geräte ausschalten); Bereich gut lüften.
- Bei unkontrollierter Erwärmung der Acetylenflasche sofort ins Freie bringen und aus sicherem Bereich mit Wasser kühlen, Umgebung absperren
- Bei kleinen Entstehungsbränden löschen Sie mit CO₂- oder Pulverlöscher, event. mit Wasser im Sprühstrahl (kein Vollstrahl!).

ERSTE HILFE

NOTRUF 112



Übermitteln Sie die Gefahrstoffbezeichnung, wenn vorhanden das Sicherheitsdatenblatt oder die Angaben auf dem Behälteretikett mit weiteren Informationen dem behandelnden Arzt.

- **Haut:** Notduschen benutzen, mehrere Minuten gründlich mit Wasser waschen, mit Gefahrstoff beschmutzte Kleidung entfernen.
- **Augen:** Bei gut geöffnetem Lidspalt mehrere Minuten unter fließendem Wasser spülen
- **Verschlucken:** Sofort und wiederholt Wasser trinken, falls vorhanden mit Aktivkohle-Zusatz, Erbrechen vermeiden, MNR-Klinik aufsuchen
- **Einatmen:** Zufuhr von viel Frischluft.
- **Verbrennungen:** Kühlen mit Wasser, Gesichts- und Augenverbrennungen unverbunden lassen.

Augenklinik
17329

Chirurgie
17448

Vergiftung/M
NR
17012

Verletzten beim Durchgangsarzt (Augenklinik / Chirurgie) vorstellen.

Ersthelfer/in: Tel.:

SACHGERECHTE ENTSORGUNG

Es gilt der Leitfaden zur Abfallentsorgung des UKD.

WICHTIGE NAMEN UND TELEFONNUMMERN



Sicherheitsbeauftragte(r):
Hygienebeauftragte(r):
Arbeitssicherheit:
Betriebsärztlicher Dienst:

Tel.:
Tel.:
Tel.: 16156
Tel.: 17104, 17241

Verantw. Unterschrift:

Datum:

Stand 01/07



BETRIEBSANWEISUNG Gem. GefStoffV



Ort: Tätigkeit:

GEFAHRSTOFFBEZEICHNUNG

Technische Gase giftig (in Druckgasflaschen)

GEFAHREN FÜR MENSCH UND UMWELT



- austretende Gase können zu Vergiftungen führen
- bei starker Erwärmung von Druckgasflaschen besteht die Gefahr des Berstens
- Öl oder Fett an Armaturen kann ebenfalls zum Bersten der Flasche führen



SCHUTZMAßNAHMEN UND VERHALTENSREGELN



- Auf absolute Dichtheit der Druckgasflaschen und Armaturen achten
- Regelmäßige Dichtigkeitskontrolle der Anschlüsse, Leitungen und Schläuche
- Bei Flaschenwechsel alle Anschlüsse auf Dichtheit prüfen
- Bei Flaschenwechsel können Gase aus Ventilräumen und Schläuchen austreten: angepassten Atemschutz tragen
- Nach dem Flaschenwechsel Bereich gut lüften
- Kontakt mit Fetten, Ölen vermeiden
- Flaschen zur Gasentnahme nicht legen - Vereisungsgefahr!
- Druckgasflaschen gegen Umfallen sichern, z. B. durch Ketten, Bügel, Flaschenkarren
- Gasentnahme nur mit Sicherungen gegen Gasrücktritt.
- Druckgasflaschen vor Erwärmung durch Heizkörper, offene Flammen schützen - Berstgefahr!
- Bei der Arbeit nicht essen, trinken, rauchen
- Umgang mit Druckgasflaschen nur unterwiesenen Personen gestatten
- Lagerung und Transport von vollen und leeren Flaschen nur mit Schutzkappe
- Beim Transport und Umgang Schutzschuhe tragen, Flaschenkarren benutzen
- Beim Transport in Aufzügen nicht mitfahren und Aufzug für andere Personen sperren
- Volle und leere Flaschen müssen in ständig belüfteten Räumen getrennt gelagert werden.
- Flaschen nach der Nutzung nicht entleeren. Restdruck in der Flasche belassen.

VERHALTEN IM GEFAHRFALL

NOTRUF 112

- Machen Sie sich vor Beginn der Arbeiten mit den notwendigen Sicherheitseinrichtungen vertraut, d. h. Feuerlöscher, Löschdecken,
- Im Gefahrenfall sind alle Anwesenden sofort zu informieren und haben den Gefahrenbereich unverzüglich zu verlassen. Den Anweisungen des anwesenden Aufsichtspersonals ist unbedingt Folge zu leisten.
- Bei unkontrolliertem Gasaustritt Ventile sofort schließen. Bereich räumen.
- Fenster schließen und Türen von außen abdichten, benachbarte Räume räumen
- Unbedingt auf Eigenschutz achten. Bereich nur mit angepasstem Atemschutz betreten.
- Bei kleinen Entstehungsbränden löschen Sie mit CO₂- oder Pulverlöscher, event. mit Wasser im Sprühstrahl (kein Vollstrahl!).

ERSTE HILFE

NOTRUF 112



Übermitteln Sie die Gefahrstoffbezeichnung, wenn vorhanden das Sicherheitsdatenblatt oder die Angaben auf dem Behälteretikett mit weiteren Informationen dem behandelnden Arzt.

- **Einatmen:** Zufuhr von viel Frischluft. Verletzten sofort einer ärztlichen Hilfe zuführen.

Augenklinik
17329

Chirurgie
17448

Vergiftung/MN
R
17012

Ersthelfer/in: Tel.:

SACHGERECHTE ENTSORGUNG

Es gilt der Leitfaden zur Abfallentsorgung des UKD.

WICHTIGE NAMEN UND TELEFONNUMMERN



Sicherheitsbeauftragte(r): Tel.:
Hygienebeauftragte(r): Tel.:
Arbeitssicherheit: Tel.: 16156
Betriebsärztlicher Dienst: Tel.: 17104, 17241

Verantw. Unterschrift:

Datum:

Stand 01/07



BETRIEBSANWEISUNG

Gem. GefStoffV



Ort: Tätigkeit:

GEFAHRSTOFFBEZEICHNUNG

Technische Gase inert (in Druckgasflaschen)

GEFAHREN FÜR MENSCH UND UMWELT



- bei starker Erwärmung von Druckgasflaschen besteht die Gefahr des Berstens
- Öl oder Fett an Armaturen kann ebenfalls zum Bersten der Flasche führen
- Erstickungsgefahr durch Sauerstoffverdrängung
- Austretende Gase kühlen beim Entspannen stark ab, bei CO₂ Bildung von Trockeneis möglich - Kälteverbrennung

SCHUTZMAßNAHMEN UND VERHALTENSREGELN



- Auf absolute Dichtheit der Druckgasflaschen und Armaturen achten
- Beim Flaschenwechsel alle Anschlüsse auf Dichtheit prüfen
- regelmäßige Sichtprüfung der Anschlußschläuche
- Kontakt mit Fetten, Ölen vermeiden
- Beim Transport und Umgang Schutzhuhe tragen, Flaschenkarren benutzen
- Flaschen zur Gasentnahme nicht legen - Vereisungsgefahr!
- Druckgasflaschen gegen Umfallen sichern, z. B. durch Ketten, Bügel, Flaschenkarren
- Druckgasflaschen vor Erwärmung durch Heizkörper, offene Flammen schützen - Berstgefahr!
- Umgang mit Druckgasflaschen nur unterwiesenen Personen gestatten
- Beim Transport in Aufzügen nicht mitfahren und Aufzug für andere Personen sperren
- Lagerung und Transport von vollen und leeren Flaschen nur mit Schutzkappe
- Volle und leere Flaschen müssen getrennt gelagert werden.
- Flaschen nach der Nutzung nicht entleeren. Restdruck in der Flasche belassen.

VERHALTEN IM GEFAHRFALL

NOTRUF 112

- Machen Sie sich vor Beginn der Arbeiten mit den notwendigen Sicherheitseinrichtungen vertraut, d. h. Feuerlöscher, Löschdecken, Notdusche, Notruf etc.
- Im Gefahrenfall sind alle Anwesenden sofort zu informieren und haben den Gefahrenbereich unverzüglich zu verlassen. Den Anweisungen des anwesenden Aufsichtspersonals ist unbedingt Folge zu leisten.
- Bei unkontrolliertem Gasaustritt Ventile sofort schließen. Bereich räumen.
- Bereich gut lüften.
- Bei kleinen Entstehungsbränden löschen Sie mit CO₂- oder Pulverlöscher, event. mit Wasser im Sprühstrahl (kein Vollstrahl!).

ERSTE HILFE

NOTRUF 112



Übermitteln Sie die Gefahrstoffbezeichnung, wenn vorhanden das Sicherheitsdatenblatt oder die Angaben auf dem Behälteretikett mit weiteren Informationen dem behandelnden Arzt.

- **Haut:** Notduschen benutzen, mehrere Minuten gründlich mit Wasser waschen, mit Gefahrstoff beschmutzte Kleidung entfernen.
- **Augen:** Bei gut geöffnetem Lidspalt mehrere Minuten unter fließendem Wasser spülen
- **Verschlucken:** Sofort und wiederholt Wasser trinken, falls vorhanden mit Aktivkohle-Zusatz, Erbrechen vermeiden, MNR-Klinik aufsuchen
- **Einatmen:** Zufuhr von viel Frischluft.
- **Verbrennungen:** Kühlen mit Wasser, Gesichts- und Augenverbrennungen unverbunden lassen.

Augenklinik
17329

Chirurgie
17448

Vergiftung/M
NR
17012

Verletzten beim Durchgangsarzt (Augenklinik / Chirurgie) vorstellen.

Ersthelfer/in: Tel.:

SACHGERECHTE ENTSORGUNG

Es gilt der Leitfaden zur Abfallentsorgung des UKD.

WICHTIGE NAMEN UND TELEFONNUMMERN



Sicherheitsbeauftragte(r): Tel.:
 Hygienebeauftragte(r): Tel.:
 Arbeitssicherheit: Tel.: 16156
 Betriebsärztlicher Dienst: Tel.: 17104, 17241

Verantw. Unterschrift:

Datum:

Stand 01/07

Ernennung von Barbara Steffens zur Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Frau Ministerin Steffens ist gebürtige Düsseldorferin und seit 2000 Abgeordnete des Landtags in Nordrhein-Westfalen.

Lebenslauf:

geboren am 24. Januar 1962 in Düsseldorf, alleinerziehende Mutter von zwei Kindern

1981 Abitur in Köln

Ab 1981 Studium in Kunstgeschichte, Politik, Afrikanistik und Romanistik in Trier und Köln

1985 – 1987 Ausbildung zur biologisch-technischen Assistentin mit Examen

Ab 1987 Chemiestudium in Köln und an der Fachhochschule Niederrhein

Seit 1989 Mitglied von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

1992 – 1994 Politische Geschäftsführerin des Landesvorstandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN NRW

1994 – 2000 Sprecherin des Landesvorstandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN NRW

1998 – 2000 Mitglied des Parteirates des Bundesverbandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

seit 2000 Abgeordnete des Landtags Nordrhein-Westfalen

seit 2010 Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW



AK BSM wie immer aktiv!

Das Jahr biegt langsam in die Zielgrade ein und auch dieses Jahr war/ist der Arbeitskreis Betriebssicherheitsmanagement (Ak BSM) wieder sehr aktiv gewesen:

Die Sitzung im 1. Halbjahr 2010 fand am 17. April bei der Siemens AG Energy Sector Oil & Gas in Duisburg statt. Dort konnte der Ak die Produktion besichtigen und sich einen vollen Arbeitsplan für die nächsten Monate erstellen. Organisiert wurde der Tag bei Siemens von Guido Roder (E DBGEHS der Siemens AG in Duisburg).

Die nächste Sitzung findet Ende Oktober bei Karsten Eck, Leiter Werk-/Arbeits-/Umweltschutz der DORMA GmbH + Co. KG, in Ennepetal statt.

Aber auch bei weiteren großen Veranstaltungen war der Ak BSM vertreten und konnte Werbung für die Sache machen:

So zum Beispiel beim Still-Leben auf der A 40: Beim Begegnungsfest der Nationen und Generationen hatte sich das Ruhrgebiet bunt und vital präsentiert. Mit spektakulären Projekten, aber auch mit sozialen Inhalten und künstlerischen Elementen hatten die Teilnehmer auf der so genannten Programmspur die 20.000 Tische zur Bühne der Alltagskultur gemacht. Hier war auf Höhe Dortmund-Dorstfeld auch der Ak BSM an einem Tisch der DASA und BAuA vertreten. Auch auf der Mobilspur, wo alles erlaubt war, was keinen Motor hat,

rollte gut ein Drittel des Gesamtbesucheraufkommens von über drei Millionen beim Still-Leben auf dem Ruhrschnellweg. Viele Kontakte konnten bei dieser Veranstaltung gepflegt und viele neue Kontakte geknüpft werden. An dieser Stelle noch einmal unser ausdrücklicher Dank an den Verein der Freunde und Förderer der DASA und die BAuA für diese Möglichkeit. Am 24. August ist der Arbeitskreis auf der Kooperationsveranstaltung des Strategiecenters Gesundheit|Gesundheitscampus NRW und der Fortbildungs-Akademie des Ministeriums für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen im „Markt der Möglichkeiten“ mit einem Stand vertreten. Thema der Veranstaltung in Herne: „Passend gemacht: Beschäftigungsfähigkeit erhalten – Gesundheit fördern“.

von Links nach Rechts: Harald Gröner (Bereichsleiter Arbeitssicherheit RWE AG/RWE Power AG und Vorsitzender des DASA Fördervereins), Claus Pachurka (TAD der MMBG/HWBG, FA Technische Krisenprävention), Silvester Siegmann (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leiter des Ak Betriebssicherheitsmanagement), Prof. Bernhard Tenckhoff (Kuratorium DASA Förderverein), Dr. Ralf Wieder (Evonik Steag GmbH Bereichsleiter Environment, Safety and Health) und Hubert Finkennest (ehem. Betriebsratsvorsitzender RWE Power AG/KW Gersteinwerk)



Ernennung von Barbara Steffens zur Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Frau Ministerin Steffens ist gebürtige Düsseldorferin und seit 2000 Abgeordnete des Landtags in Nordrhein-Westfalen.

Lebenslauf:

geboren am 24. Januar 1962 in Düsseldorf, alleinerziehende Mutter von zwei Kindern

1981 Abitur in Köln

Ab 1981 Studium in Kunstgeschichte, Politik, Afrikanistik und Romanistik in Trier und Köln

1985 – 1987 Ausbildung zur biologisch-technischen Assistentin mit Examen

Ab 1987 Chemiestudium in Köln und an der Fachhochschule Niederrhein

Seit 1989 Mitglied von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

1992 – 1994 Politische Geschäftsführerin des Landesvorstandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN NRW

1994 – 2000 Sprecherin des Landesvorstandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN NRW

1998 – 2000 Mitglied des Parteirates des Bundesverbandes von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

seit 2000 Abgeordnete des Landtags Nordrhein-Westfalen

seit 2010 Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW



AK BSM wie immer aktiv!

Das Jahr biegt langsam in die Zielgrade ein und auch dieses Jahr war/ist der Arbeitskreis Betriebssicherheitsmanagement (Ak BSM) wieder sehr aktiv gewesen:

Die Sitzung im 1. Halbjahr 2010 fand am 17. April bei der Siemens AG Energy Sector Oil & Gas in Duisburg statt. Dort konnte der Ak die Produktion besichtigen und sich einen vollen Arbeitsplan für die nächsten Monate erstellen. Organisiert wurde der Tag bei Siemens von Guido Roder (E DBGEHS der Siemens AG in Duisburg).

Die nächste Sitzung findet Ende Oktober bei Karsten Eck, Leiter Werk-/Arbeits-/Umweltschutz der DORMA GmbH + Co. KG, in Ennepetal statt.

Aber auch bei weiteren großen Veranstaltungen war der Ak BSM vertreten und konnte Werbung für die Sache machen:

So zum Beispiel beim Still-Leben auf der A 40: Beim Begegnungsfest der Nationen und Generationen hatte sich das Ruhrgebiet bunt und vital präsentiert. Mit spektakulären Projekten, aber auch mit sozialen Inhalten und künstlerischen Elementen hatten die Teilnehmer auf der so genannten Programmspur die 20.000 Tische zur Bühne der Alltagskultur gemacht. Hier war auf Höhe Dortmund-Dorstfeld auch der Ak BSM an einem Tisch der DASA und BAuA vertreten. Auch auf der Mobilspur, wo alles erlaubt war, was keinen Motor hat,

rollte gut ein Drittel des Gesamtbesucheraufkommens von über drei Millionen beim Still-Leben auf dem Ruhrschnellweg. Viele Kontakte konnten bei dieser Veranstaltung gepflegt und viele neue Kontakte geknüpft werden. An dieser Stelle noch einmal unser ausdrücklicher Dank an den Verein der Freunde und Förderer der DASA und die BAuA für diese Möglichkeit. Am 24. August ist der Arbeitskreis auf der Kooperationsveranstaltung des Strategiecenters Gesundheit|Gesundheitscampus NRW und der Fortbildungs-Akademie des Ministeriums für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen im „Markt der Möglichkeiten“ mit einem Stand vertreten. Thema der Veranstaltung in Herne: „Passend gemacht: Beschäftigungsfähigkeit erhalten – Gesundheit fördern“.

von Links nach Rechts: Harald Gröner (Bereichsleiter Arbeitssicherheit RWE AG/RWE Power AG und Vorsitzender des DASA Fördervereins), Claus Pachurka (TAD der MMBG/HWBG, FA Technische Krisenprävention), Silvester Siegmann (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leiter des Ak Betriebssicherheitsmanagement), Prof. Bernhard Tenckhoff (Kuratorium DASA Förderverein), Dr. Ralf Wieder (Evonik Steag GmbH Bereichsleiter Environment, Safety and Health) und Hubert Finkennest (ehem. Betriebsratsvorsitzender RWE Power AG/KW Gersteinwerk)



TFH Georg Agricola feiert mit beim Still-Leben Ruhrschnellweg

Technische Fachhochschule Georg Agricola zu Bochum

60 Kilometer gesperrte Autobahn, 3 Millionen Menschen und mittendrin: die Technische Fachhochschule (TFH) Georg Agricola. Gemeinsam mit den fünf anderen Bochumer Hochschulen und dem Deutschen Bergbau-Museum beteiligte sich die TFH unter dem Motto „Welcome to UniverCity Bochum“ am Still-Leben Ruhrschnellweg, der gigantischen Halbzeitaktion des Europäischen Kulturhauptstadtjahrs RUHR.2010 am 18. Juli 2010.

Alle Erwartungen übertroffen – so lautete das Fazit nach sechs Stunden Kulturpicknick auf der abgesperrten A 40, sonst meist befahrene Autobahn Deutschlands. Sie gehörte am Sonntag ganz den Radfahrern, Inlineskatern und Fußgängern. Autos waren nur im Miniatur-

format zugelassen: Die Elektrotechnik-Ingenieure Fabian Hofacker und Steffen Kruse von der TFH hatten eigens eine „Dreh-Strom“-Carerabahn konstruiert, die mit Handkurbelgeneratoren betrieben wurde. Elektromobilität im Kleinformat, die viele Kinder oder jung gebliebene Erwachsene zum sportlichen Wettstreit animierte. Nebenan lud Sven Krause vom Studiengang Steine und Erden dazu ein, Zahnpasta aus mineralischen Bestandteilen selbst herzustellen. Hier nahmen sich viele Besucher Zeit, sich ihr eigenes Still-Leben Souvenir zu mixen – wahlweise mit Erdbeer-, Sauerkirsch- oder Pfefferminzaroma. Auch die Studierenden der TFH waren beim Still-Leben dabei und warben für das internationale Sportfest „Cartel des Mines“, das im Jahr 2011 vom AstA der TFH ausgerichtet wird.

TFH-Präsident Professor Dr. Jürgen Kretschmann, der auf der Mobilitätsspur von Essen zu den Tischen der TFH geradelt war, und die beiden Organisatoren Dirk Hansel und Stephan Düppe waren begeistert von der Atmosphäre des Still-Lebens. „Das Ruhrgebiet feiert sich selbst – da gehören wir als älteste Hochschule Bochums natürlich mit dazu. Bochum ist eine lebendige Wissenschaftsstadt. Mit der Initiative UniverCity möchten wir das den Bürgern noch stärker ins Bewusstsein rufen. Ich glaube, das ist uns mit dem Wissenschaftstag und dem heutigen Still-Leben gut gelungen.“, zog Professor Kretschmann ein zufriedenes Fazit.

DASA-Jugendkongress mit Programm online

Deutsche Arbeitsschutzausstellung

Lehrkräfte sind Zukunftsmacher

Unter dem Motto „Die Zukunftsmacher“ liefert der DASA-Jugendkongress am 22. und 23. September in der DASA in Dortmund gute Ideen für Ausbildung und Beruf. Angesprochen sind Jugendliche aller Schulformen ab 14 Jahren und deren Lehrkräfte.

Jetzt sind alle aktuellen Informationen auf der Internetseite www.dasa-jugendkongress.de abrufbar. Praxisnahe Informationen für die Zeit nach der Schule, neue Berufsbilder und Ausbildungsmöglichkeiten abseits der üblichen Hitliste der Wunschberufe zeichnen die zweitägige Veranstaltung aus. Auf dem Programm steht ein bunter Mix aus Gesprächen und Präsentationen von Schulen, Unternehmen und Institutionen.

Angebote für Lehrkräfte

Neu im Angebot des DASA-Jugendkongresses sind Workshops für Lehrkräfte. „Wie gründe ich eine Schüler-Firma?“, „Wie mache ich aus dem Schulgarten ein Projekt fürs Betriebspraktikum?“, Fragen wie diese stehen neben kreativen Beispielen von Projekt-AGs und handhabbaren Lösungen für den Schulalltag zur Diskussion.

Für die Vor- und Nachbereitung des Jugendkongressbesuchs gibt es auf der Internetseite zahlreiche kostenfreie Unterrichtsmaterialien und Kopiervorlagen zum Herunterladen. In diesem Jahr gibt es neue Hilfen für den Un-



terricht zum Thema „Berufsorientierung“, darunter Tipps zur Selbstorganisation des Praktikums für die Schüler.

Zukunft in Zukunftsrouten

Eine weitere Neuerung beim DASA-Jugendkongress stellen die vier „Zukunftsrouten“ dar. Sie verbinden die Stände der Aussteller thematisch. Das erleichtert den Jugendlichen die Auswahl und sorgt für eine gezielte Informationsabfrage.

Der DASA-Jugendkongress gilt seit mehr als einem Jahrzehnt als wichtige berufsvorbereitende Veranstaltung und versteht sich als nicht-kommerzielle Plattform, Wege für ein Leben nach der Schule aufzuzeigen. Die DASA ist ein erlebnisreicher Bildungsort. Durch ihre

ungewöhnliche Gestaltung spricht sie alle Sinne an und vermittelt das Thema Arbeitswelt auf anregende Weise.

Veranstalter sind die DASA und die Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Der DASA-Jugendkongress findet in diesem Jahr im Rahmen der Europäischen Kulturhauptstadt RUHR.2010 statt. Der Eintritt ist an beiden Tagen frei. Um eine Anmeldung wird gebeten. Nähere Informationen dazu unter: www.dasa-jugendkongress.de.

Bild: Rund 10.000 Jugendliche starteten in der DASA in Richtung Zukunft. Foto: A.Wahlbrink

TFH Georg Agricola feiert mit beim Still-Leben Ruhrschnellweg

Technische Fachhochschule Georg Agricola zu Bochum

60 Kilometer gesperrte Autobahn, 3 Millionen Menschen und mittendrin: die Technische Fachhochschule (TFH) Georg Agricola. Gemeinsam mit den fünf anderen Bochumer Hochschulen und dem Deutschen Bergbau-Museum beteiligte sich die TFH unter dem Motto „Welcome to UniverCity Bochum“ am Still-Leben Ruhrschnellweg, der gigantischen Halbzeitaktion des Europäischen Kulturhauptstadtjahrs RUHR.2010 am 18. Juli 2010.

Alle Erwartungen übertroffen – so lautete das Fazit nach sechs Stunden Kulturpicknick auf der abgesperrten A 40, sonst meist befahrene Autobahn Deutschlands. Sie gehörte am Sonntag ganz den Radfahrern, Inlineskatern und Fußgängern. Autos waren nur im Miniatur-

format zugelassen: Die Elektrotechnik-Ingenieure Fabian Hofacker und Steffen Kruse von der TFH hatten eigens eine „Dreh-Strom“-Carerabahn konstruiert, die mit Handkurbelgeneratoren betrieben wurde. Elektromobilität im Kleinformat, die viele Kinder oder jung gebliebene Erwachsene zum sportlichen Wettstreit animierte. Nebenan lud Sven Krause vom Studiengang Steine und Erden dazu ein, Zahnpasta aus mineralischen Bestandteilen selbst herzustellen. Hier nahmen sich viele Besucher Zeit, sich ihr eigenes Still-Leben Souvenir zu mixen – wahlweise mit Erdbeer-, Sauerkirsch- oder Pfefferminzaroma. Auch die Studierenden der TFH waren beim Still-Leben dabei und warben für das internationale Sportfest „Cartel des Mines“, das im Jahr 2011 vom AstA der TFH ausgerichtet wird.

TFH-Präsident Professor Dr. Jürgen Kretschmann, der auf der Mobilitätsspur von Essen zu den Tischen der TFH geradelt war, und die beiden Organisatoren Dirk Hansel und Stephan Düppe waren begeistert von der Atmosphäre des Still-Lebens. „Das Ruhrgebiet feiert sich selbst – da gehören wir als älteste Hochschule Bochums natürlich mit dazu. Bochum ist eine lebendige Wissenschaftsstadt. Mit der Initiative UniverCity möchten wir das den Bürgern noch stärker ins Bewusstsein rufen. Ich glaube, das ist uns mit dem Wissenschaftstag und dem heutigen Still-Leben gut gelungen.“, zog Professor Kretschmann ein zufriedenes Fazit.

DASA-Jugendkongress mit Programm online

Deutsche Arbeitsschutzausstellung

Lehrkräfte sind Zukunftsmacher

Unter dem Motto „Die Zukunftsmacher“ liefert der DASA-Jugendkongress am 22. und 23. September in der DASA in Dortmund gute Ideen für Ausbildung und Beruf. Angesprochen sind Jugendliche aller Schulformen ab 14 Jahren und deren Lehrkräfte.

Jetzt sind alle aktuellen Informationen auf der Internetseite www.dasa-jugendkongress.de abrufbar. Praxisnahe Informationen für die Zeit nach der Schule, neue Berufsbilder und Ausbildungsmöglichkeiten abseits der üblichen Hitliste der Wunschberufe zeichnen die zweitägige Veranstaltung aus. Auf dem Programm steht ein bunter Mix aus Gesprächen und Präsentationen von Schulen, Unternehmen und Institutionen.

Angebote für Lehrkräfte

Neu im Angebot des DASA-Jugendkongresses sind Workshops für Lehrkräfte. „Wie gründe ich eine Schüler-Firma?“, „Wie mache ich aus dem Schulgarten ein Projekt fürs Betriebspraktikum?“, Fragen wie diese stehen neben kreativen Beispielen von Projekt-AGs und handhabbaren Lösungen für den Schulalltag zur Diskussion.

Für die Vor- und Nachbereitung des Jugendkongressbesuchs gibt es auf der Internetseite zahlreiche kostenfreie Unterrichtsmaterialien und Kopiervorlagen zum Herunterladen. In diesem Jahr gibt es neue Hilfen für den Un-



terricht zum Thema „Berufsorientierung“, darunter Tipps zur Selbstorganisation des Praktikums für die Schüler.

Zukunft in Zukunftsrouten

Eine weitere Neuerung beim DASA-Jugendkongress stellen die vier „Zukunftsrouten“ dar. Sie verbinden die Stände der Aussteller thematisch. Das erleichtert den Jugendlichen die Auswahl und sorgt für eine gezielte Informationsabfrage.

Der DASA-Jugendkongress gilt seit mehr als einem Jahrzehnt als wichtige berufsvorbereitende Veranstaltung und versteht sich als nicht-kommerzielle Plattform, Wege für ein Leben nach der Schule aufzuzeigen. Die DASA ist ein erlebnisreicher Bildungsort. Durch ihre

ungewöhnliche Gestaltung spricht sie alle Sinne an und vermittelt das Thema Arbeitswelt auf anregende Weise.

Veranstalter sind die DASA und die Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen der Bundesagentur für Arbeit im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Der DASA-Jugendkongress findet in diesem Jahr im Rahmen der Europäischen Kulturhauptstadt RUHR.2010 statt. Der Eintritt ist an beiden Tagen frei. Um eine Anmeldung wird gebeten. Nähere Informationen dazu unter: www.dasa-jugendkongress.de.

Bild: Rund 10.000 Jugendliche starteten in der DASA in Richtung Zukunft. Foto: A.Wahlbrink

2. Bochumer Qualitäts-Kolloquium: Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie – gestern, heute, morgen.

Technische Fachhochschule Georg Agricola zu Bochum

Im extrem umkämpften Automarkt gehört Qualität zu den überlebenswichtigen Wettbewerbsfaktoren - das zeigten nicht zuletzt die spektakulären Rückrufaktionen der jüngsten Vergangenheit. Auf welche Qualitätsmanagement-Methoden die deutsche Automobilindustrie setzt, erfuhren Studierende der Technischen Fachhochschule (TFH) Georg Agricola gestern (9. Juni) beim 2. Bochumer Qualitätskolloquium von Vertretern führender Automobilhersteller und -zulieferer.

Dr. Norbert Böhme von der Böhme und Weihs GmbH & Co. KG eröffnete die Veranstaltung mit einer kenntnisreichen Einführung in die Geschichte der Qualitätssicherung von den Anfängen des Automobilbaus bis zur Gegenwart und erläuterte die Bedeutung von CAQ-Software für den heutigen Automobilbau. Dass Qualitätssicherung nicht erst bei der Produktion, sondern bereits bei der Entwicklung neuer Fahrzeugmodelle anfängt, zeigte Dr. Torsten Klatte von der Volkswagen AG am Beispiel zukünftiger Elektrofahrzeuge. Welche ökonomischen Aspekte das Qualitätsmanagement betrifft, veranschaulichte Dr. Matthias Hillecke von der Daimler AG anhand neuer Antriebskonzepte aus dem Bereich von Mercedes-Benz Powertrain.

Die Referenten boten den Studierenden damit spannende Insider-Einblicke in das attraktive Berufsfeld Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie. Wer wollte, konnte die Vortragsveranstaltung zur Inspiration für die ei-



gene Abschlussarbeit nutzen, denn sowohl Böhme als auch Klatte und Hillecke betreuen immer wieder auch Diplomanden und Bachelorkandidaten der TFH.

Nach dem Start im Januar 2010 setzte Qualitätsmanagement-Professor Dr. Uwe Dettmer mit dieser Veranstaltung die Vorlesungsreihe „Bochumer Qualitätskolloquium“ erfolgreich fort. Der nächste Termin findet im Wintersemester 2010/11 statt.

Foto (TFH): Die Vortragenden Dr. Hillecke, Dr. Böhme und Dr. Klatte (vorne v.l.) mit Professor Dettmer und TFH-Vizepräsident Prof. Dr. Stefan Vöth (hinten v.l.)

Guntram Schneider ist neuer Minister für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW

Ministerpräsidentin Hannelore Kraft hat Guntram Schneider zum neuen Minister für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ernannt. „Ich freue mich auf die Herausforderung“, sagte der gebürtige Westfale bei seinem Amtsantritt in Düsseldorf. Zuletzt war Guntram Schneider Vorsitzender des DGB-Bezirks Nordrhein-Westfalen. Das Foto zeigt Ministerpräsidentin Kraft und Minister Schneider bei der Aushändigung der Ernennungsurkunde (Foto: Staatskanzlei/Sondermann).



2. Bochumer Qualitäts-Kolloquium: Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie – gestern, heute, morgen.

Technische Fachhochschule Georg Agricola zu Bochum

Im extrem umkämpften Automarkt gehört Qualität zu den überlebenswichtigen Wettbewerbsfaktoren - das zeigten nicht zuletzt die spektakulären Rückrufaktionen der jüngsten Vergangenheit. Auf welche Qualitätsmanagement-Methoden die deutsche Automobilindustrie setzt, erfuhren Studierende der Technischen Fachhochschule (TFH) Georg Agricola gestern (9. Juni) beim 2. Bochumer Qualitätskolloquium von Vertretern führender Automobilhersteller und -zulieferer.

Dr. Norbert Böhme von der Böhme und Weihs GmbH & Co. KG eröffnete die Veranstaltung mit einer kenntnisreichen Einführung in die Geschichte der Qualitätssicherung von den Anfängen des Automobilbaus bis zur Gegenwart und erläuterte die Bedeutung von CAQ-Software für den heutigen Automobilbau. Dass Qualitätssicherung nicht erst bei der Produktion, sondern bereits bei der Entwicklung neuer Fahrzeugmodelle anfängt, zeigte Dr. Torsten Klätte von der Volkswagen AG am Beispiel zukünftiger Elektrofahrzeuge. Welche ökonomischen Aspekte das Qualitätsmanagement betrifft, veranschaulichte Dr. Matthias Hillecke von der Daimler AG anhand neuer Antriebskonzepte aus dem Bereich von Mercedes-Benz Powertrain.

Die Referenten boten den Studierenden damit spannende Insider-Einblicke in das attraktive Berufsfeld Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie. Wer wollte, konnte die Vortragsveranstaltung zur Inspiration für die ei-



gene Abschlussarbeit nutzen, denn sowohl Böhme als auch Klätte und Hillecke betreuen immer wieder auch Diplomanden und Bachelorkandidaten der TFH.

Nach dem Start im Januar 2010 setzte Qualitätsmanagement-Professor Dr. Uwe Dettmer mit dieser Veranstaltung die Vorlesungsreihe „Bochumer Qualitätskolloquium“ erfolgreich fort. Der nächste Termin findet im Wintersemester 2010/11 statt.

Foto (TFH): Die Vortragenden Dr. Hillecke, Dr. Böhme und Dr. Klätte (vorne v.l.) mit Professor Dettmer und TFH-Vizepräsident Prof. Dr. Stefan Vöth (hinten v.l.)

Guntram Schneider ist neuer Minister für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW

Ministerpräsidentin Hannelore Kraft hat Guntram Schneider zum neuen Minister für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ernannt. „Ich freue mich auf die Herausforderung“, sagte der gebürtige Westfale bei seinem Amtsantritt in Düsseldorf. Zuletzt war Guntram Schneider Vorsitzender des DGB-Bezirks Nordrhein-Westfalen. Das Foto zeigt Ministerpräsidentin Kraft und Minister Schneider bei der Aushändigung der Ernennungsurkunde (Foto: Staatskanzlei/Sondermann).



2. Bochumer Qualitäts-Kolloquium: Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie – gestern, heute, morgen.

Technische Fachhochschule Georg Agricola zu Bochum

Im extrem umkämpften Automarkt gehört Qualität zu den überlebenswichtigen Wettbewerbsfaktoren - das zeigten nicht zuletzt die spektakulären Rückrufaktionen der jüngsten Vergangenheit. Auf welche Qualitätsmanagement-Methoden die deutsche Automobilindustrie setzt, erfuhren Studierende der Technischen Fachhochschule (TFH) Georg Agricola gestern (9. Juni) beim 2. Bochumer Qualitätskolloquium von Vertretern führender Automobilhersteller und -zulieferer.

Dr. Norbert Böhme von der Böhme und Weihs GmbH & Co. KG eröffnete die Veranstaltung mit einer kenntnisreichen Einführung in die Geschichte der Qualitätssicherung von den Anfängen des Automobilbaus bis zur Gegenwart und erläuterte die Bedeutung von CAQ-Software für den heutigen Automobilbau. Dass Qualitätssicherung nicht erst bei der Produktion, sondern bereits bei der Entwicklung neuer Fahrzeugmodelle anfängt, zeigte Dr. Torsten Klatte von der Volkswagen AG am Beispiel zukünftiger Elektrofahrzeuge. Welche ökonomischen Aspekte das Qualitätsmanagement betrifft, veranschaulichte Dr. Matthias Hillecke von der Daimler AG anhand neuer Antriebskonzepte aus dem Bereich von Mercedes-Benz Powertrain.

Die Referenten boten den Studierenden damit spannende Insider-Einblicke in das attraktive Berufsfeld Qualitätsmanagement in der Automobilindustrie. Wer wollte, konnte die Vortragsveranstaltung zur Inspiration für die ei-



gene Abschlussarbeit nutzen, denn sowohl Böhme als auch Klatte und Hillecke betreuen immer wieder auch Diplomanden und Bachelorkandidaten der TFH.

Foto (TFH): Die Vortragenden Dr. Hillecke, Dr. Böhme und Dr. Klatte (vorne v.l.) mit Professor Dettmer und TFH-Vizepräsident Prof. Dr. Stefan Vöth (hinten v.l.)

Nach dem Start im Januar 2010 setzte Qualitätsmanagement-Professor Dr. Uwe Dettmer mit dieser Veranstaltung die Vorlesungsreihe „Bochumer Qualitätskolloquium“ erfolgreich fort. Der nächste Termin findet im Wintersemester 2010/11 statt.

Guntram Schneider ist neuer Minister für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW

Ministerpräsidentin Hannelore Kraft hat Guntram Schneider zum neuen Minister für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ernannt. „Ich freue mich auf die Herausforderung“, sagte der gebürtige Westfale bei seinem Amtsantritt in Düsseldorf. Zuletzt war Guntram Schneider Vorsitzender des DGB-Bezirks Nordrhein-Westfalen. Das Foto zeigt Ministerpräsidentin Kraft und Minister Schneider bei der Aushändigung der Ernennungsurkunde (Foto: Staatskanzlei/Sondermann).



Rezension

Tropenmedizin in Klinik und Praxis mit Reise- und Migrationsmedizin

Uwe Ricken

Der Bedarf an qualifizierter reisemedizinischer Beratung und der Nutzen für Reisende, entsendende Betriebe und Organisationen sind enorm. Viele Urlaubs- und Geschäftsreisende sind sich der Unfall- und Gesundheitsgefahren bei vielen Reisezielen nicht bewusst. In den letzten Jahren war das Angebot an aktuellen deutschsprachigen Büchern, die sich mit der angesprochenen Thematik auseinandersetzen, gering.

Mit der erweiterten und überarbeiteten Neuauflage der „Tropenmedizin in Klinik und Praxis“ wird jedem reise- und/oder arbeitsmedizinisch agierenden Arzt ein umfassendes Nachschlagewerk zur Verfügung gestellt. Der Schwerpunkt dieses Fachbuchs liegt auf der allgemeinmedizinisch-internistischen Nosologie. Die Tropenkrankheiten und alle reisemedizinisch relevanten Infektionskrankheiten werden detailliert und praxisnah dargestellt. Das in reisemedizinischen Kursen erworbene Wissen kann für viele Themen vertieft werden.

Dem Kapitel „Arbeitsmedizin in den Tropen“ werden von den insgesamt 1148 Seiten nur sieben Seiten gewidmet. Im Vergleich dazu wird die Lepra auf 13 Seiten umfassend dargestellt. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen müssen allerdings nicht nur für beruflich bedingte Reisen in die Tropen veranlasst werden, besondere klimatische und gesund-

heitlichen Belastungen sowie unzureichende medizinische Versorgung bestehen auch in vielen Ländern, die nicht zu den Tropen oder Subtropen gezählt werden.

Der Zugriff auf Zusatzmaterial unter www.tropenmedizin.thieme.de soll voraussichtlich ab September 2010 möglich sein. Es sind online Fotos, Filme und ein geografisch-medizinisches Länderverzeichnis angekündigt. Für den Zugriff auf diese Informationen ist auf Seite 2 eine persönliche PIN-Nummer abgedruckt.

Für Betriebsärzte, die Firmen betreuen, welche Mitarbeiter in Länder mit besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen oder mit unzureichender medizinischer Versorgung entsenden, kann dieses Standardwerk zum Nachschlagen von Expertenwissen dienen. Das Lesen jeweils relevanter Kapitel für die Betreuung Reisender ist für arbeitsmedizinisch tätige Ärzte nicht nur eine wichtige Informationsquelle, sondern bereitet vielfach Freude.

Nach meiner persönlichen Meinung handelt es sich bei der Pflichtuntersuchung G 35 um die wichtigste und nützlichste Vorsorgeuntersuchung nach den DGUV-Grundsätzen. Die Prävention von Reise- und Tropenkrankheiten dient dem Arbeitnehmer in besonderem Maße und verschafft dem Arbeitgeber einen Wettbewerbsvorteil.



Löscher, Burchard (Hrsg.)

Tropenmedizin in Klinik und Praxis
mit Reise- und Migrationsmedizin

4., komplett überarbeitete und erweiterte Auflage

Gebunden, 1148 S., 547 Abb.

ISBN: 9783137858041

199,95 EUR (inkl. USt., + 3,95 EUR Versand)
Georg Thieme Verlag KG

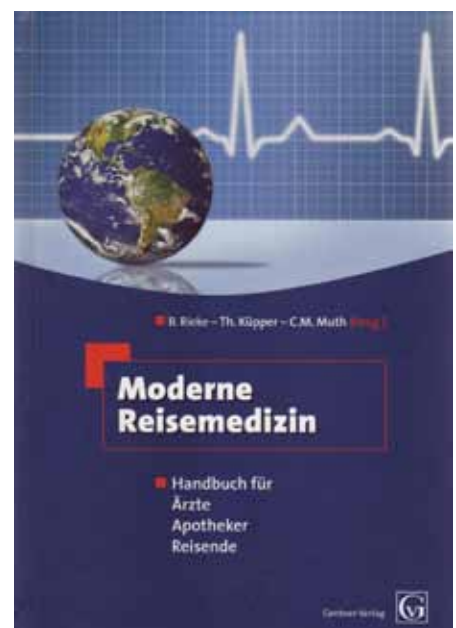
Rezension

Moderne Reisemedizin

Uwe Ricken

„Reisemedizin ist ein eigenes Fachgebiet mit zahlreichen Besonderheiten. Reisemedizinische Themen und Beratung nehmen tendenziell an Bedeutung zu. Denn trotz Wirtschaftskrisen, politischen Gefährdungen in vielen Ländern und steigenden Kosten reisen wir wie die Weltmeister. Urlaubsreisen, Kulturreisen, Geschäftsreisen in einer globalisierten Welt, humanitäre Einsätze, aber auch der millionenfach zunehmende Reiseverkehr aus dem Ausland ins Inland führen zu so zahlreichen Kontakten mit anderen Ländern, wie sie sich frühere Generationen nicht haben vorstellen können.“

Das Kapitel über die Pflichtuntersuchung G 35 umfasst immerhin elf von 680 Seiten. Die Kapitelüberschrift „Langzeitaufenthalt im Ausland“ kann über die Verpflichtung von Untersuchungen auch bei Kurzaufenthalten hinwegtäuschen. Ebenfalls missverständlich plakative Formulierungen finden sich aber auch in dem Buch „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (auch Gentner Verlag) und der BGI/GUV-I 504-35 von November 2009. In diesen beiden Fällen steht unter Erstuntersuchung: „Bei Arbeitsaufenthalten von insgesamt mehr als 3 Monaten ...“. In der BGI/GUV-I 504-35 wird weiter hinten präzisiert: „Bei besonderen Bedingungen je nach Einsatzort und Einsatz-



art (z. B. bei besonders hoher Infektionsgefahr, besonderer beruflicher Belastung, schlechter ärztlicher Versorgung, ständig wechselndem Einsatzort) ist ungeachtet der Dauer des Arbeitsaufenthaltes eine ärztliche Untersuchung erforderlich.“

Als Reiseländer, bei denen die G 35-Vorsorgeuntersuchung erforderlich ist, werden neben der Standarddefinition „zwischen 30 Grad nördlicher und 30 Grad südlicher Breite“ die Länder der ehemaligen Sowjetunion, die Mongolei, Arktis und Antarktis und Einsatzorte in der Höhe genannt. Nach der oben angesprochenen Informationsschrift (BGI) müssen je nach Gefährdungsbeurteilung weitere Länder einbezogen werden. „Darüber hinaus können erhöhte gesundheitliche Risiken in den Rand-

gebieten wie zum Beispiel Korea, Libanon, Mongolei, Syrien, Türkei, Tunesien und Uruguay sowie in den Nachfolgestaaten der früheren Sowjetunion und in einigen Ländern Europas wie in Teilen Rumäniens und Bulgariens vorliegen.“

Zum Teil ebenfalls arbeitsmedizinische Themen wie Unfallrisiko und Sicherheit im Straßenverkehr, International Health Regulations, Medizinische Infrastruktur und Rettungswesen, Medikamentenbeschaffung im Ausland, Sicherheit am Arbeitsplatz bei Entsendung ins Ausland und Aufenthalt in der Höhe sind für Betriebsärzte besonders nützlich. Zusammenfassend ist die „Moderne Reisemedizin“ für arbeitsmedizinisch tätige Ärzte empfehlenswert. Das Buch ist auch problemlos transportabel.

B. Rieke
Th. Küpper
C.M. Muth

Moderne Reisemedizin

Handbuch für Ärzte, Apotheker, Reisende

1. Auflage 2010,
gebunden, 4-farbig,
680 Seiten

ISBN: 978-3-87247-708-8

59,00 EUR zzgl. Versandkosten

Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart

Rezension Burnout Erkennen und verhindern

Uwe Ricken

Dr. med. Christian Stock ist Facharzt für Innere und Psychotherapeutische Medizin. Er arbeitet als leitender Oberarzt in einer psychosomatischen Fachklinik (Berolina Klinik Löhne). In der Praktischen Arbeitsmedizin veröffentlichte er 2008 einen Artikel (Stock, C.: Das Burnout-Syndrom ... ISSN 1861-6704 Prakt. Arb.med. 2008; 13: 34-36). Er hat auch mehrfach für den BsAfB Referate zu diesem Thema gehalten. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Burnout, Mobbing, Stressbewältigung und Coaching. Nebenberuflich ist er in freier Praxis in Bielefeld tätig.

Im TaschenGuide „Burnout“ zeigt er, woran man ein Burnout-Syndrom erkennt und wie es dazu kommen kann. Darüber hinaus empfiehlt er erprobte Strategien, wie man sich vor dem Ausbrennen schützen kann.

Als Schwerpunkte werden folgende Themen erörtert:

- Wie Sie Burnout erkennen:
Unterschiede zu Stress und Depression
- Ihr Job: Welche Faktoren Sie krank machen können
- Ihre Persönlichkeit: Neigen Sie zum Burnout?
- Gegenmaßnahmen ergreifen:
Einfache Techniken, die Ihnen helfen

Das Buch besticht durch seine gute Gliederung. Der Autor stellt die wesentlichen Fakten klar verständlich dar. Die Texte lassen sich gut

lesen und sind frei von der „Fachsprache der Psychosomatiker“. Der Inhalt wird auch sehr gut von Nichtfachleuten ohne Vorkenntnisse verstanden. Das Wichtigste wird jeweils kurz und prägnant dargestellt. Es macht Freude in diesem Buch zu lesen, es vermittelt Kenntnisse und Selbsterkenntnis.

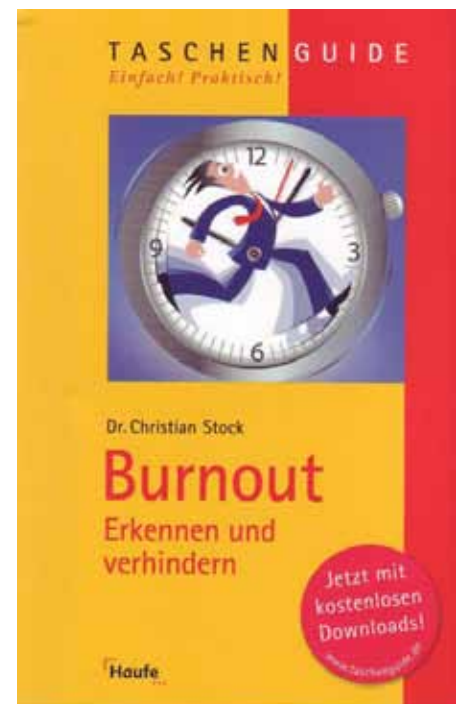
Das Buch ist nicht nur für Gefährdete und Betroffene, sondern auch für Verwandte, Freunde und Arbeitskollegen von Betroffenen geeignet. Diese Darstellung des häufigen Syndroms empfiehlt sich ebenfalls für Betriebsärzte, Personalverantwortliche, Mitglieder von Betriebsräten und Personalvertretungen – Personengruppen, die wenig Zeit für die Lektüre eines Themas haben.

C. Stock
Burnout
Erkennen und verhindern

1. Auflage 2010,
127 Seiten

ISBN: 978-3-448-10145-4
6,90 EUR inkl. MwSt, versandkostenfrei

Haufe-Lexware GmbH & Co. KG
Munzinger Straße 9
79111 Freiburg



BsAfB-News August 2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

woran denken Sie, wenn Sie MacDonald lesen? Eben, an das Original! Das spricht für uns: Offensichtlich hat der „Bundesweite Betriebsärztetag“ unseres BsAfB in den letzten sechs Jahren einen so großen Bekanntheitsgrad entwickelt, dass sich unser „Schwesterverband“ VDBW veranlasst fühlt, seine „Arbeitsmedizinische Herbsttagung“ mit einer ähnlich klingenden Titulierung aufzupeppen: ein Alleinstellungsmerkmal sieht anders aus!

BsAfB –

Das Original, wenn es um KMU geht

Wo wir schon mal dabei sind, von guten Beispielen zu reden, mit denen es sich lohnt voranzugehen: Der BsAfB ist stolz darauf, die Merkmale „selbstständig und freiberuflich“ als seine wegweisenden Kennzeichen etabliert zu haben. Und das macht den BsAfB zum Partner für andere Selbstständige so attraktiv. Deshalb sind unsere Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als kompetente Partner gerade in KMU so erfolgreich vertreten.

Wir sind es wie die Inhaber von KMU gewohnt, selber Verantwortung – auch wirtschaftliche – zu tragen, wir wissen, wie schwierig sich manche unternehmerische Entscheidungsprozesse gestalten und wie man trotz allem zum Erfolg kommt. Und wo andere noch darüber streiten, wem im Konzern gegenüber sie berichtspflichtig sind, ob sie Managern der zweiten Führungsebene ebenbürtig sind oder doch vom Downgrading bedroht, da agieren wir im BsAfB schon längst auf Augenhöhe zum Wohle der Gesundheit der uns anvertrauten Beschäftigten.

BsAfB - der kompetente Partner für KMU!

Mit diesem Motto ist deshalb auch der 7. Bundesweite Betriebsärztetag am 19. und 20. Februar 2011 in der Osnabrück-Halle überschrieben. Bei der Evaluation der Bewertungsbögen zu den Referenten, den Referaten, den Workshops und den Praxisseminaren, bei denen auch nach Themenvorschlägen gefragt wurde, zeichnete sich ein großes Interesse für Themen ab, die gerade in KMU eine große Rolle spielen. Das Konzept mit acht Workshops und vier Praxisseminaren zusätzlich zu den sehr praxisbezogenen Referaten kam sehr gut an. Das Abendprogramm ließ Analogien zu den oft als Highlight aufgefassten Abendprogrammen des Forums Arbeitsmedizin in Deggendorf unseres Partners RG (www.rg-web.de) zu. Hier wie dort werden viele Kooperationen initiiert – wir sind eben keine Einzelkämpfer!

Auf der **MEDICA** in Düsseldorf wird vom BsAfB am **Freitag, den 19.11.2010** von 10.00 Uhr bis 13.00 Uhr (CCD Pavillon, Raum 111, 1. OG, Seminar 307) ein Reisemedizinseminar an-

geboten. Die wissenschaftliche Leitung teilen sich PD Dr. Tomas Jelinek, Düsseldorf, und Dr. Uwe Ricken, Bad Essen.

Themen:

- Aktuelles aus der Reisemedizin - Update Reiseimpfungen (Bettina Flörchinger, Düsseldorf), Mücken- und Zeckenschutz (Dr. rer. nat. Patrick Petry, Düsseldorf)
- Beruflicher Auslandsaufenthalt, Abrechnung reisemedizinischer Leistungen nach GOÄ (Dr. med. Uwe Ricken, Bad Essen). Alle drei „Reisemediziner“ sind Referenten beim Centrum Reisemedizin in Düsseldorf (CRM). Für diese Veranstaltung wurden bei der Ärztekammer Nordrhein Zertifizierungspunkte beantragt.

www.medcongress.de/de/main/veranstaltungen.php

Welche Bedeutung hat die Reisemedizin für KMU? Mehr als 98% aller Geschäftsreisen (meist Kurzreisen) werden von KMU veranlasst. Bei besonders hoher Infektionsgefahr, besonderer beruflicher Belastung oder schlechter ärztlicher Versorgung muss ungeachtet der Dauer des Arbeitsaufenthaltes die G 35-Vorsorgeuntersuchung veranlasst werden. Den meisten Verantwortlichen in KMU ist diese Verpflichtung noch nicht bekannt.

Von selbstständigen Arbeitsmedizinern für Niederlassungswillige und Selbstständige, die Anregungen suchen - aus der Praxis für die Praxis

Angestellte arbeitsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte haben häufig das Ziel vor Augen als Selbstständige zu agieren, mancher Werkarzt hat ein ungutes Gefühl, wenn Unternehmensberater in ihrem Betrieb von Restrukturierung und Outsourcing reden und auch Fachärzte (Internisten, Allgemeinmediziner) überlegen, ob es nicht sinnvoll ist sein Portfolio um die Arbeitsmedizin zu erweitern. Bei Niederlassungswilligen und Freiberuflern, die erst vor kurzem den Schritt in die Selbstständigkeit vollzogen haben, besteht ebenfalls ein großes Informationsinteresse.

Am **Samstag, den 27. November 2010** findet das **Auftaktseminar** zu diesem Thema in Erfurt statt. Als Tagungsort wurde das kongresserfahrene **Radisson Blu Hotel****** am Rand der historischen Altstadt gewählt. Je nach gewählten An- und Abreisetagen besteht die Möglichkeit am Freitag- und am Samstagabend den Weihnachtsmarkt zu besuchen. „Die Landeshauptstadt Thüringens schmückt sich festlich im Advent. Geprägt durch einen der am besten erhaltenen mittelalterlichen Stadtkerne Deutschlands ist die Stadt eine reizvolle Mischung aus reichen Patrizierhäusern und



liebervoll rekonstruierten Fachwerkhäusern. Mariendom und Severikirche, dieses monumentale unverwechselbare Bauensemble und zugleich Wahrzeichen Erfurts, sind in warmes Licht getaucht. ...“ (aus der Internetpräsenz der Landeshauptstadt Erfurt).

Von 10.00 Uhr bis 16.30 Uhr sind **drei Workshops à 90 Minuten** vorgesehen.

Die Kaffeepausen und das gemeinsame Abendessen sind eine gute Gelegenheit Kontakte zu knüpfen und Informationen auszutauschen. Folgende Workshops werden angeboten:

- Bericht über die Niederlassung als freiberufliche Arbeitsmedizinerin (Silke Kretzschmar)
- Vertragsgestaltung und Abrechnung arbeitsmedizinischer Dienstleistungen, Rechnungsstellung und MwSt., Finanzierung/Kreditaufnahme für Freiberufler (Uwe Ricken)
- Arbeitsschutz in der Arztpraxis inkl. Gefährdungsbeurteilung (Silvester Siegmann)

In den Themen spiegeln sich die Kernkompetenzen des BsAfB. Nach dem gemeinsamen Abendessen sollte man unbedingt den Weihnachtsmarkt besuchen.

.....
Die Online-Anmeldung und Informationen zu den geplanten Praxisseminaren finden Sie auf der Internetseite des BsAfB:

www.bsafb.de → Praxisseminare
.....

Uwe.Ricken@bsafb.de