

# PRAKTISCHE ARBEITSMEDIZIN

Zeitschrift für betrieblichen Gesundheitsschutz und Betriebssicherheit

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

Ausgabe 5 / Oktober 2006

Vom Gestern zum Morgen -  
Sicher und gesund auch in Zukunft!



Die Geschichte des Arbeitsschutzes

Seite 6

Die Entwicklung der Arbeitsmedizin  
in Deutschland im 20. Jahrhundert

Seite 10

Gemeinsame Arbeitsschutzstrategie

Seite 14

Zukunft des Arbeitsschutzes

Seite 16

3. bundesweiter Betriebsärztetag

Seite 54

[www.bsafb.de](http://www.bsafb.de)  
[www.arbeitsmedizinforum.de](http://www.arbeitsmedizinforum.de)

**BsAfB**

Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner  
und freiberuflicher Betriebsärzte

## Editorial

### Vom Gestern zum Morgen - sicher und gesund auch in Zukunft!

Sehr geehrte Leserinnen und Leser von Praktische Arbeitsmedizin, Sie halten heute schon das fünfte Heft unserer Zeitschrift in Händen. Es ist zwar keine Sondernummer, aber schon eine besondere. Wir nehmen Sie mit auf eine Reise in die Zukunft. Dabei vergessen wir nicht die Wurzeln unserer Herkunft, im Gegenteil: es ist uns gelungen, namhafte Autoren zu gewinnen, die uns die konsequente Entwicklung des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin als einem seiner traditionellen Bestandteile zum Heute darstellen.

Aber jede Entwicklung ist prozesshaft, sie macht nicht halt, sondern geht weiter. Wie und wohin genau? Das ist schwer vorhersehbar. Aber ob chaotisch oder als logische Aufeinanderfolge von einzelnen Schritten, das lässt sich beeinflussen - und zwar von jedem Einzelnen. Wichtig ist dabei ein Ziel zu haben. Und wichtig ist auch, die Ziele der anderen zu kennen, die sich gemeinsam mit uns um Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb sorgen.

Die Ziele künftigen Arbeitsschutzes in Deutschland aus Sicht des Bundesarbeitsministers stellen wir Ihnen in diesem Heft vor. Ein wesentlicher Punkt ist die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Auch wenn sie im Kern eher eine Arbeitsschutz-Aufsichtsstrategie ist, gibt es in ihr viele Anknüpfungspunkte auch für Betriebsärztinnen und -ärzte. Um im vielstim-

migen Arbeitsschutzkonzert aber weiter gehört zu werden, wird es unweigerlich zu inhaltlich neuen Schwerpunktsetzungen auch bei den Betriebsärzten kommen müssen.

Gerade die Neugestaltung der BGV A2 erfordert die Öffnung zu neuen Ansätzen und Handlungsfeldern. Die klassischen Einsatzzeiten treten dabei in den Hintergrund zu Gunsten konkreter Gestaltungsaufgaben. Einige der Konzepte anderer Mitstreiter in Sachen betrieblicher Gesundheitsschutz sind in diesem Heft abgedruckt. Gut zu wissen, wenn man sich selber einbringen will, um auch weiterhin aktiv am Netzwerk mitzuknüpfen.

Studiert man die Konzepte, stößt man immer wieder auf ähnliche Ansätze: vermittelt werden Management- und Schlüsselqualifikationen, Fähigkeiten, die komplexen Probleme der Arbeitswelt kooperativ lösen zu können. Kommunikative Kompetenzen und motivationales Geschick sind erforderlich, um den Unternehmer auch unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen von der Sinnhaftigkeit der notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen zu überzeugen. In diesem Sinne gilt es, betriebsärztliche Leistungen gerade gegenüber kleineren Unternehmen zu überprüfen und das Spektrum gegebenenfalls zu erweitern.

Das betrifft dabei zum einen die Inhalte des Weiter- und Fortbildungsangebotes in der gem-

samten Bandbreite des medizinischen, sozialen (und technischen) Arbeitsschutzes. Zum anderen muss sich auch jeder Einzelne diesen Fragen selbstkritisch stellen und an sich und seinem eigenen Angebot arbeiten. Wer als (niedergelassener) Arzt selbst Patienten mit eingeschränkter Compliance von der Notwendigkeit einer Therapie überzeugen kann und in Zeiten der Gesundheitsreform den Kopf über Wasser hält, für den dürfte das allerdings auch im Hinblick auf betriebsärztliches Handeln kein unüberwindbares Hindernis darstellen. Und was andere Arbeitsschützer können, sollten Ärzten auch gelingen!

Zum Abschluss einige tröstende Worte an alle, die lieber klassisch-medizinische Themen in einer arbeitsmedizinischen Zeitschrift lesen wollen: Die nächste Ausgabe von Praktische Arbeitsmedizin ist bereits fast fertig: darin werden wieder „richtige“ ärztliche Aspekte des betriebsärztlichen Handelns im Vordergrund stehen.

Wir bedanken uns bei unserer Leserschaft für die vielen kritisch-konstruktiven Beiträge, die uns zu den ersten Ausgaben von Praktische Arbeitsmedizin erreicht haben und mit denen Sie uns helfen, unsere Arbeit als Schriftleiter in Ihrem Sinne zu optimieren.



*Andreas Meyer-Falcke*

Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Andreas Meyer-Falcke  
Schriftleiter Arbeitsmedizin



*Silvester Siegmann*

Dipl.-Min. Silvester Siegmann  
- Sicherheitsingenieur -  
Schriftleiter Arbeitssicherheit

# Die Geschichte des Arbeitsschutzes

Hans Schadewaldt

**Die Anpassung des Menschen an die von ihm selbst maßgeblich beeinflusste Umwelt kann gerade im Bereich des technischen Fortschritts nicht mithalten. Genau in dem Bereich, in dem der Mensch das Tempo der Entwicklung selber am meisten mitbestimmt, muss er vor den dadurch ansteigenden Belastungen geschützt werden. Hier liegen die Aufgaben des Arbeitsschutzes. Durch geeignete Bestimmungen und Maßnahmen sollen Unfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten vermieden und das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Arbeitnehmer gefördert werden. Die dadurch erreichte Steigerung der Leistungsfähigkeit und die Senkung des Krankenstandes leisten einen hohen Beitrag zum Unternehmenserfolg.**

Arbeit gilt wenn nicht als ein Fluch, so doch als eine Last, die den Menschen hindert, sich selbst zu erkennen und in der eigenen, wie auch immer deklarierten Selbstbestimmung zu leben. In allen Hochkulturen des Altertums galt zumindest die körperliche Arbeit als minderwertig und wurde in erster Linie von den Sklaven, den beseelten Werkzeugen nach ARISTOTELES, verrichtet. Nicht alles was, wie die „Brockhaus“-Definition für „Arbeit“ lautet, „bewusstes Handeln zur Befriedigung von Bedürfnissen und darüber hinaus Teil der Daseinsfüllung des Menschen“ ist, wurde und wird bis zum heutigen Tag mit dem Terminus Arbeit belegt.

In ganz entscheidendem Maße zu einer Änderung des Arbeitsbegriffes hat das junge Christentum beigetragen und dass auf der Basis des Neuen Testaments. Die Kirchenväter und die Gründer der Mönchsorden, in erster Linie sei hier BENEDIKT VON NURSIA (um 480-547) mit seinem Wahlspruch „Ora et labora“ genannt, haben dazu beigetragen, die Arbeit nunmehr als Gottesdienst und nicht mehr als einen Fluch anzusehen.

Medizinhistoriker sehen als Vorläufer der heutigen Werks- und Betriebsärzte die Berg- und Knappschaftsärzte vergangener Jahrhunderte an und datieren somit den Beginn der Arbeitsmedizin von den ersten Arbeiten über die „Bergsucht“, eine Erkrankung, unter der sich Silikosen sowie Schwermetall- und Kohlenoxidvergiftungen verborgen haben dürften, und die „Hüttenkatze“, die man heute allgemein als eine chronische Bleivergiftung identi-

## Zur Person



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.  
Hans Schadewaldt**

Geb. am 07. Mai 1923, Studium der Medizin und Geschichte an den Universitäten Tübingen, Würzburg und Königsberg. Später Tätigkeit in der Kinderklinik in Tübingen und Übernahme der Redaktion der medizinhistorischen CIBA-Zeitschrift. Habilitation für Medizingeschichte an der Universität Freiburg 1961, Berufung als außerordentlicher Professor an die Medizinische Akademie in Düsseldorf, 1965 Ernennung zum ordentlichen Professor. 1976-1977 Dekan der Medizinischen Fakultät Düsseldorf. 1985-1992 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Medizin. 1990-1993 Präsident der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften und von 1986-1994 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Schiffs- und Marinegeschichte. Vertreter des Faches Geschichte der Medizin zeitweise auch an den Universitäten Köln, Marburg und Aachen. Besondere Interessen für Schiffs- und Tropenmedizin, Kunst und Medizin sowie Arbeitsmedizin, Allergologie und ärztliche Ethik.

### Anschrift:

Institut für Geschichte der Medizin  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

fiziert hat. Diese Reihe wurde angeführt von der Veröffentlichung des WENCESLAUS PAYER (BAYER), genannt De Cubito, vom Jahre 1523 „Fruchtbare Ertzney mit ihrem rechten Gebrauch von den gemeinen Man so auff dem hochberumbten Berckwerck Sankt Joachimsthal“ (erfahren).

Ein Jahr später erschien dann im Druck die bereits 1473 entstandene Arbeit von ULRICH ELENBOG (1440-1499). „Von den giftigen besen Temppffen und Reuchen der Metal“, und es folgte dann die allgemein bekannte Schrift des PARACELSUS (1493-1541) „Von der Bergsucht und anderen Bergkrankheiten“ von 1533, die allerdings erst 1567 in Dillingen gedruckt wurde, und von GEORG AGRICOLA „De re metallica“, 1530 in Basel publiziert.

Damals wie heute stellten sich dabei die Fragen: Wie konnte man die Erkrankungen, die auf Basis des Arbeitslebens entstanden, erkennen, vor allem in ihrer Abhängigkeit von Noxen des Arbeitslebens, und wie konnte man die betreffenden Gefahren von den Arbeitern fernhalten. Denn es hat in der Tat Jahrhunderte gedauert, bis die Schädlichkeit bestimmter Stäube für den menschlichen Organismus ins Auge fiel oder bis die typischen Symptome der chronischen Bleivergiftung als solche erkannt worden waren.

Man erlebt es auch heute immer wieder, dass neu synthetisierte Substanzen Gefahren mit sich bringen, die nur durch aufmerksame Beobachtung rechtzeitig erkannt werden können, während der einzelne Arbeiter ein Unwohlsein oder eine mehr oder weniger schwere Erkrankung auf ganz andere Ursachen zurückführt.

So konnten der Arbeitsschutz früherer Zeiten und erst recht unser moderner Arbeitsschutz nicht so lange warten, bis die betreffenden Arbeiter sich krankmeldeten, sondern er musste bereits frühzeitig Vorsorgemaßnahmen ergreifen, um etwaige gesundheitsgefährdende Phänomene zu erkennen und damit Gefahren von den ihm anvertrauten Arbeitern abwenden zu können. Der Werksarzt war also wohl einer der ersten, der das praktizierte, was man heute prophylaktische Medizin nennt, und, dies scheint bis auf den heutigen Tag von besonderer Bedeutung, der Arbeitsschützer des Mittelalters, der Barock- und Aufklärungszeit und der Jetztzeit durfte seine Vorstellungen nicht nur in hypothetische und theoretische Erwägungen

# Neue Vernetzung zum Vorteil unserer Kunden!

Startschuss zur IT-Kooperation zwischen GPK und Stock-Informatik.  
Gewinner sind Arbeitsmediziner und Betriebsärzte.

Kundenfreundlichkeit, Auswahl, Qualität, Know how und Innovationen sind Schlagworte, welche das Leistungsangebot des arbeitsmedizinischen Dienstleisters GPK am besten beschreiben. Dabei gibt es ständig neue Angebote, Aktionen und Nachrichten aus Wirtschaft, Institutionen und Politik zu entdecken. Das GPK-Fachportal [www.gpk.de](http://www.gpk.de) mit integriertem Online-Shop und modernem Bestellmanagement der Römer-Apotheke gehört mittlerweile zu den gerne und häufig besuchten Serviceplattformen für Arbeitsmediziner und Betriebsärzte.

Kein Wunder also, dass die GPK auch mit anderen erfolgreichen Branchenexperten ins Gespräch kommt. Eckart Rinck, GPK Vertriebs- und Marketingleiter, konnte seine **Kooperationsaktivitäten um eine neue Partnerschaft erweitern**. Mit der Firma Stock-Informatik ([www.stock-informatik.com](http://www.stock-informatik.com) oder [kontakt@stock-informatik.com](mailto:kontakt@stock-informatik.com)) holte er im Sommer 2006 eine Wunsch-Kooperation ins Unternehmen. Lautet doch das GPK-Motto stets: Partnerschaft mit Mehrwert! Bei beiden Dienstleistern stehen langjährige Kompetenz, Erfahrungen und Lösungen für den arbeitsmedizinischen Markt im Kunden-Mittelpunkt.

Profitieren können GPK-Kunden nun vor allem von den Möglichkeiten des innovativsten Stock-Informatik-Produktes, der **ISIS-Software für den Einstieg in die Arbeitsmedizin**. Die bewährte ISIS-Software bietet maßgeschneiderte Komplett-Lösungen für die **speziellen Ansprüche des Arbeitsmediziners**. Es macht Spass mit ISIS zu arbeiten, die Software läuft problemlos auf handelsüblicher Hardware, die klar gestaltete Oberfläche ist einfach bedienbar und verfügt über vielfältige Funktionalitäten wie zum Beispiel:

- » Patientenverwaltung
- » Terminmanagement
- » Impftermine
- » Arztkalender
- » Elektronische Patientenakte
- » BG-Bescheinigung und Statistik
- » Brieffunktion und Ablage von eingescannten Dokumenten

Zahlreiche Praxen (von 1 Platz Systemen) bis hin zur Großindustrie (bis zu 150 Arbeitsplätze) nutzen das intelligente ISIS-System, haben Arbeitsabläufe damit modernisiert und optimiert und ihre individuellen Anwendungen

effektiv ausgebaut. Auch die GPK wird das Bestellwesen des Online-Shops der Römer-Apotheke im Zuge der Kooperation in ISIS integrieren. **GPK-Kunden mit ISIS-Software aufgepasst: Sie können in Kürze direkt aus Ihrem System auf die Angebote der Römer-Apotheke zugreifen**. GPK / Stock-Informatik werden Sie persönlich informieren. Sie sparen damit Zeit und gewinnen noch mehr Bestell-Komfort!

Leser der PRAKTISCHEN ARBEITSMEDIZIN, die sich für den Online-Shop der Römer-Apotheke auf dem GPK-Fachportal interessieren, ihn kennen lernen und mit einer virtuellen Führung unverbindlich testen wollen oder Infos zur ISIS-Software wünschen, wenden sich bitte direkt an Eckart Rinck, E-Mail [rinck@gpk.de](mailto:rinck@gpk.de) oder Telefon 0721-680 28 36.

Um weitere GPK-Leistungen zu testen und stets auf dem Laufenden zu sein, lohnt es sich auch den **kostenlosen GPK-Newsletter anzufordern**. Sie erhalten monatlich ausgewählte Angebote, saisonale Schnäppchen und Nachrichten direkt auf Ihren Schreibtisch. Zahlreiche Fachbesucher nutzen bereits diesen Service. Bitte lassen Sie sich einmalig unverbindlich und kostenlos registrieren unter [www.gpk.de](http://www.gpk.de) -> Shop. GPK freut sich auf Ihren Besuch.

## Partnerschaft mit Mehrwert!

S T O C K  
I N F O R  
M A T I K



Stock Informatik GmbH & Co. KG  
Ardeyer Strasse 100  
D-58730 Fröndenberg

Tel. (02378) 8690 0  
Fax (02378) 8690 51  
E-Mail: [kontakt@stock-informatik.com](mailto:kontakt@stock-informatik.com)  
[www.stock-informatik.com](http://www.stock-informatik.com)



**GPK**  
Gesellschaft für  
medizinische Prävention  
und Kommunikation mbH

GPK mbH  
Vertriebs- und Marketing-Büro:  
Karlsruher Str. 88  
D-76139 Karlsruhe

Tel. (0721) 680 28 36  
Fax (0721) 680 27 14  
E-Mail: [kontakt@gpk.de](mailto:kontakt@gpk.de)  
[www.gpk.de](http://www.gpk.de)

fassen, sondern man erwartete von ihm eine schnelle und durchgreifende praktische Hilfe, die etwaige Missstände am Arbeitsplatz umgehend abzustellen erlaubte. Er befand sich dabei eigentlich immer in einem besonderen Dilemma. Auf der einen Seite war ihm der Schutz der Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung anvertraut, das war seine wichtigste und erste Aufgabe. Auf der anderen Seite durfte er keine, wissenschaftlich nicht absolut abgesicherten, die Produktion beeinträchtigenden Postulate anmelden, denn dann konnte ein derartiges Unternehmen konkurrenzunfähig werden, in Konkurs geraten, und dies hätte schließlich zum Verlust der Arbeitsplätze geführt.

So wahr es auf der einen Seite ist, dass in den alten Hochkulturen den Sklaven nur eine relativ bescheidene ärztliche Versorgung zuteilwurde, zumal wenn es sich um verurteilte Verbrecher oder Kriegsgefangene handelte, so wenig darf man auf der anderen Seite übersehen, dass z. B. in Altägypten für die aufgrund von freiwilligen Dienstverträgen oder durch Dienstleistungsverordnungen für einige Monate des Jahres verpflichteten Arbeiter, aber auch für die Sklaven etwa beim Pyramidenbau oder beim Bau der pharaonischen Paläste, eine geregelte ärztliche Versorgung an der Tagesordnung war.

Es war für die Medizinhistoriker eine Überraschung, als der belgische Gelehrte FRANS JONCKHEERE (1903-1956) in Untersuchungen, insbesondere der sogenannten Ostraka, Tonscherben also, die in demotischer Schrift als Notizblätter beschrieben waren und meist das Tagesgeschehen im alten Ägypten, von den Rechnungen der Hausfrauen bis zu Anweisungen an Beamte usw. wiedergaben, darlegen konnte, dass es bereits dort einen regelrechten Stand der Werks- und Betriebsärzte gegeben haben muss. Sie hatten wohl maßgebenden Einfluss darauf, dass die freien Arbeiter eine ausreichende Ruhezeit einhalten konnten und an jedem Ersten des Monats sowie den beiden letzten Tagen jeder Dekade arbeitsfrei waren, sodass die eigentlichen Werktag sich auf 23 im Monat reduzierten. Wenn man dazuzählt, dass ihnen bei bestimmten Anlässen, der Erkrankung ihrer Frau oder der Verheiratung der Tochter sowie natürlich bei allen staatlichen Festen, Urlaub gegeben wurde, muss man feststellen, dass die Verhältnisse im alten Ägypten sich jedenfalls für die freien Arbeiter nicht wesentlich von denen unserer Tage unterscheiden haben dürften, ja sie wurden im Gegensatz zu heute sogar dann beurteilt, wenn sie, wie es in einem Text heißt, Bier herstellen mussten, wenn der Sohn erkrankt war oder die Tochter ihren „Namenstag“, fei-

erte. Auch auf die brütende Hitze im Sommer nahm man Rücksicht. So war eine zweistündige Siesta an der Tagesordnung und es gab eine Hitzezulage an besonders heißen Tagen, wenn dennoch gearbeitet werden musste. Gegen den brennenden Durst lieferten die Staatsbehörden entweder unter Bäumen kaltgestellte Krüge mit Wasser oder Bier und für die Arbeiter mit Spezialaufgaben wurden regelrechte Ateliers aus Stein eingerichtet, wobei man auf eine adäquate Ventilation großen Wert legte. In Ägypten sind erstmals Windsegel benutzt worden, um auf diese Weise hoch über dem Dach ein wenig frische Luft in die Ateliers zu führen. Und während man auf die Bekleidung der Sklaven keinen Wert legte, sodass viele nur in Lumpen, manche sogar ohne jedes Kleidungsstück arbeiten mussten, hatten die freien Arbeiter ein Recht auf einen Rock und vor allem Sandalen als Schutz gegen Skorpionstiche. In vielen Fällen gehörte es geradezu zum Deputat der Arbeiter, dass man ihnen Leinen- oder Baumwollkleidung, zumindest Stoff zur Verfügung stellte.

Nach dem altägyptischen Motto, dass die Arbeit zügig vorstangeht, wenn der Bauch gefüllt ist, legte man auch auf eine adäquate Ernährung mit den Grundnahrungsmitteln Getreide, Öl und Brot großen Wert, wengleich es natürlich in Hungerjahren, die aus der Bibel wohl bekannt sind, gerade auch den Arbeitern am Nötigsten mangelte und es gelegentlich zu Aufständen kam.

Dies alles wurde neben den Verwaltungsbeamten von einer besonderen Gruppe von Ärzten, den „Sinu“, überwacht, die in der Tat als erste Werks- und Betriebsärzte der Welt betrachtet werden dürften. Sie sind auf zahlreichen Listen, vor allem der Minen und Steinbrüche fast stets zu finden, und sie sind nicht selten sogar auf Stelen dargestellt, ein Zeichen ihrer besonderen Wertschätzung, obwohl ihr soziales Ansehen in der Ärztehierarchie nicht besonders hoch war. Und sie wurden wiederum von einem Chefarzt kontrolliert.

Besonders häufig mussten auch Betriebsunfälle behandelt werden, so geschlossene oder offene Frakturen, welche ausdrücklich als solche erwähnt wurden sowie Augenverletzungen, die mit der berühmten ägyptischen Augensalben behandelt wurden. Ebenso gab es Sanitätsstellen, in denen bettlägerige Patienten eine Zeitlang gepflegt wurden, bis sie zu ihrer Familie zurückkehren konnten.

Nun, man darf betonen, dass dies natürlich nicht überall im alten Ägypten der Fall war und vor allem nur für die freien Arbeiter galt, die

entweder dienstverpflichtet wurden oder einen individuellen Kontrakt abgeschlossen hatten. Dazu kommt zweifelsohne heute für den Arbeitsschützer noch das Aufgabengebiet des Umweltschutzes hinzu, das übrigens schon von der Republik Venedig sehr klar erkannt worden war. Dort gab es seit 1294 bereits exakte Vorschriften über die Vermeidung von Rauch, schädlichen Dämpfen, Lärm und schädlichen Abwässern sowie Gesetze, die sich insbesondere gegen die Belästigung der Umgebung durch Färbereien, Bäckereien, die berühmte Glasindustrie in Murano und andere industrielle Unternehmungen richteten.

Alle Empfehlungen, Verordnungen und Gesetze, die die Sicherung der Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung zum Anlass haben, sind nur dann sinnvoll, wenn ein Experte, der über die Unfallgefahren und die technischen Probleme, die sich in den einzelnen Betrieben ergeben könnten, eingehend informiert ist, ihre Anwendung überwacht, erläutert und notfalls verbessert. Dies hat schon der französische Arzt TANQUEREL DES BLANCHES erkannt, der zum ersten Mal in seinem Werk „Traité des maladies de plomb ou saturnines“ (Paris, 1839) die unterschiedlichen Symptome der Bleivergiftung auf das Agens Pb eindeutig zurückführte.

Seinen Anfang nahm der deutsche Arbeitsschutz im Jahre 1828 in Preußen. Bei der militärischen Musterung in den preußischen Industriegebieten fand sich zu dieser Zeit keine ausreichende Anzahl militärtauglicher junger Männer mehr. Um aber auch in Zukunft genügend Soldaten zur Verfügung zu haben, sah sich der zuständige General Horn dazu veranlasst, an den König von Preußen heranzutreten und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Arbeiterschaft zu fordern. Im Jahre 1839 wurde diese Forderung dann durch das Preußische Regulativ für die Beschäftigung jugendlicher Arbeitnehmer in Fabriken erfüllt. Der Reichskanzler Otto von Bismarck initiierte wenige Jahre später weitreichende, für seine Zeit fortschrittliche Sozialgesetze, die sich im wesentlichen mit der Unfall-, Kranken-, Renten- und Invaliditätsversicherung befassten. Hintergedanke bei seinem Sozialgesetzgebungswerk war dabei aber weniger eine ethisch-moralische Grundeinstellung, als vielmehr das Ziel, die Arbeiterschaft für sich zu gewinnen und sie somit von der Sozialdemokratie zu entfremden und diese weiter zu schwächen.

Als die Gründungsväter der Europäischen Gemeinschaft vor 40 Jahren die Verträge von Rom unterzeichneten, legten sie das politische Fundament der europäischen Integration



## Privatliquidation ohne Umwege

*schnell - zuverlässig - reibungslos*

Die PVS ist seit fast 80 Jahren einer der größten deutschen Dienstleister im Bereich der Privatabrechnung und mit dieser Erfahrung für alle Beteiligten ein kompetenter und zuverlässiger Partner.

### Unser Service für Sie:

- ✓ die gesamte Durchführung der Privatliquidation/BG-Abrechnung
- ✓ die Rechnungserstellung mit Vollständigkeitsprüfung
- ✓ die Korrespondenz mit Kostenträgern und Patienten
- ✓ die Sofortauszahlung der Honorare
- + die Übernahme des gerichtlichen Mahnverfahrens einschließlich Zwangsvollstreckung

... und Vieles mehr!

Fordern Sie Ihr individuelles Angebot an:

Tel.: 02 08/48 47- 444  
Fax: 02 08/48 47- 399

info@pvs-portal.de  
www.pvs-portal.de



**Privatärztliche Verrechnungsstelle  
Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg**

Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

und leiteten auch die Zeit der Angleichung im Arbeitsschutz ein. Die Rechtssysteme im Bereich des Arbeitsschutzes waren in den einzelnen Mitgliedsstaaten der Gemeinschaft zum Teil sehr unterschiedlich und boten nicht alle das gleiche Maß an Sicherheit und Gesundheitsschutz für die Arbeitnehmer. Um das Ziel eines gemeinsamen Arbeitsschutzsystems zu erreichen, wurde basierend auf dem EWG-Vertrag am 12. Juni 1989 die EG-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit erlassen (Inkrafttreten 31.12.1992). Ergänzt wurde sie dann noch einmal durch die Richtlinie 91/383/EWG des Rates in Bezug auf den Schutz von befristeten Arbeitsverhältnissen und Leiharbeitsverhältnissen. Die Rahmenrichtlinie basiert dabei im wesentlichen auf zwei Artikeln des EWG-Vertrages: den damaligen Artikeln 100a (jetzt 95) und 118a (jetzt 137). Der Artikel 100a (Art.

95) richtet sich an den Hersteller und den Inverkehrbringer und regelt die Anforderungen an die Produktsicherheit. Auf der Grundlage dieses Artikels sind verschiedene Vorschriften erlassen worden, die der Angleichung der unterschiedlichen sicherheitstechnischen Anforderungen dienen und verhindern sollen, dass durch diese Unterschiede Handelshemmnisse entstehen, die den freien europäischen Binnenmarkt behindern könnten. Die auf dem Artikel 100a basierenden Vorschriften sind verbindlich und lassen den europäischen Mitgliedsstaaten bei der Umsetzung in nationales Recht keinen Handlungsspielraum. Der Artikel 118a (Art. 137) ist die eigentliche Hauptbasis für die Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz und richtet sich an die Arbeitgeber und Arbeitnehmer. In ihm ist vorgesehen, dass der Rat der europäischen Gemeinschaft durch Richtlinien Mindestvorschriften festlegt, die insbesondere die Verbesserung der Arbeitsumwelt fördern und somit die Sicherheit und die Gesundheit der

Arbeitnehmer schützen. Bei der Umsetzung von Mindestvorschriften in nationales Recht können die Mitgliedstaaten über die darin gestellten Forderungen hinausgehen.

Von dem Erlass der Rahmenrichtlinie und deren Inkrafttreten bis zur Umsetzung in nationales Recht war es jedoch noch einmal ein langer Schritt, der schließlich im August 1996 durch das Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes vollzogen wurde. Gleichzeitig erweiterte der Gesetzgeber zum selben Zeitpunkt den Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherer durch das Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherer in das Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Im Zuge dieser angestrebten Konformität im europäischen Arbeitsschutz gab es eine ganze Reihe von Richtlinien, die in deutsches Recht umgesetzt wurden bzw. noch umgesetzt werden müssen.

# Die Entwicklung der Arbeitsmedizin in Deutschland im 20. Jahrhundert

Helmut Valentin

## Zusammenfassung

Einleitend wird dargelegt, wie die Arbeitsmedizin im letzten Jahrhundert als praktiziertes und wissenschaftliches Fach in Deutschland etabliert wurde. Hierbei war zu berücksichtigen, dass es sich um einen modernen und sozialen Industriestaat handeln sollte. Der Überblick zeigt, dass es sich hierbei sowohl um diagnostisch-klinische als auch um präventive Aufgaben bzw. Probleme in der Arbeitswelt handelt. Anschließend wird auf einige Aktivitäten von Organisationen, Körperschaften, Gesellschaften oder den Gesetzgeber in Deutschland hingewiesen. Es folgt eine Übersicht über einige Aktivitäten der Internationalen Organisationen im Hinblick auf die Arbeitsmedizin. Der Beitrag schließt mit der Feststellung, dass die Bemühungen um den Vergleich mit den verschiedenen Industriestaaten bisher nicht erfolgreich waren, da die Sozialsysteme im Einzelnen gänzlich unterschiedlich strukturiert und daher kaum vergleichbar sind. Im Hinblick auf die Unfallversicherung, die betriebsärztliche Betreuung und die Arbeitsmedizin als Lehr- und Prüfungsfach in den medizinischen Fakultäten dürfte die Bundesrepublik Deutschland jedoch weltweit eine Spitzenposition einnehmen.

## 1. Arbeitsmedizin ist in Deutschland etabliert

Im letzten Jahrhundert ist die Arbeitsmedizin als praktiziertes und wissenschaftliches Fach in Deutschland als modernem und sozialem Industriestaat etabliert worden. Maßgeblich beteiligt waren hierbei die Fortschritte in allen Bereichen der Humanmedizin (Diagnostik, Therapie, Kausalanalyse, Begutachtung, Prävention), der Ausbau der Unfallversicherung und die geänderte Auffassung der Gesellschaft (Arbeit darf nicht krank machen - Gesundheit am Arbeitsplatz für alle!). Der nachfolgende Katalog belegt diese Feststellung:

Mit dem Eintritt in das 20. Jahrhundert erscheinen die ersten wissenschaftlichen Fachzeitschriften:

- In Wien wird, belegt ab 1913, die „Zeitschrift für Gewerbe-Hygiene, Unfall-Verhütung und Arbeiter-Wohlfahrts-Einrichtungen“ herausgegeben.
- Im Berliner Springer-Verlag erscheint, gleichfalls 1913, der erste Jahrgang des „Zentral-

blatt für Gewerbehygiene“, des heutigen „Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie“ und

- 1928 erstmals die „Arbeitsphysiologie“.
- Mit dem „Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene“ wird 1930 ein wissenschaftliches Journal aufgelegt, das seit jetzt 28 Jahren als „International Archives of Occupational and Environmental Health“ erscheint.

Hierzu parallel geht die Errichtung von speziellen oder regionalen Forschungsinstituten:

- 1914 wird in Berlin von Rubner ein Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie errichtet, das unter der Leitung von Atzler grundlegende Forschungsarbeiten leistet.
- 1921 wird in München von Koelsch ein Institut für Arbeitsmedizin eingerichtet.
- 1925 von Baader in Berlin eine Klinik für Berufskrankheiten. Zusätzlich entstehen drei Staubforschungsinstitute.

Die weitere eindrucksvolle Entwicklung des Fachs Arbeitsmedizin spiegelt die (chronologische) Tabelle 1 im Überblick wieder. Zusammenfassend zeigt sie, dass der stimulierende Status zur Verselbstständigung des Fachs „Arbeitsmedizin“ von Mitte der 60iger Jahre bis Mitte der 70iger Jahre des vorigen Jahrhunderts gegeben war. Die Voraussetzungen zur Abtrennung als eigenständiges Fach waren erfüllt, weil durch den qualitativen und quantitativen Gehalt dieses Sondergebietes und durch die Exklusivität der Methoden und Techniken die praktische Tragfähigkeit für die theoretische und klinische Arbeit erkennbar war. Der Gedanke implizierte eine Vermehrung der Lehrstühle mit spezieller Zweckbestimmung und der Abteilungen mit selbstständiger Leitung. Das Fach wurde in diesen 100 Jahren in allen Bereichen unseres Systems des Gesundheitswesens etabliert, integriert und akzeptiert.

Mit Beginn des 21. Jahrhunderts ist eine neue Ära des Fachs zu registrieren. In der aktualisierten Approbationsordnung für Ärzte sind Arbeitsmedizin und Sozialmedizin wiederum als selbstständige Lehr- und Prüfungsfächer aufgenommen. Weiterhin wird die Liste der Berufskrankheiten nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft in einigen Bereichen präzisiert und erweitert.

## Zur Person

### Prof. Dr. med. Helmut Valentin,

em. Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Helmut Valentin ist einer der Nestoren der Arbeits- und Sozialmedizin in Deutschland. 1964 wurde er auf den Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg berufen. Bis 1989 war er zugleich Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten in Erlangen. Valentin war der erste arbeitsmedizinische Ordinarius in der Bundesrepublik Deutschland; er setzte Maßstäbe in Forschung und Lehre. Auch über seine engere Wirkungsstätte in Erlangen-Nürnberg hinaus übernahm er zahlreiche Ehrenämter. So war er von 1967 bis 1973 und von 1982 bis 1985 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e.V. Von 1969 bis 1970 war er Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg. Über fünf Wahlperioden - von 1971 bis 1985 - war Valentin Präsident des Vorstandes des Medizinischen Fakultätentages. Von 1973 bis 1991 war er Präsident der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in München. Er ist seit 1973 Träger des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, seit 1979 Inhaber des Bayerischen Verdienstordens und seit 1982 Inhaber der Bayerischen Staatsmedaille für soziale Verdienste.

1925	Die erste Liste der Berufskrankheiten wird erstellt und veröffentlicht. Weitere Ergänzungen folgen in den nächsten Jahren.
1925/33	In Berlin werden eine Klinik und später auch ein staatliches Institut für Berufskrankheiten an der Universität eröffnet.
1929	In Lyon werden anlässlich einer internationalen Tagung Begriff und Fach „Arbeitsmedizin“ definiert.
1949	Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte wird in Leverkusen gegründet. In den 50iger und 60iger-Jahren erlangen die Bücher von Baader und Koelsch über Arbeitsmedizin Weltgeltung. Sie finden sich weltweit in den Institutsbibliotheken und Kliniken.
1962	Die erste Europäische Liste der Berufskrankheiten wird bei der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel erarbeitet. Es wird in Hamm die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin gegründet. In den nächsten Jahren werden wissenschaftliche Jahrestagungen zu verschiedenen Themen initiiert und abgehalten.
1963	Errichtung der E.W. Baader-Stiftung zur Förderung junger Arbeitsmediziner.
1964/65	Bildung des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ in der BÄK.
1965	Einrichtung und Besetzung des ersten Ordentlichen Lehrstuhls für Arbeits- und Sozialmedizin in der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg. Es folgen die Universitäten Tübingen, Hamburg, Gießen, Berlin, Köln, usw.
1970	Arbeitsmedizin und Sozialmedizin werden als selbstständige Lehr- und Prüfungsfächer in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen.
1970 - 1972	Berufung einer Kommission von Temporary Advisors für die World Health Organization zur Bearbeitung des Themas „Epidemiology of Intoxications in Industry of Europe“ unter deutscher Beteiligung und Veröffentlichung des Berichtes.
1971/72	Die ersten Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden von Sachverständigen erstellt und veröffentlicht.
1972 - 1977	Erarbeitung und Veröffentlichung der Merkblätter für die Europäische Liste der Berufskrankheiten bei der EWG in Brüssel durch sachverständige Delegierte der sechs Industrie-Nationen unter starker deutscher Beteiligung.
1973	Das Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit tritt in Kraft. Bildung des Ausschusses „Arbeitsmedizin / Berufskrankheiten“ im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit unabhängigen Sachverständigen und Wissenschaftlern.
1973/74	Neuordnung der Deutschen Liste der Berufskrankheiten nach sachlogischen Gesichtspunkten, um sie bei neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft systematisch ergänzen zu können und um sie lehr- und lernbar zu machen.
1976	Einführung eines speziellen Weiterbildungsganges zum Arzt für Arbeitsmedizin auf dem 79. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf. In den 70iger- und 80iger Jahren werden die beiden Thieme-Taschenbücher über Arbeitsmedizin in drei Auflagen weit verbreitet und in die italienische, polnische und spanische Sprache übersetzt.
1989	Richtlinie des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (89/391/EWG).
1991/96	Errichtung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Berlin im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.
1996	Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz UVEG) vom 7. August 1996.

**Tabelle 1:**

*Meilensteine in der Entwicklung der Arbeitsmedizin im 20. Jahrhundert.*

## 2. Aktivitäten in Deutschland im Hinblick auf die Arbeitsmedizin

Im Mai 1925 erließ der Minister für Handel und Gewerbe einen Erlass zur Einrichtung einer Station für Gewerbekrankheiten in Berlin-Lichtenberg, die später an die Medizinische Fakultät der Universität Berlin angegliedert wurde. Leiter wurde Professor Baader. In Berlin gab es damit die dritte Einrichtung dieser Art weltweit, nach Mailand 1910 und nach Moskau 1923.

Mitte der 60er Jahre hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft eine Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe gegründet. Sie gibt jährlich die MAK- und BAT-Werte-Liste heraus, die für alle Betriebe verbindlich ist.

In diesem Zusammenhang sind auch zwei Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der Medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten zu erwähnen. Es handelt sich um die im März 1968 vorgelegten Empfehlungen sowie die am 8. Juli 1976 verabschiedeten Empfehlungen. In beiden Papieren wird nachdrücklich auch die Einrichtung von Hochschulinstituten für Arbeitsmedizin gefordert.

Auch der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ist im Hinblick auf die Prävention von Gesundheitsschäden an den Arbeitsplätzen aktiv geworden. Er hat erstmalig 1971 und dann 1981 und 1998 „Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“

veröffentlicht. Aufgrund dieser Bemühungen konnten wir 1998 über die Entwicklung und den derzeitigen Stand arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach BG-Grundsätzen berichten. Aus den Jahresberichten des HVBG wurde zum einen die Gesamtzahl aller, durchgeführten G-Untersuchungen, andererseits die Entwicklung innerhalb 42 erfasster Grundsätze zuzüglich ihrer Untergruppen im Zeitraum ab 1979 bzw. dem Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung bis 1995 aufgeschlüsselt. Es wurden insgesamt ca. 38,5 Mio. G-Untersuchungen erfasst. Bezüglich Einzelheiten sei auf die Sonderschrift „S 46“ der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin verwiesen.

Am 1.12.1974 trat das Gesetz über Betriebs-



ärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit in Kraft. Es hat zumindest zur Verpflichtung aller Groß- und Mittelbetriebe geführt, fachkundige Werksärzte zu bestellen. Neben den hauptamtlichen oder nebenamtlich tätigen Betriebs- und Werksärzten sind überbetrieblich arbeitsmedizinische Dienste z. B. durch die Berufsgenossenschaften, den Technischen Überwachungsvereinen sowie Arbeitgeber-Organisationen eingerichtet worden.

Im Jahre 1980 wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlicht. Im Auftrage der Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft war eine Arbeitsgruppe unter Vorsitz von Rutenfranz tätig geworden. Es wurde insbesondere die Situation der arbeitsmedizinischen Forschungsvoraussetzungen an den Universitäten untersucht.

Im März 1985 konnte das Erlanger Hochschulinstitut sein 20-jähriges Bestehen feiern. Aus diesem Anlass wurde eine ausführliche Broschüre mit dem Titel „Aktuelle Aspekte in der Arbeits- und Sozial-Medizin“ veröffentlicht. Hiernach waren in den 28 Medizinischen Fakultäten der Wissenschaftlichen Hochschulen in den letzten 20 Jahren 18 ordentliche Lehrstühle für Arbeitsmedizin eingerichtet worden.

Im August 1986 haben wir in einem Sonderheft der ASU ausführlich über „Moderne Aspekte der Arbeitsmedizin“ berichtet. Hiernach gilt die Forderung „Gesundheit am Arbeitsplatz für alle - eine Forderung unserer Zeit.“

Seit Frühjahr 1987 gibt die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie in unregelmäßigen Abständen „Toxikologische Bewertungen“ heraus.

Im Zuge der Wiederherstellung der Deutschen Einheit wurde am 1. Januar 1991 die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin in Berlin gegründet. Am 1. Juli 1996 wurde die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung errichtet. Sie entstand durch die Zusammenlegung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz in Dortmund und der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin in Berlin.

Wesentliche Beiträge zur Strukturierung des Faches wurden in den letzten 40 Jahren vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (heute: ... und Umweltmedizin; DGAUM) initiiert und publiziert. Hierzu wurden

1966, 1971, 1979, 1985	Eine allgemein akzeptierte Definition des Faches.
1973	Veröffentlichung von Examens-Fragen der Arbeitsmedizin im Springer-Verlag.
1976	Veröffentlichung eines Buches Ökologischer Kurs: Teil Arbeitsmedizin im Enke-Verlag.
1987	Veröffentlichung von 851 Examensfragen zur Arbeitsmedizin und Sozialmedizin im Springer-Verlag.
1987	Veröffentlichung des Almanach zum 25jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Gentner-Verlag. (Hier finden sich neben dem Vorstand und einem historischen Rückblick die Aktivitäten, Empfehlungen, Informationen und Stellungnahmen sowie die Auszeichnungen und Preise auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin.)

**Tabelle 2:**

*Exemplarisch ausgewählte Arbeiten des Vorstandes der vormaligen Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin.*

jeweils entsprechende Arbeitsgruppen herangezogen. Beispiele finden Sie in Tabelle 2.

### 3. Aktivitäten der Internationalen Organisationen im Hinblick auf die Arbeitsmedizin

Die Internationalen Organisationen haben im letzten Jahrhundert mehrere bedeutsame Beiträge für die Arbeitsmedizin geliefert. Beispielhaft seien folgende Werke genannt:

1. Die „Encyclopaedia of Occupational Health and Safety“ erschien erstmalig 1930, dann 1971, 1983 und schließlich 1998 in vier Bänden.
2. Die „IARC-Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans“ ist seit 1972 von der Welt-Gesundheits-Organisation in 80 Bänden veröffentlicht worden.
3. Seit 1976 sind bis heute in den gleichen Organisationen 228 Beiträge der „Environmental Health Criteria“ erschienen.
4. In diesem Zusammenhang müssen auch die 32 Monographien, die 86 technischen Berichte und die 40 Einstufungen genannt werden, die die ECETOC „European Centre for Ecotoxicology and Toxicology of Chemicals“ in Brüssel seit 1978 bis 2003 publiziert hat.
5. Weiterhin ist die Europäische Agentur für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit zu nennen. Sie wurde von der Europäischen Union 1996 geschaffen, um den großen Informationsbedarf im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz abzudecken. Die Agentur hat ihren Sitz in Bilbao (Spanien). Ihre Aktivitäten basieren auf der gesetzlichen Grundlage zweier Verordnungen des Rates aus den Jahren 1994 und 1995.

6. Im Juni 1996 fand in Rom eine Internationale Veranstaltung mit dem Titel „Sicherheit an den Arbeitsplätzen in Europa“ statt. Eingeladen waren ausgewählte Sachverständige aus allen Staaten der Europäischen Union. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hatte kurzfristig Radandt für die Sicherheitstechnik und den Autor für die Arbeitsmedizin nominiert. Beide wurden von den Veranstaltern aufgrund ihrer internationalen Aktivitäten akzeptiert. Die zu erarbeitenden Berichte sollten auf Wunsch der Veranstalter ein Grundkonzept enthalten. Folgende Unterthemen wurden gewünscht:
  - Durchführungsstand der EG-Richtlinien zum Thema Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer
  - Sicherheitsverpflichtungen, die Vorsorge und die Versicherung
  - Zuständigkeitsbereiche der öffentlichen Anstalten und Organe
  - Die Sicherheitsschuldner auf dem öffentlichen und auf dem Privatsektor
  - die Rolle der Tarifautonomie
  - der Sanktionierungsapparat.
Die zahlreichen Diskussionen haben gezeigt, dass Deutschland eine Vorreiterrolle in der Umsetzung der erlassenen Richtlinien eingenommen hat. Ausführlich ist hierüber auf dem dritten Symposium der Erfurter Tage der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten im November 1996 berichtet worden.
7. Die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) ist die für internationale Sozialpolitik zuständige Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Sie besteht seit 1919 und hat ihren Sitz in Genf. Die jährlichen Vollversammlun-

gen sind drittelparitätlich besetzt und zwar durch die Staatsvertreter der einzelnen Nationen, die Arbeitgeber und die Gewerkschaften. In den letzten 50 Jahren sind zahlreiche Übereinkommen und Empfehlungen der IAO zu arbeitsrechtlichen wie auch zu sozialrechtlichen Fragen veröffentlicht worden. Sie wurden in einer einzigen Sammlung zusammengefasst und abgedruckt. Hier finden sich zahlreiche Mindestnormen zur sozialen Sicherheit, zur Arbeitsmedizin und zu Berufskrankheiten.

8. In den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden in zahlreichen Bereichen die Tendenzen der Globalisierung und der Wandel der Arbeitswelt erkennbar. Diese Entwicklungen führten auch zu neuen Überle-

gungen und Konzepten in der Arbeitsmedizin. Mehrere fortlaufende Serien erschienen von verschiedenen Autoren in angesehenen internationalen Zeitschriften. Beispielhaft seien hier folgende genannt:

- Concepts in Occupational and Environmental Health. 30 Reports. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 1994 - 2000 (Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg).
- Methodology Series in Occupational and Environmental Medicine. 15 Reports. Occupational and Environmental Medicine, 1995 - 1999 (London).
- Reports in National Health Regulations. 18 Reports. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 1998 - 2001 (Springer-Verlag, Berlin - Heidelberg).

Abschließend zeigen die Bemühungen um den Vergleich in den verschiedenen Industriestaaten, dass die Sozialsysteme im Einzelnen gänzlich unterschiedlich strukturiert und daher kaum vergleichbar sind. Im Hinblick auf die Unfallversicherung, die betriebsärztliche Betreuung und die Arbeitsmedizin als Lehr- und Prüfungsfach in den medizinischen Fakultäten dürfte die Bundesrepublik Deutschland weltweit eine Spitzenposition einnehmen.

**Literatur zu diesem Artikel erhalten Sie über den Herausgeber BsAfB (siehe Impressum Seite 59) vom Autor!**

---

» IM HINBLICK AUF DIE UNFALLVERSICHERUNG, DIE BETRIEBSÄRZTLICHE BETREUUNG UND DIE ARBEITSMEDIZIN ALS LEHR- UND PRÜFUNGSFACH IN DEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN DÜRFTE DIE BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND WELTWEIT EINE SPITZENPOSITION EINNEHMEN. «

---

Valentin, H.: Die Entwicklung ... ISSN 1861- 6704 Prakt. Arb.med. 2006; 5: 10-13

**nimbus**  
**innovations**

**AVIS** sicher  
intuitiv  
flexibel

vital.expertise®



vital.expertise® und AVIS 2006 - Innovationen für das Gesundheitsmanagement

### Sind Sie fit für den Paradigmenwechsel:

- einziges evidenzbasiertes System zur Messung der Vitalität (Funktionsalterindex - **FAI**)
- 45 Vitalitätsindikatoren der physischen, psychischen, und sozialen Funktionsbereiche

### Schneller arbeiten mit mehr Möglichkeiten:

- integriertes System mit Prävention, Sprechstunde, Untersuchungen, Gefährdungen, Unfall und Rechnungslegung
- Statistikfunktion
- Fälligkeiten und Termine auf einen Blick
- Workflow-Management

### Vernetzte Prozesse:

- zahlreiche medizinische Geräte anbindbar
- Einfacher Import von Personaldaten (auch SAP)

Tel: (06158) 9188-10  
Fax: (06158) 9188-19

E-Mail: [info@nimbus-innovations.de](mailto:info@nimbus-innovations.de)  
[www.nimbus-innovations.de](http://www.nimbus-innovations.de)

nimbus innovations gmbh  
64589 Stockstadt am Rhein

Friedrich-Ludwig-Jahn-Str. 16

Enter

# Gemeinsame Arbeitsschutzstrategie

Franz Müntefering

**Die Gestaltung sicherer, gesunder und menschengerechter Arbeit ist eine im Grundgesetz verankerte Aufgabe unseres Sozialstaates. Es ist eine deutsche Besonderheit, dass diese Aufgabe in einem „dualen System“ erfüllt wird. Neben dem staatlichen Arbeitsschutz mit seiner Rechtsetzung und Überwachung kümmern sich die selbstverwalteten Träger der gesetzlichen Unfallversicherung um den Schutz der Beschäftigten vor Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Sie erlassen Unfallverhütungsvorschriften und überwachen deren Einhaltung in den Unternehmen mit eigenen Aufsichtsdiensten.**

Dieses „duale Arbeitsschutzsystem“ hat unbestreitbare Verdienste. Dennoch offenbart das System einige Schwachstellen. Die inhaltlich weitgehend deckungsgleichen Präventionsaufträge führen in der Praxis zu Überschneidungen und lassen mögliche Synergieeffekte ungenutzt. Im Bereich der Rechtsetzung erschweren Doppelregelungen in staatlichen Arbeitsschutzvorschriften und berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften die Rechtsanwendung und belasten die Betriebe. Im Bereich des Vollzuges werden die Beratungs- und Überwachungsaufgaben von Länderbehörden und Unfallversicherungsträgern sehr unterschiedlich wahrgenommen. Es fehlt an aufeinander abgestimmten Beratungs- und Überwachungsschwerpunkten.

Auf diese Schwächen ist auch der Ausschuss Hoher Aufsichtsbeamter der EU-Mitgliedstaaten (SLIC) im Rahmen seiner Deutschland-Evaluierung gestoßen. Nach Auffassung des SLIC muss die „strategische Übersicht und zentrale Koordinierung“ im deutschen Arbeitsschutz deutlich verbessert werden. Das Fehlen einer Arbeitsschutzstrategie hat der SLIC als Mangel des dualen Systems in Deutschland wahrgenommen.

Deutschland muss diese Kritik aufgreifen. Wie andere EU-Mitgliedstaaten muss es auf nationaler Ebene ein strategisches Konzept im Arbeitsschutz entwickeln. Wir müssen unsere Kräfte bündeln und unsere Ressourcen so effektiv wie möglich einsetzen. Die Verbesserung der Zusammenarbeit von Ländern und Unfallversicherungsträgern, ein arbeitsteiliges Vorgehen, muss genutzt werden, um vorhan-

## Zur Person



**Franz Müntefering, MdB und Bundesminister für Arbeit und Soziales**

Der 1940 geborene Sauerländer ist gelernter Industriekaufmann. Seit 40 Jahren bekleidet er zahlreiche Ämter auf der kommunal-, landes- und bundespolitischen Ebene. So war Müntefering von 1992 bis 1995 Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, seit 22.11.2005 ist er der Bundesminister für Arbeit und Soziales. Sein Ministerium ist innerhalb der Bundesregierung für die zukünftige Entwicklung des Arbeitsschutzes auf nationaler und internationaler Ebene zuständig.

[www.bmas.bund.de](http://www.bmas.bund.de)

dene Effizienzreserven auszuschöpfen und die Betriebe zu entlasten. Dies sind wir den Beschäftigten und den Unternehmen schuldig.

Die Verpflichtung für eine nationale Strategie ergibt sich über den SLIC-Bericht hinaus auch aus unseren internationalen und europäischen Verpflichtungen. Wir haben im Frühsommer 2006 dem ILO-Übereinkommen „Förderungsrahmen für den Arbeitsschutz“ zugestimmt, das die ILO-Mitgliedstaaten zu einer nationalen Strategie verpflichtet.

Die Europäische Kommission legt Ende des Jahres ihren Vorschlag zur „Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007 bis 2011“ vor. Nach diesem Zeitplan wird unter deutscher Ratspräsidentschaft im ersten Halbjahr 2007 eine Resolution des Rates zur Strategie vorbereitet. Wir sollten mit gutem Beispiel vorangehen und die EU-Vorgaben, die unter unserer Ratspräsidentschaft ausgearbeitet werden, zügig umsetzen.

Einige Themen der europäischen Gemeinschaftsstrategie 2007 bis 2011 zeichnen sich bereits ab. Die Stichwörter lauten: Qualität der Arbeit, bessere Rechtsetzung, Beratung und Überwachung. Weiterhin sollen die Fortschritte auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes in den Mitgliedstaaten messbar gemacht werden.

Die europäische Arbeitsschutzstrategie wird einen direkten Beitrag zum erneuerten Lissabon-Prozess leisten, der zwei zentrale Ziele verfolgt: verstärktes, dauerhaftes Wachstum sowie mehr und bessere Arbeitsplätze. Daraus wird deutlich, dass auf europäischer Ebene dem Arbeitsschutz inzwischen eine doppelte Rolle zugeordnet wird. Er soll sowohl die gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten senken, als auch ökonomisch förderlich wirken.

Im Arbeitsschutz schlummert großes wirtschaftliches Potenzial: Experten beziffern den volkswirtschaftlichen Schaden durch arbeitsbedingte Erkrankungen in Deutschland pro Jahr auf fast 30 Mrd. Euro. Eine beachtliche Summe, die durch einen präventiven und leistungsfähigeren Arbeitsschutz deutlich gesenkt werden kann. Jede Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit im Betrieb stärkt die Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft und hilft den Beschäftigten.

In den EU-Mitgliedstaaten gibt es ein weitgehend einheitliches und ausdifferenziertes Vorschriftenwerk im Arbeitsschutz. Wie aber steht es mit der Wirksamkeit dieser Vorschriften in den Betrieben? Bei der Beantwortung dieser Frage ist die Situation in den kleinen und mittelständischen Unternehmen von besonderem Interesse, weil sie das Rückgrat der europäischen Wirtschaft bilden. Vor allem für diese Unternehmen müssen die Vorschriften gut umsetzbar sein. Ein aktuelles Beispiel für die Optimierung von Vorschriften für Klein- und Kleinstbetriebe in Deutschland ist die reformierte Unfallverhütungsvorschrift BGV A2. Für Kleinstbetriebe unpraktikable Einsatzzeiten wurden abgeschafft. Die Verpflichtung zur Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit orientiert sich nun an der tatsächlichen Gefährdung im Betrieb. Wahlweise kann sich ein Unternehmer mit bis zu 50 Beschäftigten auch zum Vor-Ort-Experten schulen lassen (sog. Unternehmermodell) und benötigt externe Unterstützung dann nur noch in besonderen Fällen.

Ein weiterer Schwerpunkt der EU-Strategie wird die wirksame Durchsetzung der existierenden Standards im Arbeitsschutz sein. Diese Maßnahme dient dem Schutz der Beschäftigten und dem fairen Wettbewerb. Die EU plant, den Erfahrungsaustausch unter den nationalen Aufsichtsbehörden zu fördern. Auch die Sozialpartner sollen bei der Durchsetzung der Arbeitsschutzstandards aktiver werden. Als wirksames Instrument nennt die EU hier freiwillige Sozialpartnereinbarungen, z. B. zu den Themen „Stress“ und „Muskel-Skelett-Erkrankungen“. Daneben soll auch die Beratung der Unternehmen, z. B. durch anwenderfreundliche Leitfäden und Gute-Praxis-Beispiele verstärkt werden.

Die künftige EU-Strategie geht zutreffend davon aus, dass ihre Maßnahmen nur wirksam sind, wenn sie messbare Fortschritte in den Mitgliedstaaten erzielen. Was noch fehlt, ist jedoch ein brauchbares Messverfahren. In der aktuellen Diskussion favorisieren die skandinavischen Staaten das von ihnen entwickelte „Nordic scoreboard“. Auf dieser „Nordischen Ergebnistafel“ wird für einzelne Staaten vermerkt, ob und wie sie die wichtigen Ziele der EU-Strategie umsetzen und wie erfolgreich sie dabei sind.

Das Scoreboard wird inzwischen von Großbritannien, Irland und den Niederlanden unterstützt. Damit könnte dieses Messinstrument in der EU durchaus mehrheitsfähig werden. Auch für Deutschland bräuchte eine Bewertung auf der Grundlage eines solchen Instruments Vorteile.

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Deutschland ist durch den EU-Vertrag verpflichtet, die Maßnahmen der EU-Organe aktiv zu unterstützen und insbesondere die Verbesserung der Arbeitsumwelt zu fördern. Darunter fällt selbstverständlich auch die „Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2011“. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass bereits die 82. Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) im vergangenen Jahr Eckpunkte beschlossen hat, wie das duale Arbeitsschutzsystem in Deutschland strategisch verbessert werden kann.

Die ASMK hatte den Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik beauftragt, zusammen mit Bund und Unfallversicherungsträgern auf der Grundlage der Eckpunkte eine „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie“ (GDA) zu erstellen. Nach dem bisherigen Entwurf könnten die wesentlichen Inhalte und Strukturen in Zukunft so aussehen:

**In einer „Nationalen Arbeitsschutzkonferenz“ legen Bund, Länder und Unfallversicherungsträger gemeinsame Arbeitsschutzziele und prioritäre Handlungsfelder fest.**

Die vereinbarten Handlungsfelder werden durch konkrete Arbeits- und Aktionsprogramme von Ländern und Berufsgenossenschaften umgesetzt. Erstmals wird auch ein nationales Arbeitsschutzcontrolling entwickelt, mit dem die Wirksamkeit der Arbeitsschutzmaßnahmen und deren Fortschritte gemessen werden können. Die Arbeitsschutzkonferenz wird von einem „Arbeitsschutzforum“ beraten. Darin sind Sozialpartner, Verbände, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sowie weitere Gruppen aus dem Bereich Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit vertreten. So können vor allem Arbeitnehmer und Arbeitgeber, aber auch alle anderen relevanten Akteure ihr Expertenwissen einbringen.

Die Erwartungen an den Arbeitsschutz sind groß. Betrachten wir nur den demografischen Wandel: In Deutschland und in vielen unserer Nachbarländer fehlt der Nachwuchs. Infolge dieses demografischen Umbruchs werden sich die Betriebe mit älteren Beschäftigten dem globalen Wettbewerb stellen. Für die Beschäftigten heißt das, dass sie mit einer längeren Lebensarbeitszeit planen müssen. Aus diesem Grund ist die Arbeitsplatzqualität für Ältere ein möglicher Schwerpunkt der gemeinsamen Arbeitsschutzstrategie. Präventiv müssen die dazu erforderlichen Maßnahmen schon bei Jugendlichen ansetzen. Denn eines ist sicher: Die heute Jungen werden nur länger arbeiten können, wenn die Aspekte des Arbeitsschutzes die Berufseinsteiger von Anfang an begleitet. Dazu brauchen Sie die Unterstützung aller. Neben der Politik und den Unfallversicherungsträgern sind hier auch Unternehmen, Krankenkassen und Sozialpartner gefordert.

Bei all unseren Bemühungen um eine gemeinsame Arbeitsschutzstrategie sind die Bedürfnisse von Unternehmen und Beschäftigten handlungsleitend. Deshalb ist auch die Handhabbarkeit und die Transparenz des Arbeitsschutzrechts Gegenstand der GDA. Dabei steht die weitere Bereinigung der Unfallverhütungsvorschriften gegenüber dem vorrangigen staatlichen Arbeitsschutzrecht im Vordergrund. Auf dem Feld der Beratung und Überwachung soll die GDA ein arbeitsteiliges System schaffen, das mit neuen Abstimmungsinstrumenten und einheitlichen Überwachungsgrundsätzen den Länderbehörden und den Unfallversicherungsträgern eine effektive Aufsichtstätigkeit zum Nutzen der Betriebe ermöglicht.

Anfang September 2006 tagte zum ersten Mal das Arbeitsschutzforum. Auch wenn über einzelne Punkte noch im Detail verhandelt werden muss, hat die Veranstaltung doch eines deutlich gemacht: Der eingeschlagene Weg und die Verständigung auf eine gemeinsame nationale Arbeitsschutzstrategie sind ohne Alternative. Denn nur wenn Länder, Unfallversicherungsträger und der Bund gemeinsam ihre Kompetenzen einbringen und zusätzlich weitere Akteure des Gesundheitsschutzes beteiligen, werden wir die neuen Herausforderungen meistern. Ich hoffe sehr, dass die 83. ASMK im November 2006 die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie unterstützen wird und hilft, sie mit auf den Weg zu bringen.

# Zukunft des Arbeitsschutzes

Udo Weis

**Mit der gewählten Überschrift impliziert man gleichzeitig die Frage, „Gibt es eine Zukunft des Arbeitsschutzes?“ Die Antwort heißt: Ja!**

## Wandel der Arbeitswelt

In den letzten 40 Jahren hat die Dynamik an internationalem Handel deutlich zugenommen. Waren werden heute über Handelsplattformen im Internet weltweit eingekauft. Selbst Herstellungsdienstleistungen und Produktion haben sich diesem Trend angepasst. Gleichwohl in Deutschland immer noch die Unternehmen mit weniger als 20 Mitarbeitern weit über 30% aller Arbeitnehmer beschäftigen, ist doch der Globalisierungsdruck spürbar. In Europa sind Dienstleistungen aus anderen EU Ländern an der Tagesordnung.

Mit diesen Veränderungen haben Unternehmen für die betriebliche wie auch außerbetriebliche Ebene neue Herausforderungen zu bewältigen. Für die Entwicklung angemessener Unternehmensstrategien ist es von besonderer Bedeutung, welches Bild man sich vom Arbeitsschutz macht, ob man also mehr das System Arbeitsschutz vor Augen hat, das unterschiedliche Funktionen durch verschiedene Leistungsbezüge erfüllt, oder ob man mehr die alltägliche Arbeitsschutzpraxis mit ihren vielen Einzelaktivitäten sieht, ob man mehr an Arbeitsschutz als Beruf, als professionelle Spezialistenaufgabe denkt oder mehr an das Gesundheitsbewusstsein der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, so Gerd Peters schon vor mehr als 15 Jahren.

So wurde Arbeitsschutz nach Inkraftsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes zunehmend institutionell interpretiert. Die typische Stabsfunktion im Sinne des Arbeitssicherheitsgesetzes hat dies deutlich unterstützt. Die Unabhängigkeit in der Beratung hat die Institutionalisierung gefördert und so war es auch folglich absehbar, dass sich überbetriebliche Beratungsstrukturen bildeten. Sei es als unabhängige Abteilungen in Konzernen oder auch betriebsfremde Beratungsunternehmen.

Mit dem zunehmenden Expertentum das sich nun bildete, hat sich Arbeitsschutz mit den Handelnden von einem täglichen Arbeitshandeln entfernt. Ja man kann fast behaupten, dass Arbeitsschutz nicht wirklich ein Teil der Arbeit ist.

Will man nun sich einem zukunftsorientierten Arbeitsschutz zuwenden, dann heißt dies diesen beschriebenen Prozess umzukehren.

Vergleichbare Kritik an Institutionen sehen wir bei den Industrie- und Handelskammern, die mit Zwangsmitgliedschaft und einer Zwangsberatung vergleichbare Probleme aufweisen.

Institutionen sind so zu entwickeln, dass auch eigensinnige Strukturen mit Zwangscharakter, die vor allem Veränderungsversuchen widerstrebend sind, sich öffnen müssen und die notwendigen Veränderungen rechtzeitig einleiten.

Besonders in den jetzt neuen Beitrittsländern der EU wird deutlich, dass diese Institutionalisierung nicht vorhanden ist und dadurch der deutsche Arbeitsschutz, der durchaus Erfolge vorzuweisen hat, sich doch oft unverständlich darstellt.

Geprägt ist der deutsche Arbeitsschutz zu sehr von einem Expertenhandeln und einer Professionalisierung, die ihn zunehmend von einer arbeitstäglichen Anwendung entfremdet.

Ein banales Beispiel sei die Gefährdungsbeurteilung, ein neues Instrument eingeführt durch das Arbeitsschutzgesetz. Mit dieser recht einfachen Methode haben sich eingehend Experten befasst, und im zehnten Jahr seiner Festbeschreibung, hat die Gefährdungsbeurteilung zwar einen hohen wissenschaftlichen Grad erreicht, Erhebung in den Bundesländern allerdings bestätigen die nur sehr geringe Durchsetzung in den Betrieben. Eine Überfrachtung der Methode „Hilfsmittel“ wird gleich auf DVD geliefert, da die 650 Megabyte CD nicht mehr ausreicht. Da hat ein Betrieb, der nicht über leistungsfähige Rechner verfügt, schon ein Problem. Drückt man dann die Hilfen aus, dann liegt man leicht bei mehreren hundert Seiten - Wahrlich keine Hilfe, durch das Expertentum verursacht. In der Folge findet Arbeitsschutz nur dort statt, wo Experten einen Zugang haben. Bei der erwähnten Kleinunternehmensstruktur in Deutschland eine klare Minderheit. Mit der großen Überzeugung, dass Arbeitsschutz nur mit Expertenwissen und hoher Professionalität betrieben werden kann, ein „Aus“ für kleine Unternehmen. Was aber nicht umgesetzt werden kann, das wird dann legalisiert. Nur so kann man die Liberalisierung der Vorschriften für kleine Unternehmen verstehen. Es ist uns in Deutschland noch nicht ge-

lungen, einen anwendungsorientierten Arbeitsschutz auch für diese Unternehmensgröße zu entwickeln. Die bisherigen Erfahrungen aus dem Unternehmermodell sind hier einzuschließen. Zwar werden Unternehmer vorbereitet, doch eine nachhaltige Verbesserung des Arbeitsschutzes in den kleinen Betrieben ist noch nicht erreicht.

Derzeit erfährt der Arbeitsschutz in vielen Bereichen gegenwärtig einen Funktions- und Bedeutungsverlust. Auch der starke Bedeutungszuwachs des Umweltschutzes und die damit verbundene Hoffnung auf die Stärkung des Arbeitsschutzes haben sich nicht bestätigt. Gleichwohl der betriebliche Umweltschutz wieder auf ein weniger bedeutsames Niveau gesunken ist, so ist doch immer noch deutlich ein öffentliches Bewusstsein spürbar. Aus einem Randthema, Umwelt- und Naturschutz sind wirkliche Inhalte mittlerweile aller etablierten Parteien entstanden. Dies steht im Gegensatz zu der Bedeutung des Arbeitsschutzes. Sehr vereinfacht dargestellt kann man feststellen, dass ein kranker Baum oft mehr Bedeutung erfährt, als ein kranker Mitarbeiter.

## Von einem funktionalem Arbeitsschutz zu einem dienstleistungsorientierten Arbeitsschutz

Wie bereits beschrieben, muss sich in der funktionalen Ausrichtung und der Institutionalisierung des Arbeitsschutzes Grundsätzliches ändern. Doch insbesondere in der Darbietung des Arbeitsschutzes wird die Notwendigkeit einer Veränderung deutlich.

Verliert der Arbeitsschutz die Institutionalisierung, die Stabsfunktion, die Entrücktheit der Professionalität, dann muss sich der Arbeitsschützer stärker mit der Nachfrage und den Problemen der Unternehmen auseinandersetzen. Der Arbeitsschützer wird zum Dienstleister, der die Wünsche der Kunden kennt und berät, wo nach Rat gefragt wird.

Produktionsprozesse die durch neue innovative Unternehmensformen geprägt werden, müssen Gegenstand des Arbeitsschutzes werden. Als Beispiel sei nur die von der traditionellen Sicht geprägte Mitarbeiter-Vorgesetzten-Rolle genannt. Lean-Production-Konzepte und die Einführung von Gruppenarbeit als Managementstrategien stellen überkommene Formen der Anweisungen, Vertretungen und Konzepti-

onierung in Frage. Der Mitarbeiter wird zunehmend als durch selbst organisiertes Handeln im Arbeitsprozess beschrieben und so muss sich die Rolle des Arbeitsschützers an diesen neuen Strukturen orientieren.

## Arbeitsschutz muss Teil des betrieblichen Managements werden

Die Sicherheitsfachkraft muss Teil des Managementsystems werden, um dort Aufgaben wahrzunehmen. Nicht das Umsetzen von Vorschriften und Regeln steht im Vordergrund, sondern die Erreichung von Arbeitsschutzziele bestimmt das Handeln. Um dies umzusetzen sind neue Anforderungen an die Qualifikation des Arbeitsschutzexperten gestellt. Teamfähigkeit, das Managen von Prozessen und die Führung vom Team sind nur einige neue Anforderungen. Der Arbeitsschützer wird Manager für Sicherheit und Gesundheit.

Die Teamfähigkeit von Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmedizinern auf den thematischen Feldern der Arbeitssystemgestaltung und der Gesundheitsförderung wird zukünftig darüber mitentscheiden, wie die Nachfrage nach Arbeitsschutz sich in den Betrieben weiterentwickeln wird. Die Motivation von autonomen Arbeitsgruppen zu sicherheitsgerechtem und gesundheitsbewusstem Verhalten kann nicht weiter einfach über die Einzelsprache von Beschäftigten oder Meistern im Rahmen von Betriebsbegehungen gelingen.

Die in den letzten Jahren entwickelten Managementsysteme in den Unternehmen bieten hier eine ideale Voraussetzung dafür. Auch hier sein noch einmal auf die verschiedenen Entwicklungen im Umweltschutz im Vergleich zum Arbeitsschutz hingewiesen. Trotz großer Bedenken haben sich Verbände und Institutionen für die Entwicklung von Normen im Umweltschutz bekannt. Mit einer neuartigen Besetzungsregel der Normenausschüsse für Grundsätze des Umweltschutzes (NAGUS) konnte ein funktionierendes Beteiligungsmodell umgesetzt werden. Umweltschutznormen stehen, wie ursprünglich von Umweltverbänden und staatlichen Institutionen befürchtet nicht in Konkurrenz zu ordnungspolitischen Vorgaben, aber sie haben dazu geführt, dass Umweltschutz ein Bestandteil in der gelebten Unternehmensstruktur bildet. Zwar hat man im Arbeitsschutzbereich nach Ablehnung einer ISO Normung einen normenartigen Leitfadens der ILO entwickelt, die Umsetzung ist aber nahezu ohne Wirkung in den deutschen Betrieben und ist praktisch bedeutungslos. Dass eine Vielzahl von Managementsystem durch verschiedene Institutionen entwickelt wur-

## Zur Person



**Prof. Dr. Udo Weis**

Jahrgang 1962, studierte Chemie in Würzburg und promovierte 1992. Anschließendes berufsbegleitendes Studium Business Administration in International Management an der Schiller International University in Heidelberg. „Neben“ seiner langjährigen Tätigkeit als Bereichsleiter Sicherheitstechnik & Umweltschutz und Prokurist der ABB in Deutschland (Regional Health&Safety advisor for Central and Eastern Europe (CEU)) ist Prof. Dr. Weis Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien des Arbeitsschutzes und Umweltschutzes. Zu seinen Funktionen in den Beiräten der A+A Messe in Düsseldorf und der DASA (Deutsche Arbeitsschutzausstellung in Dortmund) gesellt sich seine redaktionelle Arbeit beim „Sicherheitsingenieur“ und „Sicher ist Sicher“. Von 10.2001 bis 06.2006 war er der Vorsitzende des Advisory Committees of Environmental Aspects der International Electrotechnical Commission (ACEA/IEC) und ist aktuell im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Arbeitssicherheit (BASi), der Vize-Präsident der Fachvereinigung Arbeitssicherheit (FASI) und der amtierende Vorsitzende des geschäftsführenden Vorstandes des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI). Im Mai 2006 übernahm er die Professur für Wirtschaftsingenieurwesen an der Fachhochschule Heidelberg, School of engineering and architecture.

de hilft nur wenig. Denn diese Systeme erfüllen oft nur Anforderungen derjenigen, die diese entwickelt haben. Die Vergleichbarkeit oder die Erfüllung auch anderer Forderungen, insbesondere die Anforderungen des Betriebes selbst sind oft nur untergeordnet. Die Entwicklung der integrierten Managementsysteme ist aber eine Entwicklung, die so viele Vorteile hat, dass ein Entzug, eine Ausklammerung des Arbeitsschutzes kontraproduktiv ist. Arbeitsschutz grenzt sich selbst aus.

Grundorientierung muss die Qualitätssicherung, die Sicherung der Qualität der Arbeit und des Arbeitsschutzes sein, wofür die professionellen Arbeitsschützer, Unterstützer im Sinne der Organisationsentwicklung, sich engagieren müssen.

## Organisationsentwicklung und Kooperationsentwicklung

„Mangelndes Vertrauen ist nicht das Ergebnis von Schwierigkeiten. Schwierigkeiten haben oft den Ursprung in mangelndem Vertrauen“, so SENECA vor fast 2.000 Jahren. Beteiligung schafft Vertrauen. Aus Unternehmenssicht werden Entscheidungsprozesse auf diesem Wege stärker von vorne herein legitimiert, es damit schneller und effizienter und ein Unternehmen macht letztlich Gewinn. Hierdurch ist ein Unternehmen letztlich wirtschaftlich erfolgreicher.

Was aber für Unternehmen gilt, muss auch für die Akteure des Arbeitsschutzes gelten. Vertrauen – Kooperation – gegenseitige Unterstützung.

Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen spielen hierbei eine große Rolle.

Die neuen Anforderungen verlangen sowohl eine Veränderung der Arbeitsschutzorganisation und Spezialisierung der Arbeitsschutzakteure, als auch ein Zusammenführen des spezialisierten Wissens und der Erfahrungen zu generellen Konzepten und Strategien. Spezialisierung und Vernetzung ist eine Aufgabe von Organisationsentwicklung, innerhalb der jeweiligen Organisationen, ob Betriebe oder Unternehmen. Spezialisierung und Vernetzung ist jedoch auch eine Aufgabe zwischen den Organisationen des Arbeitsschutzes.

Mit Kooperation müssen auch Fragen der Autonomie der Mitarbeiter und deren Handlungsspielraumes, der Eigenverantwortlichkeit, der Solidarität, der Mitbestimmung und der Interessenvertretung berücksichtigt werden.

Aber Kooperation kann man nicht einfach vorschreiben, wie das oft die nur unbefriedigende Zusammenarbeit von Sicherheitsfachkräften und Arbeitsmedizinern im Arbeitsschuttsausschuss zeigt. Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner unterscheiden sich oft, ihre Wege kreuzen sich häufig nur zu selten, als dass es zu einer sich gegenseitigen befruchtenden Kooperation kommen könnte. Nur ein gemeinsames Auftreten im Arbeitsschuttsausschuss, unter Einbezug von Sicherheitsbeauftragten, Betriebsräten und Managern würde einen wesentlichen Beitrag zur Organisationsentwicklung leisten.

**Ausblick**

Der Arbeitsschutz der Zukunft muss daher folgende Aspekte verwirklichen:

Unternehmen müssen sicher und gesund bleiben, wobei sowohl die Sicherheit wie auch die Gesundheit doppelsinnig sowohl auf die Angehörigen des Unternehmens als auch auf die ökonomische Lage des Unternehmens insgesamt bezogen werden können.

Neue Organisationskonzepte müssen ein erweitertes Risiko- und Sicherheitsmanagement umfassen. Der Ansatz muss umfassend und ganzheitlich sein.

Kooperationsmodelle müssen der veränderten Arbeitswelt entsprechen. Methoden des Arbeitsschutzes müssen sich den neuen Arbeitsformen anpassen.

Der Arbeitsschützer selbst muss sich als wichtiges Element der Organisationsentwicklung begreifen. Er muss über Managementfähigkeiten verfügen. Thematisierung von Gesundheit im Betrieb und eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Arbeitsmedizinern muss die Basis für den Einbezug von Erfahrungen von Führungskräften, anderen Experten, Beschäftigten und ihrer Interessenvertretung gleichermaßen darstellen.

An der Fachhochschule Heidelberg ist ein Studiengang zu „International Health&Safety Management“ in der Akkreditierung, der den zukünftigen Anforderungen an die Manager für Sicherheit und Gesundheit zum Inhalt hat. Neben Managementdisziplinen werden Risikomanagement oder Gesundheitsmanagement gelehrt. Der Studiengang – so die Planung – soll ab 2007 berufsbegleitend angeboten werden und mit einem Master abschließen.

# ARBEITSMEDIZIN ARBEITSSICHERHEIT 2007

4. NORDBADISCHES FORUM "GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT"  
IN MANNHEIM, DONNERSTAG 19.04. BIS FREITAG 20.04.2007, KOSTENPFLICHTIG

5. NORDBAYERISCHES FORUM "GESUNDHEIT UND SICHERHEIT BEI DER ARBEIT"  
IN ERLANGEN, DONNERSTAG 26.04. BIS FREITAG 27.04.2007, KOSTENPFLICHTIG

5. TAG DER ARBEITSMEDIZIN WIESBADEN  
SAMSTAG, 19.05.2007, KOSTENFREI

6. TAG DER ARBEITSMEDIZIN HAMBURG  
SAMSTAG, 16.06.2007, KOSTENFREI

8. FORUM ARBEITSMEDIZIN DEGGENDORF  
MITTWOCH 04.07. BIS FREITAG 06.07.2007, KOSTENPFLICHTIG

6. TAG DER ARBEITSMEDIZIN BERLIN  
SAMSTAG, 22.09.2007, KOSTENFREI

ÄNDERUNGEN VORBEHALTEN

ANMELDEUNTERLAGEN BITTE ANFORDERN BEI

RG GMBH

BAHNHOFSTR. 3A, 82166 GRÄFELFING

TEL. 089/89 89 16 18, FAX. 089/89 80 99 34

INFO@RG-WEB.DE

**WWW.RG-WEB.DE**



IHR KOMPETENTER PARTNER FÜR  
KONGRESSE, TAGUNGEN,  
PRESSEARBEIT UND EVENTS

# Betriebliches Gesundheitsmanagement als Erfolgsfaktor

Uta Walter, Bernhard Badura, Andreas Blume

Modernste Technologie und eine gute Finanzausstattung alleine sichern heute keinen Wettbewerbsvorteil: Nur gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zuverlässig, erbringen hochwertige Leistungen und haben neue Ideen. Der Blick auf die gewandelten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die sich wandelnden Altersstrukturen der Beschäftigten zwingen zu der Einsicht: Zukunftsorientierte Förderung der Humanressourcen unserer Gesellschaft erfordert ein aktives und insbesondere auch ein qualifiziertes Betriebliches Gesundheitsmanagement.

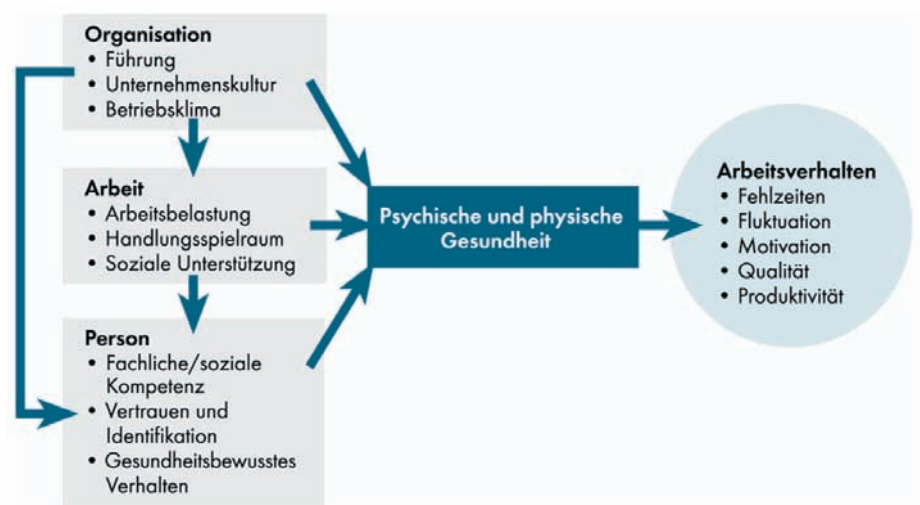
Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt auf die Unternehmenskultur, auf Klima und Führung. Es zielt auf die Qualifizierung der Beschäftigten, ihr gesundheitsbewusstes Verhalten und insbesondere auch auf eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. Einem vorzeitigen Verschleiß der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Unternehmensebenen wird dadurch entgegengewirkt. Das Betriebsergebnis wird gesteigert und der langfristige Unternehmenserfolg gesichert.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ermöglicht:

- das Vertrauen der Beschäftigten zu erhöhen und die Bindung an Aufgaben und Unternehmensziele zu stärken,
- Störungen in Abläufen und Arbeitsprozessen abzubauen,
- Informationsfluss, Kooperation und Teamarbeit zu verbessern,
- den Wissensaustausch zu erleichtern,
- Kontroll- und Koordinationskosten zu senken,
- Stress, Fehlzeiten und Fluktuation zu reduzieren,
- die Arbeitseffizienz zu steigern,
- die Qualität der Produkte und Dienstleistungen zu verbessern.

Gegenwärtig gibt es zahlreiche Hinweise dafür, dass unsere Wirtschaft am Beginn einer neuen Wachstumsphase steht, in der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wieder verstärkt als Ressource und nicht mehr nur als Kostenfaktor angesehen werden.

Da die sogenannten „weichen Unternehmensfaktoren“ zunehmend ins Zentrum der Auf-



**Abbildung 1:**

Zusammenhang zwischen Organisation, Gesundheit und Arbeitsverhalten

merksamkeit von Analysten und Managern rücken, diese zugleich aber auch von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der Beschäftigten sind, liegen hier noch viele ungenutzte Potenziale und Synergien. Auf ihre Erschließung zielt das Betriebliche Gesundheitsmanagement ab. Die zentrale Maxime lautet: „Gesundheit fördert Arbeit“ (s. Abbildung 1).

Gesundheit ist das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen sozialen, technischen, psychischen und biologischen Prozessen. Zu Beginn des Arbeits- und Gesundheitsschutzes stand die Verhütung physischer Risiken und Schäden im Vordergrund, verursacht durch Mängel an der Mensch-Maschine-Schnittstelle. In der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts wird diese Aufgabe nach wie vor eine Rolle spielen. Ins Zentrum rücken jedoch die Förderung der psychischen Gesundheit und die Bekämpfung von Mängeln an der Mensch-Mensch-Schnittstelle. Dabei kommt die gesamte Organisation ins Blickfeld gesundheitsbewusster Führungskräfte, Experten und Mitarbeiter, nicht mehr nur einzelne Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen.

Das psychische Befinden wird zur wichtigsten Zielgröße des betrieblichen Gesundheitsmanagements, weil es zentral ist

- für die Funktionsfähigkeit des Menschen in allen seinen Rollen sowie
- für die physische Gesundheit und ein gesundheitsbewusstes Verhalten – vermittelt

über Emotionen wie Angst, Ärger, Hilflosigkeit, Freude und Stolz und deren hormonellen und immunologischen Folgen.

Für das psychische Befinden von großer Bedeutung sind Zuversicht, ein positives Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Voraussetzung dafür sind anerkennende, hilfreiche und stabile soziale Beziehungen sowie die erlebte Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Beeinflussbarkeit der Lebensumstände und Arbeitsbedingungen.

Wie zahlreiche Daten und Untersuchungen belegen, hat sich das psychische Befinden der deutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den zurückliegenden Jahren deutlich verschlechtert. U. a. haben stressbedingte Rückenbeschwerden zugenommen, aber auch Erschöpfungszustände wie Angst, Ärger und das Gefühl, ausgebrannt zu sein. Dies alles sind „Frühindikatoren“ für vermeidbare Fehlzeiten, Krankheiten und vorzeitigen Verschleiß. Gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter können durch Fehlentscheidungen, mangelnde Aufmerksamkeit oder nachlassendes Engagement und Qualitätsbewusstsein dem Unternehmen mehr schaden als durch ihre zeitweilige Abwesenheit.

## Kernelemente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Betriebliches Gesundheitsmanagement ist das aus-



Autorin



**Uta Walter**

Zentrum für wissenschaftliche  
Weiterbildung  
an der Universität Bielefeld e. V.  
Postfach 100131, 33501 Bielefeld  
Tel.: 0521/106-4362  
uta.walter@uni-bielefeld.de

Autor



**Prof. Dr. Bernhard Badura**

Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften  
Universitätsstr. 25  
33615 Bielefeld  
Tel.: 0521/106-4263  
bernhard.badura@uni-bielefeld.de

Autor



**Dr. Andreas Blume**

BIT ex.  
Unterstr. 51  
Tel.: 0234/92231-42  
andreas.blume@bit-bochum.de

drückliche „Wollen“ des Topmanagements. Betriebliches Gesundheitsmanagement wird seine volle Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn es vom Topmanagement als Führungsaufgabe erkannt und wahrgenommen und in Kooperation mit der Arbeitnehmervertretung aktiv und dauerhaft unterstützt wird. Es empfiehlt sich der Abschluss einer Betriebs-/Dienstvereinbarung, in welcher Rahmenbedingungen, Ziele, Entscheidungswege, Ressourcen und Zuständigkeiten festgelegt werden.

Um notwendige Veränderungen in der Unternehmensorganisation anzustoßen und voranzutreiben, wird ein für strategische Entscheidungen autorisiertes Gremium benötigt. Daher ist für die Einführung und die dauerhafte Steuerung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement die Einrichtung eines Lenkungsausschusses in Form eines Arbeitskreises Gesundheit anzuraten.

Grundlage für zielgerichtete Aktivitäten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind der Aufbau einer integrierten Dateninfrastruktur und die Entwicklung eines Kennzahlensystems. Dies ermöglicht eine kontinuierliche quantitative Betrachtung des für das betriebliche Gesundheitsmanagement relevanten Unternehmensgeschehens.

Die Einführung und Verankerung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgt über die vier Kernprozesse: Diagnose, Interventionsplanung, Interventionsdurchführung und Evaluation. Die damit befassten Experten sollten für diese Aufgabe ausreichend qualifiziert sein, d. h. über das erforderliche Fachwissen, Methoden- und Prozesskenntnisse verfügen.

**Qualifizierungsprogramm**

**Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Seit 2004 bietet das Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld (ZWW e. V.) ein 12-monatiges Studien- und Beratungsprogramm „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ an. Kooperationspartner sind das Institut BIT e. V., Bochum, und die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Das Programm wird mit finanziellen Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds gefördert. Oberstes Ziel des Angebotes ist es, Führungskräfte sowie betriebliche und überbetriebliche Gesundheitsexperten zum Aufbau eines kompetenten Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen zu befähigen. Angesprochen werden insbesondere auch Betriebsärzte, sofern über ihre Beratungstätigkeit eine Weiterqualifizierung für Aufgaben des Betrieblichen

Gesundheitsmanagements vorgesehen ist.

Die berufsbegleitende Weiterbildung vermittelt umfassendes Fachwissen sowie Methoden- und Instrumentenkenntnisse zu den Herausforderungen, Aktionsfeldern und Vorgehensweisen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ein paralleles Praxisprojekt, unterstützt durch individuelles Mentoring und kollegiale Fallberatung, sichert die unmittelbare Wissensverwertung im Unternehmen. Im Vordergrund steht die Vermittlung folgender Studieninhalte:

- Grundlagen und Kernkompetenzen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Ausgewählte Organisationskrankheiten: Symptome, Ursachen, Bewältigungsmöglichkeiten und Prävention,
- Aufbau, Steuerung und Integration eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements,
- Organisationsdiagnostik und Evaluation,
- Entwicklung von Kennzahlen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement.

Hinzu kommen eine Reihe von Querschnittsthemen, die einen engen Bezug zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufweisen, wie z. B. Organisations- und Personalentwicklung oder Wissensmanagement. Ergänzende themenspezifische Skill-Trainings liefern methodisch-instrumentelle Unterstützung für den Praxistransfer.

# Sicherheit und Gesundheit ganzheitlich managen!

## Der neue Masterstudiengang "Betriebssicherheitsmanagement"

Bernd Tenckhoff

### Anforderungen künftiger Märkte an Unternehmen

Der globalisierte Markt fordert von Unternehmen, die in diesem Markt tätig sind, eine permanente Veränderungsbereitschaft. Die hohe Geschwindigkeit, mit der sich die Situationen verändern sowie der ständig steigende Kostendruck verlangen von Unternehmern und ihren Mitarbeitern permanente Anpassungen an neue Situationen. Dies führt dazu, dass Organisationsstrukturen regelmäßig an die jeweilige Situation anzupassen sind. Hierarchien werden abgeflacht und Personal wird auf ein absolutes Minimum reduziert.

Sich so vollziehende Veränderungen werden auch künftig in immer kürzeren Zeitabständen weitergehende Herausforderungen an die Unternehmen stellen, d. h., in immer kürzeren Zeiten sind durch immer weniger Menschen immer höhere Leistungen bei gleich bleibender Qualität zu erzielen. Dies führt neben rein physischen zu steigenden psychischen Belastungen. Die Menschen in den Unternehmen müssen diesen ständigen Herausforderungen folgen können. Das erfordert zusätzlich eine verstärkte Flexibilität, Mobilität und Weiterbildungsbereitschaft.

### Aufgaben und Ziele eines ganzheitlichen Betriebssicherheitsmanagement

Um den künftigen Anforderungen gerecht zu werden, sind die Prozesse im Unternehmen optimal zu managen, wobei die Kommunikation und Information einen immer höheren Stellenwert erfahren. Eine Veränderung der Altersstrukturen führt dazu, dass die Mitarbeiter künftig länger in den Arbeitsprozessen sein werden, ebenso wird es durch verstärkt stattfindende Fusionen zur Vermischung von Unternehmenskulturen und Bildung neuer gemeinsamer Identitäten kommen.

Um die Qualität der Arbeit bei hoher Effizienz zu gewährleisten, sind die Mitarbeiter für ihr Unternehmen und ihre Aufgaben zu begeistern. Da die Ressourcen motivierter Menschen hoch sind, ist es künftig erforderlich, in den Unternehmen eine Kultur bzw. Atmosphäre zu schaffen, die diese Ziele anstrebt. Wenn es gelingt, die Menschen in den Unternehmen an den Veränderungen aktiv zu beteiligen, wird

sich dies positiv in der Qualität der Arbeit und Produkte sowie einem nachhaltigen Umweltschutz auswirken.

Aufgabenstellungen von Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz, Umweltschutz und Qualitätsmanagement haben daher einen immer höheren Stellenwert. Schon jetzt ist der Bedarf an integrierten Sicherheitsmanagern sowohl in Groß- und Mittelbetrieben, als auch in Behörden und Verwaltungen vorhanden.

Die Aufgabe des Betriebssicherheitsmanagers ist es, unter präventiven Ansätzen ein ganzheitliches vernetztes Managementsystem für das Unternehmen zu entwickeln und in den betrieblichen Alltag nachhaltig umzusetzen.

### Der Masterstudiengang Betriebssicherheitsmanagement

Als bundesweit erste Hochschule bietet die TFH ab Sommersemester 2006 den Masterstudiengang Betriebssicherheitsmanagement an. Das Studium wird in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherung (GDD), durchgeführt. Mit dem Masterstudiengang Betriebssicherheitsmanagement sollen die Studierenden in die Lage versetzt werden, auf wissenschaftlicher Basis zukunftsorientierte, innovative Betriebssicherheitsmanagementsysteme zu entwickeln und deren Anwendbarkeit in der Praxis zu erforschen. Ferner wird in dem Studiengang die Erarbeitung eines vernetzten Betriebssicherheitshandbuchs an Unternehmerbeispielen erfolgen. Die Grundlagen dazu bilden die „Guidelines on Occupational Safety and Health Management System“ der International Labour Organisation (ILO).

Der Studierende soll damit nicht nur befähigt werden, vernetzte Managementsysteme zu entwickeln und nachhaltig zu betreiben, sondern gleichsam unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine ständige Verbesserung von Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz zu erlernen. Ferner wird erlernt, wie in den Unternehmen Organisationsverschulden vermieden und Rechtssicherheit geschaf-

### Zur Person



**Prof. Dipl.-Ing. Bernhard Tenckhoff**

Nach dem Studium der Elektrotechnik begann die berufliche Karriere 1973 in der Betriebsleitung der VEW AG. Ab 1983 tätig als Hauptsicherheitsingenieur sowie Leiter Arbeitsmedizin und Umweltschutz. Nach der Fusion mit RWE 1998 Leiter des Bereichs Betriebssicherheitsmanagement. In der nationalen und internationalen Fachwelt bekannt durch ca. 150 Fachveröffentlichungen, Bücher und Vorträge. Seit 1985 Lehrtätigkeit in der Ausbildung von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten. 2004 Ernennung zum Professor für Betriebssicherheitsmanagement an der TFH. Dort richtete er den Studiengang Betriebssicherheitsmanagement ein.

fen werden. Auch das Nutzen aller Synergienpotenziale aus den Querschnittsfunktionen der Teilbereiche, wie Datenschutz, Umweltschutz, Qualitätsmanagement, wird zur innovativen ganzheitlichen Vorgehensweise vermittelt.

Mit dem Betriebssicherheitsmanager stehen den Unternehmen künftig definierte Ansprechpartner zur Verfügung, die von oberster Stelle im Innenverhältnis alle anstehenden Aufgaben des Betriebssicherheitsmanagements eigenverantwortlich durchführen. Im Außenverhältnis sind sie Ansprechpartner für die Überwachungs- und Genehmigungsbehörden.

## Eingangsvoraussetzungen und didaktisches Konzept

Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, sind die Eingangsvoraussetzungen ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Ingenieur- oder Naturwissenschaften und eine einschlägige betriebliche Praxis von mindestens einem Jahr. Für Ingenieure und Naturwissenschaftler mit Fachhochschulabschluss muss die entsprechende Praxisphase mindestens zwei Jahre betragen, für alle weiteren

Hochschulabsolventen mindestens fünf Jahre. Ferner ist die Eignung in jedem Fall durch eine Zugangsprüfung nachzuweisen.

Im Rahmen der Masterarbeit werden integrierte Betriebssicherheitsmanagementsysteme entwickelt und deren Anwendbarkeit in der Praxis erprobt. Dies führt in der Regel zur Erstellung eines integrierten Betriebssicherheitshandbuchs für ein definiertes Unternehmen.

Präsenzsemester werden didaktisch so aufgebaut, dass neben den Vorlesungen und Übungen, Seminare und Praktika einen großen Bestandteil bilden.

Die multimediale Wissensvermittlung sowie regelmäßig stattfindende Exkursionen in Unternehmen runden das didaktische Konzept ab. Es ist ein primäres Bestreben, nach der Grundlagenvermittlung zum wissenschaftlich-analytischen Arbeiten in dem vorliegenden Fachgebiet die weiteren Wissensvermittlungen zur Stärkung der Methodenkompetenz an praktischen Beispielen durchzuführen.

## Module des Studiums

**Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz**  
Fachkraft für Arbeitssicherheit gemäß den Vorgaben der BAUA und des HVBG

## Umweltschutz

Umweltschutzbeauftragter für z. B. Abfall, Gefahrguttransport, Gewässerschutz, Immissionsschutz

## Qualitätsmanagement

Qualitätsmanager für technische Prozesse, Material, Dienstleistung, Wartung, Errichtung von Anlagen, usw.

## Datenschutz und Datensicherheit

Zertifizierte Qualifikation zum Datenschutzbeauftragten

## Betriebssicherheit

Integriertes und vernetztes Managen von Sicherheit, Gesundheit, Umweltschutz und Arbeitshygiene sowie Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Tenckhoff, B.: Sicherheit und ... ISSN 1861- 6704 Prakt. Arb.med. 2006; 5: 22-23

## UB MEDIA Fach-Datenbanken

für die Bereiche Arbeitsschutz, Brandschutz, Gefahrgut und Gefahrstoffe

In Kooperation mit UB MEDIA wird den BsAfB-Mitgliedern im geschlossenen Bereich unserer Internetseite ([www.bsafb.de](http://www.bsafb.de)) der kostenfreie Zugang zur Fach-Datenbank Arbeitsschutz ermöglicht.



UB MEDIA

Ein WEKA-Unternehmen

Fach-Datenbank  
Arbeitsschutz

[www.fachforum.de](http://www.fachforum.de)

### ► Das digitale Informationsmedium für Arbeitsmediziner!

Alle wichtigen Informationen mit nur einem Klick verfügbar:

- Rechtsvorschriften
- Erläuterungen
- Ausfüllbare Arbeitshilfen
- Checklisten u. v. m.

Testen Sie alle UB MEDIA Fach-Datenbanken kostenlos und unverbindlich unter:

[www.fachforum.de](http://www.fachforum.de)

# Chefsache Arbeitsschutz

Sabine Dworak

**Lebendiger Arbeitsschutz bedarf klugen Managements, einer stringenten Prävention und des Flügelschlags von Kaizen.**

**Guter betrieblicher Gesundheitsschutz lebt von seiner Präsenz in den Führungskräften der Organisation.**

Die Führungskräfte steuern die Organisation, sie legen Visionen fest, formulieren Ziele und Aufgaben für die nächsten zehn Jahre, für das aktuelle Jahr oder für anstehende Projekte; notwendige Entscheidungen werden getroffen. Soll Arbeitsschutz hierin echtes Fundament sein, muss er bereits in die Vorüberlegungen der Unternehmensplanung einfließen. Schon bei der Anschaffung einer neuen Maschine oder Einrichtung eines neuen Arbeitsplatzes fließen die Kenntnisse des Betriebsarztes und der Sicherheitsfachkraft präventiv mit ein. Diese Arbeit ist kein Zufallsprodukt, sondern Ergebnis stringenter Organisation. Die Zuständigkeiten – gerade bei mittlerer Betriebsgröße – müssen verteilt und eingehalten werden: Begehungen vor Ort und Ursachenanalysen arbeitsbedingter Erkrankungen gehören genauso zum Aufgabengebiet moderner Betriebsärzte wie die routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen.

Das spontan, zufällig bottom up, von der Mitarbeiterenebene einströmende Verbesserungspotenzial innerhalb eines Prozesses, bekannt in Japan unter dem Namen „Kaizen“, birgt größte Möglichkeiten für die Weiterentwicklung eines Betriebes. Im Westen wurde Kaizen unter dem Namen „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ (KVP) in vielen Betrieben eingeführt. Es ergibt sich hierbei ein nicht abreißender Zyklus von Planung, Tätigkeit, Kontrolle und Verbesserung: der PDCA (Plan Do Check and Act) - Zyklus. Verbesserungen werden umgesetzt und als Standard festgelegt. Hierbei geht es interessanterweise nicht so sehr um Ergebnisorientierung (Shareholder Value) sondern viel eher um die Prozessverbesserung. Dabei können selbst kleinste Veränderungen größte Wirkungen entfalten. Es bedarf lediglich der Offenheit und des Interesses der Führungskräfte sich verbessern zu wollen – zugunsten von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Charismatische Führungskräfte vermögen

es, ihren Mitarbeitern notwendige Ziele in einer Weise zu vermitteln, dass sie sich diese zu eigen machen. Diese Führungskräfte haben aber auch verstanden, dass ihre Mitarbeiter ihr wertvollstes Asset, ihr größtes Vermögen sind. So haben auch Führungskräfte von Unternehmen, die langfristig am Markt bestehen können, verstanden, dass ein gut organisierter Arbeitsschutz zum Erfolg in einem gehörigen Maß beiträgt. Allein, es bedarf der Verankerung in den Köpfen.

## A. Arbeitsschutz in die Organisation verflechten – warum und wie?

Warum sollen sich Unternehmer – und mithin die Betriebsärzte als Berater der Unternehmensleitung – überhaupt für eine gute Arbeitsschutzorganisation interessieren? Zum einen ist es erwiesen, dass Unternehmen, die sich langfristig erfolgreich am Markt halten, Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz in ihre Prozesse integriert haben. Sie verfügen meist auch in anderen Belangen des Unternehmens über eine gute Organisation. Sie haben sich ein Zertifikat

für ihr Umweltmanagement oder das HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point-Konzept – Gefährdungsanalyse für die Lebensmittelbranche) erarbeitet.

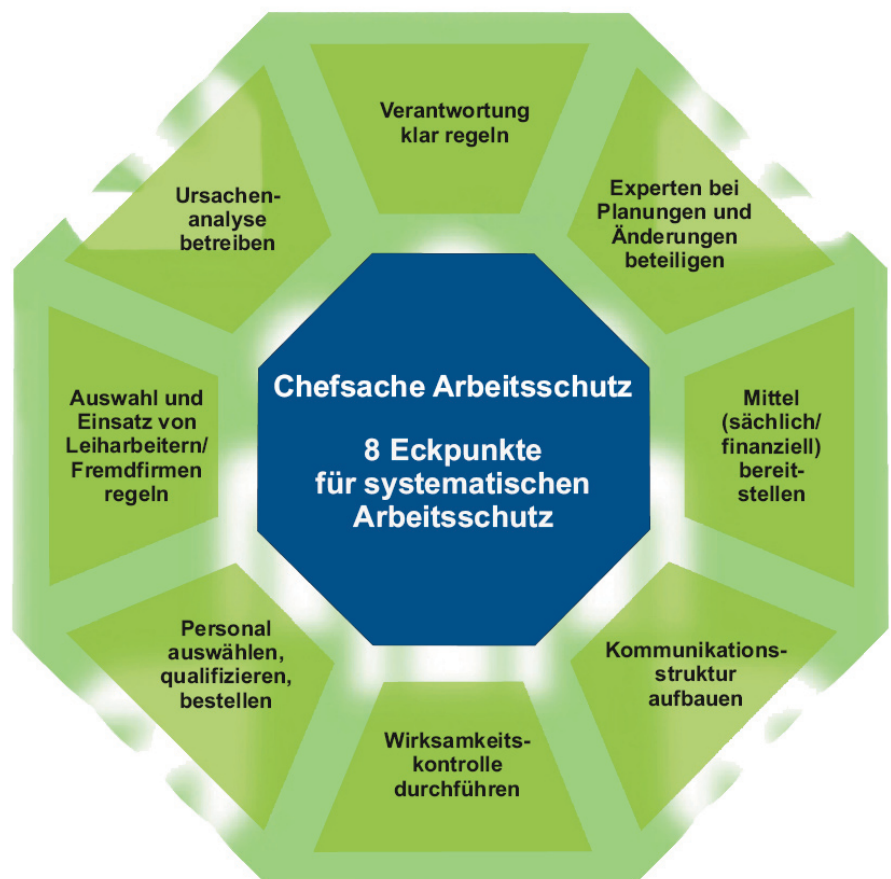
Zum anderen ist eine gute Organisation des Arbeitsschutzes rechtlich erforderlich, siehe § 3 Abs. 2 ArbSchG:

„... der Arbeitgeber [hat] unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten

1. für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie
2. Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können.“

[Des Weiteren hat er] die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten

**Abbildung 1:**  
Chefsache Arbeitsschutz



<b>Information</b>	Erstellerin: E. Lins / S. Schibilsky	Datum: 06.12.2004	<b>StAfA Wuppertal</b>
<b>Zuständigkeitsmatrix Arbeitsschutz</b>	Archivierungsdauer: 10 J	Aktualisierung spätestens nach: 5 Jahre	<b>Arbeitsschutz in NRW</b> Für Gesundheit und Beschäftigung
I- Eckpunkt I-003		Version: 0.2	Seite 1 von 6

Lfd. Nr.	Verantwortung, übertragene Aufgaben	Amtsleitung (AL)	Dezernatsleitung 1 (DL1)	Dezernatsleitungen 2-7 (DL)	Verwaltungsleitung (VL)	Fachkraft für Arbeitssicherheit (SiFa) Betriebsärzten (BÄ)	Strahlenschutz-beauftragte (SSB)	Sicherheitsbeauftragte (SB)	Prüfteam elektrische Sicherheit (PT)	Beauftragte Schwerbehinderte (SBV, BS)	Personalrat (PR)	Beschäftigte	Managementbeauftragte (MB)	Termine/Wiedervorlagen	Terminverfolgung durch	Ablage	
<b>Aufgaben, die sich aus den Leitlinien ergeben:</b>																	
1	Leitlinien für Sicherheit und Gesundheitsschutz festlegen/aktualisieren	V	M	M	M	B	B					M	I	B	3 J	MB	A,S
2	Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und der internen Vorgaben	V	M	M	M	B	B					M	M	B	-	-	-
3	Finanzielle Mittel zur Durchführung von erforderlichen Maßnahmen bezüglich Sicherheit und Gesundheitsschutz bereitstellen.	V			M										-	-	-
4	Vorschläge zur systematischen Unfall- und Schadensverhütung und zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz einbringen	V	M	M	M	B	B	M	M	M	M	M	M	B	-	-	-
5	Festlegung/Aktualisierung von Arbeitsschutzziele (Schwerpunktprogrammen)	V	M	M	M	B	B					M	I	B	1 J	MB	A,S
6	Arbeitsschutzziele erreicht?	V	M	M	M							M	I	B	1 J	MB	A

A = AM-Handbuch  
B = Beratung  
G = Generalla

I = Information  
J = Jahr  
M = Mithilung

Mt = Monat  
OS = Ordner Stelle und Organisation  
P = Personalleistende

S = StAb-je Rubrik Organisation/AMS  
U = Unterschiedlich  
V = Verantwortung

Verteiler:

Abteilung:	AL	DL1-7	VL	SiFa	BÄ	SSB	SB	PT	VPS	Ort/Poe	PR	MB	FA6.1	Stafa-net	Freigabe:	G. Leßwing/Amtsleitung
Anzahl:	1	7	1	1	1	6	2	4	1	2	5	1	1	Rubrik Organisation / AM		

Abbildung 2:

Zuständigkeitsmatrix Arbeitsschutz

ten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.

Das vollständige Arbeitsschutzgesetz ist nachzulesen unter [www.fachforum.de](http://www.fachforum.de)<sup>1</sup> oder [www.arbeitsschutz.nrw.de](http://www.arbeitsschutz.nrw.de). In die Forderung an den Arbeitgeber nach organisiertem Arbeitsschutz fließen auch die Pflichten des Betriebsarztes mit ein. In der im Fachforum enthaltenen virtuellen Rechtsbibliothek finden sich die Zuständigkeiten des Betriebsarztes in mehreren Arbeitsschutznormen wieder: Im § 16 Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG - werden beispielsweise die besonderen Unterstützungspflichten (gemeinsam mit den Beschäftigten und der Fachkraft für Arbeitssicherheit) beschrieben, in § 15 Biostoffverordnung die arbeitsmedizinische Vorsorge (nicht nur arbeitsmedizinische Untersuchung!) und insbesondere in § 3 Arbeitssicherheitsgesetz die Aufgaben der Betriebsärzte. Hierin fügt sich beispielsweise auch die Beratung der Arbeitgeber durch die

Betriebsärzte in den planerischen Angelegenheiten, bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln und bei den regelmäßigen Begehungen der Arbeitsstätten ein.

Hilfestellung bei der Umsetzung der Ausgestaltung der rechtlichen Grundlage bieten die Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz / Gewerbeaufsichtsämter. Das Staatliche Amt für Arbeitsschutz Wuppertal hat beispielsweise acht Eckpunkte zur inhaltlichen Konkretisierung des § 3 Abs. 2 ArbSchG herausgearbeitet. Diese wurden bewusst abstrakt gehalten, um einen möglichst großen Freiraum zur Ausgestaltung und Verbesserung der bestehenden Ablauf- und Aufbauorganisation zu geben.

Eine Broschüre mit dem Namen „Chefsache Arbeitsschutz“, die die Umsetzung der Arbeitsschutzorganisation beschreibt, finden Interessierte zum kostenfreien Download unter [www.arbeitsschutz.nrw.de/publikationen](http://www.arbeitsschutz.nrw.de/publikationen). Bei der Beratung eines Betriebes zum Thema Arbeitsschutzorganisation durch die Arbeitsschutzbe-

hörden wird zunächst anhand eines Bewertungsbogens der Ist-Zustand der vorgefundenen Arbeitsschutzorganisation erfasst. Der Betriebsarzt muss beteiligt werden, um das Unternehmen im Ganzen kennen zu lernen, mögliche Gefährdungen zu erkennen und Abhilfe zu schaffen. Auch für seine regelmäßigen Begehungen ist die Kenntnis des Gesamtbetriebes und jedes einzelnen Arbeitsplatzes mit seinen jeweiligen spezifischen Erfordernissen notwendig.

**B. Verantwortlichkeiten regeln transparent, wer was macht**

Häufig mangelt es in den Betrieben schon daran, dass es den Beschäftigten nicht klar ist, wer überhaupt die richtigen Ansprechpartner sind. Ob Betriebsarzt, Sicherheitsbeauftragter oder Ersthelfer, diese Informationen sollten als Basis ausgehängt werden (siehe Abb. 2).

Das Staatliche Amt für Arbeitsschutz Wuppertal hat für das eigene Haus eine Matrix entwi-

## Zur Person

M. A. Sabine Dworak



Staatliches Amt für  
Arbeitsschutz Wuppertal  
Alter Markt 9 -13  
42275 Wuppertal  
Tel.: 0202-5744-320  
Fax: 0202-5744-190  
dworak@stafa-w.nrw.de  
www.arbeitsschutz.nrw.de

kelt, die alle Eckpunkte des systematischen Arbeitsschutzes abdeckt und darüber hinaus auch Leitlinien, Ziele und die Möglichkeit zu Vorschlägen einer Verbesserung der Gesundheitsförderung steuert. Außerdem werden Verantwortlichkeiten festgelegt, Fristen abgebildet und sogar Ablagen gesteuert. Auch die Zuständigkeiten des Betriebsarztes werden transparent abgebildet. Dies erleichtert die Koordination innerhalb der verschiedenen Aufgaben des Arbeitsschutzes und gibt den Betriebsärzten einen guten Überblick über Termine und Pflichten. Fragen Sie als Betriebsarzt an, wie ihre zu betreuenden Unternehmer ihren Arbeitsschutz organisieren und regen Sie womöglich eine entsprechende Matrix an.

Die Arbeitnehmer zu untersuchen, sie arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten gehört zu den selbstverständlichen Tätigkeiten der Betriebsärzte. Da Betriebsärzte auch für die (gesundheitliche) Prävention bei der Arbeit zuständig sind, gilt es, auch diese stringent zu organisieren. Um nur einige Aufgaben in diesem Zusammenhang aufzuführen:

- lassen Sie sich bei der Planung und Unterhaltung von Betriebsanlagen oder sozialen und sanitären Anlagen mit einbeziehen
- beraten Sie die Arbeitgeber bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln, bei der Einführung von Arbeitsverfahren oder Arbeitsstoffen
- wählen und erproben Sie Körperschutzmittel
- beraten Sie auch bei arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und ergonomischen Fragen insbesondere in Bezug auf den Arbeitsrhythmus, den Arbeitsablauf und die Arbeitsumgebung
- organisieren sie die „Erste Hilfe“

Die meisten Prozesse im Betrieb sind dem Fluss der Weiterentwicklung unterworfen, weswegen auch die Prävention mit diesen Entwicklungen fortschreiten muss. Jedwede Änderung muss arbeitsmedizinisch begleitet werden und deshalb bedarf es auch des dabei seins der Betriebsärzte bei wichtigen Arbeitsbesprechungen, wie etwa dem Arbeitsschutzausschuss. Neben den großen Veränderungen und Entwicklungen eines Unternehmens gilt es jedoch auch, den Mitarbeitern (und ihrem Potenzial) bei der Weiterentwicklung guten Arbeits- und Gesundheitsschutzes sein Ohr zu schenken. Die Mitarbeiter sollten geradezu aufgefordert werden, Verbesserungsvorschläge einzubringen und die Arbeitgeber sollten diese – auf welche Weise auch immer – belohnen.

### C. Kaizen

Es gibt viele Möglichkeiten, das Potenzial der eigenen Mitarbeiter bei den Weiterentwicklungen zum immer besseren Arbeits- und Gesundheitsschutz zu heben: ein durchorganisiertes Vorschlagswesen ist möglich, aber auch die geneigte Betrachtung kleiner und kleinster Ideen, die vielleicht nur im Vorübergehen aufgenommen wurden. So manche kleine technische Finesse hat einer Organisation viel Geld gespart, so manche Idee hat zu weniger Kundenbeschwerden geführt, den Produktionsstandard verbessert oder einfach Zeit gespart. Die Wirkung auch kleinster Verbesserungen kann viel ausmachen - wie der Flügelschlag eines Schmetterlings theoretisch einen Orkan verursachen kann. Natürlich müssen diese Vorschläge auf Nutzbarkeit geprüft werden, um bei positiver Gesamtbeurteilung in die Unternehmensprozesse übernommen zu werden.

In Japan wurde dieses Verfahren von Taiichi Ohno zum Prinzip erhoben: Kaizen ist der Begriff dafür und heißt übersetzt: „Prinzip der ewigen Veränderung“; „Im engeren Sinne ist eine ständige Verbesserung gemeint, in die Führungskräfte wie Mitarbeiter einbezogen werden. Gemäß der Philosophie des Kaizen weist nicht die sprunghafte Verbesserung durch Innovation, sondern die schrittweise Perfektionierung/Optimierung des bewährten Produkts den Weg zum Erfolg. Dabei steht nicht der finanzielle Gewinn im Vordergrund, sondern die stetige Bemühung, die Qualität der Produkte und Prozesse zu steigern.“<sup>2</sup> Auch in unserer Kultur kennen wir dieses Prinzip unter dem Namen „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“. Dieser Prozess gehört – entsprechend dem Nationalen „Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme“ - zu gut organisiertem Arbeitsschutzmanagement hinzu.

# 改善

Abbildung 3: Kaizen als japanisches Schriftzeichen. Quelle: www.wikipedia.org

Zu den kontinuierlich zu verbessernden „Kennzahlen“ gehören auch die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten. Die Fehlzeitenanalyse kann dem Betriebsarzt Indikator darüber sein, welche Gründe für Erkrankungen vorliegen. Der Betriebsarzt ist der einzige im Betrieb, der ärztliche Kompetenz in die gemeinsamen Überlegungen mit Arbeitgeber und Mitarbeiter zu einer Verbesserung der Arbeitsumgebung einbringen kann. Nebenbei: Sollte die Erkrankung häufiger auftreten oder insgesamt länger als sechs Wochen/Jahr andauern, dann findet der § 84 des neunten Sozialgesetzbuches Anwendung, worin der Arbeitgeber zum Wiedereingliederungsmanagement verpflichtet ist. Besser ist natürlich, wenn es dazu gar nicht erst kommt, wenn die Gesundheit der Mitarbeiter (unter Mitwirkung des Betriebsarztes) erhalten bleibt und gefördert wird.

### Fazit

Eine echte Organisation von Arbeits- und Gesundheitsschutz gibt den Betrieben eine gute Hilfestellung, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten und mithin den Erfolg zu sichern. Die Betriebsärzte haben hierbei eine wichtige Rolle auszufüllen, die weit über die reinen Vorsorgeuntersuchungen hinausgeht. Aber die gesetzlichen Vorgaben allein reichen nicht aus, um die Gesundheit zu erhalten. Engagement ist im Sinne der Mitarbeiter gefragt - Engagement und die Präsenz in den Köpfen.

1 BsAfB-Mitglieder können über die Homepage des BsAfB hierauf kostenlos zugreifen: [www.bsafb.de](http://www.bsafb.de) → LogIn für Mitglieder → UB Media Datenbank.

2 Siehe [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

# Arbeit und Gesundheit in NRW – Observatorium der Gesundheitsrisiken online

Eleftheria Lehmann

## Zusammenfassung

Nordrhein-Westfalen bietet betrieblichen Praktikern, Experten und Entscheidungsträgern aus Politik und Wirtschaft in einem internetgestützten Observatorium eine breite Informationsbasis zur Beurteilung der Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt. Der Datenpool umfasst u. a. Indikatoren für Rahmenbedingungen zur Arbeitswelt, Einwirkungen auf den Menschen und Auswirkungen auf die Gesundheit. Als Quellen dienen in erster Linie amtliche Statistiken und Prozessdaten. Bestehende Datenlücken insbesondere über Einwirkungen in der Arbeitswelt werden durch eine repräsentative telefonische Befragung geschlossen, die alle fünf Jahre wiederholt wird.

## Schlagwörter

Arbeitswelt, Gesundheitsrisiken, Observatorium, Gesundheitsberichterstattung

## 1 Einleitung

Die Forderung nach einer geeigneten Planungs- und Steuerungsgrundlage für die Gesundheit bei der Arbeit und die Kritik am bestehenden Berichtssystem sind nicht neu. Die heute regelmäßig herausgegebenen Berichte, in denen teilweise oder überwiegend arbeitsweltbezogene Daten erfasst werden, unterscheiden sich in ihren Zwecken, Zielen und Erhebungsmethoden. In allen Berichtssystemen werden zur Beobachtung von Entwicklungen in der Arbeitswelt und zur Trendanalyse Indikatoren verwendet. Dabei bestimmen Zweck und Ziele der Berichterstattung, welche Merkmale und Bezugsgrößen zur Bildung des Indikatorensatzes verwendet werden.

Für den seit 1994 auf Prävention ausgerichteten Arbeitsschutz in Nordrhein-Westfalen (NRW) war die Schaffung einer landesweiten Informationsbasis wesentliche Voraussetzung.

Da die verfügbaren Informationen, insbesondere die Jahresberichte der Aufsichtsbehörden und der Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung (BMAS, 2006), nicht ausreichen, um den spezifischen Handlungsbedarf für NRW zu erkennen, wurde die Statusanalyse als Beobachtungs- und Erkennungsinstrument eingeführt, in der Daten aus unterschiedlichen Quellen und den Erfahrungen der Arbeitsschutzbehörden zusammengeführt werden sollten. Die ursprünglich als Bericht herausgegebene Statusanalyse erscheint seit 2001 im Internet.

Der gewählte Ansatz für die Struktur und die Inhalte der Statusanalyse entspricht der Konzeption einer Gesundheitsberichterstattung für die Arbeitswelt (Lehmann et al., 2000). Die Größe des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen führt dazu, dass in den externen Datenquellen umfangreiche Datensätze vorhanden sind, die Auswertungen nach unterschiedlichen Fra-

Abbildung 1: Interneteinstieg in das Observatorium der Gesundheitsrisiken

The screenshot shows the website interface for the 'Observatorium der Gesundheitsrisiken'. The browser window title is 'Observatorium der Gesundheitsrisiken – Mozilla Firefox'. The address bar shows the URL 'http://www.arbeitsschutz.nrw.de/bp/systems/statistik/observatorium.html'. The page content includes a navigation menu on the left with categories like 'Aktuelles', 'Themen', 'Praxishilfen', etc. The main content area features a search bar and several sections with links to various data and reports.

**Ausgewählte Indikatoren und Daten zur Arbeitswelt in Nordrhein-Westfalen und Deutschland**  
 Observatorium der Gesundheitsrisiken - Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW  
 Zur präventiven Aufgabenwahrnehmung im Arbeitsschutz ist eine aktuelle und umfassende ... [mehr](#)

**Rahmenbedingungen zur Arbeitswelt** [Indikatoren](#)  
 Das verfügbare Datenmaterial zu den 'Rahmenbedingungen zur Arbeitswelt' zeigt deutliche ... [mehr](#)

<a href="#">Beschäftigte (Svpfl)</a>	<a href="#">Betriebe nach Branchen</a>		
--------------------------------------	--	--	--

**Einwirkungen auf den arbeitenden Menschen** [Indikatoren](#)  
 Systematische, flächendeckende Erfassungen von Daten über Einwirkungen (Expositionen) in der ... [mehr](#)

<a href="#">EMNID-Studie NRW</a>	<a href="#">BIBB-IAB-Erhebung</a>		
----------------------------------	-----------------------------------	--	--

**Arbeitsbedingte Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen** [Indikatoren](#)  
 In der Bundesrepublik Deutschland werden arbeitsbedingte Auswirkungen auf die Gesundheit ... [mehr](#)

<a href="#">Arbeitsunfälle</a>	<a href="#">Tödliche Arbeitsunfälle</a>	<a href="#">Berufskrankheiten</a>	<a href="#">Rentenzugänge</a>
--------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------

gestellungen, zum Teil mit regionalem Bezug, sowie Vergleiche mit dem bundesdeutschen Durchschnitt ermöglichen. Angesichts der großen Informationsmenge beschränkt sich die folgende Darstellung auf ausgewählte Inhalte.

## 2 Das Observatorium – Daten, Indikatoren, Trends aus der Arbeitswelt

Mit Unterstützung verschiedener Datenhalter ist es gelungen, die für NRW auswertbaren Daten erheblich zu erweitern und eine geeignete Anzahl von Indikatoren für die Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt, die Einwirkungen auf den Menschen und die Auswirkungen auf die Gesundheit einzuführen. Im Verlauf von über 10 Jahren entstand im Internet ein Observatorium der Gesundheitsrisiken, das die dauerhafte Beobachtung vieler Aspekte der Gesundheit bei der Arbeit ermöglicht und Veränderungen bzw. Trends anhand von Zeitreihen verdeutlicht, siehe [www.arbeitsschutz.nrw.de](http://www.arbeitsschutz.nrw.de), Rubrik „Arbeitsschutz in NRW/Statistik“ (Bild 1).

Als Quellen dienen offizielle Statistiken, Prozessdaten und Befragungen Dritter zur Arbeitswelt, die kontinuierlich, regelmäßig oder wiederholt erhoben werden. Sie werden durch eigene Daten bzw. Befragungen zu wichtigen Problembereichen ergänzt. Die Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW erhält einen Großteil des Datenmaterials in anonymisierter Form; wichtige Datenhalter sind hierbei: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Allgemeine Ortskrankenkassen Rheinland und Westfalen-Lippe, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bundesagentur für Arbeit sowie Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Das verfügbare Datenmaterial ist nicht einheitlich strukturiert und von unterschiedlicher Qualität. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Datenhalter entsprechend ihrer Aufgabenstellung unterschiedliche Qualitätsanforderungen stellen. Auch sind Erfassungsgrad und -tiefe, je nach Zielorientierung der einzelnen Datenhalter, sehr unterschiedlich.

### 2.1 Menschen in Beschäftigung

Zum vollständig erfassten Datenmaterial gehören die Zahlen über die Bevölkerungsstruktur in NRW und der BRD. Ebenfalls vollständig erhoben sind die Daten über sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, arbeitslose Personen, Leih- und Zeitarbeit und über Bereiche mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für andere Bereiche liegen keine Vollerhebungen vor, sodass ersatzweise auf Stichproben aus der Bevölkerung zurückgegriffen wird. In die-

ser Hinsicht stellt der Mikrozensus eine wichtige Datenquelle dar, z. B. bei Daten über Erwerbs- und Nichterwerbspersonen, über abhängige Erwerbstätige und Selbstständige. Weitere Datenquellen sind Befragungen z. B. über Arbeitszeit.

Lücken existieren bei den Daten über Strukturen und die Versorgung von Klein- und Mittelbetrieben mit Arbeitsschutzdienstleistungen sowie über den Umsetzungsgrad wichtiger Schutzvorschriften in den Betrieben. Der Datenaustausch zwischen staatlicher Aufsicht und den Unfallversicherungsträgern ist im Aufbau und soll zukünftig zur Verbesserung der Datenbasis beitragen.

### 2.2 Belastungsrisiken in der Arbeitswelt

Die Arbeitsbedingungen und -anforderungen bzw. deren Wandel bestimmen Belastungsrisiken in der Arbeitswelt und werden anhand von Daten über Einwirkungen auf den arbeitenden Menschen dokumentiert. In Deutschland besteht mit Ausnahme der ionisierenden Strahlung keine Berichtspflicht der Betriebe über Einwirkungen in der Arbeitswelt. Auch eine systematische, flächendeckende Erfassung von Daten über festgestellte Expositionen, z. B. gegenüber Lärm, Gefahrstoffen oder psychischer Belastung, findet nicht statt. Daher sind die Beobachtung und die Einschätzung der Arbeitsbedingungen nur eingeschränkt möglich. Diese Lücke wird in NRW durch eine regelmäßig von EMNID durchgeführte telefonische Befragung (Survey) ausgefüllt, deren Ergebnisse Hinweise auf mögliche Belastungsrisiken bzw. Veränderungen geben und Ansatzpunkte für gezielte Interventionsmaßnahmen bieten. Für den Survey hat sich eine Periode von 5 Jahren bewährt (1994, 1999 und zuletzt 2004, siehe auch LfA (2005)). Außerdem wird bei gleichem Design des Surveys die Möglichkeit genutzt, neue Fragen aufzugreifen.

### 2.3 Arbeitsbedingte Auswirkungen auf die Gesundheit

Aufgrund der deutschen Sozialgesetzgebung sind für die Arbeitswelt bestimmte gesundheitsrelevante Daten gut dokumentiert, z. B. über Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Frühverrentungen. Daraus kann das Zahlenmaterial für NRW selektiert und ausgewertet werden. Über die Arbeitsunfähigkeit steht seit 1996 umfangreiches Datenmaterial der AOK Rheinland und Westfalen-Lippe zur Verfügung, das jedoch nicht repräsentativ für alle Branchen und Berufe ist.

Für die systematische Suche nach möglichen Gesundheitsrisiken in Verbindung mit der beruflichen Tätigkeit und die Ermittlung von Hand-

## Autorin



Dr. rer. nat. Eleftheria Lehmann

Präsidentin der  
Landesanstalt für Arbeitsschutz des  
Landes Nordrhein-Westfalen  
Ulenbergstr. 127-131  
40225 Düsseldorf

lungsbedarf ist das Profil einer Berufsordnung entwickelt worden. Dieses Instrument benutzt die „Berufsordnung“ als ein zentrales Merkmal, um arbeitsschutzrelevante Daten aus den verschiedenen Datenquellen zu verknüpfen. In einem Profil werden absolute und relative Häufigkeiten ausgewählter Belastungs- und Beanspruchungsmerkmale dargestellt, der einheitliche Aufbau erleichtert den Vergleich verschiedener Berufsordnungen und das Erkennen von Problemschwerpunkten.

### 2.4 Nutzen für die Betriebe

Die systematische Erfassung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten und möglicher Einflussgrößen ist zentraler Kernprozess des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Badura et al., 2003). Hierzu werden Daten und Informationen aus verschiedenen betrieblichen oder externen Quellen zu einem Gesundheitsbericht als Kernelement eines betrieblichen Monitorings zusammengeführt. Er bildet die Basis für die Ableitung betriebspezifischer Interventionen im Unternehmen.

Monitoringdaten aus dem Observatorium mit regionalem oder landesweitem Bezug bieten betrieblichen Praktikern aufgrund der fehlenden Spezifität in begrenztem Maße Ansatzpunkte für konkrete Präventionsmaßnahmen im eigenen Unternehmen. Ihr besonderer Nutzen liegt darin, dass sie von den Betrieben als Anzeiger von potenziellen Gesundheitsrisiken,



z. B. in belasteten Branchen oder Berufen, und als Referenzdaten für Vergleiche herangezogen werden können.

### 3 Ausblick

Als Überwachungs- und Erkennungsinstrument ebenso wie für Vergleiche zwischen den Ländern bezüglich des Gesundheitszustandes der arbeitenden Bevölkerung ist eine auf einheitliche Standards gestützte Gesundheitsberichterstattung erforderlich. Anhand eines Mindestsatzes von Indikatoren kann der Grundstein für ein Monitoring in der Arbeitswelt gelegt werden. Für die Bundesrepublik Deutschland hat das Robert Koch Institut (2002) diese Arbeiten federführend übernommen.

Nach den bisherigen Beobachtungen bestehen erhebliche Unterschiede der Datenverfügbarkeit und Datenerhebung, sodass die Vereinbarung gemeinsamer Indikatoren auf der Basis der existierenden Berichtssysteme ohne zusätzliche Datenerhebungen nur begrenzt möglich ist. Dazu ist eine vertiefte Analyse von Datenquellen (Statistiken, Umfrageberichte, Erhebungen, Studien usw.) notwendig. Gleichzeitig muss sicher gestellt werden, dass für vor-

geschlagene Indikatoren eine ausreichende Menge vergleichbarer Daten in allen Ländern zur Verfügung steht, die regelmäßig aktualisiert wird. Bei ausgewiesenen Datenlücken müssen Empfehlungen für die Datengenerierung erarbeitet werden.

Neue Impulse zur Verbesserung der Datenlage werden von den Initiativen erwartet, die zurzeit in der Europäischen Union laufen. Zwar gibt es noch keinen regelmäßig herausgegebenen Bericht zum Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, jedoch sind in verschiedenen Studien wichtige Vorarbeiten dazu geleistet worden. Beispielsweise führt die Stiftung in Dublin seit einem Jahrzehnt regelmäßig Befragungen der arbeitenden Bevölkerung in der EU durch. In 2005 hat die Arbeitsschutzagentur Bilbao die Beobachtungsstelle für Risiken ins Internet eingestellt (<http://riskobservatory.osha.eu.int>). Dies ist als Instrument zur Erhebung und Analyse von Daten und Informationen angelegt, das politischen Entscheidungsträgern und Fachleuten ein Verständnis für die Auswirkungen einer sich wandelnden Arbeitswelt auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit vermitteln soll.

### Literatur

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

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2006): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden

Landesanstalt für Arbeitsschutz (LafA) (2005): Arbeitswelt NRW 2004 – Belastungsfaktoren, Bewältigungsformen, Arbeitszufriedenheit. Düsseldorf

Lehmann, E; Rack, R; Pelstring, F-J (2000): Das Konzept eines Gesundheitsberichts zur Arbeitswelt in Nordrhein-Westfalen – Statusanalyse 96/97. Zbl Arbeitsmed., 50, 219-226

Robert Koch Institut (2002): Arbeitsweltbezogene Berichterstattung in Deutschland – Stand und Perspektiven. Berlin

## 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).**

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

# Der Krankenstand

Joseph Kuhn, Andreas Böhm

Mit 3,32 Prozent hat der Krankenstand 2005 in Deutschland einen neuen historischen Tiefstand erreicht. Die Branchen mit den höchsten Krankenständen sind die Abfallbeseitigung, Eisenbahnen/Verkehrsbetriebe und die Post- und Kurierdienste, die Branchen mit den niedrigsten Krankenständen die Datenverarbeitung und Forschung, der Großhandel und das Kredit- und Versicherungswesen. Der größte Teil des Krankenstands entfällt auf Langzeiterkrankungen.

## 1. Was sagt der Krankenstand aus?

In den Medien wird immer wieder über Krankenstandsdaten aus verschiedenen Quellen berichtet, die den Praktiker manchmal aufgrund ihrer scheinbaren oder tatsächlichen Unstimmigkeit verwirren. Im Folgenden sollen einige methodische und inhaltliche Erläuterungen zum Krankenstand und seiner Aussagekraft gemacht werden, damit Daten aus solchen Medienberichten etwas besser zu interpretieren sind.

Der Krankenstand wird gewöhnlich als prozentualer Anteil der kranken Beschäftigten an allen Beschäftigten definiert. Zu unterscheiden sind dabei **Stichtagsstatistiken** und **kumulative Statistiken**. Die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte Krankenstandsstatistik KM 1 beruht auf Stichtagswerten, jeweils zum Monatsersten. Da die Monatsersten gelegentlich auf arbeitsfreie Tage fallen, liegt der

als Durchschnitt aus den Monats-Stichtagswerten errechnete Jahreswert der KM-1-Statistik in der Regel etwas niedriger als die Krankenstandswerte der Krankenkassen. Die gesetzlichen Krankenkassen errechnen die Krankenstandswerte kumulativ, d. h., hier gehen alle Arbeitsunfähigkeitszeiten eines Kalenderjahres ein. Als Bezugsbasis werden entweder alle Mitglieder (also auch die freiwilligen Mitglieder) oder nur die Pflichtmitglieder zugrunde gelegt. Freiwillige Mitglieder haben in der Regel einen höheren beruflichen Status und einen etwas geringeren Krankenstand als Pflichtmitglieder.

In den Statistiken der Krankenkassen kommt außerdem häufig eine Reihe speziellerer Kennzahlen vor. Wichtig ist die Unterscheidung von „**Arbeitsunfähigkeitsfällen**“ (AU-Fälle) und „**Arbeitsunfähigkeitstagen**“ (AU-Tage). Bei den Fällen wird jeder Krankheitsfall einmal gezählt, geht also mit gleichem Gewicht ein, egal wie lange die Krankschreibung gedauert hat. Die Arbeitsunfähigkeitstage zählen dagegen, wie der Name sagt, die Anzahl der Krankheitstage. Von den Arbeitsunfähigkeitstagen pro Versichertenjahr kommt man rechnerisch wieder zum Krankenstand, indem man durch 365 teilt. Häufig findet sich außerdem die „**durchschnittliche Falldauer**“, eine Kennziffer, die für Beurteilung der Schwere von Erkrankungen wichtig ist. Gelegentlich wird auch die Kennziffer „**AU-Quote**“ ausgewiesen. Damit ist der Anteil der Mitglieder gemeint, die mindestens eine Krankschreibung im Bezugsjahr

aufwiesen. Bei den AOK-Versicherten waren das im Jahr 2004 ca. 51% (Badura, Schellschmitt & Vetter 2006). Dagegen bezeichnet die sog. „**Gesundheitsquote**“ lediglich das Komplement zum Krankenstand, d. h. beträgt der Krankenstand 3%, dann beträgt die Gesundheitsquote 97%.

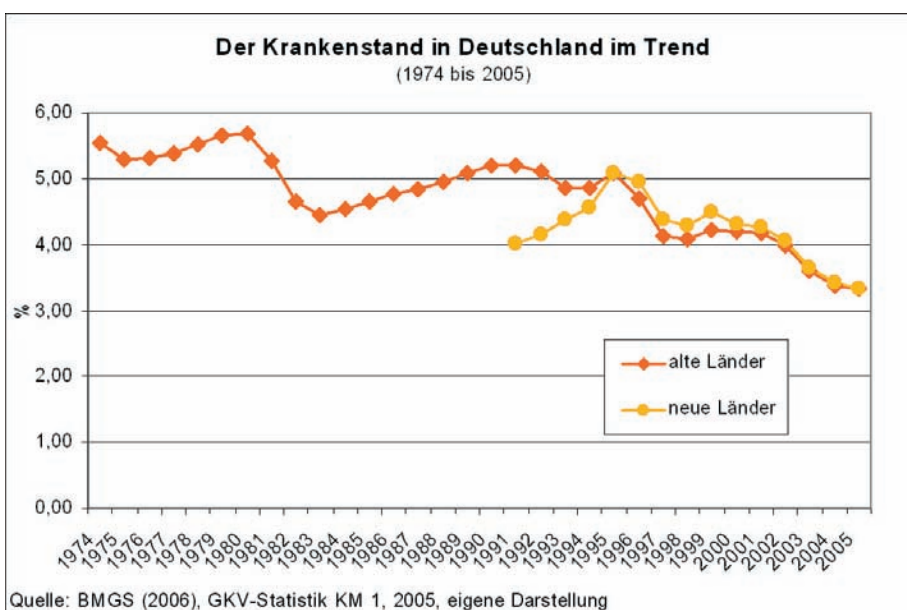
Den Krankenkassen liegen die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach **Diagnosen** (ICD-10-codiert) vor. Der Diagnoseschlüssel ist unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) in seiner jeweils aktuellen Fassung abrufbar. Unter Beachtung des Datenschutzes werden anonymisierte diagnosebezogene Auswertungen von den Krankenkassen auch für betriebliche Präventionsprojekte zur Verfügung gestellt.

Da bei Krankheitsfällen bis zu 3 Tagen von den Beschäftigten häufig keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden muss, erhalten die Krankenkassen auch keine Kenntnis von solchen Fällen. Kurzzeiterkrankungen sind daher in den Daten der Krankenkassen nur unvollständig vertreten.

Die Rohdaten der Arbeitsunfähigkeit werden zu Vergleichszwecken häufig standardisiert. Dabei geht es darum, Einflüsse der Versichertenstruktur auf den Krankenstand statistisch zu bereinigen. Ein Beispiel ist die Bildung sog. „**Versichertenjahre**“. Man kann diese Versichertenjahre einfach wie „**ganzjährig Versicherte**“ interpretieren. Das ist in Branchen mit saisonal Beschäftigten wichtig, aber aufgrund des seit einigen Jahren häufigeren Krankenkassenwechsels bei den Beschäftigten auch generell von Vorteil. Ein zweites Beispiel ist die **Altersstandardisierung** des Krankenstands. Es ist bekannt, dass der Krankenstand mit dem Alter stark zunimmt. Die Altersstandardisierung macht auch dann zwei Branchen oder Betriebe vergleichbar, wenn der Altersaufbau Unterschiede aufweist.

Inwiefern und in welchem Umfang der Krankenstand als **Morbiditätsstatistik** zu interpretieren ist, hängt sehr von der Fragestellung ab. Die Arbeitsunfähigkeit gibt Hinweise auf die Morbidität der Beschäftigten, aber kein vollständiges bzw. valides Bild. Bestimmte Erkrankungen sind systematisch unterrepräsentiert, z. B. führen Hauterkrankungen selten zu Krankschreibungen und spiegeln sich daher in der AU-Statistik nicht angemessen wieder. Ein zweites Beispiel: Viele Krebserkrankungen

Abbildung 1: Krankenstand im Trend



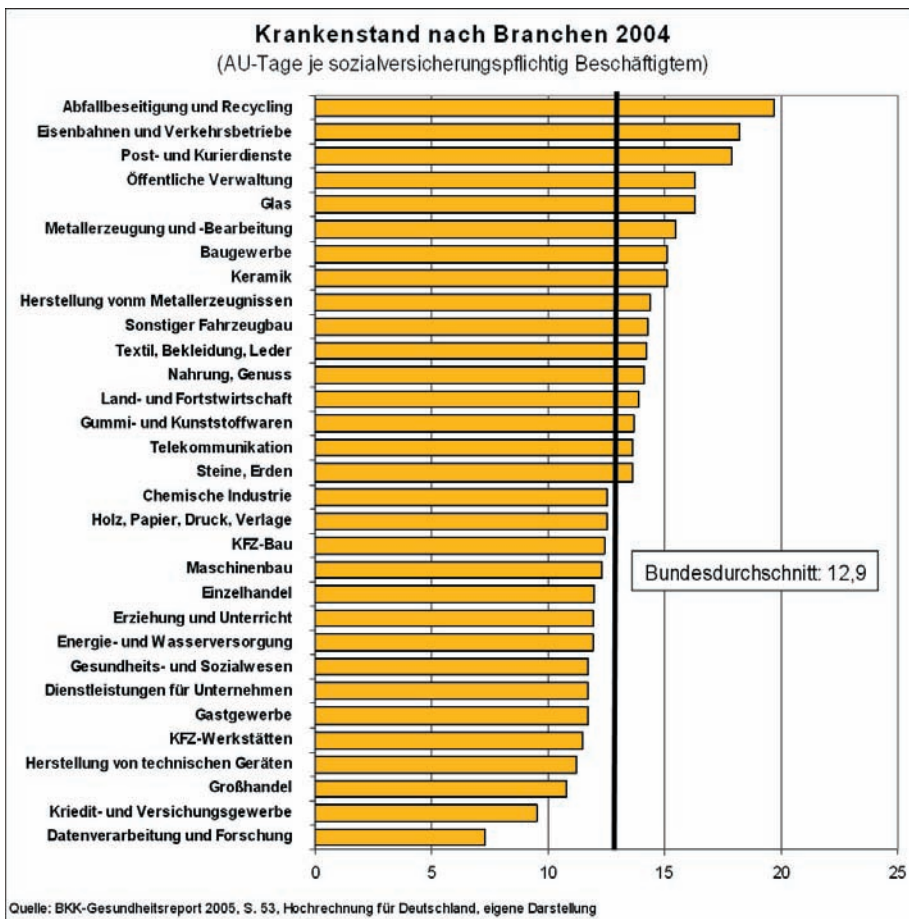


Abbildung 2: Krankenstand nach Branchen

haben eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge und sind daher ebenfalls in der AU-Statistik kaum vertreten.

In gleicher Weise ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, welche Schlussfolgerungen aus der Krankenstandsstatistik im Hinblick auf betriebliche oder andere **Ursachen** der Arbeitsunfähigkeit gezogen werden dürfen. Die Krankenstandsforschung hat im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf den Krankenstand zusammengetragen, von der Betriebsgröße bis hin zur gesamtwirtschaftlichen Lage (siehe auch Kap. 2). Was speziell die Arbeitsbedingungen betrifft, so kam eine Studie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zu dem Ergebnis, dass 1998 ca. 29 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf körperliche Belastungen und 31 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Belastungen bei der Arbeit zurückzuführen waren (wobei beide Werte dabei nicht addiert werden dürfen, da körperliche und psychische Belastungen häufig gemeinsam auftreten, Bödeker et al. 2002). Auch frühere Studien, z. B. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin oder des Nordischen Rats, eines Regierungsforums der skandinavischen

Länder, kamen zu ähnlichen Größenordnungen des arbeitsbedingten Anteils der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Kuhn 2001).

Bei alldem ist zudem stets zu bedenken, dass die Krankenstandsstatistik kein Ergebnis epidemiologischer Surveys ist, sondern eine Statistik über einen sozialrechtlichen Leistungsfall, nach Maßgabe der „**Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien**“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

(<http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschlusse/2003-12-01-AU-neu.pdf>)

## 2. Wie ist die aktuelle Datenlage?

Der Krankenstand ist in Deutschland in den letzten Jahren stetig zurückgegangen und hat 2005 mit 3,32 % einen bisher unerreichten Tiefstand erreicht (GKV-Statistik KM 1). In den alten Bundesländern ist der Krankenstand der Männer etwas höher als der der Frauen, in den neuen Bundesländern ist es umgekehrt.

Nach **Branchen** differenziert gibt es deutliche Unterschiede, bedingt z. B. durch die Arbeitstätigkeiten, die Altersstruktur und die Qua-

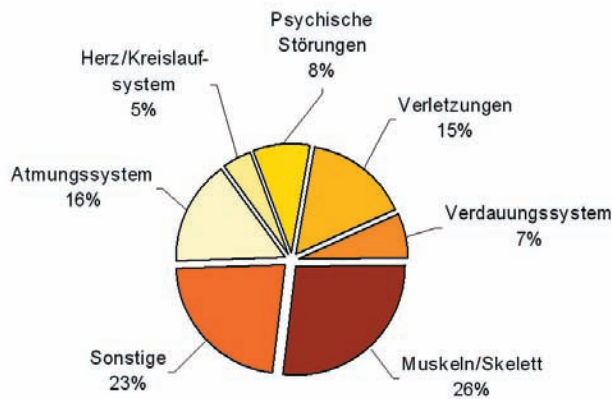
lifikationsstruktur der Beschäftigten sowie die durchschnittliche Betriebsgröße in den jeweiligen Branchen. Zum relativ hohen Krankenstand der öffentlichen Verwaltung sei angemerkt, dass das Durchschnittsalter der Beschäftigten relativ hoch ist und dass zur öffentlichen Verwaltung auch Berufe mit schweren körperlichen Belastungen, z. B. in Gartenbauämtern, gehören. Die Beamten sind als Privatversicherte in der Statistik der Krankenkassen nicht enthalten.

Branchenvergleiche fallen zudem je nach Kasenart etwas unterschiedlich aus, d. h., das Ranking der Branchen ist aufgrund unterschiedlicher Versichertenprofile nicht bei allen Krankenkassen identisch. Abbildung 2 gibt die Krankenstände von BKK-Versicherten an, gewichtet nach allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (BKK Bundesverband 2005).

Die Daten lassen sich auch nach **Berufsgruppen** aufbereiten. Zu den beschäftigungsstarken Berufen mit den höchsten Krankenständen bei den BKK-Versicherten (BKK Bundesverband 2005) gehörten 2004 die Reinigungsberufe (21,2 AU-Tage je Mitglied) und die Hilfsarbeiter (18,7 Tage). Zu den Berufen mit den niedrigsten Krankenständen gehörten die Chemiker, Physiker, Mathematiker (1,5 Tage) und die Ingenieure (3,0 Tage). Die Differenz zwischen den Berufsgruppen steht in Zusammenhang mit dem Sozialgradienten des Krankenstandes: Bei den AOK-Mitgliedern 2003 hatten die Arbeiter mit 32,5 AU-Tagen je Mitglied einen höheren Krankenstand als Facharbeiter mit 20,6 Tagen, diese wiederum einen höheren Krankenstand als Meister (14,6 Tage) und Angestellte (14 Tage). Einen vergleichsweise hohen Krankenstand hatten auch die Auszubildenden mit 28,3 Tagen. Bei den Auszubildenden und generell bei jüngeren Beschäftigten ist der Krankenstand durch relativ viele kurz andauernde Arbeitsunfähigkeitsfälle geprägt, bei älteren Beschäftigten liegt dagegen die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle deutlich niedriger, aber sie dauern länger.

Die den Krankenstand dominierenden **Krankheitsarten** sind in den letzten 20 Jahren im Wesentlichen gleich geblieben. Nach wie vor stehen Erkrankungen des Muskelskelettsystems (hierunter insbesondere Rückenschmerzen) im Vordergrund, obwohl die Zahl der AU-Tage mit dieser Diagnose seit Jahren überproportional stark zurückgeht. Auffällig ist allerdings, dass sich die psychischen Störungen inzwischen auf den 4. Rangplatz vorge-schoben haben. Die psychischen Störungen haben auch nicht am allgemeinen Rückgang

**Anteil einzelner Krankheitsarten am Krankenstand 2004**  
(in Prozent, BKK Pflichtmitglieder)



Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2005, S. 11, eigene Darstellung

**Abbildung 3: Diagnosen**

des Krankenstands teilgenommen, im Gegenteil, die AU-Tage sind bei dieser Diagnose sogar gestiegen. Dieses Phänomen verzeichnen alle gesetzlichen Kassen.

### 3. Was folgt daraus für die betriebliche Praxis?

Für die Planung von Präventionsmaßnahmen ist der Krankenstand interessant, weil er das Interesse an der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und das Interesse an der Gesundheit der Beschäftigten in einer Kennziffer vereinigt. Zu den direkten wirtschaftlichen Folgen des Krankenstands zählen:

- Kosten durch die Lohnfortzahlung (in Kleinbetrieben ggf. reduziert durch die Teilnahme an einer Entgeltfortzahlungsversicherung),
- Kosten für Ersatzkräfte und deren Einarbeitung,
- Kosten durch die Störung des Betriebsablaufs und erhöhten Organisationsaufwand (insbesondere bei Kurzeiterkrankungen),
- Kosten für nicht ausgelastete Kapazitäten,
- Produktionsausfall durch nicht geleistete Arbeit.

Daneben ist der Krankenstand betriebswirtschaftlich jedoch auch aus einem anderen Grund interessant. Ein hoher Krankenstand ist gewöhnlich ein Indikator für ein Organisationsproblem (Betriebsklima, Defizite in der Arbeitsgestaltung bzw. -organisation, Führungsverhalten). In größeren Unternehmen sind z. B. größere Differenzen im Krankenstand zwischen den Abteilungen Hinweise auf solche Organisationsprobleme.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung und

im ganzheitlichen Arbeitsschutz wurden in den letzten Jahren Methoden entwickelt, den Krankenstand zu analysieren und zu geeigneten Handlungsoptionen zu kommen (Bamberg, Ducky & Metz, 1998, Westermayer & Bähr, 2002). Wenn man die oben genannten Einschränkungen berücksichtigt und Krankenstandsanalysen durch andere Instrumente, z. B. Gesundheitszirkel oder Mitarbeiterbefragungen zur Erfassung von Belastungen und Beschwerden ergänzt, stellen diagnosenbezogene Auswertungen der Krankenstandsdaten eine hilfreiche Grundlage für die Planung betrieblicher Präventionsprogramme dar. Die Krankenkassen können diese Daten anonymisiert für die Betriebe aufbereiten, wobei aus datenschutzrechtlichen Gründen und aus Gründen der statistischen Aussagekraft der Daten Kollektive unter 50 Beschäftigten meist nicht weiter differenziert werden. Für Kleinbetriebe ist der Krankenstand keine aussagekräftige Kennziffer, da hier ein Krankheitsfall mehr oder weniger zu großen Sprüngen beim Krankenstand führt. Ein ungelöstes Problem besteht nach wie vor darin, dass in den meisten größeren Betrieben viele Krankenkassen vertreten sind, die AU-Daten der Beschäftigten also nicht bei einer einzigen Krankenkasse abgerufen werden können. Die Bereitschaft der Krankenkassen zur Zusammenarbeit bei betrieblichen Präventionsprojekten ist zwar in den letzten Jahren besser geworden, aber nach wie vor nicht befriedigend.

Mitte der 90er Jahre, als die Krankenstände in Deutschland um ca. 2%-Punkte höher waren als heute, hatten konkurrierend zur Interpretation des Krankenstands als einem Organisati-

onsproblem auch Ansätze Konjunktur, die den Krankenstand personalisierend als „Blaumacherproblem“ interpretierten. Restriktive Formen der Krankenrückkehrgespräche wurden damals diskutiert (Busch, 1997, 1999) und auf politischer Ebene wurde die Einschränkung der Lohnfortzahlung (z. B. durch Karenztage) gefordert.

Diese Missbrauchsdebatte wurde vor allem an den Kurzeiterkrankungen und den Montags-erkrankungen festgemacht. Auch der Gesetzgeber hat, was die Einschaltung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Klärung individueller Auffälligkeiten bei Krankenschreibungen angeht, auf diese beiden Aspekte abgehoben. § 275 (1a) SGB V lautet: „Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit (...) sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt (...)“ Krankenkassendaten sind zwar aufgrund der nicht vollständigen AU-Bescheinigungen bei Kurzeiterkrankungen keine absolut verlässliche Datenbasis zur Beurteilung dieser Frage, aber sie sprechen eher dafür, dass der Krankenstand kein Problem der Kurzeiterkrankungen ist, sondern der Langzeiterkrankungen.

Seit 2005 sind die Unternehmen verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement für Mitarbeiter durchzuführen, die innerhalb eines Kalenderjahres länger krankgeschrieben waren (§ 84 SGB IX). In Absatz 2 dieser Vorschrift heißt es: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung (...), bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen.“

Was den zweiten Anhaltspunkt der Missbrauchsdebatte, die sog. „Montagserkrankungen“ angeht, so gibt es tatsächlich an Montagen mehr Krankmeldungen als an den anderen Wochentagen. Bei den AOK-Versicherten waren es 2003 beispielsweise 33 % aller Krankmeldungen. Berücksichtigt man allerdings, dass Erkrankungen, die am Wochenen-

de auftreten, erst am Montag zu einer Krankmeldung führen können, relativiert sich dieser Sachverhalt und der Montag ist statistisch nicht mehr auffällig. Auch hier muss wiederum in Rechnung gestellt werden, dass die Kurzeiterkrankungen nur teilweise in den Kassendaten enthalten sind und so ein Vergleich der Häufigkeit von AU-Fällen nach Wochentagen erschwert wird.

Anzunehmen, dass es keinen Missbrauch bei den Krankschreibungen gibt, der Krankenstand also keine „motivationsbedingten Anteile“ hat, wäre sicher lebensfremd. Umgekehrt, das zeigt der Vergleich der Krankenstandsdaten mit den deutlich höheren Krankheitsraten aus dem Mikrozensus, gibt es heute aber auch viele Beschäftigte, die aus Angst vor Verlust ihres Arbeitsplatzes krank zur Arbeit gehen und damit möglicherweise langfristig ihre Gesundheit schädigen. Liegt ein Organisationsproblem vor, mögen disziplinarische Maßnahmen kurzfristig zwar den Krankenstand senken, aber langfristig wird man damit eine schwer behebbar Belastung des Betriebsklimas bewirken. Dies dürfte daher zumindest für Betriebe, die auf die Motivation und Kreativität ihrer Beschäftigten und nicht nur auf deren physische Anwesenheit angewiesen sind, keine optimale Lösung darstellen. Dagegen weisen Studien für Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung in Bezug auf die Senkung der Fehlzeiten nachhaltige Wirkungen und einen Return on Investment von 1:2 bis 1:5 nach (Bödeker & Kreis, 2003), d. h., der wirtschaftliche Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist inzwischen gut belegt, Nachhaltigkeit zahlt sich aus.

## Literatur

Badura, B., Schellschmitt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005): Fehlzeitenreport 2004. Berlin: Springer.

Badura, B., Schellschmitt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2006): Fehlzeitenreport 2005. Schwerpunktthema: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit - Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe.

BMGS (2006): Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand 1970 bis 2005 und Februar 2006 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 7. März 2006.

BKK Bundesverband (2005): BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen

## Zur Person



**Joseph Kuhn,**

Jahrgang 1958, ist beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für die Gesundheitsberichterstattung Bayerns zuständig. Er ist Diplompsychologe. Bevor er in den öffentlichen Gesundheitsdienst ging – zunächst im Land Brandenburg, war er in einer Berliner Unternehmensberatung mehrere Jahre auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. In Bayern ist er als Referent auch am Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin beteiligt.

## Zur Person



**Dr. Andreas Böhm**

Jahrgang 1955, ist im Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg Dezernatsleiter im Dezernat für Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Nach dem Diplom in Psychologie in Trier arbeitete er im Institut für Psychologie an der TU Berlin, wo er mit einer medizin-psychologischen Arbeit promovierte. Vor der Tätigkeit im Landesgesundheitsamt arbeitete er mehrere Jahre in Unternehmensberatungen, u. a. mit dem Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung.

Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen: BKK Bundesverband.

Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002): Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland 1998. Die BKK - Zeitschrift für die betrieblichen Krankenkassen 90 (2), 45-49.

Bödeker, W. & Kreis, J. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3. Herausgegeben vom BKK Bundesverband und vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Essen: BKK Bundesverband.

Busch, R. (1997): Arbeitsmotivation und Gesundheit. Rückkehrgespräche in der betrieblichen Praxis. Berlin: FU Berlin.

Busch, R. (1999): Autonomie und Gesundheit. München: Hampp.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschuesse/2003-12-01-AU-neu.pdf>.

Kuhn, J. (2001): Arbeitsbedingte Erkrankungen. Prävention 24, 3-6.

Westermayer, G., & Bähr, B. (Hrsg.) (2002): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe.

# Ein Instrument zur monetären Bewertung der Arbeitsunfähigkeit

Andreas Lüdeke

## Zusammenfassung

Die Experten für Sicherheit und Gesundheitsschutz stehen oft vor dem Problem, ihren Beitrag zum Unternehmenserfolg belegen zu müssen. Gerade die monetäre Bewertung dieses Beitrags zur Verhütung der Arbeitsunfähigkeit bereitet jedoch erhebliche Probleme. Dies ist vor allem deshalb schwierig, weil der Gesundheitsschutz nur indirekt - vermittelt über komplexe Ursache-Wirkungs-Ketten - auf den Unternehmensgewinn einwirkt.

Um eine schnelle monetäre Abschätzung des Ausfalls von Personal vornehmen zu

können, wurde im Rahmen eines Projektes der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) das Instrument des Ausfallkostenkalkulators entwickelt.

## 1. Das ökonomische Potenzial des Gesundheitsschutzes

Die von Betriebsärzten und Arbeitsmedizinern gemachten Vorschläge zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz konkurrieren, wenn sie Geld kosten, mit anderen Ausgaben im Unternehmen. In vielen Unternehmen weiß man um die Bedeutung gesunder Mitarbeiter für die Mitarbeiterzufriedenheit und ihre Produktivität.

Auch Imageeffekte, in dem Sinne, dass gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen ein wichtiges Argument beim Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter sein können, spielen eine immer größere Rolle.

Die geldmäßige Bewertung dieser Effekte bereitet jedoch erhebliche Probleme. In der betrieblichen Praxis versucht man deshalb den betrieblichen Nutzen von Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung mit Hinweis auf die Vorteile, die durch gesunde Mitarbeiter oder den Abbau des Krankenstandes entstehen, zu begründen.

Für die Gesunderhaltung der Mitarbeiter stehen einerseits Maßnahmen zur Verfügung, welche bei den krankmachenden Faktoren ansetzen wie z. B. chemischen Einwirkungen, dauerhafter Lärm, Unfallgefahren. Ein weiterer Ansatz besteht darin, z. B. die Arbeitsaufgaben ganzheitlich zu gestalten sowie Entscheidungs- und Handspielräume auszuweiten, um die gesundheitsförderlichen Aspekte der Arbeit zu stärken.

Will man nun den ökonomischen Nutzen dieser Maßnahmen prognostizieren, so setzt man meist bei der Analyse des Erkrankungsgeschehens im Unternehmen an.

Bei dieser Analyse kann ein Vergleich des eigenen Krankenstandes mit dem Krankenstand der Branche erste Hinweise auf eine mögliche arbeitsbedingte Ursache liefern. Die Häufung von bestimmten Erkrankungen in einer Abteilung kann ebenfalls ein Hinweis dafür sein, dass hier besondere arbeitsbedingte Belastungen vorliegen. Grundlage für die Suche nach arbeitsbedingten Ursachen dieser Erkrankungen ist dann oft eine Begehung in Kombination mit einer Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze.

Soll nun das ökonomische Potenzial der Beseitigung einer ermittelten Belastung für die Gesundheit abgeschätzt werden, so sind die zugehörigen Ausfalltage ökonomisch zu bewerten. Hierzu soll das vorliegende Instrument einen Beitrag leisten.

Mit dem Instrument können die Ausfallkosten eines **einzelnen** Arbeitsunfähigkeitsfalls bestimmt werden. Um das gesamte ökonomische

Tabelle 1: Tabellenblatt zur Ausfallkostenkalkulation

Kostenkategorie	Kosten
<b>A. Produktionsausfallkosten (ohne Kompensationsmaßnahme)</b>	
Arbeitskosten/Tag	Statistisches Jahrbuch
Fixkosten des Arbeitsplatzes (in Prozent der Arbeitskosten)	Statistisches Jahrbuch
Ausfalltage	Eigene Werte einsetzen
Summe Ausfallkosten	Automatische Kalkulation
<b>B. Kompensationsmaßnahmen für Ausfalltage</b>	
<b>Ba. Überstunden:</b>	
Überstundenzuschläge/Stunde (in %)	Eigene Werte einsetzen
Anzahl der Überstunden/Tag	Eigene Werte einsetzen
Effektive Ausfalltage (= Ausfallzeit – geleistete Überstunden)	Automatische Kalkulation
Überstundenkosten/Tag	Automatische Kalkulation
<b>Bb. Ersatzpersonal:</b>	
Leiharbeitskosten/Tag	Eigene Werte einsetzen
Durchschnittliche Einarbeitungszeit (in Tagen)	Eigene Werte einsetzen
Kosten der Personalbeschaffung und Einarbeitung	Prognos-Studie
<b>C. Kompensationskosten für Ausfalltage</b>	
Überstunden	Automatische Kalkulation
Leiharbeit	Automatische Kalkulation
<b>D. Produktionsausfallkosten + Kompensationskosten (A+C)</b>	
Mit Überstunden	Automatische Kalkulation
Mit Leiharbeit	Automatische Kalkulation
Zum Vergleich: ohne Kompensation	Automatische Kalkulation
<b>E) Weitere Ausfallkosten (Sachschäden, Auftragsverluste, BG-Zuschlag, ...)</b>	
<b>F) Gesamte Ausfallkosten</b>	
Bruttoausfallkosten	Automatische Kalkulation
- Ersparnis der Lohnfortzahlung nach 30 Tagen	Automatische Kalkulation
<b>Total</b>	Automatische Kalkulation

Potenzial der Reduzierung von Erkrankungsfällen mit vermuteter ähnlicher arbeitsbedingter Ursache zu schätzen, empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Man sollte für die Bewertung **einen** Arbeitsunfähigkeitsfall heranziehen, der von seiner Ausfallzeit her einem Durchschnittsfall entspricht.
- Multipliziert man dann die ermittelten Kosten dieses Falls mit der Gesamtzahl der relevanten Fälle, so erhält man das gesamte ökonomische Potenzial der Beseitigung der arbeitsbedingten Belastung.

Die Bedienungsanleitung für das Bewertungsinstrument wird im nächsten Abschnitt vorgestellt.

## 2. Das Instrument des Ausfallkostenkalkulators<sup>1</sup>

Grundlage des Instruments für die schnelle Berechnung der Höhe der Ausfallkosten ist ein Exceltabellenblatt. Es werden die Ausfallkosten pro Ausfallereignis ermittelt. Die hinterlegte Berechnungsformel berücksichtigt die Möglichkeiten des Unternehmens, Leiharbeit oder bezahlte Überstunden einzusetzen, um Personalausfall zu kompensieren und die Ausfallkosten zu senken. Mithilfe weniger Angaben zum Einsatz von Kompensationsmaßnahmen kann so eine einfache Schätzung der Reduzierung der Ausfallkosten vorgenommen werden (vgl. Tabelle 1).

Die folgende Abbildung zeigt den Aufbau des Tabellenblatts, das von der Internetseite der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) unter [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de) heruntergeladen werden kann. Die gelben Felder der Tabelle kennzeichnen automatisch berechnete Werte, die roten Felder zeigen die Felder, in die Daten aus hinterlegten Tabellen übernommen werden können. In die grauen Felder sind eigene Werte des Unternehmens einzutragen.

Ein Beispiel soll den Ablauf der Kostenkalkulation illustrieren und dabei seine Merkmale erläutern.

### • Ausfallkosten ohne Kompensation

In einem mittelständischen Gebäudereinigungsunternehmen kommt es immer wieder zu Fehlern bei der Bestellung von Hautmitteln für die Beschäftigten. Es fehlen geeignete Schutzhandschuhe sowie Hautschutz- und Hautpflegemittel. Die Folge ist, dass vor allem die Hände der Beschäftigten durch häufigen Kontakt mit aggressiven Chemikalien stark belastet sind und sich Hauterkrankungen häufen. So fallen immer wieder Beschäftigte wegen eines Abnutzungsekzems für ca. 10 Tage

Kostenkategorie	Kosten
<b>A. Produktionsausfallkosten (ohne Kompensationsmaßnahme)</b>	
Arbeitskosten/Tag	191,4 Euro
<b>Fixkosten des Arbeitsplatzes (in Prozent der Arbeitskosten)</b>	9,17 %
Ausfalltage	10
	2.089 Euro
<b>B. Kompensationsmaßnahmen für Ausfalltage</b>	
<b>Ba. Überstunden:</b>	
Überstundenzuschläge/Stunde (in %)	10 %
Anzahl der Überstunden/Tag	1
<b>Effektive Ausfalltage (= Ausfallzeit – geleistete Überstunden)</b>	9
Überstundenkosten/Tag	26 Euro
<b>Bb. Ersatzpersonal:</b>	
Leiharbeitskosten/Tag	0 Euro
Durchschnittliche Einarbeitungszeit (in Tagen)	0
<b>Kosten der Personalbeschaffung und Einarbeitung</b>	0
<b>C. Kompensationskosten für Ausfalltage</b>	
Überstunden	260 Euro
Leiharbeit	0 Euro
<b>D. Produktionsausfallkosten + Kompensationskosten (A+C)</b>	
Mit Überstunden	2.088 Euro
Mit Leiharbeit	0 Euro
<b>Zum Vergleich: ohne Kompensation</b>	2.089 Euro
<b>E) Weitere Ausfallkosten (Sachschäden, Auftragsverluste, BG-Zuschlag, ...)</b>	
	0
<b>F) Gesamte Ausfallkosten</b>	
<b>Bruttoausfallkosten</b>	2.088 Euro
<b>- Ersparnis der Lohnfortzahlung nach 30 Tagen</b>	0 Euro
<b>Total</b>	2.088 Euro

Tabelle 2: Beispielkalkulation

aus (Wert eingeben).

Für einen Mitarbeiter im Dienstleistungsgewerbe, zu dem auch die Gebäudereinigung gehört, sind laut Statistischem Bundesamt pro Tag 191,4 Euro Arbeitskosten anzusetzen (Wert übernehmen). Aufgrund des relativ geringen Automatisierungsgrades in der Gebäudereinigung fallen relativ geringe arbeitsplatzbezogene Fixkosten an. Diese Fixkosten werden bezogen auf die Arbeitskosten ausgewiesen (9,17 %) und belaufen sich im Branchendurchschnitt auf ca. 17,6 Euro pro Tag (Wert übernehmen).

### • Kompensationskosten

Kurz- und mittelfristig wird Arbeitskräfteausfall meist durch Überstunden oder den Einsatz von Leiharbeitern kompensiert. Das hier vorgestell-

te Instrument bietet beide Alternativen an, um die gesamten Ausfallkosten zu berechnen.

Für das Beispiel soll hier angenommen werden, dass die ausgefallene Arbeit teilweise durch Überstunden ausgeglichen wird. Eine Kollegin wird deshalb während des Krankenstandes jeweils eine Stunde pro Tag länger arbeiten (Wert eingeben). Als Überstundenzuschlag werden 10 % bezogen auf den Grundlohn angesetzt. Damit ergeben sich für die Mehrarbeit pro Tag 26 Euro Überstundenkosten.

Interessant ist der Vergleich zwischen den Ausfallkosten ohne Überstunden und den Ausfallkosten mit Überstunden: Man sieht, dass die Kosten in beiden Fällen ungefähr identisch sind. Ursache hierfür sind die relativ geringen

<b>Direkte Kosten</b>
Personalkosten während der Arbeitsunfähigkeit
<b>Indirekte Kosten</b>
+ <b>Zusätzliche Produktionskosten:</b>
✓ Qualitätsverluste (Ausschuss, Nacharbeit)
✓ Produktionsverluste
+ <b>Zusätzliche Personalkosten</b>
✓ Überstunden, Ersatzpersonal
+ <b>Verwaltungskosten</b>
✓ Reorganisation der Arbeit
✓ u. U. Personalbeschaffungskosten
+ <b>Sachschaden</b>
+ <b>Vertragsstrafe bei Terminverletzung</b>
+ <b>Beitragszuschlag der BG</b>
<b>Bruttokosten Arbeitsunfall</b>
— Normale Personalkosten ohne Abwesenheit
<b>Nettokosten Arbeitsunfall</b>

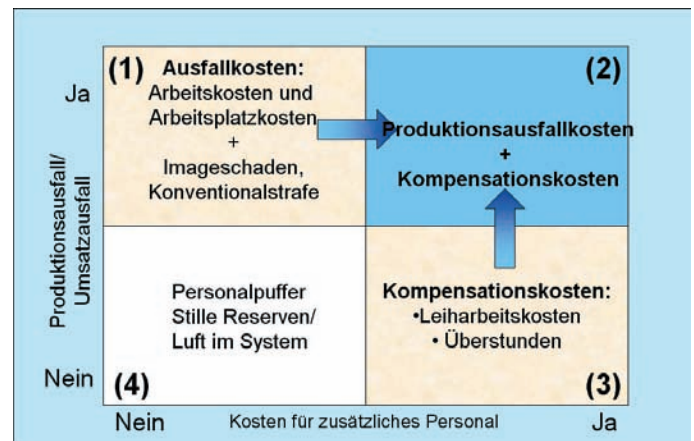


Abbildung 1: Ausfallkostenrechnung

Abbildung 2: Bewertungsansätze des Personalausfalls

arbeitsplatzbezogenen Fixkosten und die relativ geringen Überstundenzuschläge.

Bei ungefähr identischen Kosten ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass sich der Unternehmer für die Alternative „Überstunden“ entscheidet, um sein Image bei den Kunden durch Terminverletzungen nicht zu gefährden. Dieser Faktor ist zwar nicht exakt geldmäßig zu beziffern, wird jedoch als qualitativer Faktor ebenfalls die Entscheidung beeinflussen.

• **Gesamte Ausfallkosten**

Mit den übernommenen und eingegebenen Werten wurden automatisch die Ausfallkosten und Kompensationskosten berechnet und addiert. Weitere Ausfallkosten sind annahmegoemäß nicht angefallen. Die infolge der Arbeitsunfähigkeit von 10 Tagen entstandenen Nettoausfallkosten werden mit dem Instrument des Ausfallkostenkalkulators mit 2.088 Euro angegeben.

Der Aufbau der Ausfallkostenkalkulation und seine Datengrundlagen werden im Folgenden vorgestellt.

### 3. Ausfallkostenrechnung

Das Einsatzgebiet von Ausfallkostenrechnungen reicht von der gesamten Volkswirtschaft bis zum einzelnen Betrieb. Grundlage ist die Bewertung des Personalausfalls mit dem Lohn oder dem Gehalt (vgl. z. B. Greiner 2003).

Abbildung 1 zeigt die potenziellen Kostenbestandteile der Ausfallkostenrechnung für einen einzelnen Betrieb, die in Zusammenhang mit einer krankheitsbedingten Fehlzeit zu berücksichtigen sind. Neben dem „reinen“ Ressourcenausfall entstehen zusätzliche Kosten vor allem durch den Einsatz von Ersatzpersonal.

Bei Arbeitsunfällen liegen oft auch Sachschäden vor, die hier ebenfalls anzusetzen sind.<sup>2</sup> Allerdings sind für die korrekte Abschätzung der Kosten des Personalausfalls verschiedene Fälle zu unterscheiden. Diese Fälle bestimmen, welche Kosten aus Abb. 1 für die Bewertung der Ausfallkosten anzusetzen sind. Die Kosten und ihre Bewertungsansätze werden mit Abb. 2 verdeutlicht:<sup>3</sup>

1. Steht kein Ersatzpersonal zur Verfügung, welches die liegende gebliebene Arbeit des erkrankten Mitarbeiters übernehmen kann, so fällt Produktion aus. Die führt u. U. zu einem Umsatzausfall oder zumindest zu einem Produktionsausfall im Unternehmen, der mit den Herstellungskosten bewertet werden kann. Werden Fertigstellungs- oder Auslieferungstermine verletzt, so fallen oft auch Konventionalstrafen an und das Unternehmen verliert seinen guten Ruf bei den Kunden.
2. Steht Ersatzpersonal zur Verfügung, das jedoch den fehlenden Mitarbeiter nicht vollständig ersetzen kann, so kommt es zu dem Mischfall, dass die Herstellungskosten und Kosten für Ersatzpersonal für die Bewertung zu berücksichtigen sind.
3. Kann Ersatzpersonal das Fehlen eines Mitarbeiters perfekt ausgleichen, so sind nur die direkten Personalkosten dieses Ersatzpersonals zu berücksichtigen.
4. Bei Unterauslastung des Unternehmens fallen keine zusätzlichen Kosten an, wenn die Arbeit von den vorhandenen Mitarbeitern übernommen werden kann. Dieser Fall kann in Zeiten wirtschaftlicher Flaute relevant sein.

Ausfallkostenrechnungen liefern außerdem Informationen für die Nutzenbewertung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen einer Kos-

ten-Nutzen-Analyse oder der Berechnung des Return on Investment (RoI) der Prävention oder der Gesundheitsförderung. Um solche Berechnungen durchführen zu können, muss man jedoch über plausible – wissenschaftlich begründete – Angaben zu den vermuteten Wirkungen der geplanten Maßnahmen verfügen. Für den Bereich der Verhaltensprävention gibt es hier viel versprechende Ansätze (vgl. Bödeker/Kreis 2003), die für den Bereich der Verhältnisprävention allerdings noch nicht in gleichem Umfang vorliegen.

### 4. Prinzipien der Bewertung des Personalausfalls

Im Gegensatz zu den Personalkosten für Ersatzpersonal kann man den Produktionsausfall meist nicht direkt (z. B. durch Umsatzerluste) bewerten. Man schätzt deshalb den Wert der Arbeit des fehlenden Beschäftigten mit den Kosten seiner Beschäftigung. Diese bestehen – vereinfacht – aus den Arbeitskosten und den Kosten der Unterhaltung und Einrichtung seines Arbeitsplatzes (Arbeitsplatzkosten).

Die **Arbeitskosten** als die Summe aller Aufwendungen des Arbeitgebers für die Beschäftigten setzen sich wie folgt zusammen:

$$\text{Arbeitskosten} = \text{Lohn/Gehalt} + \text{Personalnebenkosten}$$

- Die Personalnebenkosten bestehen z. B. aus:
- Pflichtbeiträgen zur Sozialversicherung/Anteil Arbeitgeber
  - Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld (Sonderzahlungen)
  - Vergütung arbeitsfreier Tage: Urlaubsvergütung, Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall, Vergütung gesetzlicher Feiertage und sonstiger Ausfalltage
  - Zuschuss zu Betriebskantine, Betriebskindergarten usw.



Die Arbeitskosten in den verschiedenen Wirtschaftszweigen werden alle 4 Jahre vom Statistischen Bundesamt erhoben (Statistisches Jahrbuch 2004, S. 611).

Zu den **Arbeitsplatzkosten** gehören die Kosten der Einrichtung und Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft des Arbeitsplatzes sowie die zugehörigen Gemeinkosten.

Im Hinblick auf die Berechnung der Ausfallkosten gilt die folgende Faustregel zur Ermittlung der relevanten Kosten des Arbeitsplatzes: Die Arbeitsplatzkosten fallen weiterhin an, auch wenn die Produktion am betroffenen Arbeitsplatz stillsteht. Die Arbeitsplatzkosten erhält man, indem man die fixen Kosten des Arbeitsplatzes erfasst und die Gemeinkosten des Unternehmens den Kostenstellen und Arbeitsplätzen verursachungsgerecht zuordnet.

Die Arbeitsplatzkosten haben die folgenden Bestandteile:

- kalkulatorische Abschreibungen und Zinsen auf Anlagen und Maschinen
- Instandhaltungs-, Wartungskosten, Prüfkosten
- Energie- und Raumkosten (Miete)
- Versicherungsbeiträge
- Gemeinkosten der Verwaltung (Büro) usw..

Die Erhebung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 1998 und 2000 zur Kostenstruktur der Unternehmen und im Handwerk liefert Informationen zu zentralen Bestandteilen der Arbeitsplatzkosten (Statistisches Jahrbuch 2004, S. 135, 136, 198).

Bewertungsansatz des Produktionsausfalls sind also die folgenden Größen:

$$\text{Produktionsausfallkosten} = \text{Arbeitskosten} + \text{Arbeitsplatzkosten}$$

## 5. Bewertung der Kompensationsmaßnahmen

Werden durch den Unternehmer Kompensationsmaßnahmen durchgeführt, so wird der Produktionsausfall vollständig vermieden oder zumindest in seinem Umfang begrenzt. Zwei Varianten von Kompensationsmaßnahmen werden betrachtet:

- Überstunden
- Leiharbeit.

Der Unternehmer muss sich hier für die aus seiner Sicht wirksamste Variante entscheiden, mit der Störungen der Produktion oder der Erbringung von Dienstleistungen vermieden werden können.

Bewertungsansatz der Überstunden sind Über-

stundenzuschläge. Die Bewertung des Einsatzes von Leiharbeit ist deutlich aufwendiger und damit schwieriger, weil die Beschaffung von Ersatzpersonal im Unternehmen zusätzlichen administrativen Aufwand auslöst und die Leistungsfähigkeit des Leiharbeiters zunächst kleiner als die des ausgefallenen Mitarbeiters ist. Es entstehen damit Kosten für die Beschaffung und Einarbeitung von Ersatzpersonal. Im Einzelnen können hierbei die folgenden Kostenpositionen für die Bewertung relevant sein:

- Anwerbungskosten (Kosten für Annoncen, Personalberater usw.),
- Auswahlkosten (Kosten des Zeitaufwandes der Vorgesetzten und zukünftigen Kollegen für Bewerbungsgespräche usw.),
- Einstellungskosten (Einrichtung des Arbeitsplatzes, Personalstammdatenerhebung usw.),
- Aus- und Fortbildungskosten,
- Einarbeitungskosten (Kosten des Zeitaufwandes der Vorgesetzten und Kollegen zur Beaufsichtigung usw.),
- Minderleistung während der Einarbeitung (Kosten der geringeren Produktivität und einer höheren Fehlerquote während der Einarbeitung).

Die Kosten der Personalbeschaffung und Einarbeitung spiegeln die Kosten des dauerhaften Verlustes eines Mitarbeiters wieder. Zur Bewertung des Verlustes setzt man die **Kosten der Wiederbeschaffung** eines gleichwertigen Beschäftigten an.

Hinweise auf die Wiederbeschaffungskosten liefert eine Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003). Die vom Prognos-Institut durchgeführte Studie bewertet den betriebswirtschaftlichen Nutzen familienfreundlicher Maßnahmen. Der Nutzen der Maßnahmen liegt hierbei in der dauerhaften Bindung von Beschäftigten mit Kindern an das Unternehmen. Ohne diese dauerhafte Bindung müssten Neueinstellungen mit entsprechenden Wiederbeschaffungskosten durchgeführt werden.

## 6. Ziele des Instruments

Das Instrument soll als Argumentationshilfe dienen, um überzeugend die betrieblichen Folgekosten des Ausfalls von Mitarbeitern darzustellen. Es richtet sich deshalb auch an Betriebsärzte, Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte aller Branchen, die den Nutzen präventiver Maßnahmen darstellen müssen.

Es erhebt nicht den Anspruch, alle Kosten der Arbeitsunfähigkeit zu erfassen, wie z. B. die Verwaltungskosten des Personalausfalls, den Zeitaufwand für die Erste Hilfe usw. Hierfür

## Autor

Dr. Andreas Lüdeke

HVBG / Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit  
E-Mail: andreas.luedeke@hvbgb.de

wäre der Aufwand im Verhältnis zum Informationsgewinn viel zu groß. Außerdem werden nicht erfassbare Verluste wie verlorenes Vertrauen bei einigen Kunden als Folge von Terminverletzungen, die langfristig die Umsätze reduzieren können, nicht berücksichtigt. Insofern ist eher eine Unterschätzung der tatsächlichen Ausfallkosten zu erwarten. Beabsichtigt ist eine einfache und schnelle Schätzung, die sich auf leicht zugängliche Daten stützt.

## 7. Literatur

- Bödeker, W.; Kreis, J.** (2003). Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz, IGA-Report 3, Essen
- Büchner, W.; Rentel, A.** (2003). Arbeitsschutz und Wirtschaftlichkeit, 2. Aufl., Bochum.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (Hrsg.) (2003). Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen, Berlin.
- Greiner, W.** (2000). Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen, in: Gesundheitsökonomische Evaluationen, Schöffski, O.; Graf von Schulenburg, J.-M., 2. Aufl., Berlin, S. 159-173.
- Kohstall, T.; Lüdeke, A.** (2003). Neue Wege der betrieblichen Unfallkostenrechnung. In: Ecker, F.; Kohstall, T. (Hrsg.): Arbeitsschutz besser managen. Loseblattsammlung, Kap. 10900. Köln.
- Kohstall, T.; Lüdeke, A.** (2005). Instrumente zum Bewerten und Kontrollieren von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Störungsprävention, IGA-Report 6, Essen.
- Ministry of Social Affairs and Health** (Hrsg.) (1997). Economics of the Working Environment, Tampere (Finland).
- Statistisches Bundesamt** (2004). Statistisches Jahrbuch 2004, Wiesbaden.
- Thiehoff, R.** (2000). Betriebliches Gesundheitsschutzmanagement, Berlin.

1 Das Instrument ist Ergebnis des Teilprojekts „Ökonomischer Schaden betrieblicher Störungen“ der Initiative Gesundheit und Arbeit, das am Berufsgenossenschaftlichen Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG) bearbeitet wurde. Das Teilprojekt befasst sich mit der Bewertung des Beitrags von Sicherheit und Gesundheit zum betrieblichen Risikomanagement. Eine ausführliche Darstellung der Ausfallkostenrechnung findet sich im IGA-Report 6, Instrumente zum Bewerten und Kontrollieren von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Störungsprävention.

2 Die potenziellen Kosten eines Arbeitsunfalls stimmen weitgehend mit der Liste in Abbildung 1 überein. Eine ausführliche Darstellung der ökonomischen Bewertung von Arbeitsunfällen findet sich z. B. in Büchner/Rentel, A. (2003), Ministry of Social Affairs and Health (1997), Thiehoff (2000).

3 Eine ausführliche Herleitung dieser vier Fälle findet sich in Kohstall/Lüdeke 2004.

# Kosten von Nadelstichverletzungen und wirtschaftlicher Nutzen neuer Sicherheitsprodukte

Andreas Wittmann

Die Neufassung des Absatzes 4.2.4 der TRBA 250 hat die Diskussion über die Verwendung so genannter Sicherer Instrumente (PA berichtete in der letzten Ausgabe) wieder angeheizt.

Zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen (NSV) müssen seit der Veröffentlichung der Regel in der Juliausgabe des Bundesarbeitsblattes für viele Tätigkeiten Sichere Instrumente verwendet werden. Diese Instrumente haben ihren Nutzen mittlerweile bewiesen: Regelmäßig konnte durch ihren Einsatz die Zahl der Nadelstichverletzungen um mindestens 85 % gesenkt werden.<sup>1,2</sup>

Schon bisher war die Verwendung dieser Sicherheitsprodukte eigentlich vorgeschrieben, allerdings scheiterte deren Einführung vielerorts an den sehr hoch eingeschätzten Mehrkosten.

Diese Mehrkosten sind nicht von der Hand zu weisen, allerdings werden auch durch Nadelstichverletzung hohe Kosten verursacht, die den Mehrkosten von Sicheren Instrumenten gegenübergestellt werden müssen.

Zu dieser Problematik wurden in den Jahren 2004 und 2005 am Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz der Universität Wuppertal in Kooperation mit der Hochschule Niederrhein mehrere Studien durchgeführt.<sup>3,4</sup>

## Kosten einer gemeldeten Nadelstichverletzung

Um die Kosten einer gemeldeten Nadelstichverletzung zu bestimmen, wurden die Prozes-

se, die erforderlich sind um nach einer NSV eine Infektion (sicher) zu verhindern, in mehrere Ereignisablaufdiagramme überführt. Diese enthielten neben den Kosten für die einzelnen Prozeduren auch die im Rahmen anderer Studien ermittelten Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Pfade.

Exemplarisch wurden alle Berechnungen für die Situation eines Krankenhauses in Wuppertal durchgeführt: Dieses verfügt über rund 1000 Betten, nach Aussage des Betriebsarztes waren über 90 % der Beschäftigten gegen Hepatitis B geimpft und es wurden im langjährigen Mittel 166 Nadelstichverletzungen pro Jahr gemeldet.

Nicht jede Nadelstichverletzung führt zwangsläufig auch zu einer Infektion, nur wenn der Quellpatient Träger der Infektionskrankheit ist erfolgt - je nach Art des Erregers - in unterschiedlicher Häufigkeit eine Serokonversion beim „Opfer“ der Nadelstichverletzung.

Nun weisen allerdings mehrere Untersuchungen darauf hin, dass im Patientengut von Krankenhäusern deutlich höhere Prävalenzraten für HBV, HCV und HIV vorzufinden sind, als in der Allgemeinbevölkerung (Tabelle 1).

Bei der Berechnung der Kosten einer NSV wurden daher sowohl mit krankenhausspezifisch überhöhten Prävalenzraten gerechnet, als auch mit den Zahlen des RKI.

Zu einer Serokonversion nach einem infektiönsträchtigen Blutkontakt kommt es - abhängig vom Erreger - in unterschiedlicher Häufigkeit: Für das HBV werden 30 Übertragungen pro 100 Blutkontakte angegeben, für das HCV 3 pro 100 und für HIV 0,3 pro 100.<sup>7</sup>

Die durchschnittlichen Kosten einer gemeldeten Nadelstichverletzung beliefen sich für das ausgewählte Krankenhaus auf 487 €, wovon das Krankenhaus selbst 148 € zu tragen hatte. Modellhaft wurden sowohl die Durchimpfungsrate gegen HBV als auch die Prävalenzraten der Erreger verändert: Es zeigte sich, dass die Durchimpfungsrate gegen HBV einen sehr großen Einfluss auf die zu erwartenden Kosten einer Nadelstichverletzung hat, der Einfluss der Prävalenzraten der Erreger ist demgegenüber gering (Tabelle 2).

Andere internationale Studien kamen zu vergleichbar hohen Kosten, so ermittelte eine Schweizer Autorin<sup>8</sup> durchschnittliche Kosten von 356 € bis zu 3.465 € und eine amerikanische Forschergruppe<sup>9</sup> kam auf 630 € bis 785 € pro gemeldeter Nadelstichverletzung (alle Beträge wurden auf den zum jeweiligen Veröffentlichungstermin geltenden Eurokurs umgerechnet). Eine aktuelle deutsche Studie, die auch die Verwaltungskosten zu berücksichtigen versucht ermittelte für das Krankenhaus Kosten in Höhe von 1601 €, wovon nur 754 € von den Unfallversicherern erstattet werden<sup>10</sup>.

## Mehrkosten durch Sicherheitsprodukte

Für das bereits erwähnte Krankenhaus mit 1000 Patientenbetten wurde nun der Bedarf an Einmalprodukten für perkutane Eingriffe und die bisherigen Kosten für dieses Verbrauchsmaterial ermittelt. Ausgehend von der bisherigen Bezugssituation wurden 10 Hersteller von

**Tabelle 1:** Seroprävalenz der drei wichtigsten blutübertragbaren Erreger in der Allgemeinbevölkerung (Daten RKI) und bei Spendern registrierter Nadelstichverletzungen des Klinikums Wuppertal und des Universitätsklinikums Freiburg, Nachuntersuchungszeitraum nach NSV mindestens 9 Monate

Virus	Daten RKI	Wuppertal <sup>5</sup> n=1224	Freiburg <sup>6</sup> n=8426
HBV	0,6%	2,5%	4,2%
HIV	0,05%	2,5%	3,7%
HCV	0,6%	9,8%	6,8%

## Zur Person

**Dr. Andreas Wittmann** studierte Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal. Seit dem Jahr 2003 ist er als freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin und Infektionsschutz tätig. Im Dezember 2005 wurde er promoviert. In seiner Dissertation beschäftigte er sich mit Nadelstichverletzungen.



HBV-Durchimpfungsrate	Prävalenz Klinikum Wuppertal		Prävalenz Allgemeinbevölkerung	
	Gesamtkosten	Kostenanteil KH	Gesamtkosten	Kostenanteil KH
100 %	450,57 €	118,80 €	395,48 €	109,84 €
90 %	487,48 €	147,78 €	431,71 €	138,90 €
80 %	524,39 €	176,76 €	467,94 €	167,95 €
70 %	561,30 €	205,74 €	504,17 €	197,01 €
60 %	598,20 €	234,72 €	540,39 €	226,06 €
50 %	635,11 €	263,69 €	576,62 €	255,12 €

**Tabelle 2:** Kosten einer NSV in Abhängigkeit von der HBV-Durchimpfungsrate und der unterschiedlichen Prävalenz der Erreger in der Allgemeinbevölkerung und der Krankenhausbevölkerung

Sicheren Instrumenten gebeten, Angebote für eine komplette Umstellung des Hauses auf Sicherheitsprodukte abzugeben.

Anschließend konnten die Mehrkosten für eine komplette Substitution aller herkömmlichen Produkte für perkutane Eingriffe durch Sicherheitsprodukte berechnet werden. Diese beliefen sich auf 156.000 €. Damit betragen die Mehrkosten pro Mitarbeiter und Jahr nur 63 €.

**Kosten-Nutzen-Rechnung**

Stellt man nun den Mehrkosten der Sicheren Instrumente das Einsparpotenzial durch weniger Nadelstichverletzungen gegenüber, so sind mehrere Szenarien denkbar (Tabelle 3).

Für den Fall der 166 gemeldeten Nadelstichverletzungen würden sich bei einem Rückgang um 85 % (nach der Einführung der Sicherheitsprodukte) noch 25 Nadelstichverletzungen ereignen. Dadurch würde das Haus selbst 21.000 € einsparen, die Unfallversicherung 48.000 €. Berücksichtigt man für das Krankenhaus die Mehrkosten durch die Beschaffung der Sicheren Instrumente, ergibt sich für das Haus eine Mehrbelastung von 135.000 €. Bei

400 gemeldeten Stichverletzungen (im untersuchten Haus deutet vieles auf eine sehr hohe Anzahl nicht gemeldeter Nadelstichverletzungen hin) würde der Mehraufwand des Hauses noch 105.000 € betragen, die Unfallversicherung würde aber schon Kosten in Höhe von 115.500 € einsparen. Die Investition in Sichere Instrumente würde sich also (insgesamt gesehen) bezahlt machen, da die Einsparungen der Unfallversicherung (im Folgejahr) nicht mehr im Umlageverfahren den versicherten Unternehmen auferlegt werden müssten.

Da sich abzeichnet, dass auch die Kosten durch nicht gemeldete Nadelstichverletzungen sehr hoch sind, scheint der Nutzen Sichere Instrumente auch volkswirtschaftlicher Art zu sein. Hierzu werden daher in Kooperation mit der Hochschule Niederrhein weitere Studien durchgeführt.

1 Müller-Barthelme R, Buchholz L, Nübling M, Häberle E: Qualitätssicherung bei Nadelschutztechniken, Interventionsstudie zur Senkung der Nadelstichverletzungen durch Instrumente mit Nadelschutztechnik, Regierungspräsidium Stuttgart, Stuttgart 2005  
 2 Dale J, Pruettt S, Maker M: Accidental needle sticks in the phlebotomy service of the Department of Laboratory Medi-

ne and Pathology at Mayo Clinic Rochester. Mayo Clin Proc 1998; 73: 611-5  
 3 Hofmann, F., Wittmann, A., Kralj, N., Neukirch, B., Thürmer, C., Schroebl, S., (2006) Wieviel kostet eine Kanülenstichverletzung? In: Dokumentationsband über die 45. Jahrestagung der DGAUM, Hrsg.: Brüning, T., Harth, V., Zaghow, M.; 96-98  
 4 Wittmann, A., Thürmer C., Hofmann F., Neukirch, B., Kralj, N., Schroebl, S., (2005) Kosten und Nutzen der Einführung sicherer Instrumente, Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst 18 (Hrg. HOFMANN, F., RESCHAUER, G., STÖSSEL, U.) edition FFAS, 180 – 184  
 5 Schroebl S: Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst, in Dokumentationsband über die 40. Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V., Rindt-Druck, Fulda 2000: 295-296 fortgeführt und ergänzt, persönliche Mitteilung  
 6 Hofmann F., Wittmann A., Kralj N., Schroebl S., Gasthaus K: Immunologischer und sicherheitstechnischer Schutz vor HBV-, HCV-, und HIV-Virusinfektionen. Anästh Intensivmed 2006;47:39-43  
 7 Hofmann F, Kralj N, Beie M: Kanülenstichverletzungen im Gesundheitsdienst - Häufigkeit, Ursachen und Präventionsstrategien, Gesundheitswesen 2002;4:259-266  
 8 Graf-Deuel E.: Auswertung der Stichverletzungen am KSSG Jahre 2000, 2001 und 2002, Personalärztlicher Dienst. St. Gallen 2002  
 9 Jagger J., et al.: Direct Cost of Follow-up for Percutaneous and Mucocutaneous Exposures to At-Risk Body Fluids: Data From Two Hospitals. Virginia 1998.  
 10 Wagner-Ferrer, D., Hartmann W.: Kostenanalyse einer Nadelstichverletzung, Anästh Intensivmed 2006; 47:63-66

**Tabelle 3:** Kosten und Nutzenrechnung für die Einführung Sicherer Instrumente

Anzahl gemeldete KStV	Anzahl nach Einführung von SI	Eingesparte Kosten KH	Eingesparte Kosten UVT	Eingesparte Kosten UVT+KH	Ersparnis UVT
					Mehrkosten KH
500	75	62.805 €	144.375 €	207.180 €	144.375 €
					92.195 €
400	60	50.245 €	115.498 €	165.743 €	115.498 €
					105.072 €
300	45	37.684 €	86.624 €	124.308 €	86.624 €
					117.633 €
200	30	25.123 €	57.749 €	82.872 €	57.749 €
					130.194 €
166	25	20.795 €	47.898 €	68.693 €	47.898 €
					134.522 €
100	15	12.561€	28.875 €	41.436 €	28.875 €
					142.756 €

# Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Michaela Lübbering

## 1. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gehört - wie viele andere Rechtsvorschriften auch (siehe Tabelle 1) - zu den für Betriebe aushangpflichtigen Gesetzen.

- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
- Arbeitsgerichtsgesetz
- Arbeitsplatzschutzgesetz
- Arbeitsschutzgesetz
- Arbeitssicherheitsgesetz
- Arbeitsstättenverordnung
- Arbeitszeitgesetz
- BAT / TVÖD
- Berufsbildungsgesetz
- Beschäftigtenschutzgesetz
- BGB 611 a, 611 b, 612, 612 a
- Bildschirmarbeitsverordnung
- Bundeserziehungsgeldgesetz (künftig: Elterngeld)
- Bundespersonalvertretungsgesetz
- Bundesurlaubsgesetz
- Entgeltfortzahlungsgesetz
- Gleichstellungsdurchsetzungsgesetz
- Gleichstellungsgesetz NRW
- Jugendarbeitsschutzgesetz
- Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung
- Kündigungsschutzgesetz
- Landespersonalvertretungsgesetz
- Manteltarifvertrag Arbeiter/innen (MTArb)
- Manteltarifvertrag für Auszubildende
- Monatslohtarifvertrag zum MTArb
- Mutterschutzgesetz
- Mutterschutzverordnung
- Nachweisgesetz
- Reichsversicherungsordnung
- Sozialgesetzbuch SGB V
- Sozialgesetzbuch SGB IX
- Teilzeit und Befristungsgesetz
- Unfallverhütungsvorschrift Grundsätze der Prävention
- Verpflichtungsgesetz

**Tabelle 1:** Alphabetische Liste aushangpflichtiger Gesetze am Beispiel Öffentlicher Dienst

Der Schwerpunkt des Gesetzes liegt im Bereich Beschäftigung und Beruf. Insofern ist die Kenntnis seiner wesentlichen Eckpunkte auch für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte relevant. Der nachfolgende Text gibt dem interessierten Leser einen Überblick über diese, das Arbeitsverhältnis betreffenden Inhalte des AGG.

## 2. AGG: Umsetzung von Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft

Mit dem AGG kommt die Bundesrepublik Deutschland ihrer Verpflichtung nach, Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft zum Schutz vor Diskriminierung in nationales Recht umzusetzen. Um Benachteiligung wirksam begegnen zu können, wird ein Benachteiligungsverbot normiert, das alle Diskriminierungsmerkmale aus Art. 13 EG-Vertrag (Geschlecht, Rasse oder ethnische Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Alter, Behinderung und sexuelle Identität) berücksichtigt.

Die Beachtung des AGG entbindet weder den Arbeitgeber noch den ihn beratenden Betriebsarzt, die auch in anderen Rechtsvorschriften enthaltenen Vorgaben, die (auch) den Schutz vor Diskriminierung zum Inhalt haben, zu beachten: z. B.

- Schutz gegen sexuelle Belästigung
- Schwerbehindertenrecht.

## 3. Wann liegt eine Benachteiligung i. S. d. AGG vor?

Nicht jede unterschiedliche Behandlung ist eine verbotene Benachteiligung (§§ 8 - 10 AGG). Eine unterschiedliche Behandlung kann dann gerechtfertigt sein, wenn ihr Grund wegen Art oder Bedingung der auszuübenden Tätigkeit eine entscheidende Anforderung darstellt. Ein Theater kann z. B. einen männlichen Bewerber für eine Frauenrolle in der Regel ablehnen.

Ein streng gläubiger Bäckermeister kann hingegen Bewerber einer bestimmten Religionszugehörigkeit für eine Ausbildungsstelle nicht bevorzugt berücksichtigen, wenngleich wiederum Kirchen und Religionsgemeinschaften sowie die ihnen zugeordneten Einrichtungen (z.B. Diakonie oder Caritas) Beschäftigte weiterhin unter Berücksichtigung von Religion und Weltanschauung auswählen dürfen, soweit dies nach der Art der Tätigkeit oder im Hinblick auf ihr Selbstbestimmungsrecht gerechtfertigt ist (sogenannte Kirchenklausel).

Auch kann z. B. für die Einstellung ein Höchstalter vorgegeben werden, um eine angemessene Beschäftigungsdauer vor Eintritt in den Ruhestand zu gewährleisten. Besondere Fördermaßnahmen zum Ausgleich bestehender Nachteile bleiben zulässig (z. B. Maßnahmen für Behinderte oder Frauenförderung); sie sind keine Diskriminierung der nicht geförderten Personen.

## 4. Folgen einer verbotenen Benachteiligung

Tarifvertragsparteien, Arbeitgeber, Beschäftigte oder deren Vertretungen sollen daran mitwirken, Benachteiligungen zu verhindern oder zu beseitigen. Beschäftigte, die von Diskriminierung betroffen sind, können sich beim Arbeitgeber, einem Vorgesetzten oder der Arbeitnehmervertretung beschweren.

Benachteiligte haben Anspruch auf Ersatz des ihnen entstandenen materiellen und immateriellen Schadens. Die Grenzen des Schadensersatzanspruchs nach AGG sind umstritten, klar ist allerdings, dass aus dem AGG kein Anspruch auf Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses, eines Berufsausbildungsverhältnisses oder auf einen beruflichen Aufstieg hergeleitet werden kann; der Anspruch beschränkt sich auf einen Ersatz in Geld (§ 15 Abs. 6 AGG).

Die Rechte sind individuelle Rechte der Beschäftigten, die vor den Arbeitsgerichten einklagbar sind. Etwaige Ansprüche müssen allerdings von den Beschäftigten im Interesse der Rechtssicherheit innerhalb von zwei Monaten seit Kenntnis von der Diskriminierung geltend gemacht werden.

Wie im geltenden Arbeitsrecht ist eine Beweiserleichterung vorgesehen: Beweist eine Partei Indizien, die eine Benachteiligung wegen eines im Gesetz genannten Merkmals vermuten lassen, kehrt sich die Beweislast um, d. h. dann muss die andere Partei - also in der Regel der Arbeitgeber - beweisen, dass eine unterschiedliche Behandlung erlaubt war (§ 22 AGG).

Hier ist einer der für Betriebsärztinnen und -ärzte relevanten Anknüpfungspunkte. Um den z. B. im Gefolge einer arbeitsmedizinischen Erstuntersuchung erhobenen Vorwurf „Ich bin wegen meiner gesundheitlichen Probleme diskriminiert worden!“ zu entkräften, ist es unbedingbar, dass der Betriebsarzt den Weg seiner

Entscheidungsfindung gerichtsfest machen, d. h. vollständig und fachlich inhaltlich nachvollziehbar dokumentieren kann. Nur so ist im Übrigen auch auszuschließen, dass der Arbeitgeber sich mit einer von ihm selber zu verantwortenden, (im Sinne des Aspiranten) negativen Entscheidung auf ein vermeintliches Urteil seines Betriebsarztes zurückzieht.

**5. Hilfe durch Dritte**

Betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können sich auch an den Betriebsrat / Personalrat wenden. In besonderen Fallkonstellationen können auch die Personalvertretung oder eine im Betrieb vertretene Gewerkschaft das Arbeitsgericht anrufen. Allerdings kann der Betriebsrat oder die Gewerkschaft Ansprüche des / der Benachteiligten nicht im eigenen Namen geltend machen.

Darüber hinaus wird der Rechtsschutz der Betroffenen nachhaltig verbessert. Sie erhalten die Möglichkeit, sich durch Antidiskriminierungsverbände unterstützen zu lassen. Solche Antidiskriminierungsverbände müssen mindestens 75 Mitglieder haben beziehungsweise

bei Dachverbänden 7 Mietgliedsverbände.

Eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Diskriminierungen soll der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (§ 25 AGG) zukommen, die beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet wird. Sie soll u. a. Bundestag, Bundesregierung und Betroffene informieren und beraten, Beratung durch andere Stellen vermitteln und eine gütliche Beilegung zwischen den Betroffenen anstreben. Die durch Errichtung und Aufgabenwahrnehmung der Antidiskriminierungsstelle entstehenden Kosten werden offiziell auf jährlich ca. 5,6 Mio. € geschätzt.

**6. Folgen für den Arbeitgeber**

Der Arbeitgeber hat nach AGG besondere Organisationspflichten zum Schutz vor Benachteiligung zu treffen. Er soll darauf hinwirken, dass Benachteiligungen unterbleiben. Arbeitgeber sollten ihre Betriebsorganisation - insbesondere hinsichtlich der Auswahlprozesse, Mitarbeiterschulung etc. - an den Vorgaben des AGG ausrichten (§ 12 AGG).

Zur Person

**Ministerialrätin Ass. jur.  
Michaela Lübbering**

studierte in Bonn, Lausanne und Berlin Rechts- und Staatswissenschaften. Sie arbeitete für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und in unterschiedlichen Funktionen verschiedener Ministerien der nordrhein-westfälischen Landesregierung. Seit 2003 ist sie Justiziarin, jetzt beim Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration.

Lübbering, M.: Allgemeines ... ISSN 1861- 6704 Prakt. Arb.med. 2006; 5: 42-43

# Audiometer und Sehtester von MAICO

- 1000fach bewährt • zuverlässig • preiswert & robust • transportabel oder stationär



MAICO Diagnostic GmbH  
 Salzufer 13/14  
 10587 Berlin/Germany  
 Tel.: +49 (0) 30 / 7071 46-20  
 Fax: +49 (0) 30 / 7071 46-99  
 Mail: [vertrieb@maico-diagnostic.com](mailto:vertrieb@maico-diagnostic.com)  
 Web: [www.maico-diagnostic.com](http://www.maico-diagnostic.com)

Mit MAICO dazugeHÖREN.



# Neues Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) fordert Anpassung der Personaldatenverarbeitung und der Datenschutzorganisation

Silvester Siegmann

Der Deutsche Bundestag hat am 28.06.06 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verabschiedet. Das Gesetz ist am 18. August 2006 in Kraft getreten.

Nach dem AGG müssen Unternehmen den Schutz der Mitarbeiter vor Diskriminierung hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, Behinderung, ethnischer Herkunft, sexueller Identität, Religion und Weltanschauung im gesamten Arbeitsverhältnis gewährleisten. Diese Verpflichtung hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Personaldatenadministration, Personaldatenverarbeitung und die Datenschutzorganisation.

Die diskriminierungsfreie Datenerhebung und -verarbeitung wird vor allem vor dem Hintergrund der Beweislastverteilung bei einer arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung bedeutend. Während gemäß § 22 AGG der Arbeitnehmer nur Indizien beweisen muss, die eine Diskriminierung vermuten lassen, ist der Arbeitgeber dafür beweispflichtig, dass die unterschiedliche Behandlung nicht auf einer Verletzung des Benachteiligungsverbotens beruht. Für den Entlastungsbeweis kommt es deshalb entscheidend darauf an, dass der Arbeitgeber bei der Gestaltung und Organisation der Datenerhebung aber auch bei der Datenverarbeitung und -nutzung die Diskriminierungsfreiheit seiner Entscheidungen dokumentieren kann.

Bereits bei der Gestaltung von Bewerberfragebögen - sowohl in Papierform als auch in Formularabfragen auf der Website - ist auf eine

diskriminierungsfreie Datenerhebung zu achten. Problematisch ist schon die Erhebung des Geburtsdatums wegen der potenziellen Gefahr der Altersdiskriminierung. Es ist deshalb zu dokumentieren, dass das Geburtsdatum in der Regel lediglich zur Identifikation des Betroffenen benutzt wird, nicht jedoch als Gesichtspunkt der Einstellungsentscheidung. Ebenso ist es höchst problematisch in Fragebögen das Geschlecht des Bewerbers zu erheben, da insofern erste Indizien für eine potenzielle Diskriminierung gesetzt werden. Die Frage nach der Nationalität des Betroffenen kann im Zusammenhang mit anderen Daten wie dem Namen und dem Lichtbild als personenbezogenes Datum der Rasse oder ethnischen Herkunft bewertet werden. Diese Frage begründet das Risiko des Vorwurfs der Diskriminierung, wenn nicht gemäß § 8 AGG hierfür eine wesentliche und entscheidende berufliche Anforderung besteht.

Bei der formalisierten Befragung von Bewerbern empfiehlt es sich vor diesem Hintergrund eine Trennung der Fragebögen vorzunehmen. Während in einem Bewerberfragebogen äußerste Zurückhaltung bei der Erhebung potenziell diskriminierender Daten zu üben ist, ist nach der Einstellung bei einem Personalfragebogen zur Invollzugsetzung des Arbeitsverhältnisses - nicht zuletzt zur Entgeltabrechnung - eine weitergehenden Befragung notwendig.

Zu überprüfen und ggf. anzupassen sind auch die Verfahren zur Aufbewahrung und Dokumentation von Bewerbungsunterlagen. Nach

der damals noch bestehenden Rechtslage waren Bewerbungsdaten unmittelbar zu löschen, wenn die Bewerbung keinen Erfolg hatte. Nach § 21 AGG hat der Bewerber innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Ablehnung das Recht, schriftlich den Vorwurf der Diskriminierung geltend zu machen. Die Klagefrist beträgt weitere drei Monate. Zunächst empfiehlt sich, die Entscheidungsgründe für einen bestimmten Bewerber zu dokumentieren, die ihrerseits selbstverständlich diskriminierungsfrei sein müssen. Sollte der Bewerber eine Benachteiligung glaubhaft machen, kann das Unternehmen zu seiner Entlastung diese Dokumentation heranziehen. Da allerdings die Rechtslage in diesem Punkt noch unsicher ist und zurzeit nicht abgeschätzt werden kann, ob die Arbeitsgerichte zur Überprüfung einer Diskriminierung alle Bewerbungsunterlagen anfordern werden, empfiehlt es sich, die Bewerbung als ein Verfahren zu organisieren. Auf dieses Verfahren bezogen, müssen mit Blick auf die Beschwerde- und Klagefristen einheitliche Aufbewahrungstermine für die Bewerbungsunterlagen festgelegt und einheitliche Löschrufen für die Bewerberdaten organisiert werden.

Quelle: [www.gdd.de](http://www.gdd.de)



## Stellengesuch

Assistenzärztin i.d. Arbeitsmedizin  
sucht Weiterbildungsstelle im Raum Hamburg.

Anerkennung 9 Monate Arbeitsmedizin,  
24 Monate Innere Medizin vorhanden (12 Monate Pneumologie).

Angebote erbeten unter Chiffre #PA0001 an [info@bsafb.de](mailto:info@bsafb.de)

# Euroforum „Pandemieplanung“

Silvester Siegmann

Für die Weltgesundheitsorganisation ist der Ausbruch einer Grippe-Pandemie nur eine Frage der Zeit. Experten rechnen damit, dass in diesem Fall rund 30 % der Arbeitnehmer ausfallen.

Dies nahm EUROFORUM zum Anlass diesem Thema unter der fachlichen Leitung von **Dr. med. Dirk-Matthias Rose vom IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung** eine hochkarätig besetzte Veranstaltung zu widmen.

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander Kukulé** führte aus, dass es im Schnitt bisher drei Pandemien pro Jahrhundert gab. Das Virus H5N1 sei derzeit keine besondere Gefahr für den Menschen und das Risiko einer Pandemie durch den Ausbruch in Mitteleuropa nicht erhöht. Die Risiken des Vogelgrippevirus H5N1 sieht er in folgenden Punkten (Stand 21.04.06):

- Extrem aggressiv (virulent)
    - o Letalität bei Hühnern >95%
    - o Bei Menschen >50%
  - In Asien außer Kontrolle
  - Ausbreitung über Zugvögel (Afrika)
  - „Cluster“ in N-Vietnam, 7 der 10 Mutationen gefunden
- Überspringen auf den Menschen könnte eine Pandemie nach Art der „Spanischen Grippe“ auslösen.

Nach Annahmen des Robert-Koch-Institutes ist im Falle einer Pandemie innerhalb 8 Wochen („Peak“) mit folgender Situation zu rechnen:

- Erkrankungsrate: 15-50%
- Arztbesuche: 6 bis 21 Mio.
- Klinikeinweisungen: 180.000 bis 600.000
- Tote: 48.000 bis 160.000

Hierbei handele es sich um optimistische Schätzungen, da man hierbei von einer Pathogenität der „Honk Kong-Grippe“ ausgegangen ist und nicht von der höheren Pathogenität der „Spanischen Grippe“.

**Dr. med. Michael Hagmann** von der Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW stellt die Rol-

## EUROFORUM

### The Conference Company

le der LafA NRW im Rahmen der Pandemieplanung vor. Sie wurde von ihrer vorgesetzten obersten Landesbehörde, dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, mit der Erstellung eines Handlungsleitfadens beauftragt, der sich insbesondere an Betriebsärztinnen und Betriebsärzte wendet und der alle betrieblichen Akteure über die aus Arbeitsschutzsicht wichtigsten Maßnahmen informiert (in Vorbereitung). In diesem Kontext sieht sich die Landesanstalt für Arbeitsschutz in der Rolle zu informieren und zu beraten im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ bei der firmenspezifischen Krisenplanung sowie im Pandemiefalle und die allgemeine Informationsverbreitung über die Kommunikationswege der Arbeitsschutzverwaltung zu unterstützen. Hierbei kann von einer qualitätsgesicherten, mit den federführenden Gesundheitsbehörden abgestimmten Information ausgegangen werden.

Für NRW wird klargestellt: Für die arbeitsmedizinisch begründete medikamentöse Prophylaxe muss der Arbeitgeber frühzeitig auf eine eigene Bevorratung mit antiviralen Medikamenten hinwirken. Das Kontingent der vom Land NRW für Therapiezwecke eingelagerten Arzneimittel steht hierfür nicht zur Verfügung.

**Dr. med. Dirk-Matthias Rose vom IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung** stellte in seinem Beitrag weitere Aspekte zum Risikomanagement für den Pandemiefall im Unternehmen vor. Vonseiten des IAS steht im Zentrum des Managements der Pandemieplanung ein risikoorientiertes normenkonformes Managementsystem zur Vorbereitung, zur Planung und zur Durchführung eines

möglichen Pandemiebetriebs. Auf der Grundlage eines Influenza-Pandemie-Risiko- und Krisenmanagements für Organisationen wurde ein Handbuch (InPaRisKo) mit organisationsspezifischen Pandemieplänen, Verfahrensanweisungen etc. in Verbindung mit internen und externen Risiko- und Krisenkommunikationssystemen erstellt. Pandemische Maßnahmen aus gesundheitlicher und wirtschaftlicher Sicht können nur wirksam sein, wenn diese in einem ganzheitlichen Systemzusammenhang geplant, abgestimmt und durchgeführt werden. Von besonderer Bedeutung sei auch der Aufbau von Sicherheitsnetzwerken zwischen Unternehmen, Behörden und Vertragspartnern, um auch im Falle einer Pandemie die im Allgemeinen hohen Abhängigkeiten zwischen Lieferanten, Herstellern, Dienstleistern und Kunden unter pandemischen Gesichtspunkten zu planen und für den Pandemiezeitraum aufrecht zu erhalten. Der Grad der Planungsvorbereitung in der Bereitschaftsphase beeinflusst wesentlich den späteren sicheren Pandemiebetrieb sowie den Rückführungserfolg zum Normalbetrieb in der postpandemischen Phase.

Der Leiter des medizinischen Dienstes der **Flughafen Frankfurt/Main AG**, **Dr. med. Walter Gaber** und der Leiter des Gesundheitszentrums der **AUDI AG** im Werk Ingolstadt, **Dr. med. Lothar Bodo Birkholz**, stellten Beispiele aus der Praxis großer Unternehmen vor.

Alle Teilnehmer der EUROFORUM-Konferenz waren sich darüber einig, an einer hochkarätigen Veranstaltung teilgenommen zu haben und wichtige Anregungen für ihr eigenes Handeln mitzunehmen.

# Rezension: Muster-Betriebsanweisungen

Silvester Siegmann

Die Erstellung von Betriebsanweisungen ist eine allgemeine Pflicht des Unternehmers. Sie ist enthalten in der BGV A 1 „Grundsätze der Prävention“, der Gewerbeordnung, der Betriebssicherheitsverordnung und §§ 3,4 Arbeitsschutzgesetz, in denen es allgemein heißt, dass der Unternehmer geeignete Anordnungen und Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen zu treffen hat. Die vom Unternehmer erstellten Betriebsanweisungen haben den Rechtscharakter von „Mussvorschriften“, d. h., dass die Mitarbeiter sich an die Anweisungen zu halten haben, genauso wie an alle anderen Anweisungen des Unternehmers bzw. der Vorgesetzten auch.

Betriebsanweisungen sind Anweisungen und Angaben der Betreiber bzw. Verwender von Einrichtungen und technischen Erzeugnissen, Arbeitsverfahren etc. mit dem Ziel, Unfälle und Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Bei der Erstellung von Betriebsanweisungen sind neben den in den einschlägigen Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften geforderten Verhaltensanweisungen auch sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Regelungen sowie die speziellen Angaben des Herstellers in den Betriebsanleitungen zu berücksichtigen.

Betriebsanweisungen sollten grafisch einheitlich gestaltet sein. Dabei kann durch eine logische und übersichtliche Darstellung die Akzeptanz und Verständlichkeit gefördert werden. Die Verwendung von Piktogrammen ermöglicht eine Verbindung zur innerbetrieblichen Sicherheitskennzeichnung gemäß der BGV A 8 „Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz“. Hiermit wird der Informationswert von Betriebsanweisungen erhöht. Die Betriebsanweisung ist vom Unternehmer an die Versicherten gerichtet und regelt das Verhalten im Betrieb zur Vermeidung von Unfall- und Gesundheitsgefahren.

Die Betriebsanweisung ist in verständlicher Form und in der Sprache der Beschäftigten abzufassen und an geeigneter Stelle in der Arbeitsstätte bekanntzumachen. In der Betriebsanweisung sind auch Anweisungen über das Verhalten im Gefahrfall und über die Erste Hilfe zu treffen.

Excelente Hilfe bei der Bewältigung dieser Aufgabe bietet die Praxissoftware „Muster-Betriebsanweisungen“ aus dem Hause WEKA.

Sie enthält über 1.500 bearbeitbare Muster für Betriebsanweisungen aus den Bereichen Gefahrstoffe, Maschinen, Anlagen, Arbeitsverfahren, Persönliche Schutzausrüstungen und Biostoffe.

Die übersichtliche Gliederung nach Gruppen führt sehr schnell zur richtigen Betriebsanweisung. Mit der aktuellen Version bietet die Software:

- über 600 Gefahrstoff-Betriebsanweisungen nach § 14 GefStoffV,
- über 500 Betriebsanweisungen für Maschinen, Anlagen und Arbeitsverfahren,
- über 20 Betriebsanweisungen für Persönliche Schutzausrüstungen,
- Betriebsanweisungen für die wichtigsten Biostoffe.

Auch das Anpassen an den einen oder anderen Arbeitsplatz ist eine Sache von Minuten. Einfach Symbole austauschen oder Text ändern. Alle Betriebsanweisungen sind frei editierbar und können unter anderem mit etwa 150 verschiedenen Textbausteinen ergänzt oder angepasst werden.

**Besondere Extras:** Vorschaufunktion, PDF-Export, Export nach Word, Direktversand per E-Mail, vollautomatisches einfaches Gefahrstoffkataster und Erinnerungsfunktion. Der Software liegt ein Gutschein bei für eine kostenlose individuelle Betriebsanweisung.

Der Testbetrieb auf verschiedenen Rechnern verlief völlig problemlos und die Software machte einen wirklich ausgereiften und professionellen Eindruck.

Die Software-Ergonomie ist gelungen und man findet alle Funktionen dort, wo sie der Anwender erwartet. Langwierige Einarbeitung ist nicht nötig.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Praxistest mit Auszeichnung bestanden.

## Informationen



### Muster-Betriebsanweisungen

Preis: 198,00 EUR  
zzgl. 16% MwSt.  
und Versandpauschale

Bestellnummer: 8493  
ISBN: 3-8111-8493-8

Regelmäßige kostenpflichtige  
Updates möglich

Netzwerkversion: 2 bis 10 Lizenzen  
30% Rabatt, 11 bis 20 Lizenzen 40%  
Rabatt, ab 21. Lizenz auf Anfrage.

WEKA MEDIA GmbH & Co. KG  
Postfach 12 09  
D-86426 Kissing  
www.weka.de



# Rezension: Ratgeber Anlagensicherheit

Silvester Siegmann

## Informationen



### Ratgeber Anlagensicherheit

Hrsg.: Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie und Verband Deutscher Sicherheitsingenieure

1.400 Seiten, DIN A4

ISBN 3-89869-057

1, 99 €, Update-Service zwei- bis dreimal jährlich (25 € je Update), auch als CD-Rom (125 €) oder Kombi-Paket (175 €),

Universum Verlag GmbH & Co. KG, Wiesbaden

Das Thema „Gefährdungsbeurteilung“ zieht sich wie ein roter Faden durch die aktuelle Gesetzgebung. Arbeitsschutzgesetz, Betriebssicherheitsverordnung, Geräte- und Produktsicherheitsgesetz und Gefahrstoffverordnung sind die zentralen Regelwerke. Ziel ist es, Beschäftigte, Umwelt und die Allgemeinheit vor möglichen Schäden zu schützen. Gleichzeitig werden Arbeitsmittel komplizierter und Produktionsprozesse immer komplexer. Die Einschätzung potenzieller Wechselwirkungen zwischen Mensch, Technik und Umwelt wird vor dem Hintergrund von Organisationsfragen und rechtlichen Vorgaben immer schwieriger. Der vorliegende Ratgeber soll dabei Hilfestellungen geben.

Beim Ratgeber Anlagensicherheit handelt es sich um ein umfassendes Standardwerk mit Beiträgen zu:

- praxisorientierten Anwendungshilfen
- technischen und rechtlichen Grundlagen
- kommentierten Vorschriften und Gesetzen
- systematischer Analyse von Gefahren und Risiken
- umfangreicher Beispielsammlung
- Literaturhinweisen und Adressen

Der Ratgeber Anlagensicherheit stellt das schwierige und komplexe Themenfeld der Sicherheit technischer Anlagen umfassend, übersichtlich und verständlich dar. Die Aspekte der Anlagensicherheit werden ganzheitlich betrachtet, was gerade vor dem Hintergrund der Betriebssicherheitsverordnung und der Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung eine große Hilfe ist. Der Aufbau des Nachschlagewerkes hilft dem Anwender, alle relevanten Anforderungen gefährdungsbezogen zu berücksichtigen.

# MARTOR<sup>®</sup>

Solingen

Die Experten für sicheres Schneiden

## SICHERHEITSMESSER zur Unfallverhütung.

- federbelastete Klinge
- federbelasteter Schutzstift
- ergonomischer Griff
- beweglicher Klingenschutz
- verdeckelnde Klinge



MARTOR KG · 42648 Solingen  
Tel.: 0212/25805-0 · Fax: -55  
info@martor.de · www.martor.de

## Rezension:

# „Der Betriebsarzt informiert - Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst“

Andreas Wittmann

### Informationen



#### Der Betriebsarzt informiert

Hans-Martin Hasselhorn, Friedrich Hofmann, Martina Michaelis, Henrike Steudel: Der Betriebsarzt informiert. Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst.

Edition FFAS, Freiburg  
Telefon (0761) 82526

ISBN 3-9803914-3-4,

Preis: 155 Euro (CD-ROM),  
zusätzliche Papierversion im  
Ringordner 30 Euro.

Internet (mit Beispielen):  
[www.betriebsarzt.ffas.de](http://www.betriebsarzt.ffas.de)

Die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) bietet die achte Auflage ihrer Loseblattsammlung „Der Betriebsarzt informiert - Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst“ auf CD-ROM an.

Die Sammlung besteht aus aktuellen 150 Infor-

mationsblättern, die als Kopiervorlage speziell für Beschäftigte verfasst wurden, aus 50 weiteren Texten für die betriebsärztliche Arbeit zum Nachschlagen und über 50 Checklisten, Anamnesebögen, Begehungsplänen und Briefvorlagen für die tägliche Routine. Alle Texte können den lokalen Bedingungen angepasst und mit dem eigenen Briefkopf versehen werden.

## 30. Internationaler Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 18. bis 21. September 2007 in der Messe Düsseldorf - Call for Papers

Im zweijährigen Turnus findet in Düsseldorf die A+A mit ihren vier Bestandteilen: Internationale Fachmesse, Internationaler A+A Kongress, Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit. und A+A-Forum statt.

Die A+A ist das größte europäische Informations- und Diskussionsforum zum Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Zu den Hauptbesucherguppen gehören:

- Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsbeauftragte
- Betriebsärzte, Arbeitsmediziner
- Betriebs- und Personalräte
- Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung
- Arbeits- und Organisationspsychologen
- Ergonomen
- Fachleute der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Fachleute des betrieblichen Brandschutzes
- Fachleute des betrieblichen Umweltschutzes
- Wissenschaftler (Ergonomie, Arbeits- und Umweltmedizin, Arbeitspsychologie, Sicherheitswissenschaft)

Veranstalter des Kongresses ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e. V.

75 Institutionen und nationale Spitzenorganisationen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes arbeiten unter dem Dach der Basi auf freiwilliger Grundlage zusammen. Hierzu gehören Ministerien des Bundes und der Länder, staatliche Stellen, Sozialpartner, Unfall- und Krankenversicherungsträger, Berufs-, Fach- und Wissenschaftsverbände.

Die Basi lädt ein, sich mit Beiträgen zu Vortragsveranstaltungen und Seminaren oder Postern am A+A-Kongress 2007 zu beteiligen. Beiträge zu folgenden Oberthemen sind erwünscht (Details siehe u. a. URL):

- Themenfeld 1 Übergreifende Fragestellungen der Prävention
- Themenfeld 2 Gesundheit
- Themenfeld 3 Spezifische Gefährdungen und Belastungen
- Themenfeld 4 Arbeitssicherheit, PSA, vorbeugender Brandschutz
- Themenfeld 5 Branchenschwerpunkte

Laden Sie sich die Unterlagen unter folgender URL als editierbare PDF-Datei herunter: <http://www.basi.de/pages/CfP-Web-PDF-editierbar.pdf>

Über eingereichte Vorschläge würden wir uns freuen!

## Rezension:

# „Der Betriebsarzt informiert - Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst“

Andreas Wittmann

### Informationen



#### Der Betriebsarzt informiert

Hans-Martin Hasselhorn, Friedrich Hofmann, Martina Michaelis, Henrike Steudel: Der Betriebsarzt informiert. Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst.

Edition FFAS, Freiburg  
Telefon (0761) 82526

ISBN 3-9803914-3-4,

Preis: 155 Euro (CD-ROM),  
zusätzliche Papierversion im  
Ringordner 30 Euro.

Internet (mit Beispielen):  
[www.betriebsarzt.ffas.de](http://www.betriebsarzt.ffas.de)

Die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) bietet die achte Auflage ihrer Loseblattsammlung „Der Betriebsarzt informiert - Informations- und Formblätter für die betriebsärztliche Praxis im Gesundheitsdienst“ auf CD-ROM an.

Die Sammlung besteht aus aktuellen 150 Infor-

mationsblättern, die als Kopiervorlage speziell für Beschäftigte verfasst wurden, aus 50 weiteren Texten für die betriebsärztliche Arbeit zum Nachschlagen und über 50 Checklisten, Anamnesebögen, Begehungsplänen und Briefvorlagen für die tägliche Routine. Alle Texte können den lokalen Bedingungen angepasst und mit dem eigenen Briefkopf versehen werden.

## 30. Internationaler Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 18. bis 21. September 2007 in der Messe Düsseldorf - Call for Papers

Im zweijährigen Turnus findet in Düsseldorf die A+A mit ihren vier Bestandteilen: Internationale Fachmesse, Internationaler A+A Kongress, Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit. und A+A-Forum statt.

Die A+A ist das größte europäische Informations- und Diskussionsforum zum Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Zu den Hauptbesucherguppen gehören:

- Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsbeauftragte
- Betriebsärzte, Arbeitsmediziner
- Betriebs- und Personalräte
- Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung
- Arbeits- und Organisationspsychologen
- Ergonomen
- Fachleute der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Fachleute des betrieblichen Brandschutzes
- Fachleute des betrieblichen Umweltschutzes
- Wissenschaftler (Ergonomie, Arbeits- und Umweltmedizin, Arbeitspsychologie, Sicherheitswissenschaft)

Veranstalter des Kongresses ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e. V.

75 Institutionen und nationale Spitzenorganisationen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes arbeiten unter dem Dach der Basi auf freiwilliger Grundlage zusammen. Hierzu gehören Ministerien des Bundes und der Länder, staatliche Stellen, Sozialpartner, Unfall- und Krankenversicherungsträger, Berufs-, Fach- und Wissenschaftsverbände.

Die Basi lädt ein, sich mit Beiträgen zu Vortragsveranstaltungen und Seminaren oder Postern am A+A -Kongress 2007 zu beteiligen. Beiträge zu folgenden Oberthemen sind erwünscht (Details siehe u. a. URL):

- Themenfeld 1 Übergreifende Fragestellungen der Prävention
- Themenfeld 2 Gesundheit
- Themenfeld 3 Spezifische Gefährdungen und Belastungen
- Themenfeld 4 Arbeitssicherheit, PSA, vorbeugender Brandschutz
- Themenfeld 5 Branchenschwerpunkte

Laden Sie sich die Unterlagen unter folgender URL als editierbare PDF-Datei herunter: <http://www.basi.de/pages/CfP-Web-PDF-editierbar.pdf>

Über eingereichte Vorschläge würden wir uns freuen!

# Eine kleine Reise durch die Begriffe des Internets

Edith Brandolisio, Evelyn Kraut, Silvester Siegmann

Alle reden darüber, viele nutzen es, aber wissen die meisten Nutzer im Internet auch wirklich, was die ganzen Abkürzungen überhaupt heißen? In diesem kurzen Beitrag sollen die wichtigsten Abkürzungen in unserem Leben mit dem Netz der Netze erläutert werden.

**Schlagwörter:** Internet, Abkürzungen, Netzwerk

## 1. Was ist das Internet eigentlich?

Als Antwort auf den Sputnikerfolg der ehemaligen Sowjetunion gründete das US-Verteidigungsministerium zu diesem Zweck die Advanced Research Projects Agency (ARPA). Der Auftrag der ARPA war es, neuartige Technologien zu entwickeln. 1966 plante das zur

ARPA gehörige Information Processing Techniques Office, alle Computerzentren der ARPA, die über das gesamte Land verteilt waren, miteinander zu verbinden, im Herbst 1969 wurde dieses Vorhaben verwirklicht. Doch erst in den 90er Jahren gelang dem Internet der Durchbruch, obwohl auch vorher schon die Wachstumsrate enorm war. 1991 entwickelte Tim Berners-Lee am Genfer CERN-Institut das Hyperlinksystem, um Dokumente mit einem Inhalt, der für mehrere Forschungsbereiche interessant sein könnte, allen Interessierten auch zugänglich zu machen: Internetseiten konnten von nun an mit Hyperlinks (elektronischen Verweisen auf andere Seiten) versehen werden. Durch einen einzigen Tastendruck konnten Benutzer so von einer Internetseite zur nächs-

ten springen, durch das gesamte Netz „surfen“. Das Internet, so wie wir es heute kennen, war geboren. Das Wort „Internet“ setzt sich aus zwei Teilen zusammen, nämlich aus „inter“ (lateinisch für „zwischen“) und „net“, der Abkürzung für „Networking“ (englisch für „vernetzen“). Im Computerbereich bedeutet „Internet“ also die Vernetzung zwischen Computernetzen. Das Internet ist demnach ein Computernetz-Netz.

## 2. Die Abkürzungen und ihre Bedeutung

**ADSL:** (Asymmetric Digital Subscriber Line) Technik zur Datenübertragung über Kupferleitungen mit bis zu 8 MBit/s zum Kunden und bis zu 1MBit/s in Gegenrichtung.

**Access Point:** (WLAN-Basisstation) Verbindung zwischen WLAN und Ethernet.

**Browser:** Der WWW-Client, auch Browser genannt (to browse = lesen, durchblättern, schmökern) ist das Programm, das auf dem eigenen Rechner laufen muss, um WWW-Seiten vom WWW-Server abzurufen und am Bildschirm korrekt anzuzeigen. Die Seiten liegen in einer „Seitenbeschreibungssprache“ (=HTML) vor, die Darstellung übernimmt allein der Browser (z. B. Internet Explorer, Netscape Navigator, Firefox, Mozilla u. a.)

**Cross-Kabel:** Netzwerkkabel mit gekreuzten Leitungen für die direkte Verbindung von zwei Ethernet-Karten (bei Gigabit-Ethernet nicht mehr nötig).

**DNS:** (Domain Name System) Protokoll zur Übersetzung von Computernamen in die zugehörige IP-Adresse.

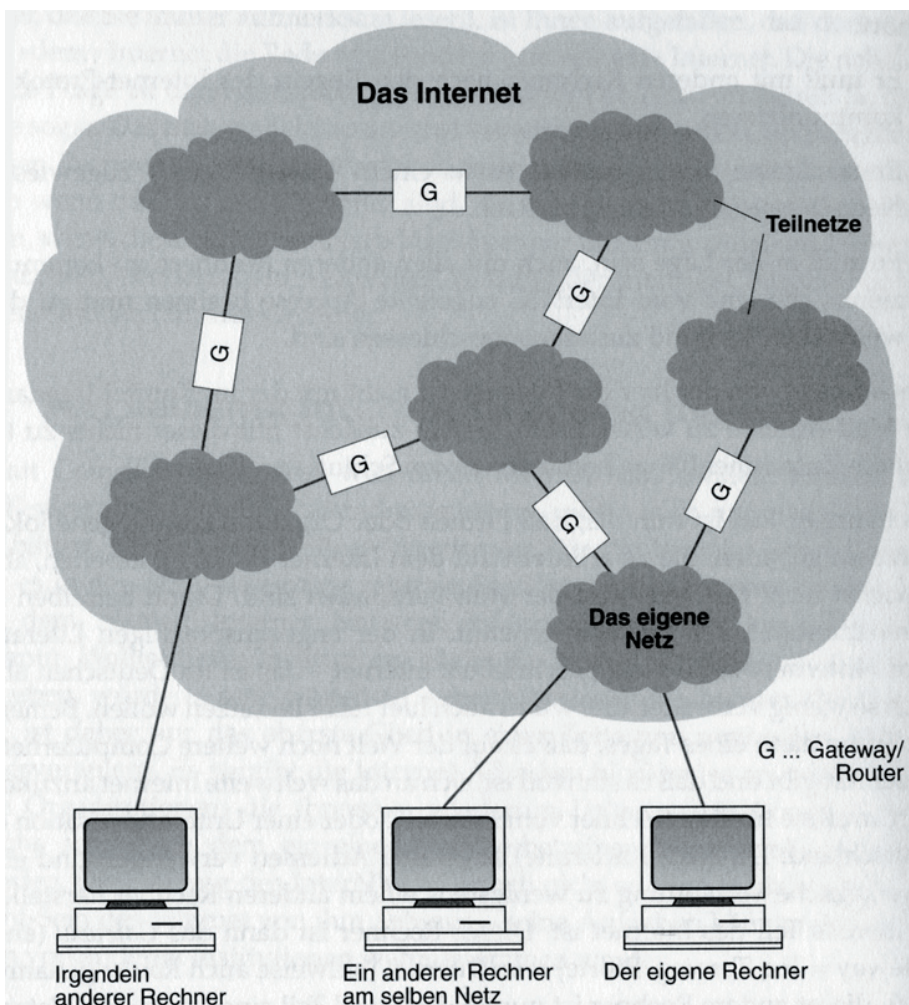
**DSL:** (Digital Subscriber Line) zusammenfassende Bezeichnung für verschiedene Techniken zur Datenübertragung über Kupferleitungen (u. a. ADSL, SDLS), aus Marketinggründen auch in der Produktbezeichnung für Internetzugänge ohne DSL-Technik zu finden.

**FTP:** (File Transfer Protocol) Verfahren zur Dateiübertragung über das Internet.

**Firewall:** Gerät, das mehrere Netzwerkbanschnitte verbindet und dabei ausgewählte Datenpakete ausfiltert, um z. B. Hacker-Angriffe zu erschweren.

**Firmware:** Betriebssoftware von Geräten, wird

**Abbildung 1:** Die Verbindung der Rechner auf der ganzen Welt erfolgt über Telefonleitungen, Glasfaserkabel, Breitband-Hochfrequenz-Kupferleitungen, Richtfunk und Satelliten. Es gibt keine Zentralverwaltung oder oberste Behörde im Internet. Das Netz wurde dezentral konzipiert, damit der Ausfall einzelner Strukturen (durch Unfälle, Krieg oder Hardwareprobleme) nicht das ganze Netz lahmlegen könnte.



## Autorin

**Dipl.-Bw. Edith Brandolisio:**

Frau Edith Brandolisio arbeitete ursprünglich in den Bereichen Marketing, Werbung und Marktforschung. Nach Tätigkeiten im Institut für klinisch-kardiovaskuläre Forschung und in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie arbeitete sie fünf Jahre in der Experimentellen Chirurgie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Parallel dazu gehörte sie zur Redaktion des CAISSON – Zeitschrift der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e. V..

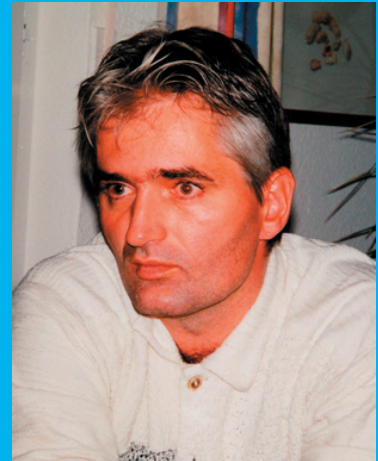
Seit 2005 verstärkt sie das Team des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

## Autorin

**Evelyn Kraut, stud. phil.:**

Evelyn Kraut studiert an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Anglistik und Allgemeine Sprachwissenschaft. Seit 2002 arbeitet sie im Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf.

## Autor

**Dipl.-Min. Silvester Siegmann**

Silvester Siegmann ist „von Haus aus“ Diplom-Mineraloge (Kristallograph) und arbeitet seit 1995 im 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). 2005 übernahm er die Schriftleitung für den Bereich Arbeitssicherheit von Praktische Arbeitsmedizin.

nur zur Fehlerbehebung oder zum Update vom Anwender überschrieben.

**Gateway:** Ein Gateway erlaubt es Netzwerken, die auf völlig unterschiedlichen Protokollen basieren, miteinander zu kommunizieren.

**HTML:** (Hypertext Markup Language) Skriptsprache, in der Internetseiten erstellt werden.

**HTTP:** (Hyper-Text Transfer Protocol) Zur Übertragung von HTML-Dateien vom WWW-Server zum Browser genutztes Verfahren.

**HTTPS:** http über SSL, gesichertes Hyper-Text Transfer Protocol.

**Hub:** einfachster Verteiler in einem Ethernet-

LAN. Ein Hub schickt alle empfangenen Pakete auf allen Anschlüssen wieder heraus, jede sendende Station blockiert daher den Hub für die anderen, alle Rechner empfangen alle ins LAN geschickten Daten.

**IEEE 802.11:** Familie von Standards für das drahtlose Funknetzwerk (WLAN).

**IP:** (Internet Protocol) Das grundlegende Protokoll des Internets und der meisten LANs, das den Transport von Datenpaketen von einer IP-Adresse an eine andere IP-Adresse regelt. Aufbau einer IP-Adresse: 32-Bit-Wert, der in 4 Zahlen zwischen 0 und 255 geteilt ist, die durch Punkte getrennt werden z. B. 134.99.204.64. Um miteinander kommunizieren zu können, müssen die Rechner erst „Na-

men“ (=IP-Adresse) bekommen, die in diesem weltweiten Verbund eindeutig sein müssen. Die Adressvergabe ist weltweit über das InterNIC (NIC=Network Information Center) und seine regionalen Adress-Unterverteiler geregelt. Üblicherweise werden von den NICs ganze Nummernkontingente an Organisationen vergeben, die diese dann autonom in ihrem Einflussbereich weiterverteilen.

**LAN:** (Local Area Network) Lokales Computernetzwerk z. B. innerhalb eines Gebäudes.

**NetBIOS:** (Network Basic Input Output System) Programmierschnittstelle für die Kommunikation von Programmen übers Netzwerk.

**POP3:** (Post Office Protocol V 3) Protokoll zum

Übertragen von E-Mail von einem Server auf den PC des Empfängers.

**Patch-Kabel:** Kurzes LAN-Verbindungskabel zwischen Wandsteckdose und PC.

**SMTP:** (Simple Mail Transfer Protocol) Per SMTP werden E-Mails durch das Internet transportiert, bis sie bei dem Server ankommen, der für den Empfänger zuständig ist. Der stellt sie per POP3 oder IMAP zur Verfügung.

**SSID:** (Service Set Identifier) Funkzellennamen im WLAN, den ein Access Point regelmäßig ausstrahlt.

**Standard-Gateway:** Ziel für alle IP-Pakete, die ein Rechner im LAN nicht direkt zustellen kann, in der Regel ein Router.

**Switch:** Datenverteiler im LAN, der anders als ein Hub individuell adressierte Pakete nur an den Empfänger durchstellt. Daher können anders als beim Hub mehrere Übertragungen parallel laufen.

**TCP/IP:** Zusammenfassende Bezeichnung für IP und alle darauf aufsetzende Protokolle auch UDP, ICMP usw..

**URL:** (Uniform Resource Locator) (~ einheitliche Quellenangabe); so bezeichnet man die eindeutigen „Namen“, den die Dokumente auf einem WWW-Server haben müssen.

**VPN:** (Virtual Private Network) Logisches Netzwerk, dass zum Transport ein anderes, öffentliches Netzwerk benutzt. Ein VPN schaltet räumlich weit getrennte Rechner über das Internet so zusammen, dass sie untereinander wie in einem LAN kommunizieren. Damit nun zum VPN gehörige Rechner an der Kommunikation teilnehmen können, werden die Daten in der Regel verschlüsselt.

**WEP:** (Wired Equivalent Privacy) Verschlüsselungsverfahren für WLAN mit 40 (WEP 64) oder 104 (WEP 128) Bit langen Schlüsseln. Aufgrund eines prinzipiellen Fehlers ist WEP leicht knackbar. WLANs müssen daher mit WPA statt WEP gesichert werden.

**WLAN:** (Wireless Local Area Network) System zur kabellosen Vernetzung per Funk.

**WWW:** (World Wide Web) Durch die Nutzung von HTML und http verknüpftes Informationsnetz im Internet.

## Literatur:

Cerf, Vinton G.:

How the Internet became to be.

URL: „<http://www.virtualschool.edu/mon/Internet/CerfHowInternetCame2B.html>“ (November 2005)

N.N.:

Eine kurze Geschichte des Internets.

URL: [http://www.dfn-expo.de/Geschichte/Geschichte\\_Internet.html](http://www.dfn-expo.de/Geschichte/Geschichte_Internet.html)“ (November 2005)

N.N.:

Das Internet wird erwachsen

URL: <http://www.netplanet.org/geschichte/internet.shtml>“ (November 2005)

Schulz, Martin, Suiçmez, Attila S.:

Das Internet - Geschichte und Dienste

URL: [http://userpage.chemie.fu-berlin.de/~sunny/Internet\\_Arbeit/net\\_nindex.html](http://userpage.chemie.fu-berlin.de/~sunny/Internet_Arbeit/net_nindex.html) (November 2005)

## IT-Grundschutzhandbuch: Version online verfügbar

Silvester Siegmann

Viele Arbeitsprozesse werden elektronisch gesteuert und große Mengen von Informationen sind digital gespeichert, werden verarbeitet und in Netzen übermittelt. Damit sind die Institutionen in Wirtschaft und Verwaltung von dem einwandfreien Funktionieren der eingesetzten IT abhängig.

Angesichts der vielfältigen und wachsenden Gefährdungspotentiale und der steigenden Abhängigkeit stellen sich damit für alle Anwender hinsichtlich der IT-Sicherheit die Fragen, wie kann man, wo, mit welchen Mitteln mehr Sicherheit erreichen.

Die IT-Grundschutz-Seiten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) helfen diese Fragen zu beantworten und geben Hilfsmittel an die Hand. IT-Grundschutz bietet eine einfache Methode, dem Stand der Technik entsprechende IT-Sicherheitsmaßnahmen zu identifizieren und umzusetzen. Das BSI stellt zahlreiche Werkzeuge zur Ver-

fügung, um ein angemessenes Sicherheitsniveau zu erreichen, wie z. B. die BSI-Standards zum IT-Sicherheitsmanagement, die IT-Grundschutz-Kataloge und das GSTOOL. Dazu gehört aber auch die ISO 27001-Zertifizierung auf Basis von IT-Grundschutz, die sowohl eine Prüfung des IT-Sicherheitsmanagements als auch der konkreten IT-Sicherheitsmaßnahmen auf Basis von IT-Grundschutz umfasst.

Auf den Internetseiten des BSI ist die aktuelle Version des IT-Grundschutzhandbuchs im HTML-Format sowie als PDF-Format zum Herunterladen verfügbar. Die aktuelle HTML-Version des IT-Grundschutzhandbuchs ist auch auf der BSI CD-ROM erhältlich.

Link:

[www.bsi.bund.de/gshb/deutsch/index.htm](http://www.bsi.bund.de/gshb/deutsch/index.htm)



Übertragen von E-Mail von einem Server auf den PC des Empfängers.

**Patch-Kabel:** Kurzes LAN-Verbindungskabel zwischen Wandsteckdose und PC.

**SMTP:** (Simple Mail Transfer Protocol) Per SMTP werden E-Mails durch das Internet transportiert, bis sie bei dem Server ankommen, der für den Empfänger zuständig ist. Der stellt sie per POP3 oder IMAP zur Verfügung.

**SSID:** (Service Set Identifier) Funkzellennamen im WLAN, den ein Access Point regelmäßig ausstrahlt.

**Standard-Gateway:** Ziel für alle IP-Pakete, die ein Rechner im LAN nicht direkt zustellen kann, in der Regel ein Router.

**Switch:** Datenverteiler im LAN, der anders als ein Hub individuell adressierte Pakete nur an den Empfänger durchstellt. Daher können anders als beim Hub mehrere Übertragungen parallel laufen.

**TCP/IP:** Zusammenfassende Bezeichnung für IP und alle darauf aufsetzende Protokolle auch UDP, ICMP usw..

**URL:** (Uniform Resource Locator) (~ einheitliche Quellenangabe); so bezeichnet man die eindeutigen „Namen“, den die Dokumente auf einem WWW-Server haben müssen.

**VPN:** (Virtual Private Network) Logisches Netzwerk, dass zum Transport ein anderes, öffentliches Netzwerk benutzt. Ein VPN schaltet räumlich weit getrennte Rechner über das Internet so zusammen, dass sie untereinander wie in einem LAN kommunizieren. Damit nun zum VPN gehörige Rechner an der Kommunikation teilnehmen können, werden die Daten in der Regel verschlüsselt.

**WEP:** (Wired Equivalent Privacy) Verschlüsselungsverfahren für WLAN mit 40 (WEP 64) oder 104 (WEP 128) Bit langen Schlüsseln. Aufgrund eines prinzipiellen Fehlers ist WEP leicht knackbar. WLANs müssen daher mit WPA statt WEP gesichert werden.

**WLAN:** (Wireless Local Area Network) System zur kabellosen Vernetzung per Funk.

**WWW:** (World Wide Web) Durch die Nutzung von HTML und http verknüpftes Informationsnetz im Internet.

## Literatur:

Cerf, Vinton G.:

How the Internet became to be.

URL: „<http://www.virtualschool.edu/mon/Internet/CerfHowInternetCame2B.html>“ (November 2005)

N.N.:

Eine kurze Geschichte des Internets.

URL: [http://www.dfn-expo.de/Geschichte/Geschichte\\_Internet.html](http://www.dfn-expo.de/Geschichte/Geschichte_Internet.html)“ (November 2005)

N.N.:

Das Internet wird erwachsen

URL: <http://www.netplanet.org/geschichte/internet.shtml>“ (November 2005)

Schulz, Martin, Suiçmez, Attila S.:

Das Internet - Geschichte und Dienste

URL: [http://userpage.chemie.fu-berlin.de/~sunny/Internet\\_Arbeit/net\\_nindex.html](http://userpage.chemie.fu-berlin.de/~sunny/Internet_Arbeit/net_nindex.html) (November 2005)

## IT-Grundschutzhandbuch: Version online verfügbar

Silvester Siegmann

Viele Arbeitsprozesse werden elektronisch gesteuert und große Mengen von Informationen sind digital gespeichert, werden verarbeitet und in Netzen übermittelt. Damit sind die Institutionen in Wirtschaft und Verwaltung von dem einwandfreien Funktionieren der eingesetzten IT abhängig.

Angesichts der vielfältigen und wachsenden Gefährdungspotentiale und der steigenden Abhängigkeit stellen sich damit für alle Anwender hinsichtlich der IT-Sicherheit die Fragen, wie kann man, wo, mit welchen Mitteln mehr Sicherheit erreichen.

Die IT-Grundschutz-Seiten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) helfen diese Fragen zu beantworten und geben Hilfsmittel an die Hand. IT-Grundschutz bietet eine einfache Methode, dem Stand der Technik entsprechende IT-Sicherheitsmaßnahmen zu identifizieren und umzusetzen. Das BSI stellt zahlreiche Werkzeuge zur Ver-

fügung, um ein angemessenes Sicherheitsniveau zu erreichen, wie z. B. die BSI-Standards zum IT-Sicherheitsmanagement, die IT-Grundschutz-Kataloge und das GSTOOL. Dazu gehört aber auch die ISO 27001-Zertifizierung auf Basis von IT-Grundschutz, die sowohl eine Prüfung des IT-Sicherheitsmanagements als auch der konkreten IT-Sicherheitsmaßnahmen auf Basis von IT-Grundschutz umfasst.

Auf den Internetseiten des BSI ist die aktuelle Version des IT-Grundschutzhandbuchs im HTML-Format sowie als PDF-Format zum Herunterladen verfügbar. Die aktuelle HTML-Version des IT-Grundschutzhandbuchs ist auch auf der BSI CD-ROM erhältlich.

Link:

[www.bsi.bund.de/gshb/deutsch/index.htm](http://www.bsi.bund.de/gshb/deutsch/index.htm)



# Dritter bundesweiter Betriebsärztetag

## 24. und 25. Februar 2007 in der Stadthalle der Hanse- und Friedensstadt Osnabrück

Der Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte veranstaltet analog zu den „Hausärztetagen“ bundesweite „Betriebsärztetage“. Wie bei den „Hausärztetagen“ können auch hier **Fortbildungspunkte** erlangt werden. Fast alle Mitglieder unseres Berufsverbandes sind niedergelassene Ärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und/oder FÄ für Arbeitsmedizin). Seit unserer Satzungsänderung am 5. Februar 2005 können wir auch angestellte Ärzte als außerordentliche Mitglieder aufnehmen.

Nichtmitglieder sind herzlich willkommen! Die vorläufige Themen- und Referentenliste finden Sie auch im Netz: [www.bsafb.de](http://www.bsafb.de).

Am 24. und 25. Februar 2007 werden **13 Referate von jeweils 45 Minuten** Dauer gehalten. Für den den ersten bundesweiten Betriebsärztetag sind von der Ärztekammer Niedersachsen **17 CME-Punkte** anerkannt worden.

Im Rahmenprogramm: Eine Nachtwächterführung durch Osnabrück und ein italienisches Buffet!

Der dritte bundesweite Betriebsärztetag am 24. und 25. Februar 2007 findet unter den gleichen zeitlichen Rahmenbedingungen wie die ersten beiden statt, d. h. **Samstag später Beginn (10.45 Uhr) und Sonntag um 16.00 Uhr Tagungsende**, um die **Anreise aus entfernten Bundesländern zu vereinfachen**.

### Hotel



**Hotel Remarque\*\*\*\***  
Natruper-Tor-Wall 1  
49076 Osnabrück

Telefon +49 (0) 541-60 69 0  
Telefax +49 (0) 541-60 69 600  
[www.hotelremarque.de](http://www.hotelremarque.de)

### Teilnahmegebühren

Die Teilnahmegebühr beträgt für BsAfB-Mitglieder 150 Euro und für Nicht-Mitglieder 190 Euro. Sollten Teilnehmer/innen zu einem späteren Zeitpunkt von einem unserer Sponsoren (siehe Internetseite) eine Einladung erhalten, wird der Betrag zurückerstattet. Die Kongressgebühr für einen Tag beträgt jeweils die Hälfte. Bitte auf der Überweisung den jeweiligen Tag vermerken.

Bitte überweisen Sie auf unser BsAfB-Konto:  
Kontonummer 2 052 538  
Bankleitzahl 265 501 05  
Sparkasse Osnabrück  
Betreff: BÄT 2006, Name, Vorname

Nach Zahlungseingang der Kongressgebühr erhalten Sie eine schriftliche Buchungsbestätigung (bitte möglichst Faxnummer angeben!).

Reservieren Sie frühzeitig ein Zimmer! Das Hotel Remarque\*\*\*\* gewährt Teilnehmern des Kongresses Sonderkonditionen. Geben Sie bei der Zimmerbuchung das Stichwort „Betriebsärztetag“ an:

Einzelzimmer 95 Euro  
Doppelzimmer 115 Euro  
(Preise jeweils inkl. Frühstück)

**Buchung über Kongressbüro Osnabrück:**  
**Telefon 0541 - 323 45 10**

Ein **Faxformular** für die Anmeldung finden Sie auf Seite 56 und im Internet unter [www.betriebsaerztetag.de](http://www.betriebsaerztetag.de) > Betriebsärztetag Feb. 07 > Steigenberger Hotel OS

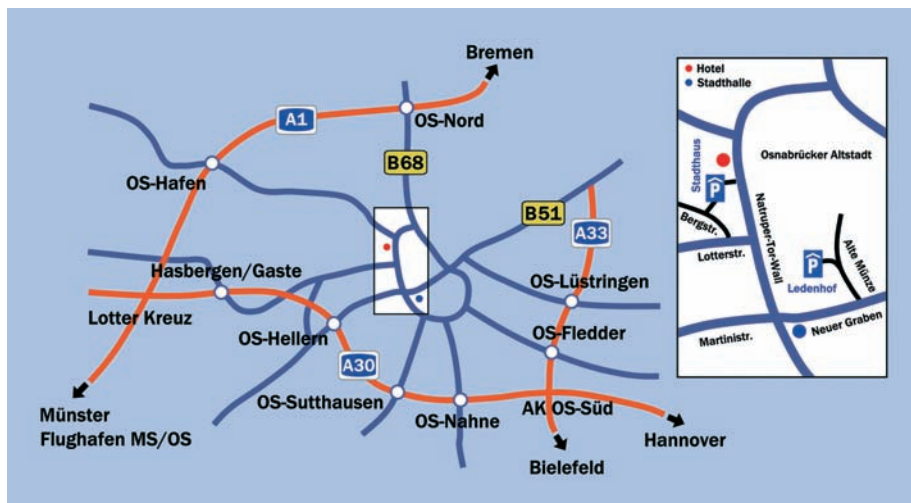
Die Veranstaltung selbst findet in der Stadthalle Osnabrück statt:

Stadthalle Osnabrück  
Schlosswall 1-9  
49074 Osnabrück  
Telefon +49 (0) 541-34 90 0  
Telefax +49 (0) 541-34 90 18  
Empfohlenes Parkhaus: Ledenhof

### Gebühren & Zimmer

**BsAfB-Mitglieder 150 Euro**  
**Nicht-Mitglieder 190 Euro**  
(Preise für gesamtes Wochenende)  
(Ein Tag jeweils die Hälfte)

**Einzelzimmer: 95 Euro**  
**Doppelzimmer: 115 Euro**  
(inkl. Frühstück)





# Programm

## Samstag, den 24. Februar 2007

10.45 Uhr

**Begrüßung**

11.00 Uhr

**Priv.-Doz. Dr. med. habil. Henning Allmers M.P.H. (Harvard Univ.), Leiter des Betriebsärztlichen Dienstes der Universität Osnabrück:**

Allergische Atemwegserkrankungen in der Arbeitsmedizin

11.45 Uhr

**Dipl.-Min. Silvester Siegmann, Sicherheitsingenieur, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf:**

Gefahrstoffe beim kontrolliert selektiven Rückbau

12.30 Uhr

**Kaltes und warmes Buffet (im Tagungspreis)**

14.00 Uhr

**Priv.-Doz. Dr. med. habil. Andreas Meyer-Falcke, LtdMinRat, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes NRW:**

Zweiklassengesellschaft auch in der Arbeitsmedizin? Zur Problematik der betriebsärztlichen Betreuung von KMU

14.45 Uhr

**Dr. med. Heino Slupinski, Arzt für Arbeitsmedizin - Gewerbemedizinaldirektor, Gewerbeaufsichtsamt Hannover:**

Arbeitsmedizinische Aspekte der Biostoffverordnung

15.30 Uhr

**Kaffeepause**

16.00 Uhr

**OA Dr. med. Wolfgang Galetke, FA für Innere Medizin - Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Krankenhaus Bethanien gGmbH, Solingen:**

Schlafapnoe und Arbeitsunfälle

16.45 Uhr

**Dr. med. Paul Nitzsche, FA für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Leiter des Werkarztzentrum Rietberg e. V.:**

Praktische Umsetzung des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements

17.30 Uhr

**Ende der Vortragsreihe am Samstag**

18.00 Uhr

**BsAfB-Mitgliederversammlung**

## Informationen

**Organisation:**

BsAfB e. V.

Gartenstraße 29

49152 Bad Essen

Telefon 0800 - 101 61 87

Sie erreichen unter o. g. Nummer kostenfrei unsere Geschäftsstelle.

**Wissenschaftliche Leitung:**

Dr. med. Uwe Ricken

Vorsitzender des BsAfB e. V.

FA für Allgemeinmedizin /

Betriebsmedizin

Ärztlicher Leiter des AMD

Arbeitsmedizinischer Dienst

freiberuflicher Betriebsärzte GmbH

Gartenstraße 29

49152 Bad Essen

Tel.: +49 (0)5472 94 000

Fax: +49 (0)5472 944420

dr.ricken@bsafbev.de

Dipl.-Min. Silvester Siegmann

Sicherheitsingenieur,

Institut für Arbeitsmedizin und

Sozialmedizin, Universitätsklinikum

Düsseldorf

Universitätsstr. 1

D-40225 Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211 81 15393

Fax: +49 (0)211 81 15334

siegmann@uni-duesseldorf.de

**Wissenschaftliche Leitung****Postersession:**

Dr.-Ing. Andreas Wittmann

Bergische Universität Wuppertal

Fachbereich D - Abteilung Sicher-

heitstechnik

Fachgebiet Arbeitsphysiologie, Ar-

beitsmedizin und Infektionsschutz

Gaußstraße 20

42097 Wuppertal

Gebäude / Raum / Ebene: U 13.17

Tel. : +049 (0)202 439 - 3206

Fax: + 049 (0)202 439 - 2068

andwitt@uni-wuppertal.de

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:

[www.bsafb.de](http://www.bsafb.de)



# Programm

## Sonntag, den 25. Februar 2007

9.00 Uhr

**Dr. rer. nat. Dipl.-Biol. Stefan Pleischl,**  
Hygieneinstitut der Rheinischen  
Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn:  
Legionellen

9.45 Uhr

**Prof. Dr. Walter Popp, Krankenhaushygiene  
des Universitätsklinikums Essen:**  
Hygiene in Küchen

10.30 Uhr

**Kaffeepause**

10.45 Uhr

**Dr. med. Eberhard Stockmann,**  
**Betriebsarzt der Firma Siemens AG:**  
Arbeits- und reisemedizinische Aspekte im glo-  
balen Business

11.30 Uhr

**Priv.-Doz. Dr. med. Tomas Jelinek,**  
**Ltd. Arzt des BCRT Berliner Centrum**  
**Reise- und Tropenmedizin:**  
Untersuchungen und Impfungen bei Ausland-  
saufenthalt

12.15 Uhr

**Pause**

12.30 Uhr

**Prof. Dr. med. A. Windorfer, Präsident  
des Landesgesundheitsamt Niedersach-  
sen, Präsident der Niedersächsischen Ge-  
sellschaft für Impfwesen und Infektions-  
schutz:**  
Organisatorische Aspekte einer  
Pandemieplanung

13.15 Uhr

**Kaltes und warmes Buffet**  
(im Tagungspreis)

14.30 Uhr

**Dr. rer. nat. Bruno Orthen, Bundesanstalt  
für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin,  
Fachbereich 4**  
Risiken der Nanotechnologie  
- Neue Aspekte der Feinstaub- und Faserpro-  
blematik -

15.15 Uhr

**Dr.-Ing. Andreas Wittmann, Bergische Uni-  
versität Wuppertal, Fachbereich Arbeitsme-  
dizin, Arbeitsphysiologie und Infektions-  
schutz:**  
Zusammenarbeit von Sicherheitsingenieur und  
Betriebsarzt,  
TRBA 250 - sichere Produkte

16.00 Uhr

**Veranstaltungsende**



**Anmeldung zum 3. bundesweiten Betriebsärztetag  
24. und 25. Februar 2007 in der Friedensstadt Osnabrück**

**Fax an: 0 54 72 - 978 319**

**Kostenfreies Infotelefon unter 0800 - 101 61 87**

Bitte alle Lücken gut leserlich ausfüllen!

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# BsAfB-News Oktober 2006

Anfang Juli wurden von der Bayerischen Landesärztekammer zuletzt Beschlüsse zum Inhalt der Weiterbildungsordnung gefasst. Die Weiterbildungsordnung wurde im April 2004 und im Mai 2006 aktualisiert. Sie ließ aber viele wichtige Punkte offen. Präzisierungen zur Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin folgten in den letzten drei Jahren – abschließend mit den Beschlüssen des Vorstands der Bayerischen Landesärztekammer vom 30. Juni 2006 (Details und Internet-Links siehe auf unserer Homepage unter „Arbeitsmedizin aktuell“ und dann „**neue WBO für Bayern**“). Der Vorstand der Landesärztekammer berücksichtigte bei seinen Entscheidungen auch den Sachverständigen und die betriebsärztliche Praxis niedergelassener Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin.

Einzelheiten zur Ausgangslage der arbeitsmedizinischen Versorgung und den Versuch einer Prognose finden Sie unter: RICKEN U: Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin – für viele Jahre unverzichtbar, *Prakt. Arb.med.* 1(2005): 6-7.

Alle Artikel der Praktischen Arbeitsmedizin werden Ihnen entsprechend dem Leitbild der **Open-Access-Bewegung** (siehe [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) – die freie Enzyklopädie) auf der BsAfB-Homepage zum kostenlosen Download angeboten („*Zeitschr. Prakt. Arb.med.*“ > „Archiv 200X“). Die jeweils aktuelle Ausgabe finden Sie noch nicht im Internet.

Am 5. September fand in Hamburg im Anschluss an das 1. Arbeitsschutzforum die **Mitgliederversammlung** der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (**Basi**) statt. Der BsAfB ist eins von zwei neuen Basi-Mitgliedern und wurde auf der Veranstaltung von mir vertreten.

„75 Institutionen, die auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes tätig sind, arbeiten unter dem Dach der Basi auf freiwilliger Grundlage zusammen. Zu den Institutionen gehören Ministerien des Bundes und der Länder, staatliche Stellen, Sozialpartner, Unfall- und Krankenversicherungsträger, Berufs- und Fachverbände.“

Wichtigste Aufgabe der Basi ist die Vorbereitung der **A+A (Arbeitsschutz + Arbeitsmedizin)**, die alle zwei Jahre in Düsseldorf stattfindet. Die A+A ist die zentrale Gemeinschaftsveranstaltung für Sicherheit und Gesundheit

bei der Arbeit in Deutschland mit europäischer Ausrichtung.“ Quelle: Basi-Homepage [www.basi.de](http://www.basi.de).

Das Internetportal „Prävention-online“ der Basi: [www.praevention-online.de](http://www.praevention-online.de) bietet viele aktuelle Informationen zu Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit. Auf der BsAfB-Homepage werden häufig Texte zitiert. Der BsAfB möchte sich auf der nächsten A+A aktiv mit einbringen. Bitte beachten Sie den Call of Papers der Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi).

**Dr. med. Paul Nitzsche** (stellv. BsAfB-Vorsitzender) moderierte am 6. Sept. das Thema „Moderne Radiologie für Prävention nutzen“ eines **Qualitätszirkels** von Betriebsärzten in Westfalen-Lippe, die dem VDBW und dem BsAfB angehören. Durch seine guten Kontakte zur Presse wurde die Öffentlichkeit erneut auf das Thema Arbeitsmedizin und Prävention aufmerksam gemacht.

**Das 5. Norddeutsche Forum Arbeitsmedizin** wurde am 8. September in Hamburg-Glinde durchgeführt. Gerne habe ich diese Fortbildungsmöglichkeit mit vielen interessanten Themen in unserem Arbeitsmedizin-Newsletter angekündigt. Die Beilage der aktuellen Ausgabe der Praktischen Arbeitsmedizin wurde positiv aufgenommen. Mir bot das Forum die Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen und bestehende zu pflegen (z. B. BMAS und BAuA).

Zwischenzeitlich wurde die engere Kooperation zwischen BsAfB und RG Gesellschaft für Information u. Organisation mbH vereinbart. Konkrete Pläne und Vereinbarungen zur Nutzung von Synergieeffekten auf dem Fortbildungssektor wurden umgesetzt.

Am 27. September veranstaltete Paul Nitzsche den **2. Rietberger Arbeitsschutznachmittag**. Die gelungene Themenauswahl machte dieses regionale Event wieder zum Erfolg. Auch dieses Mal wurde durch eine gute Pressearbeit die Aufmerksamkeit auf das positive Wirken von Betriebsärzten gelenkt.

Mit Frau Professor Braun von Reinersdorff wurden Referate von Paul Nitzsche (betriebliches Wiedereingliederungsmanagement) und mir (Influenza, Vogelgrippe, Pandemie – wirtschaftliche Auswirkungen) an der **Fachhochschule Osnabrück** vereinbart.



Die traditionell gute Zusammenarbeit zwischen der Fakultät WiSo und dem BsAfB wird für weitere Qualitätszirkel mit dem Themeninhalt Arbeitsmedizin und Qualitätsmanagement genutzt. Sie dienen der kontinuierlichen Verbesserung unserer arbeitsmedizinischen Dienstleistungen. **OsQa** (Osnabrücker Quality Assurance Management Modell) entspricht ohnehin einem gelebten **Qualitätsmanagementsystem**. Die Kompatibilität von OsQa und QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® sind ein weiterer Themenschwerpunkt. Zusätzliche Audierungen und Gütesiegelverleihungen stehen an. Die Praxen und regionale AMDs, die das Gütesiegel als Verbundzertifikat von FH Osnabrück und BsAfB erhalten haben, sind in der Betriebsarztsuche auf unserer Homepage gekennzeichnet. Selbstverständlich kennzeichnen wir auf Wunsch die Praxen oder Dienste unserer Mitglieder, die die Berechtigung erworben haben, ein anderes Gütesiegel (z. B. QEP, KTQ, GQB oder GQA) zu führen. Der Berechtigungsnachweis muss uns für diesen Zweck nur zugefaxt werden.

**Dr. med. Egbert Sels** (BsAfB-Schatzmeister) engagiert sich bei dem Aufbau eines Netzwerks von Regionalbeauftragten, um akquirierten Großunternehmen Ansprechpartner im lokalen Rahmen zu bieten. Die Regionalbeauftragten sollen in der übernommenen Region die betriebsmedizinische Betreuung der Filialen des Konzerns durchführen oder sicherstellen. So garantiert der BsAfB seit vielen Jahren die Versorgung aller Filialen der Wessels u. Müller AG - Fahrzeugteile. Alle Betriebsärzte vor Ort sind eigenständige Vertragspartner und

handeln eigenverantwortlich, arbeiten aber unter denselben Vertragsbedingungen.

Um unsere gute Kooperation mit den Fachkräften für Arbeitssicherheit zu dokumentieren, ist zusätzlich zur Betriebsarztsuche eine **FaSi-Suche** vorgesehen. Hier können sich alle Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsingenieure, die außerordentliche Mitglieder im BsAfB sind und selbstständig tätig sind, wie die Betriebsärzte eintragen lassen.

Das Programm zum **3. bundesweiten Betriebsärztetag** am Samstag den 24. und Sonntag den 25. Februar 2007 in der Stadthalle der Friedensstadt **Osnabrück** wurde bereits vollständig fertig gestellt. Es sind wieder dreizehn 45-Minuten-Referate eingeplant. Die aktuellen und interessanten Themen können Sie sich in dieser Ausgabe und auf unserer Homepage ansehen. Unter [www.betriebsaerztag.de](http://www.betriebsaerztag.de) finden Sie aber auch viele Zusatzinformationen, z. B. Kontaktadressen und Homepages der Referenten, Unterbringung, Kosten

und Rahmenprogramm. Auch 2007 wollen wir uns mindestens 16 CME-Punkte von der Ärztekammer Niedersachsen anerkennen lassen. Arbeitsmediziner, Sicherheitsingenieure, Reise- und Tropenmediziner sollen gleichermaßen angesprochen werden.

In zwei Jahren hat sich die **Praktische Arbeitsmedizin**® als Fachzeitschrift etabliert. Ihre Anerkennung in der Wissenschaft kann man u. a. an den prominenten und ausgewiesenen Fachautoren erkennen. Der Stellenwert in der Praxis offenbart sich an der großen Anzahl von Downloads der Artikel von der BsAfB-Homepage (**Open Access**), der steigenden Anzahl von Abonnenten und der Bestellung von Einzel-exemplaren oder Artikeln. Dieses Exemplar wandelte sich während der Gestaltung zu einer „**Sonderausgabe**“. Dies liegt zum Einen daran, dass wir diesmal die Arbeitsmedizin als Wissenschaft in der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft besonders gewürdigt haben und zum Anderen an dem besonders großen Umfang dieses Magazins. Neben der

wissenschaftlichen Betrachtung des Fachgebiets sollte auch in dieser Ausgabe der praktische Bezug zum täglichen Handeln im Betrieb nicht völlig verloren gehen. Es liegt uns aber auch die Werbung für unseren 3. bundesweiten Betriebsärztetag am Herzen. Diese jährlich einmal stattfindenden Wochenendfortbildung wollen wir in Zukunft in der Stadthalle Osnabrück mindestens so erfolgreich fortführen, wie wir es mit den ersten beiden Veranstaltungen in Hannover begonnen haben.



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

## Nachruf

Dr. med. CLAUS SLOTTY † 27. Juli 2006

Am 27. Juli 2006 verstarb nach kurzer mit großem Mut ertragener Krebserkrankung unser Kollege Claus Slotty (Göttingen).

Claus Slotty war Gründungsmitglied der „Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Betriebsärzte“, aus der der BsAfB inzwischen hervorgegangen ist. Er hat dem Verein über viele Jahre als Vorstandsmitglied in hervorragender Weise gedient. Über die Arbeit hinaus hat Claus Slotty in unserem Verband, durch die Gründung eines Betriebsarztzentrums in Göttingen, neben seiner Allgemeinmedizinischen Facharztpraxis und durch die Versorgung von Touristen und Einheimischen in seiner Zweitpraxis in Carvoeiro/Algarve an vielen Stellen wichtige und erfolgreiche ärztliche Arbeit geleistet.

Claus Slotty ist in seinem Leben stets den direkten Weg gegangen. Wenn er etwas als richtig und sinnvoll erkannte, hat er es einfach gemacht. Er hat immer wieder dadurch verblüfft, Projekte schon erfolgreich umgesetzt zu haben, wenn andere noch in der Diskussion waren. Er war als Mensch und Freund ein immer geduldiger und in keiner Situation jemals verzagender Zuhörer. Sein stetiger Optimismus und seine stets freundliche, verbindliche Art werden mir und vielen, die ihn kannten, sehr fehlen.

Dr. med. M. Bieberbach im Namen des BsAfB-Vorstands und aller Verbandsmitglieder

30655 Hannover  
Klingerplatz 5