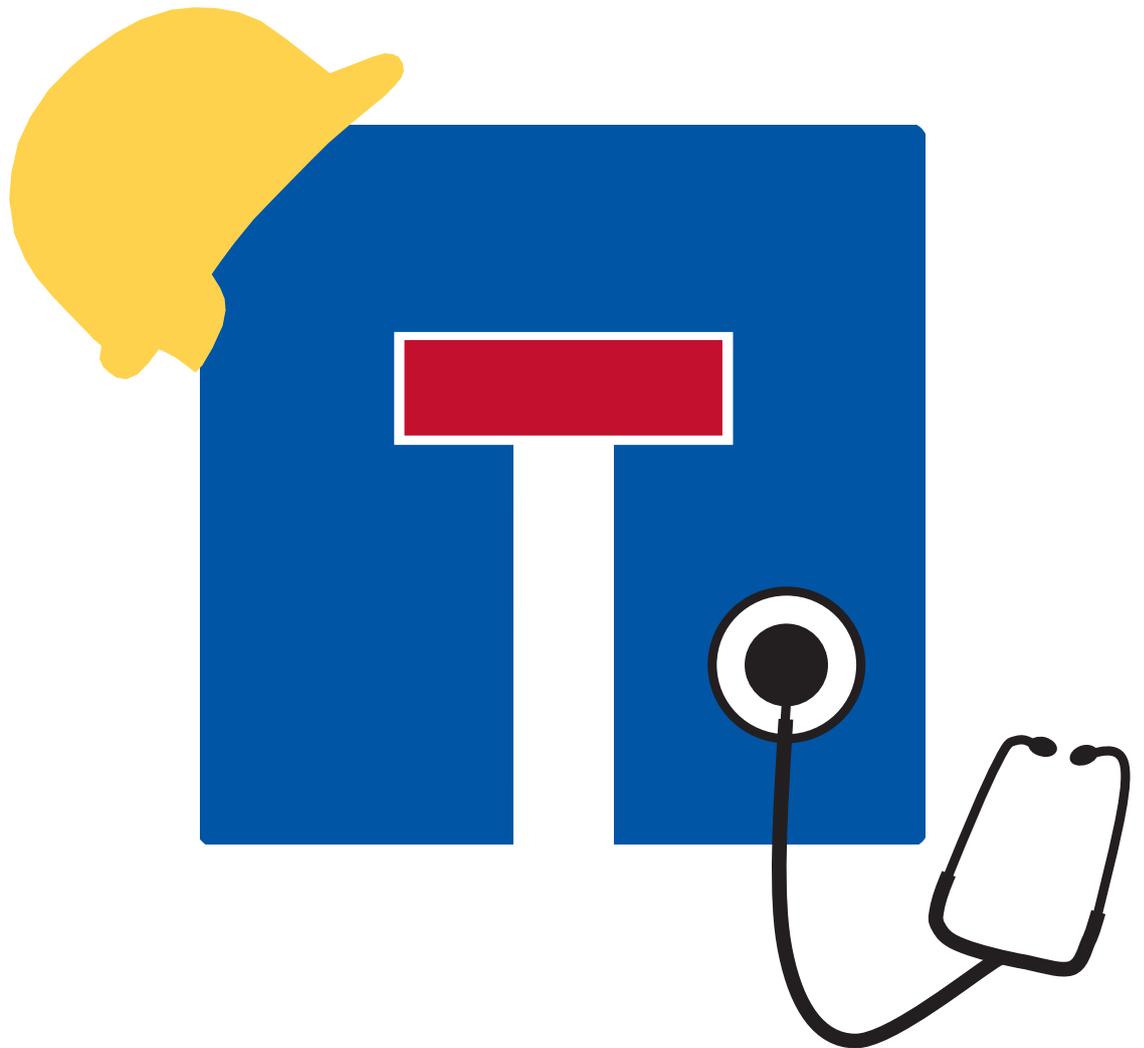


ÖSTERREICHISCHES FORUM
ARBEITSMEDIZIN



ÖSTERREICHS UNIVERSITÄTEN
OHNE ARBEITSMEDIZIN?

Inhalt

Editorial 3

R. Winker

Das Auge in der Arbeitsmedizin
Vermeidung von Unfällen und Folgeschäden 4

P. Heilig

Herausforderungen an die betriebliche Personalpolitik
durch den demographischen Wandel 10

H. Wächter

Forum Personalentwicklung – Plattform für PE im österreichischen
Gesundheitswesen 15

P. Floquet

Der ältere Arbeitnehmer:
Highlights vom 9. Wiener Forum Arbeitsmedizin, 20./21. 4. 2006 18

H. W. Rüdiger

Die AUVA informiert

Rauchen und Hilfestellung 22

E. Groman, M. Nikl

Die Arbeitsinspektion informiert

Die Grenzwertverordnung 2006 – GKV 2006 26

Neuer Förderrahmen für den Arbeitsschutz von der Internationalen
Arbeitsorganisation (ILO) 26

EG-Richtlinie über (künstliche) optische Strahlung seit April in Kraft 27

„Schwere Arbeit – leicht gemacht“

Ein Leitfaden des BMWA für stationäre Altenpflege 27

Verhaltenskodex zur Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen
im Telekommunikationssektor 28

E. Huber

Aus der Klinischen Abteilung für Arbeitsmedizin

Österreich in Zukunft ohne Lehrkanzel für Arbeitsmedizin? 29

H. W. Rüdiger



ROBERT WINKER

Die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert ist durch einen rasanten Wandel gekennzeichnet. Die Arbeitswelt wird komplexer, anspruchsvoller, unsicherer und insgesamt härter. Dadurch wird die arbeitsmedizinische Forschung ebenso vor neue Aufgaben gestellt wie die arbeitsmedizinische Praxis. Umso überraschender erscheint es, dass in Österreich derzeit an eine Einsparung der wissenschaftlichen Tätigkeit auf diesem Gebiet gedacht wird. Die Medizinische Universität Wien plant den einzigen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin in Österreich abzuschaffen. Der Beitrag auf Seite 29 dieses Heftes verfasst vom derzeitigen einzigen Ordinarius für Arbeitsmedizin in Österreich widmet sich diesem unerfreulichen Thema („Österreich in Zukunft ohne Lehrkanzel für Arbeitsmedizin?“). Worin bestehen denn nun die Herausforderungen, die sich für die Arbeitsmedizin aus der Veränderung der Arbeitswelt ergeben?

In den meisten Industrie-Ländern der Welt nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung durch die steigende Lebenserwartung zu. In Österreich wird der Anteil der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2050 von derzeit 22% auf 32% ansteigen (Quelle Statistik-Austria; ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/bev21jhd_web.pdf). Volkswirtschaftlich bedeutet das stetig zunehmende Kosten für die Renten- und Gesundheitsversorgung. Es ist damit zu rechnen, dass dies in Zukunft zu einer Anhebung des Pensionsalters führen wird.

Diese Verschiebung der Altersverteilung der Bevölkerung trifft nun auf eine beschleunigte Arbeitswelt, die in den nächsten Jahren den Abschied von der industriellen Arbeitsorganisation bedingt. Globalisierung, Automatisierung sowie der Siegeszug der Wissensgesellschaft und das Computerzeitalter trugen im entscheidenden Maße zu dieser Entwicklung bei. Während flexible, mobile, teamwork- und projektorientierte Arbeitsformen stark zunehmen, verlieren die starren Berufsbilder und regulierten Arbeitsformen an Bedeutung. Lebenslanges Lernen, „Ich-AG“ und Projektdenken stehen im Zentrum eines neuen Arbeitsethos, das die Grundlagen unserer Erwerbsgesellschaft umgestaltet. Die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen und die Dienstleistungsgesellschaft formiert sich. Gravierende Auswirkungen zeichnen sich hier in vielen Arbeitsbereichen ab. Der Trendforscher Matthias Horx sammelt sie in seiner „Zukunftsdatenbank“ (<http://www.zukunftsinstitut.de>) und prognostiziert „Selbst-Kompetenz“ als großes Thema der Zukunft. Lebensarbeitszeiten, die laut Horx, wie in Japan oder Skandinavien, bis tief in das 7. oder gar 8. Lebensjahrzehnt hineinreichen, erfordern fundamentalen gesellschaftlichen Wandel. Die sukzessive Ablösung körperlich harter Industriearbeit durch fordernde und abwechslungsreiche Wissensarbeit ist Grundlage und Bedingung dieser Entwicklung. Zeitlich und örtlich flexible Arbeitsstrukturen sowie Investitionen der Unternehmen in die körperliche und geistige Fitness arbeitender Menschen sind Erfolgsfaktoren.

Neue Trends, die auch arbeitsmedizinisch große Bedeutung haben, sind vor allem:

1. Die Erosion von traditionellen Arbeitsformen, die einen Teil von ArbeitnehmerInnen für die Arbeitsmedizin nicht mehr greifbar macht.
2. Psychomentele Probleme am Arbeitsplatz: Diese nehmen zu und die Belastungen sind eher organisatorischer, ökonomischer und interkultureller Natur.
3. Die demographischen Veränderungen: Diese machen klar, dass die Arbeitsmedizin zunehmend mit der Betreuung älterer ArbeitnehmerInnen konfrontiert ist. Im Rahmen des heurigen 9. Wiener Forum Arbeitsmedizin wurden Themen, die gerade den älteren Arbeitnehmer betreffen, aufgezeigt und kritisch diskutiert. Hierzu finden Sie die Highlights in dieser ÖFAM-Ausgabe auf Seite 18 sowie einen Beitrag über Aspekte von Herausforderungen betrieblicher Personalpolitik.

DAS AUGE IN DER ARBEITSMEDIZIN

Vermeidung von Unfällen und Folgeschäden

Die gegenseitige Überlagerung von Denken und Erfahrung bei der Wahrnehmung wird von René Magritte in Frage gestellt. Die Wirklichkeit, welche vermeintlich wahrgenommen wird, ist manchmal eine Illusion. Eine Täuschung im Ablauf des komplexen Prozesses der Wahrnehmung. Wie bei den verspielten Bildern der Illusionsmaler werden dem Auge und vor allem der Wahrnehmung auch im Arbeitsprozess gelegentlich Eindrücke vorgegaukelt, welche vom objektiven Bild der Wirklichkeit abweichen.

Der Tränenfilm

Von Gegenständen reflektiertes Licht gelangt auf die Oberfläche des praekornealen Tränenfilms. Dort können die ersten Abbildungsfehler entstehen. Selbst geringe Unregelmäßigkeiten in diesem Bereich wirken sich wegen des hohen Brechkraft-Unterschiedes zwischen Luft und Tränenflüssigkeit entsprechend störend aus. Verringerte zentrale Sehschärfe, Beeinträchtigungen des Kontrast- und Farbensehens, Pseudoskopie, Doppelkonturen bis Doppelbilder, Obskurationen, Fremdkörper- und ‚Druck‘-Gefühl machen Personen mit ‚trockenen‘ und gereizten Augen entsprechend zu schaffen. Konzentrierte Aktivität (z. B. Autofahrten in der Nacht, Computerarbeit) bewirkt, dass sich die Lidschlagfrequenz verringert. Die Lidspalte bleibt daher länger offen. Hornhaut und

Bindehaut sind trockener Luft ausgesetzt, die noch zusätzlich durch Staubpartikel, Keime und chemische Verbindungen verunreinigt sein kann. Im Extremfall reißt der Tränenfilm auf. Dadurch entstandene Abbildungsfehler im Bereich des zentralen oder peripheren Gesichtsfeldes verursachen eine Zunahme von Fehlerhäufigkeit und Unfallgefahr im Arbeitsprozess. Durch unwillkürliche Manipulationen an den Lidern (Reiben, Wischen und dabei entstehender Druck auf Lider und Augapfel) nehmen bereits vorhandene Augenreizungen weiter zu. Ein Circulus Vitiosus beginnt. Nicht nur Reizungen, sondern auch schwerwiegendere Störungen im Bereich der Augen können entstehen. Das „Wisch-Ektropium“ und Hyposphagmata (Bindehautblutungen) wären vergleichsweise harmlose Beispiele. Post-„traumatische“ Veränderungen des Augeninneren, wie Glaskörper- oder Netzhautblutungen (besonders bei brüchigen Gefäßen, bei diabetischen Retinopathien, bei Maculadegeneration und Netzhautdefekten, cave Nervus opticus!), wären schwerwiegendere Folgen des ‚Augen-Reibens‘.

Aufzählungen ätiologischer Faktoren des „trockenen“ Auges, wie: altersabhängig, hormonell, medikamentös-toxisch, immunpathologisch, nutritiv (generelle Dysfunktion exokriner Drüsen) sowie dysgenetisch, entzündlich/infektiös, traumatisch, neurologisch/psychisch und „tantalisch“ (Tränendrüsen/akzessorische Drüsen), sollten immer den häufig vergessenen Hinweis auf regelmäßige und vor allem ausreichende Flüssigkeitszufuhr enthalten. Die Bezeichnung „tantalisch“ beschreibt bildhaft und blumig das Vorhandensein eines ausreichenden Quantums an Tränenflüssigkeit bei mangelnder Verfügbarkeit für die austrocknenden Conjunctival- und Corneal-Oberflächen.

‚Outdoor‘- und ‚Indoor-Pollution‘, das ‚Sick-Building‘-Syndrom, Zugluft, Zigarettenrauch und besonders die Trockenheit der Luft (in Flugzeugen wurde schon eine



PETER HEILIG
UNIVERSITÄTSKLINIK
FÜR AUGENHEILKUN-
DE UND OPTOMETRIE
WÄHRINGER
GÜRTEL 18–20
A-1090 WIEN
peter.heilig@
univie.ac.at

Das trockene Auge als Ursache von Sehstörungen

René Magritte.
,Die Blankovollmacht', 1965.
National Gallery of Art,
Washington
Sammlung
Mr. and Mrs. Paul Mellon.



Niedrige Luftfeuchtigkeit und geringe Lidschlagfrequenz verstärken die Beschwerden

Luftfeuchte von ~5% gemessen!) sowie die reduzierte Lidschlag-Frequenz verursachen eine Zunahme von Intensität und Häufigkeit der Beschwerden. Der beeinträchtigte Tränenfilm verursacht nicht nur gestörte Wahrnehmungen durch verminderte Abbildungsqualität, sondern auch Irritationen von Hornhaut und Bindehaut, welche häufig als „Müdigkeit“ interpretiert werden. „Die Augen fallen zu“ – „am liebsten würde ich meine „müden Augen“ schließen“ ist oft zu hören. Betroffene Personen wissen sich nicht immer zu helfen, ihre Augenbeschwerden und die Sehstörungen nehmen daher zu. Kontaktlinsenträger sind zusätzlich speziellen Problemen und Gefahren ausgesetzt. Wohlgemeinte Ratschläge und damit verbundene inadäquate Selbst-Medikationen erweisen sich häufig als problematisch. Wegen des jeweils geringfügigen Anlasses unterbleibt nicht selten die Konsultation von Fachärztinnen und Fachärzten für Augenheilkunde.

Folgen werden unterschätzt

Solche „ungeklärten“ Sehstörungen und Funktionsausfälle des visuellen Systems (wechselnde zentrale Sehschärfe, Pseudoskopome des peripheren Gesichtsfeldes) lösen gelegentlich nicht indizierte, womöglich kostspielige und zeitraubende Untersuchung und deren therapeutische Folgen aus. „Ex iuvantibus“ ließen sich manche solcher Fragestellungen leicht beantworten.

Maßgeschneiderte Prophylaxe und Therapie erforderlich

Der aus mehreren Lagen bestehende Tränenfilm, individuelle Unterschiede sowie die Unzahl der Faktoren und Einflüsse verlangen eine angepasste, maßgeschneiderte Therapie und Prophylaxe. Allergische Faktoren, welche immer häufiger werden, gilt es zu berücksichtigen. Gefäßverengende Präparate (Sympathomimetika) können auf Dauer bei regelmäßiger Anwendung mit zur Ursache von Bindehaut-Reizungen werden. Konservierungsmittel (meist Benzalkoniumchlorid) sollten bei lang dauernder Tränen-Ersatz-„Therapie“ vermieden werden, besonders bei pseudopaken und aphaken Patienten („Preservative Retinopathy“). Zur Substitutions-Therapie im Bereich des Lipidfilms („Fettaugen auf der Suppe des Tränenfilms“) besteht ein eher spärliches Angebot. Auch bei Problemen der praecornealen Mucin-Schicht ist die Auswahl an geeigneten Präparaten nicht überwältigend.

Mittlerweile werden „alternative“ Methoden bis zu Augen-Übungen, Akupunk-

tur, Homöopathie, Hypnose, Entspannungsübungen, Psychotherapie und ausgedehnten Arbeitspausen angeboten. Am Nachweis der „evidence“ wird noch gearbeitet. Ernst zu nehmende Erkrankungen, wie z. B. Sjögren Syndrom, wurden aus den oben genannten Überlegungen ausgeklammert. Konservierungsmittelfreie Augensalben (über Nacht) haben sich bei den schwerwiegenderen Störungen des Tränenfilms bewährt.

Hornhaut, Augeninneres, Sehnerv, visuelle Bahnen und Zentren, Wahrnehmungsprozesse, Psyche, Konzentration und Vigilanz, Erkrankungen und funktionelle Störungen des visuellen Systems

Pathophysiologische Veränderungen all dieser Strukturen und Funktionen können eine Unzahl von diskreten bis massiven Funktionsstörungen und Ausfällen verursachen. Fehler und Arbeitsunfälle sind möglicherweise die Folge. Diagnostik und Differentialdiagnostik überfordern gelegentlich auch die konsultierten Experten. Beispiel: Ein Arbeitnehmer verhielt sich auffällig. Statt verschiedene Schriftstücke bei hellem Licht zu betrachten, zog er sich in den jeweils dunkelsten Winkel des Raumes zurück, um die Schriftzeichen dort mühselig zu entziffern. Der Mann wurde zunächst der Simulation verdächtigt. (Der vordere Abschnitt und die Netzhaut beider Augen waren klinisch unauffällig.) Im Elektroretinogramm fehlte jedoch die Zapfen-Antwort. Diagnose: Achromatopsia congenita (eine Form angeborener totaler Farbenblindheit). R. G. Frey: persönliche Mitteilung.

Äußere Störfaktoren

Windschutzscheiben, Sichtscheiben und -gläser, Helme, Schweiß-Schirme, Schweiß-Schutzhelme, -Schutzbrillen, Lichtschutzbrillen (auch UV-Schutz), Brillen, Kontaktlinsen und alle damit verbundenen Abbildungsstörungen sind ergiebige Quellen, Auslöser und Ursachen für Fehler und Arbeitsunfälle. Leider hat die „Beschlagfrei“-Technologie bisher noch immer nicht das gehalten, was versprochen wird. Nach wie vor beschlagen Scheiben und Brillen.

Der gestörte Tränenfilm ermöglicht keine optimale Anpassung von Brille und Kontaktlinse

Blendungen vermeiden!

Irreversible Netzhautschäden auch durch scheinbar harmlose Lichtexposition

„Lotus“-Effekt (eine Art Vergütung) mancher Produkte bewirkt klarere Sicht und erleichtert das Reinigen.

Die optische Korrektur

Gestörter Tränenfilm vereitelt häufig das Gelingen von Refraktion und optimaler Brillen- oder Kontaktlinsenkorrektur. Nur bei intaktem oder (mit geeigneten Präparaten) stabilisiertem Tränenfilm können die Refraktionsbestimmung und die darauf basierende Korrektur von Ametropien (Fehlsichtigkeit) zum Erfolg führen. Eine perfekte Anpassung der verordneten Brille oder Kontaktlinse und eine exakte Berücksichtigung der jeweiligen Arbeitsabstände und Arbeitsbedingungen sollte vorausgesetzt werden. Kontrast-Visus-Reduktionen durch spezielle Korrekturen (z. B. multifokale Linsen) können vor allem beim Autofahren in der Nacht und bei schlechter Sicht zum kaum lösbaren Problem werden. Jede Art von optischem Filter beeinträchtigt das Sehvermögen in der Dämmerung und bei nächtlichen Fahrten. Die Brille für Nachtfahrten soll klar und entspiegelt sein. „Phototrope“ Brillengläser sind nicht als Autobrillen geeignet, da sie sich hinter der Windschutzscheibe kaum verfärben.

Lichtschutz- und Sonnenschutzbrillen

müssen an die jeweilige Helligkeit angepasst, ausreichend dimensioniert, neutralgrau oder bräunlich getönt sein. Nicht immer werden sie regelmäßig von denen getragen, welche dem häufig zu intensivem Licht (natürliche oder künstliche Lichtquelle) ausgesetzt sind. (Bau- und Straßenarbeiter, Tennisspieler, Surfer ...). Blendungen, häufig als schmerzhaft empfunden, signalisieren dem Körper, ebenso wie beim Überstrecken eines Gelenkes, dass Gefahr drohen könnte.

Gelbfilter

Gelb hat keine „aufhellende“ Wirkung, wie in gewissen „Fachzeitschriften“ immer wieder behauptet wird. Gelb filtert den sogenannten „blue blur“, einen chromatischen Aberrations-Hof (um jedes

Objekt) und verbessert dadurch das Kontrast-Sehen (Nebel-, Schieß-, Pilotenbrille, Brille für Sehbehinderte, gelbe Intraokularlinsen). Bei Tunnelfahrten empfehlen sich für Brillenträger „Flip Ups“ (hochklappbare Filterscheiben). Brillenwechsel vor oder im Tunnel kann problematisch werden.

Arbeitsschutzbrillen

sollten mit „unzerstörbaren“ Rahmen und Scheiben (z. B. Polycarbonat) ausgestattet sein. Dies gilt auch für Sportbrillen. Die Vorschriften der Normen-Ausschüsse (Kugelfalltest etc.) sind zum Teil etwas wirklichkeitsfremd und berücksichtigen nicht immer die möglicherweise hohen Kräfte, welche im Ernstfall auf eine solche Schutzbrille einwirken können.

Überbelichtungen

Blendungen, vor allem solche durch Licht mit energiereichem hohem Blau-Anteil, sollten in Freizeit, Arbeit und vor allem im Straßenverkehr vermieden werden. Mit zunehmendem Alter der Verkehrsteilnehmer, Arbeiter und aller „Licht-Hungrigen“ steigt die Licht-Empfindlichkeit. Die Netzhaut braucht immer länger, um sich von einem Macula(Licht-),„Stress“ zu erholen (HID-glare, disability glare). Immer öfter und immer länger fahren Verkehrsteilnehmer im sprichwörtlichen ‚schwarzen Loch‘. Neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass unter Umständen hochempfindliche Personen (genetisch oder erworben) durch kurze, scheinbar harmlose Lichtbelastungen irreversible Netzhautschäden davontragen können (Cideciyan, Osborne). Retinale Elemente bekämen somit durch sichtbares Licht (zeitliche Summation) den letzten Anstoß für die Apoptose (Glaukom, Dystrophien, Degeneration, unspezifische Vorschäden). Schon der Blitz einer Kamera könne unter solch besonders ungünstigen Voraussetzungen ein „Zuviel“ für die Netzhaut bedeuten.

Klinische Beispiele für eine erworbene monokulare „Maculadegeneration“ finden sich (zum Glück selten) bei histologisch oder endoskopisch intensiv tätigen (auch jungen) Kolleginnen und Kollegen (der

**Entsättigung der
Farbwahrnehmung
am führenden Auge**

**Mehr Licht,
mehr Sicherheit?**

**Schutzeinrichtungen
werden nicht
ausreichend verwendet**

Ausdruck „altersbedingt“ wäre hier fehl am Platz), welche ausschließlich ihr führendes Auge zum Betrachten histologischer Präparate oder bei der endoskopischen Untersuchung verwenden. Vorläufige Diagnose: ‚trockene Maculadegeneration‘; Endgültige Diagnose: retinaler Lichtschaden. (Partnerauge: Netzhaut o. B.). Das Licht der verwendeten (monokularen) Mikroskope oder Endoskope wird subjektiv nie als zu hell empfunden. Die Störung entwickelt sich unbemerkt und schleichend. Vorstufe zu klinisch erfassbaren und biomikroskopisch erkennbaren Störungen wäre eine diskrete „Entsättigung“ der Farbwahrnehmung des führenden Auges (so als wäre etwas Weiß beigemischt, wobei der Stimulus Weiß etwas grau imponiert). Die Neuritis nervi optici kann im Anfangsstadium oder bei Defekt-Heilung ähnliche Funktionsstörungen verursachen. Das (geschonte) Partner-Auge nimmt die Testfarbe (Bild) „kräftiger“, leuchtender, „gesättigter“ wahr. Diese Farbentsättigung des Seheindrucks des führenden Auges – in geringerem Ausmaß – findet sich auch ohne spezielle zusätzliche (berufliche) Lichtbelastung bei vielen Patienten („the habit to close one eye in the sunlight“ – Pinguecula, Pterygium, Cataract des dominanten Auges).

Ultraviolett und Infrarot

Ultraviolett: Ergebnisse umfangreicher Studien ließen erkennen, dass durch das konsequente Tragen von Schweiß-Schutzeinrichtungen messbare und klinisch erkennbare Augenschäden vermieden werden. Nicht alle Arbeitnehmer betreiben ausreichend Prophylaxe. Bei „Polymerisierungen“ in zahnärztlichen Ordinationen kommt es (z. B.) zu (subjektiv unbemerk-



ten) hohen UV-Belastungen. Infolge zeitlicher Summation könnten Linsentrübungen entstehen.

Infrarot: Beispiel: Glasbläser-Star (Hitze-Arbeiter am Hochofen etc.) – klinisch eher bedeutungslos geworden, weil offenbar die vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen konsequent eingesetzt werden.

Arbeitsplatz Lenkrad – Sicherheit im Straßenverkehr

Ungestörte optimierte visuelle Funktionen und Wahrnehmung haben für Berufe mit hohem Fahrzeuglenker-Anteil eine besondere Bedeutung. Sinnesphysiologische und kognitionspsychologische Erkenntnisse auf diesem Gebiet sind auch in anderen Bereichen anwendbar und können die Arbeitssicherheit erhöhen sowie einen wertvollen Beitrag zur Unfallverhütung leisten.

Beispiel Licht am Tag (LAT): Ein Mehr an Licht wird unreflektiert und eher unkritisch undifferenziert mit einem Mehr an Sicherheit gleichgesetzt.

Die Signalwirkung des „Tagfahrlichtes“ soll die Auffälligkeit des jeweiligen LAT-Fahrzeuges erhöhen. Bewegte Lichtreize im Gesichtsfeld lenken tatsächlich die Aufmerksamkeit auf sich. Daraus folgt, dass „LAT-Objekte“ besser wahrgenommen werden, alle anderen „verkehrsrelevanten“ Objekte sind dadurch im Vergleich weniger auffällig. Das bedeutet allerdings nur theoretisch, dass die Sicherheit der LAT-Fahrzeuge und deren Insassen durch die Signalwirkung des Tagfahrlichtes verbessert wird. Von den anderen Verkehrsteilnehmern und allen ‚verkehrsrelevanten Objekten‘, wird die Aufmerksamkeit jedoch abgelenkt. Umgekehrt proportional zur Umgebungshelligkeit nimmt die Signalwirkung des Tagfahrlichtes ab und ‚geht bei hellem Sonnenschein gegen Null‘. Zusätzlich entsteht durch diese Maßnahme (LAT) eine relative und auch absolute Gefährdung aller anderen „verkehrsrelevanten“ Objekte und der LAT-Fahrzeuge samt Insassen. Das „Übersehen“ unbeleuchteter Fußgänger, Radfahrer, Tiere und ruhender Objekte auf den Verkehrsflächen (parkende Fahrzeuge, abgebrochene Äste, Steine, verlorenes Ladegut, Verkehrsschilder etc.) kann fatale Folgen haben.

„Change blindness“

eine grobe Störung der visuellen Wahrnehmung („Veränderungsblindheit“). Auch auffallend große Veränderungen gesehener Szenen werden nach Lidschlägen, Sakkaden, visuellen Distraktoren (z. B. LAT), Maskierungen etc. nicht wahrgenommen.

„Überakzentuierungen“ durch LAT verursachen Phänomene, welche infolge von Wahrnehmungsstörungen Unfälle auslösen können. Sakkaden und andere Blickzuwendungen (zum helleren Stimulus hin), aber auch „Blanks“, Blendungen und Lidschläge können „inattentional blindness“, „change blindness“ und ähnliche Ausfälle bis zur „inattentional amnesia“ (short term visual memory: STVM) auslösen. Die einfachste und am ehesten verständliche Erklärung für diese elektro-physiologisch und mit funktioneller Magnetresonanz dokumentierten sowie mit transcranieller Magnetstimulation auslösbaren Störungen der Wahrnehmung, Ap-erzeption und Erkennung „verkehrsrelevanter“ Objekte ist die Überforderung des „visuellen Gedächtnisses“ („crowding out of STVM-data“). Die Kapazität des visuellen Kurzzeitgedächtnisses ist limitiert. Zu viele „Inputs“ führen dazu, dass visuelle Gedächtnisinhalte „überschrieben“ werden. Das hellere, unreflektiert vorrangige Bild des LAT-Fahrzeuges löscht das En-gramm des Bildes, z. B. Kind am Zebra-streifen, sozusagen aus. Das Kind wird gesehen, aber nicht wahrgenommen, ver-gleichbar mit der „Hemineglect“-Sympto-matik. Rechtshirn-Schäden können das „Negieren“ von Objekten (linke Körper-hälfte, linksseitige visuelle Stimuli) verur-sachen. Mancher scheinbar unerklärliche Unfall könnte mit „change blindness“, „in-attentional“ blindness etc. entschlüsselt werden. Der am Zebra-streifen von einem LKW überrollte Rollstuhlfahrer, die „über-sehene“ Straßenbahn, die „nicht be-merkte“ rote Ampel, die zunehmende Zahl verunglückter Kinder und einspuriger Verkehrsteilnehmer sind untrügliche Indi-zien. Dem gefährdeten Behinderten nützt es wenig, dass er herannahende LAT-Fahr-zeuge besser wahrnehmen kann. Prinzipi-ell müssen derartige „Überakzentuierun-gen“ deswegen vermieden werden, weil

* Gemischter Verkehr lässt sich nicht vermeiden. Auch nicht auf Freilandstraßen.

jedes „verkehrsrelevante“ Objekt das ge-nau gleiche Maß an Aufmerksamkeit ver-langt und verdient. „Gemischter Verkehr“* erhöht das Risiko von Verkehrsunfällen. Regionale LAT-Regelungen, d. h. LAT nur auf Freilandstraßen wären praktisch undurchführbar und haben sich nicht be-währt. (*Bergisch Gladbach 2005). LAT ist aus sinnesphysiologischen und kogniti-onspsychologischen Gründen kein geeig-netes Mittel, um die Verkehrssicherheit al-ler Verkehrsteilnehmer zu verbessern.

Statistik

Wegen unzähliger ständig wechselnder Va-rianten und Variablen sind statistische Aussagen auf diesem Gebiet (Verkehrssicherheit: Einfluss eines einzelnen Para-meters – LAT) nicht zulässig und signifi-kante Resultate nicht zu erwarten. Solche Statistiken haben keine Beweiskraft und dürfen nicht als Grundlage für Novellen oder Gesetzesänderungen herangezogen werden.

Über Blendungen durch Scheinwerfer und Zusatzleuchten klagen in zunehmen-dem Maße auch junge Verkehrsteilnehmer mit gesunden, noch nicht durch Licht und andere Faktoren geschädigten Augen. Neuere Forschungen nähren den Verdacht, dass auch geringfügige schein-bar reversible Lichtschäden (Prädisposi-tion, genetische Faktoren, erworbene Augenkrankheiten) bisher unterschätzt wurden (Cideciyan, Osborne etc). Der Blau-Anteil mancher Lichtquellen ließe sich senken, auch der von verschiedenen Straßenbeleuchtungen (Mautstellen, rund-um abstrahlende blauweiße Straßenlam-pen mit hohem Energieverbrauch – schädlich für Nachtfalter, Zugvögel etc. und – vor allem – ganze Öko-Systeme).

Eine Renaissance von Autoscheinwerfern mit geringerem Blau-Anteil im Ge-samtspektrum brächte eine Verringerung der für viele, auch jüngere Verkehrsteilnehmer unangenehmen bis qualvollen Blendungen („HID“-glare (High Intensity Discharge), Disability Glare etc.) samt deren Folgen durch retinale „Überbelichtun-gen“. Das Kontrastsehen ließe sich da-durch verbessern und möglicherweise die Verkehrssicherheit erhöhen. Der Trend zu immer helleren Abblendscheinwerfern mit hohem Blau-Anteil geht jedoch weiter.

Unfallursache
„Überakzentuierung“

Überforderung des
„visuellen
Gedächtnisses“

Sehen heißt nicht un-
bedingt wahrnehmen

Der Blau-Anteil
von künstlichen Licht-
quellen ist zu hoch

Unfallrisiko senken durch: Optimierung der Sehleistung, hinreichenden Augenschutz und bessere Bedingungen für eine fehlerfreie Wahrnehmung

Von serienreifer Entwicklung der „ambient intelligent headlights“ (dynamischer Niveau-Ausgleich, „mitdenken“ bzgl. Helligkeit, Kurvenfahrten, Infrarot-Technologie etc.) ist die Scheinwerfer-Industrie offenbar noch weit entfernt.

Resumé

Aus dem „Experimentierfeld“ Straße lassen sich Schlüsse für die gesamte Arbeitsmedizin ziehen. Das Vermeiden aller äußeren und inneren Störfaktoren kann die Gefahr manch unvermeidlicher, womöglich unverschuldeter Fehlleistung und ihrer Folgen verringern. Optimierung der Sehleistung, Schutz der Augen und gute Bedingungen für eine jeweils fehlerfreie Wahrnehmung sind auf alle Fälle zu postulieren. „Crowding“ – unübersichtliche, überbordende Elemente, (Beispiel „Straßenverkehrstafel-Salat“), „Überakzentuierungen“ und in der Folge „Inattentional Blindness“ und ähnliche Phänomene können Auslöser oder Ursachen von Straßenverkehrs- und Arbeitsunfällen sein. Vor allem darf Blendung samt aller unterschätzter Folgen solch unphysiologisch überdosierter Lichtbelastungen weder im Straßenverkehr noch in anderen Bereichen toleriert werden.

Literatur

- Beck DM, Muggleton N, Walsh V, Lavie N. Related Articles: Right parietal cortex plays a critical role in change blindness. *Cereb Cortex*. 2006 May; 16 (5): 712–7. Epub 2005 Aug 24.
- Beck MR, Levin DT, Angelone B: Change blindness blindness: Beliefs about the roles of intention and scene complexity in change detection. *Conscious Cogn*. 2006 Mar 9; [Epub ahead of print].
- Cideciyan AV, Jacobson SG, Aleman TS, Gu D, Pearce-Kelling SE, Sumaroka A, Acland GM, Aguirre GD: In vivo dynamics of retinal injury and repair in the rhodopsin mutant dog model of human retinitis pigmentosa. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 5233–5238.
- Dornhoefer SM, Unema PJ, Velichkovsky BM: Blinks, blanks and saccades: how blind we really are for relevant visual events. *Prog Brain Res* 2002; 140: 119–131.
- Dornhöfer, S.M. Drei explorative Untersuchungen in statischer und dynamischer verkehrsbezogener Umgebung. Dissertationsschrift 2005.
- Horwath-Winter J, Nepp J, Rieger G, Schmut O Diagnostik und Therapie des trockenen Auges. *Ophthalmologe*. 2006 Jun 20; [Epub ahead of print].
- Jensen OL: Pterygium, the dominant eye and the habit of closing one eye in the sunlight. – *Acta Ophthalmol (Copenh)*, 1982.
- Maier R, Heilig P, Winker R, Neudorfer B, Hoeranter R, Ruediger H: Welder's maculopathy? *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78: 681–685.
- Murube J, Benitez del Castillo JM, Chenzhuo L, Berta A, Rolando M.: The Madrid triple classification of dry eye. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2003 Nov;78(11): 587-93; 59–601.
- Osborne NN, Lascaratos G, Bron AJ, Chidlow G, Wood JPM: Br. J. *Ophthalmol*. 2006; 90: 127. A hypothesis to suggest that light is a risk factor in glaucoma and the mitochondrial optic neuropathies.
- O'Regan K. *Encyclopedia of Cognitive Science*. Change blindness Code 187 J.
- Rieger G: Contrast sensitivity in patients with keratoconjunctivitis sicca before and after artificial tear application. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 1993 Oct;231(10): 577–9.
- Rieger G: Color discrimination in patients with keratoconjunctivitis sicca before and after artificial tear application. *Wien Klin Wochenschr*. 1998 Apr 24;110(8): 296–7.
- Rieger G: Improvement of contrast sensitivity with yellow filter glasses. *Can J Ophthalmol*. 1992 Apr;27(3): 137–8.
- Schachner A, Rieger G, Horwath-Winter J, Schmut, O: Eine neue Möglichkeit der Behandlung der Keratokonjunktivitis sicca durch Besprühung mit einer Öl-in-Wasser-Emulsion. *Spektrum der Augenheilkunde* 2005, Band 19, Heft 5, 276–279.
- Simons DJ, Rensink RA: Change blindness: past, present, and future. *Trends Cogn Sci* 2005; 9: 16–20.
- Simons DJ, Ambinder MS: Change Blindness. *Current Directions in Psychological Science*, 2005.
- Sullivan JM, Flannagan MJ: The role of ambient light level in fatal crashes: inferences from daylight saving time transitions: *Accid Anal Prev* 2002; 34: 487–498.
- Tutt R, Bradley A, Begley C, Thibos Larry N: Optical and Visual Impact of Tear Break-up in Human Eyes. *Invest Ophthalmol and Vis Sci* 2000;41:4117–4123.
- <http://www.naturschutzbeauftragte.net/hellenot>
- <http://www.hellenot.com/dhn/english>
- www.cogsci.uci.edu/%7eddhoff/cbvenice.html
- viscog.beckman.uiuc.edu/djs_lab/demos.html
- [djs_lab demos](http://djs_lab_demos)
- <http://nivea.psycho.univ-paris5.fr/ECS/bagchangeNoflick.gif>)
- <http://nivea.psycho.univ-paris5.fr/ECS/kayakflick.gif>)
- <http://nivea.psycho.univ-paris5.fr/ECS/dottedline.gif>
- http://nivea.psycho.univ-paris5.fr/ECS/sol_Mil_cinepack.avi)
- www.wjh.harvard.edu/~viscog/change/Home.html
- motion induced blindness: http://www.michaelbach.de/ot/mot_mib/index.html

HERAUSFORDERUNGEN AN DIE BETRIEBLICHE PERSONALPOLITIK DURCH DEN DEMOGRAPHISCHEN WANDEL



HARTMUT WÄCHTER,
UNIVERSITÄT TRIER
UNIVERSITÄTSRING 15,
D-54286 TRIER

Kurzfristige Personalplanung ignoriert die Folgen des demographischen Wandels

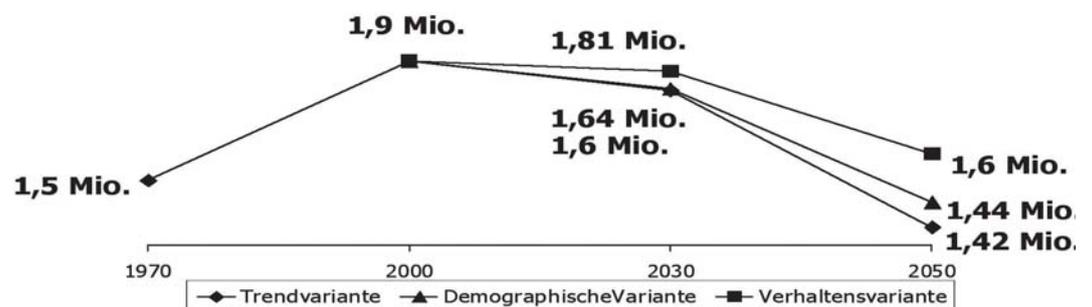
Demographische Entwicklung und betriebliche Personalplanung

Die Folgen des demographischen Wandels haben sich vor allem in der Diskussion um die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters und der Finanzierung der Gesundheit niedergeschlagen. Die absehbaren Folgen für die betriebliche Personalpolitik haben demgegenüber bisher weniger Beachtung gefunden. Dies gilt weniger für die Literatur zu diesem Thema¹ als für die praktische Umsetzung von Maßnahmen in den Unternehmen. Aber spätestens ab 2010 wird dieses große Problem nicht mehr zu ignorieren sein, und es wirft heute schon seine Schatten auf die betriebliche Personalplanung. Da nur wenige Unternehmen eine Personalplanung betreiben, die über drei Jahre hinausgeht, ist die Verdrängung des Problems noch einfach.

Die demographische Situation allgemein muss auch Ausgangspunkt aller betrieblichen Überlegungen sein. Am Beispiel Deutschland kann man hier folgende Tatbestände nennen; sie treffen mehr oder weniger auch auf vergleichbare (vor allem alte EU-) Länder zu.

Die Altersstruktur der Gesellschaft entwickelt sich nach und nach von einer Pyramide, wie sie sich Anfang des 20. Jahrhunderts zeigte, über das Bild einer dickbauchigen Weinflasche heute hin zu einer Tannenform, die für das Jahr 2050 prognostiziert wird.² Ein wesentlicher Grund, dass sich an dieser Situation wenig ändern wird, ist die in Deutschland – auch im europäischen Vergleich – besonders niedrige Fertilitätsrate. Sie liegt derzeit bei 1,34 Geburten pro Frau. Für den zahlenmäßigen Bestandserhalt wäre eine Geburtenrate von 2,1 notwendig. Sie wird von keinem europäischen Land erreicht.³

Die Prognose von Bevölkerungszahlen beruht auf bestimmten Annahmen. Dies kann man an der Prognose der Erwerbspersonen verdeutlichen. Deren Rückgang in Deutschland ist z. B. u. a. davon abhängig, wie sich die Erwerbsbeteiligung der Älteren in Zukunft entwickelt. Derzeit liegt die Quote der Erwerbstätigkeit der 55- bis 65-jährigen in Deutschland bei ca. 35% – im internationalen Vergleich eher niedrig. Ein weiterer Einflussfaktor auf die zukünftige Zahl der Erwerbspersonen ist auch die Entwicklung der Frauenerwerbs-



Trendvariante: Die Erwerbsquoten bis 2003 wurden als Grundlage herangezogen und fortgeschrieben.
• niedrige Frauenerwerbstätigkeit
• noch frühere Verrentung

Demo. Variante: Die Erwerbsquoten von heute sind auch in Zukunft konstant; Änderungen ergeben sich einzig aus der demograph. Entwicklung.

Verhaltensvariante: Es werden Annahmen zu den zukünftigen Erwerbsquoten gemacht.
• Längere Lebensarbeitszeit
• mehr Frauenerwerbstätigkeit

Abb. 1: Rückgang der Erwerbspersonen bis 2050

Quelle: Statistisches Landesamt: Rheinland-Pfalz 2050, Zeitreihen, Strukturdaten, Analysen – II Auswirkungen des demographischen Wandels, Bad Ems 2004.

Arbeitsplätze müssen qualitativ an den älteren Arbeitnehmer angepasst werden

Der Rückgang an Erwerbspersonen wird vor allem unter den 30- bis 45-Jährigen stark sein

Immer weniger qualifiziertes Personal gerade bei kleineren Unternehmen

quote. Sie liegt in Deutschland bisher ebenfalls mit 57,5% vergleichsweise niedrig. Schließlich wirkt auf die zukünftige Zahl der Erwerbspersonen auch der Überschuss der Einwanderungen gegenüber den Auswanderungen.⁴ Allein diese Beispiele zeigen schon, welcher gewaltigen Anstrengungen es bedarf, wenn man den derzeitigen Trend umkehren will. Dazu bedarf es großer Änderungen der Rentenpolitik und Gesundheitsfinanzierung, einer Änderung der Familienpolitik und neuer Ansätze der Ausländerintegration.

Am Beispiel des Landes Rheinland-Pfalz lassen sich die Wirkungen dieser Faktoren auf die Entwicklung der Erwerbspersonen bis 2050 wie folgt ausdrücken.⁵

Aus der Darstellung ist erkennbar, dass sich die Situation bis ca. 2010 nicht dramatisch verändert, je nach Prognosevariante wird bis 2050 ein Rückgang der Erwerbspersonen um 16 bis 25% erwartet. Dabei wird der Rückgang der 30- bis 45-Jährigen besonders stark sein, während der Anteil der 45- bis 60-Jährigen erheblich ansteigt. Durchschnittlich wird der Anteil der über 50-Jährigen um 3,3% Punkte steigen.⁶ Zu berücksichtigen ist bei solchen Prognosen (hier beispielhaft für ein Bundesland), dass es wahrscheinlich zu erheblichen regionalen Disparitäten kommen wird. D. h. in manchen Landesteilen wird die Situation noch erheblich gravierender, während attraktive Ballungszentren durch Zuzug keinen Rückgang verzeichnen werden.

Aus Sicht des einzelnen Unternehmens lassen sich an dieser Stelle bereits einige allgemeine Schlüsse ziehen. Es wird schwieriger werden, qualifiziertes Personal zu beschaffen, selbst wenn dies derzeit noch nicht so deutlich in Erscheinung tritt. Dabei wird es erhebliche Unterschiede zwischen Unternehmen in Ballungsgebieten und der Peripherie geben, und gleichzeitig werden einige Unternehmen mit einem positiven Image am Arbeitsmarkt ihren Personalbedarf decken können, während die große Zahl der anderen, meist kleineren Unternehmen gravierende Rekrutierungsprobleme haben werden.

Eine andere Schlussfolgerung bezieht sich auf die zu erwartende Lebensarbeitszeit und die entsprechende Ausweitung des Arbeitsangebots Älterer. Im Prinzip bedeutet diese Tendenz eine Reduzierung möglicher Personalknappheit. Eine solche positive Entwicklung ist aber von wichti-

gen Voraussetzungen abhängig, denn sie erfordert ein ausreichendes quantitatives Angebot an Arbeitsplätzen durch Unternehmen. Darüberhinaus wäre es erforderlich, dass Arbeitsplätze qualitativ an die Beschäftigung Älterer angepasst werden. Während des gesamten Arbeitslebens muss darauf geachtet werden, dass Qualifikationen und Gesundheit so erhalten bleiben, dass eine Erwerbsarbeit in einem Alter möglich wird, in dem heutige Arbeitnehmer zum größten Teil schon aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

Die Herausforderungen, denen Unternehmen gegenüber stehen werden, sind heute also durchaus schon erkennbar. Es müssen angepasste Rekrutierungsstrategien entwickelt werden, Bindung qualifizierter Mitarbeiter müsste hohe Priorität haben, altersgerechte Arbeitsgestaltung und lebenslange Weiterbildung erscheinen als neue Aufgaben, um nur einige zu nennen.⁷ Bis auf wenige Modellvorhaben und „Leuchtturmprojekte“ ist davon aber bisher noch wenig praktisch umgesetzt worden.⁸

Ältere Arbeitnehmer als Flexibilitätsreserve

Es wäre allerdings falsch zu konstatieren, dass Unternehmen sich bisher überhaupt nicht mit ihren Altersstrukturen beschäftigt hätten – im Gegenteil. Die älteren Arbeitnehmer waren und sind Dreh- und Angelpunkt einer Personalplanung, die sich Flexibilität erhalten will. Mit den zahlreichen Vorruhestandsregelungen und dem Nicht-Ersetzen der sog. natürlichen Fluktuation wurden Instrumente entwickelt und eingesetzt, die mögliche Konflikte der Personalreduzierung minderten und bei denen scheinbar alle Gewinner waren. Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben sich zu Lasten Dritter (dem Steuerzahler, der Solidargemeinschaft der Pflichtversicherten) geeinigt und den Personalabbau (scheinbar) „sozialverträglich“ geregelt. Ältere waren und sind betriebliche Flexibilitätsreserve des Unternehmens und das Problem wird externalisiert, d. h. man einigt sich mit den Beschäftigten zu Lasten Dritter.

Angesichts der bisherigen personalplanerischen Möglichkeiten konnten es sich Unternehmen bisher leisten, Arbeitskräfte frühzeitig zu verschleifen, da sie ohnehin

**Alter und Altern
sind relativ**

vor Erreichen der Altersgrenze aus dem Erwerbsleben ausscheiden. In diesem Sinn ist Alter und Altern relativ. Durch frühzeitigen Verschleiß auf nicht altersgerechten Arbeitsplätzen, durch Entwertung der Qualifikationen bei Spezialisierung in veralteten Wissensbeständen und durch Entmutigung älterer Arbeitnehmer kann Personal ganz schön „alt aussehen“⁹. Man ist also nicht per se alt, sondern wird durch die Umstände der Beschäftigung alt gemacht.

**Personalplanung muss
das Alter
berücksichtigen**

Die bisherige Berücksichtigung des Alters in der Personalplanung, die zu vorzeitigem Verschleiß und zur Externalisierung führten, ist also überhaupt den neu entstehenden Problemen nicht angemessen; vielmehr trägt sie geradezu zu diesen Problemen bei.

Das Problem ist umso gravierender, als die bisherige Politik der Frühverrentung zu inzwischen festsitzenden Einstellungen geführt hat, die nur schwer zu ändern sind. So werden Älteren ohne weitere Prüfung Lernunfähigkeit oder -unwilligkeit zugeschrieben, und Weiterbildung bietet man vorrangig nur Jüngeren an. Auch die Vorstellung, dass nur durch eine jugendzentrierte Innovationspolitik die Wettbewerbsfähigkeit erhalten werden könne, ist eine nicht überprüfte Annahme. Aber auch bei den Arbeitnehmern haben sich Erwartungen auf einen vorgezogenen Ruhestand (bei gesichertem Rentenniveau) so verfestigt, dass es sehr schwierig sein wird, die älteren Arbeitnehmer zu längerem Verweilen im Erwerbsleben zu veranlassen oder dies ihnen sogar erstrebenswert erscheinen zu lassen.

**Etablierte Vorurteile
und Erwartungen
verschärfen die
Problematik**

Diese Erwartungen erweisen sich als zäh und sind durch die einfache Heraufsetzung des Rentenalters sicherlich nicht lösbar.

**Die Frage nach der
Nutzung des Erwerbs-
potentials älterer
Arbeitnehmer darf
nicht nur bei den
Älteren ansetzen**

Lässt sich an der demographischen Situation für die Gesellschaft und damit auch an den notwendigen Reformen der Rentenpolitik, der Familienpolitik und der Integration von Ausländern wenig deuten, so können die Verhältnisse in den Unternehmen höchst unterschiedlich sein. Ein Maschinenbauunternehmen mit festem Facharbeiterstamm um und jenseits von 55 Jahren sieht sich in einer ganz anderen Situation als ein jüngeres Unternehmen der IT-Branche. Und auch ein Unternehmen in den neuen Bundesländern, in dem sich ein Bruchteil der Beschäftigten nach der Wende als eine ver-

schworene Mannschaft zwischen 40 und 50 Jahren am Markt erfolgreich etabliert hat, stellt einen ganz anderen Fall dar. Gleichwohl müssten sich alle diese unterschiedlichen Unternehmen mit dem Alter ihrer Belegschaft beschäftigen und die je spezifischen Probleme identifizieren.¹⁰ Das Alter muss folglich in alle personalplanerischen Überlegungen einbezogen werden und wird zu unterschiedlichen Maßnahmen einer altersgerechten Personalpolitik führen.

Maßnahmen einer altersgerechten Personalpolitik

Notwendige Voraussetzung, sich mit den je spezifischen Problemen einer altersgerechten Personalpolitik zu beschäftigen, ist die Ermittlung und Prognose der Altersstruktur eines Unternehmens und einzelner Abteilungen. Denn eine Personalpolitik bei alternder Belegschaft kann und darf nicht lediglich eine Personalpolitik für ältere Arbeitnehmer sein.

Eine Altersstrukturanalyse über 5 Jahre hinaus wird bisher von nur wenigen Unternehmen gemacht. Sie könnte neben der Erfassung des Ist-Zustandes und dessen Fortschreibung in die Zukunft auch Simulationen über mögliche zukünftige Zustände und Auswirkungen verschiedener personalpolitischer Entscheidungen erhalten. Z. B. müsste man die Auswirkungen prognostizieren, die durch das absehbare Auslaufen der gesetzlich geregelten Altersteilzeit entstehen. Modellartig müsste man die Folgen simulieren, die unterschiedliche Entscheidungen bezüglich Abfindungen für ältere Mitarbeiter haben, oder Alternativen bei der Übernahme nach dem Ausbildungsverhältnis müssten geprüft werden¹¹.

Wie kann das Erwerbspotential älterer Arbeitnehmer ausgeschöpft werden? Eine solche Frage kann nicht nur bei den Älteren ansetzen – so wichtig es auch sein mag, die Bedingungen für ältere, weniger leistungsfähige Arbeitnehmer zu verbessern. Vielmehr ist die gesamte Personalpolitik vor dem Hintergrund des Alterns und der längeren Lebensarbeitszeit auf den Prüfstand zu stellen. Arbeitsgestaltung und Karriereplanung sind ebenso wichtig wie flexible Arbeitszeitgestaltung, altersgemischte Teams und kontinuierliche Weiterbildung.¹²

**Altergemischte Teams
und kontinuierliche
Weiterbildung**

**Ungeeignete
Maßnahmen machen
die Belegschaft alt**

**Arbeit soll die
Entwicklung neuer
Kompetenzen
unterstützen**

**Ein Wandel der Unter-
nehmensphilosophie
muss vorgelebt werden**

**Qualifikation der älter
werdenden Mitarbeiter
als auch adäquate
Einsatzmöglichkeiten
für Weniger-Leistungs-
fähige müssen
gefördert werden**

Dabei ist immer zu beachten, dass durch ungeeignete Maßnahmen, Personen erst alt gemacht werden. So wird z. B. der Verschleiß der Arbeitskraft erhöht, wenn die Tätigkeit monoton ist; Qualifikation veraltet umso schneller, als ältere Arbeitnehmer nicht an neue Wissensbereiche herangelassen werden, und Ältere werden entmutigt, wenn man ihnen keine erkennbaren Neuanfänge eröffnet.¹³

Wenn man heute über mögliche betriebliche Maßnahmen zur Bewältigung des Problems und zu einem produktiven Umgang mit älteren Arbeitnehmern als Ressource spricht, dann muss man tiefsitzenden Einstellungen in Rechnung stellen, die heute noch dagegen sprechen. Die Maßnahmenkataloge, die vorgelegt wurden,¹⁴ stellen deshalb auch an den Anfang zu Recht die Bedeutung der Unternehmenskultur und einen notwendigen Wandel der Unternehmensphilosophie. Das ist vollkommen plausibel, aber natürlich auch besonders schwer zu verwirklichen. Es bedarf deutlicher Signale, verbindlicher Handlungen und ein Vorleben durch die gesamte Führungsriege, um einen solchen Wandel glaubwürdig zu vollziehen.

Um das Erwerbspotential älterer Arbeitnehmer auszuschöpfen, ist eine doppelte Stoßrichtung vonnöten. Zum einen muss es um den Erhalt und die Förderung der Qualifikation und Motivation der älter werdenden Belegschaft gehen, und dies muss in allen Altersklassen kontinuierlich geschehen. Zum anderen müssen Einsatzmöglichkeiten für ältere, weniger-leistungsfähige Arbeitnehmer gefunden werden. Dies ist vor allem bedeutsam nicht nur bei einer Heraufsetzung des Renteneintrittsalters, sondern schon bei einem späteren faktischen Übergang in den Ruhestand.

Der Arbeitszeitpolitik kommt auch hinsichtlich der Flexibilität eine neue Bedeutung zu, u. a. um eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf zu gewährleisten. Der schon vor vielen Jahren diskutierte und ansatzweise gleitende Übergang in den Ruhestand muss neue Impulse bekommen. Die im deutschen Altersteilzeitgesetz eingeräumte Wahlmöglichkeit des sog. Blockmodells (von 6 Jahren Teilzeit werden 3 Jahre voll gearbeitet und 3 Jahre „abgefeiert“), das von den Arbeitnehmern überwiegend präferiert wird, ist in dieser Hinsicht eine Fehlentwicklung.

Der Zusammenhang von Arbeiten und Lernen oder die Entwicklung von Fähigkeiten in und durch die Tätigkeit ist auch zentral für das Problem „Altern im Betrieb“. Der Dresdner Arbeitspsychologe Winfried Hacker hat auf diesem Gebiet bahnbrechende Arbeit geleistet. Seine Konzepte und Analysemethoden lassen sich ohne weiteres auch auf die Probleme des Alterns im Betrieb übertragen. Hacker beschreibt die Ziele der Arbeitsgestaltung in einer Hierarchie von Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit, Zumutbarkeit bis hin zur Persönlichkeitsförderlichkeit. Letztere ist dadurch charakterisiert, dass die Arbeit so gestaltet sein sollte, dass sie vorhandenes Wissen abfordert und damit erhält und dass sie neue Kompetenzen – man könnte etwas vollmundig von persönlichem Wachstum sprechen – zu entwickeln erlaubt. Damit wird u. a. klar, dass Alterspolitik nicht (nur) bei den Alten ansetzt, sondern gleichsam in die Gestaltung jedes Arbeitsplatzes eingebaut werden muss.

Nun liegt natürlich der Einwand nahe, dass sich lange nicht alle Arbeiten auch beim besten Willen so gestalten lassen, dass sie diese Entwicklung ermöglichen. Viele Arbeiten weisen notwendigerweise eine einseitige Belastung auf, wenn sie überhaupt ausgeführt werden sollen. Denken wir an den Arbeitsplatz des Busfahrers oder des Börsenhändlers. Deshalb ist es unerlässlich, im Hinblick auf eine altersngemäße Personalpolitik viel intensiver und umfassender über Arbeitsplatzwechsel und horizontale Brücken in den individuellen Karrieren nachzudenken. Es müssen Arbeitsplätze geschaffen werden, die auch von Arbeitskräften besetzt werden können, die in einer anderen Tätigkeit „vernutzt“ wurden. Bisherige Praxis der Anerkennung von Berufskrankheiten und Frühinvalidität kommen hier auf den Prüfstand und auch das heiße Eisen einer senioritätsorientierten Entlohnung muss angepackt werden. Das stellt jahrzehntelange Gewohnheiten in Frage.

Mit der größeren Bedeutung, die dem Alter in der Personalpolitik zukommen muss, und mit der zukünftigen größeren Repräsentanz älterer Mitarbeiter im Unternehmen stellen sich natürlich auch die Fragen des gedeihlichen Zusammenlebens und -wirkens verschiedener Altersgruppen neu. Altersgemischte Teams sind

Altersgemischte Teams sichern den Wissensbestand

Diversity Management: Unterschiedlichkeit als Chance

notwendig, um Wissensbestände zu erhalten und weiterzugeben. Dabei geht es vor allem um sog. „tacit knowledge“, also Wissen, das man sich im Laufe einer Tätigkeit aneignet und das schwer kodifizierbar ist (z. B. „Tricks“ bei der Meisterung einer Produktionsaufgabe, Wissen um Eigenarten bestimmter Kunden etc.). Der Transfer dieses äußerst wichtigen Wissens geht selten ohne Teilhabe am Geschehen vonstatten und ist zeitaufwendig¹⁵. Altersgemischte Teams stellen auch besondere Anforderungen an geeignete Kommunikationsformen der Beteiligten und stellen eine Herausforderung an Führungskräfte dar, die mit den notwendigerweise auftretenden Konflikten umzugehen in der Lage sind. Solche Fragen sind in jüngster Zeit im Rahmen des „Diversity Management“ thematisiert worden. Dieses Konzept versucht, über die Tolerierung von Unterschiedlichkeit, die sich z. B. aus dem Minderheitenschutz und aus Antidiskriminierungsvorschriften ergibt, hinaus Unterschiedlichkeit als Chance und Gewinn zu sehen. So könnte z. B. die Beschäftigung Älterer in bestimmten Märkten eine Verbesserung des Marktzutritts und des Aufbaus von Vertrauen bewirken. Als Fernziel des Diversity Managements könnte man Unterschiedlichkeit von Alt und Jung, z. B. die unterschiedlichen Wissensbestände oder die verschiedene Art und Weise, mit Neuem umzugehen und Erfahrungen einzubringen, nutzen, um daraus gemeinsam zu lernen und eine Organisation fortzuentwickeln.¹⁶

Der demographische Wandel stellt vielfache neue Herausforderungen. Die Bereitschaft, sich in den Unternehmen damit ernsthaft und intensiv auseinanderzusetzen, entscheidet auch darüber, wie die zukünftige, alternde Gesellschaft aussehen wird und wie die Probleme bewältigt werden. Das Altern ist menschliches Schicksal, wie wir damit umgehen, hängt aber von uns selbst ab.

Anmerkungen

- 1 Ein Überblick findet sich auf www.demotrans.de
- 2 Vgl. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung in Deutschland bis 2050 – 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003, S. 30.

- 3 Vgl. http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page_pageid=0,1136184,0_45572592&_dad=portal&_schema=PORTAL (Zugriff: 8.3.2006).
- 4 Alle Angaben nach Statistisches Landesamt: Rheinland-Pfalz 2050, Zeitreihen, Strukturdaten, Analysen. II. Auswirkungen des demographischen Wandels, Bad Ems 2004.
- 5 Vgl. ebenda.
- 6 Vgl. http://www.statistik.rlp.de/verlag/sonstiges/flyerBevoelkerungsentwicklung_20501.pdf (Zugriff: 8.3.2006).
- 7 Vgl. z. B. Buck, Hartmut: Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel – Ziele und Herausforderungen, in: Bullinger, Hans-Jörg (Hrsg.): Zukunft der Arbeit in einer alternden Gesellschaft, in: Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart 2001, S. 11.
- 8 Vgl. aber die instruktiven Fallbeispiele bei Bertelsmann Stiftung; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeber (Hrsg.): Morschhäuser, Martina et al.: Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern – Strategien und Beispiele für die betriebliche Praxis, Gütersloh 2003.
- 9 Behrens, Johann: Was uns vorzeitig „alt aussehen“ lässt, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3-4, 2001, S. 14.
- 10 Zu möglichen Problemen verschiedener Typen betrieblicher Altersstrukturen vgl. Köchling, Annegret: Altersstrukturen und Personalpolitik unter den Bedingungen des demographischen Wandels, in: Köchling, Annegret et al.: Innovation und Leistung mit älterwerdenden Belegschaften, München und Mering 2000, S. 54 ff.
- 11 Vgl. hierzu Blum, Carsten et al.: Altersstrukturanalyse als Instrument zur Personalplanung bei alternder Belegschaft, in: Wächter, Hartmut; Sallet, Dorothee (Hrsg.): Personalpolitik bei alternder Belegschaft, München und Mering 2006, S. 36 ff.
- 12 Zu diesen und weiteren Maßnahmen vgl. Clemens, Wolfgang: Ältere Arbeitnehmer im sozialen Wandel – Von der geschmähten zur gefragten Humanressource, Opladen 2001.
- 13 Vgl. Behrens, Johann: Was uns vorzeitig „alt aussehen“ lässt, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 3-4, 2001, S. 19ff.
- 14 Vgl. z. B. Projektverbund Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel (Hrsg.): Handlungsanleitungen für eine altersgerechte Arbeits- und Personalpolitik – Ergebnisse aus dem Transferprojekt, in: Broschürenreihe: Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart 2002.
- 15 Vgl. Wächter, Hartmut; Kerstin Bernhard: Sicherung des Betriebswissens und Verbesserung des Wissenstransfers beim Ausscheiden älterer Arbeitnehmer am Beispiel der KSB AG, in: Wächter, Hartmut; Sallet, Dorothee (Hrsg.): Personalpolitik bei alternder Belegschaft, München und Mering 2006, S. 99ff.
- 16 Vgl. Vedder, Günther: Diversity Management; in Poth, L./Poth, G. (Hrsg.): Marketing – Loseblattsamm.

FORUM PERSONALENTWICKLUNG – PLATTFORM FÜR PE IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESEN



BUNDESSOZIALAMT



was [wirklich] zählt...

FORUM PERSONALENTWICKLUNG
GESUNDES
GESUNDHEITSWESEN

PETER FLOQUET
INSTITUT FÜR
HUMANISTISCHES
MANAGEMENT
FASANGASSE 20
A-1030 WIEN
TEL. +43/1/796 37 98
MAIL: P.FLOQUET@
HUMAN.OR.AT

**Höherer Stellenwert
der Prävention**

**Aufgabenvielfalt
korreliert nicht
unbedingt mit
Arbeitszufriedenheit**

**Qualifiziertes Personal
erforderlich**

Die berufliche Verweildauer im Gesundheitssektor liegt im europäischen Durchschnitt bei nur 6 Jahren. Der Personalmangel, die schwierigen Arbeitsbedingungen und der Mangel an Weiterbildung sowie fehlende Karriereplanung zählen zu den wesentlichen Gründen für die hohe Dropout-Quote. Einschlägige Untersuchungen [vgl. z. B. NEXT-Studie, DAK-BGW-Report, u. a.] kommen überwiegend zu ähnlichen Ergebnissen:

Arbeitstempo, wahrgenommener Leistungsdruck und die Sorge um den Arbeitsplatz haben deutlich zugenommen. Demgegenüber stehen Entwicklungen, die grundsätzlich als positiv zu bewerten sind, wie z. B. die zunehmende Aufgabenvielfalt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein Mehr an Aufgaben auch einen erhöhten Weiterbildungsbedarf mit sich bringt, Zeitressourcen jedoch nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen, ist allerdings auch dieses Ergebnis zu relativieren. Eine aktuelle Umfrage unter Österreichs SpitalsärztInnen zeigt, dass Aufgabenvielfalt und Arbeitszufriedenheit nicht unbedingt positiv korrelieren: 42% der Befragten gaben an, dass sie sich durch die Zunahme an administrativen Aufgaben in ihrem Beruf „sehr stark belastet“ fühlen.

Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich all diese Probleme in den kommenden Jahren noch verschärfen.

Parallel dazu sind zwei Entwicklungen im Gesundheitswesen zu beachten:

1. Längst wurden jene Dienstleistungen, die in Zusammenhang mit der Gesundheit stehen, als der Wachstumsmarkt für die nächsten Jahren erkannt – es entsteht demnach akuter Handlungsbedarf, um entsprechend gut aus-

gebildetes und motiviertes Personal rekrutieren zu können.

2. Unter dem dominierenden Kostenaspekt werden hinkünftig verstärkt betriebswirtschaftliche Überlegungen angestellt werden müssen. Es ist daher nahe liegend, Maßnahmen, die einen Beitrag zur Verringerung der [sehr kostenintensiven!] Personalfuktuation leisten können, zu setzen. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat ein gesamteuropäisches Umdenken bezüglich einer breiten Gesundheitsförderung begonnen. Damit erhält nun auch im Gesundheitswesen das Thema Prävention für MitarbeiterInnen einen höheren Stellenwert.

Lösungen für die Zukunft

„Forum Personalentwicklung“ ist Partner der Entwicklungspartnerschaft „Gesundes Gesundheitswesen“, einer Initiative der Europäischen Union. 20 Partnerorganisationen [Interessensvertretungen, Unternehmen und NPOs] haben sich im Rahmen dieses Projektes¹ gemeinsam entschlossen, Beiträge zu aktuellen Fragen der Personalentwicklung im österreichischen Gesundheitssektor zu leisten. Die Initiative wird im Rahmen des EU-Programms „Equal“ umgesetzt und zu gleichen Teilen aus Mitteln des europäischen Sozialfonds und der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung finanziert. Strukturelemente dieses Projektes sind u. a. die konkrete Umsetzung von fünf Lösungsansätzen sowie, gemeinsam mit sieben anderen europäischen Ländern, die Teilnahme am transnationalen Netzwerk Cema-net. Darüber hinaus gilt als wesentliches Ziel, das Thema und die Projektentwicklungen

Zunehmende
Verwaltungsaufgaben
für Österreichs
ÄrztInnen

HuMan begleitet
Betriebe bei der
Umsetzung einer
humanen
Personalpolitik

Ziel der Plattform:
Erfahrungs- und
Erkenntnisaustausch

möglichst öffentlichkeitswirksam zu platzieren und eine breite Diskussion anzuregen.

Institut für Humanistisches Management in Schlüsselfunktion

Das Institut für Humanistisches Management [HuMan] wurde im Rahmen der beschriebenen EU-Initiative mit der Gesamtkoordination des Projektes sowie mit dem Aufbau von „Forum Personalentwicklung“ betraut. HuMan ist eine interdisziplinäre Einrichtung, die seit vielen Jahren Mittel- und Großbetriebe dahingehend unterstützt, aktuellen Herausforderungen der heutigen Arbeitswelt mit ethischen Prinzipien [z. B. im Umgang mit den Human-Ressourcen] zu begegnen und sie bei der erfolgreichen Umsetzung einer humanen Personalpolitik begleitet. Das Institut HuMan ist also im Bereich der gesellschaftlichen Verantwortung von Unternehmen [neudeutsch: Corporate Social Responsibility, CSR] tätig.

Vernetzung durch österreichweite Plattform

HuMan etabliert im Rahmen des beschriebenen EU-Projektes unter dem Namen „Forum Personalentwicklung“ [Forum PE] eine österreichweite Plattform für Personal[mit]verantwortliche von Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Durch eine Vielzahl von Dienstleistungen für PersonalistInnen zu aktuellen Themen der Personalentwicklung wird ein klassischer Multi-Profit-Ansatz zum Nutzen aller Beteiligten geschaffen. Ziel ist es, den – oftmals im Verborgenen blühenden Lösungen – ein Forum zu bieten und Erkenntnisse bzw. Erfahrungen zu teilen. Die Dienstleistungen von Forum PE reichen dabei von Round-Table-Gesprächen über ExpertInnenvorträge bis zur Präsentation von Beispielen guter Praxis. Darüber hinaus wird über den Entwicklungsstand der anderen am Projekt „Gesundes Gesundheitswesen“ beteiligten Partner berichtet.

Unter reger Beteiligung wurden bislang fünf Veranstaltungen zu HR-Themen durchgeführt. Beispielhaft seien hier genannt:

3. Forum Personalentwicklung [in Kooperation mit der Ärztekammer NÖ]: 19. April 2006, Ärztekammer NÖ.

Titel: Arbeitsplatz Schreibtisch oder Arbeitsplatz Krankenbett? Mögliche Lösungsansätze zum Dilemma zunehmender Verwaltungsaufgaben für Österreichs ÄrztInnen.

Hintergrund: Eine österreichweite Befragung ergab, dass sich 42% der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte durch administrative Aufgaben „sehr stark belastet“ fühlen. Und die Bürokratie scheint weiter zuzunehmen. Doch wie könnte Abhilfe geschaffen werden? Welche Lösungsansätze wären geeignet, den Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu reduzieren?

Veranstaltungsform: Podiumsdiskussion.

Folgende FachreferentInnen diskutierten mit den TeilnehmerInnen:

Dr. Andrea Kdolsky, GF der NÖ Landeskliniken Holding

Dr. Cornelia Trimmel, Turnusärztin KH Neunkirchen

Dr. Gerhard Schuh, Obmann der Kurie der NÖ-SpitalsärztInnen

Dr. Lukas Stärker, Jurist und Arbeitsrechtsexperte der Öst. Ärztekammer

Einführung und Moderation: *Martin Rümmele*, Wirtschaftsblatt

4. Forum Personalentwicklung [in Kooperation mit der Goldenes Kreuz Privatklinik BetriebsGmbH]: 13. Juni 2006, Goldenes Kreuz Privatklinik.

Titel: CSR im Krankenhaus – Feigenblatt für das gute Gewissen oder Managementstrategie für zukünftige Herausforderungen?

Hintergrund: Corporate Social Responsibility [CSR], die gesellschaftliche Verantwortung von Unternehmen, rückt immer mehr in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Wirtschaftlicher Erfolg durch CSR basiert jedoch nicht auf ökologischen oder sozialen Einzelinitiativen, sondern auf einer systematischen Integration des Themas in das Management und berücksichtigt im Rahmen dieses integrativen Ansatzes vor allem auch die ökonomische Performance eines Unternehmens. Anhand eines konkreten Beispiels wurde an diesem Abend aufgezeigt, wie CSR als Strategie für Krankenanstalten erfolgreich implementiert werden kann. Be-

sondere Berücksichtigung fand dabei die Tatsache, dass die ISO für Herbst 2008 die Einführung eines weltweit einheitlichen CSR-Standards [ISO 26000] plant.
Veranstaltungsform: Fachvortrag.

Vortragende: *Markus Kalbhenn*, GF Institut für Humanistisches Management
Mag. Martin Neureiter, CSR-Experte und Leiter einer Task-Group der International Organization for Standardization zur Entwicklung des ISO 26000.

Einführung und Moderation: *Mag. Peter Floquet*.

5. Forum Personalentwicklung [in Kooperation mit der SALK, Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH, Servicebereich Bildungszentrum bzw. Servicebereich Personal]: 20. Juni 2006, Fort- und Weiterbildungsakademie der SALK.

Titel: Meisterhafte Pflegekunst – ein alter[n]sgerechtes Karrieremodell im Pflegeberuf.

Hintergrund: Erfahrene und [zumeist] ältere Pflegende können im Rahmen des Modells „Meisterhafte Pflegekunst“ stärker als bisher ihre Kompetenzen mit voller Zufriedenheit einbringen. Dies betrifft sowohl die unmittelbare PatientInnenbetreuung als auch die Kompetenzentwicklung von KollegInnen. „Meisterhafte Pfl-

gekunst“ bietet damit eine praktikable Möglichkeit, die Abwanderung in hierarchisch vorteilhaftere Positionen oder den Ausstieg aus dem Pflegeberuf aufgrund mangelnder Herausforderung oder zu geringer Sichtbarkeit der Leistungen in der Patientenarbeit zu vermeiden.

Veranstaltungsform: Fachvortrag.

Vortragende: *Dir. Anna Danzinger*, MAS, Direktorin an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken.

DGKP *Michael Glotter*, Pflegeexperte für Neurologische Fachpflege, Universitätsklinik Wien.

Für Herbst dieses Jahr sind noch drei weitere Veranstaltungen in Planung. Für nähere Auskünfte bezüglich der konkreten Termine kontaktieren Sie bitte Frau Ulrike Auracher, u.auracher@human.or.at.

Anmerkung

- 1 Ein von Staatssekretär Sigisbert Dolinschek unterstütztes Projekt, finanziert aus Mitteln der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung [Behindertenmilliarde] für Menschen mit Behinderungen und des Europäischen Sozialfonds.

Facultas Medizin

Facultas Universitätsbuchhandlung

Berggasse 2, 1090 Wien
Mo bis Fr 8.30-18.30 Uhr, Sa 9-12.30 Uhr
T 01-319 53 06
F 01-310 56 66-14
E facultas@facultas.at

Facultas Med-Shop

Berggasse 4, 1090 Wien
Mo bis Do 9-18 Uhr, Fr 9-16 Uhr
T 01-310 56 66-13
F 01-310 56 66-34
E medshop@facultas.at

Maudrich Universitätsbuchhandlung

Spitalgasse 21a, 1090 Wien
Mo bis Fr 8.30-18 Uhr, Sa 9-12 Uhr
T 01-402 47 12
F 01-408 50 80
E medbook@maudrich.com

Urban & Schwarzenberg

Frankgasse 4, A-1096 Wien
Mo bis Fr 9-18 Uhr, Sa 10-14 Uhr
T 01-405 27 31
F 01-405 27 24-41
E kundenservice@urban.at

www.facultas.at

Facultas, Maudrich, Urban & Schwarzenberg



facultas. gut zu Wissen



DER ÄLTERE ARBEITNEHMER

Highlights vom 9. Wiener Forum Arbeitsmedizin 20./21.4.2006



HUGO W. RÜDIGER
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN,
KLINISCHE
ABTEILUNG
ARBEITSMEDIZIN,
WÄHRINGER
GÜRTEL 18–20,
1090 WIEN

Arbeitslosigkeit
vorwiegend bei
ungelernten und gering
qualifizierten
Arbeitnehmern

Erwerbsdauer statt
Altersgrenze festlegen

Programmübersicht

**Der demographische Wandel
der Altersstruktur in Industrieländern**
Werner DOSTAL

**Wandel des Anforderungsprofils
in der modernen Arbeitswelt**
Robert WINKER

**Krankheitshäufigkeiten bei älteren
Arbeitnehmern:
Fakten und Folgerungen für die
Arbeitsmedizin**
Bernhard BADURA

**Altersspezifische Probleme von Frauen
am Arbeitsplatz**
Angela WROBLEWSKI

**Altersgerechte Arbeitsorganisationsfor-
men – auch außerhalb der Erwerbsarbeit?**
Susann MÜHLPFORDT

**Der Work-Ability-Index (WAI) als
Beurteilungsinstrument für die Arbeits-
medizin unter besonderer Berücksichti-
gung des älteren Arbeitnehmers**
Rudolf KARAZMAN

**Leistung und Leistungserhalt im Alter
aus Sicht der Psychologie**
Gerald GATTERER

**Leistung und Leistungserhalt im Alter
aus Sicht der Sportmedizin**
Paul HABER

**Ergonomische Ansätze zur Gesundheits-
förderung des älteren Arbeitnehmers**
Walter HACKL-GRUBER

**Entwicklung betrieblicher Alters-
strukturen als Ausgangspunkt für
Diversity Management**
Hartmut WÄCHTER

**Betriebliche Maßnahmen zur Bewälti-
gung des demographischen Wandels**
Stefanie WEIMER

Die Altersstruktur unserer Gesellschaft verschiebt sich in Richtung eines höheren Altersdurchschnitts. In unserer Arbeitswelt werden die Jungen weniger und zwar absolut und relativ. Das bedeutet weniger Rentenzahler (das führt bereits jetzt zu einer bedrohlichen Finanzierungslücke bei den Pensionskassen) und weniger junge Arbeitskräfte (dies dürfte zumindest in den nächsten zehn Jahren noch nicht zu einem merkbaren Mangel an jungen Arbeitskräften führen). Die Lebensarbeitszeit wird also nicht deshalb verlängert, weil jugendliche Arbeitskräfte fehlen, sondern weil die Pensionen nicht mehr gesichert sind (Wer länger arbeitet, verbraucht nicht nur keine Pension, sondern zahlt außerdem in den gemeinsamen Topf ein).

Prof. Dr. Werner Dostal vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Nürnberg macht deutlich, dass Arbeitslosigkeit gegenwärtig fast ausschließlich ungelernete und gering qualifizierte Arbeitnehmer betrifft, sich aber kaum bei Hochschulabsolventen findet. Statistiken zur Arbeitslosigkeit Älterer zeigen, dass enorme Unterschiede im Ländervergleich bestehen, die zum Teil aber auch einfach dadurch bedingt sind, dass Frühpensionierung unterschiedlich als Steuerungsinstrument gegen Arbeitslosigkeit eingesetzt wird. Generell, so Werner Dostal, sind angesichts des demographischen Wandels in den Industrieländern die folgenden Strategien empfehlenswert:

- altersunabhängige Einkommensstrukturen (d.h. keine automatische Einkommenssteigerung mit dem Lebensalter)
- keine absolut definierte Altersgrenze für den Ruhestand, eher Festschreiben der Erwerbsdauer. Eine 40-jährige Erwerbsdauer könnte beispielsweise bedeuten, dass ein Klempner, der mit 18 ins Berufsleben einsteigt, mit 58 ausscheidet, ein Akademiker, der mit 28 einsteigt, aber bis 68 arbeiten muss. In diesem

Lebenslanges Lernen!

Familienfreundliche Erwerbsstrukturen und soziale Sicherung schaffen

Steigerung der Arbeitsqualität fördert auch das Interesse an der eigenen Gesundheit

Bessere Ausbildung verbessert die Chance auf Erwerbstätigkeit im Alter

Lohnkosten auf historischem Höchststand

Falle hätten beide gleich lang in den Rententopf eingezahlt.

- Aufwertung der Erwachsenenbildung (lebenslanges Lernen).
- Familienfreundliche Erwerbsstrukturen und soziale Sicherung, auch bei Erwerbspausen. Die innerhalb der europäischen Länder vergleichsweise hohe Kinderzahl in Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Luxemburg und Niederlande ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass in diesen Ländern das Kinderaufziehen mit finanziellen und sozialen Erleichterungen stärker gefördert wird.
- Definition und Reservierung altersadäquater Berufe könnten Instrumente für tragfähige Spätperspektiven sein.

Der demographische Umbruch geht parallel mit einem Strukturwandel in unserer Arbeitswelt, wie **Dr. Robert Winker** dargestellt hat. Dieser Strukturwandel ist in erster Linie dadurch ausgelöst, dass die Kosten für menschliche Arbeitskraft auf einem historischen Höchststand sind und Arbeitskräfte daher eingespart werden, wo immer das möglich ist.

Dieses führt zu zwei Konsequenzen:

1. *Personalabbau*. Die gleiche Arbeit wird auf immer weniger Leute verteilt, immer weniger müssen die gleiche oder eine gesteigerte Produktivität bringen (job enlargement).
2. *Automatisierung*. Übrig bleiben die Tätigkeiten, die sich nicht (wirtschaftlich) automatisieren lassen, darunter vor allem im Dienstleistungsbereich

und die qualitativ hochwertige Arbeit (job enrichment).

Insgesamt ist die Arbeitswelt härter geworden. Im Zusammentreffen der beiden säkularen Phänomene, demographischer Strukturwandel und Strukturwandel der Arbeitswelt, liegt die Herausforderung für die Arbeitsmedizin.

Prof. Dr. Bernhard Badura von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld vertritt die (gelegentlich auch provokative) These, dass es vor allem die Arbeit ist, die unter qualitativ schlechteren Arbeitsbedingungen geleistet wird, die zu Krankheit und vorzeitigem Verschleiß führt.

Vorrangig sollte die Arbeitsqualität angehoben werden. Mit höherer Qualifikation nimmt auch das Interesse der Beschäftigten an ihrer eigenen Gesundheit zu. Aus diesem Grunde setzt Bernhard Badura vor allem auf solche Verbesserungen in Betrieben, welche Führungsstil, Organisation und Qualität der Arbeit betreffen. Unter allen Krankheitsursachen nehmen die psychischen Störungen am stärksten zu.

Mag. Dr. Angela Wroblewski vom IHS in Wien analysiert die Arbeitsmarktintegration älterer Frauen in Österreich und betont besonders ein Detail, das auch schon bei den vorangegangenen Vortragenden hervorgehoben wurde: Je höher die Bildung und je besser die Ausbildung ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, noch im höheren Lebensalter er-

Lohnkosten pro Arbeitsstunde in der Sachgütererzeugung 2004

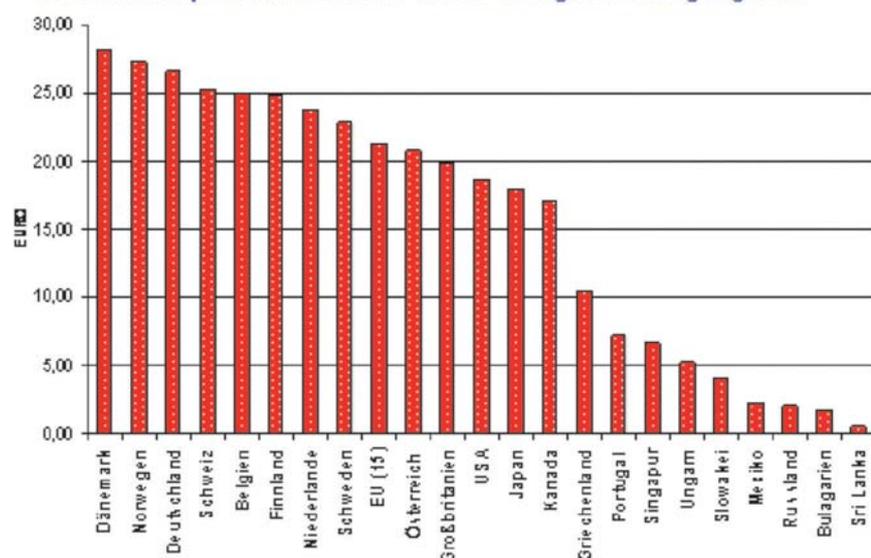


Abb. 1

Krankenstand nach Alter und ausgewählten Berufsgruppen, AOK-Mitglieder 2001

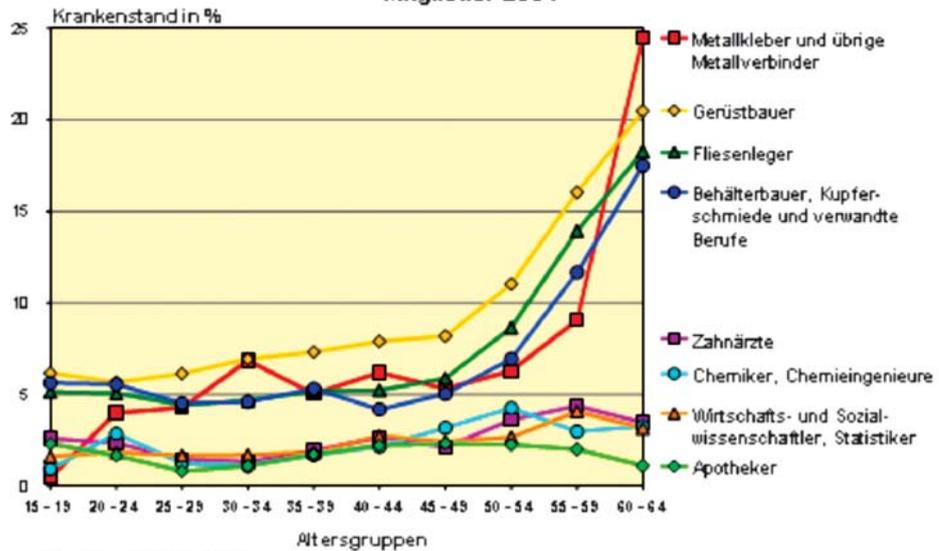


Abb. 2

Quelle: WIdO 2003

werbstätig zu bleiben. Frauen in der gegenwärtigen Arbeitswelt sind stärker von der Gefahr der Dequalifikation durch Teilzeitarbeit und Karenzen aus familiären Verpflichtungen bedroht. Eine gezielte betriebliche Weiterbildung könnte stark dazu beitragen, diesen Nachteil auszugleichen.

Nicht monetierte Arbeit für ältere Arbeitnehmer wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, wie **Dipl.-Psych. Susann Mühlpfordt** von der Technischen Universität Dresden ausführte. Dies kann natürlich nur funktionieren, wenn solche Programme durch flankierende finanzielle Maßnahmen unterstützt und abgesichert werden. In jedem Falle ist die nicht monetierte Tätigkeit von Älteren von besonderer Bedeutung für den Erhalt von körperlicher, geistiger und sozialer Fitness der so Tätigen.

Bei den gegenwärtig verfügbaren arbeitsmedizinischen Instrumenten für die Beurteilung der individuellen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz nimmt der Work-Ability-Index (WAI) ohne Zweifel den ersten Platz ein. Dieser Index, der vor etwa 15 Jahren von Juuhani Ilmarinen in Finnland entwickelt wurde, ist mittlerweile in 34 Sprachen übersetzt worden und an unzähligen Kollektiven von Beschäftigten erprobt. Der WAI ist sehr wertvoll, einen drohenden „Absturz“ frühzeitig zu erkennen, und so diesen Absturz durch geeignete präventive Maßnahmen rechtzeitig auffangen zu können. **Dr. Rudolf Karzman** vom IBG merkt jedoch kritisch an, dass der WAI ganz überwiegend auf die körperliche Arbeitsbewältigung und den individuellen Gesundheitszustand

ausgerichtet ist (provokativ: WAI = Work Disability Index?), während Stimmungen, Befinden, Motivation und soziale Kompetenz zu kurz kommen. Immerhin bleibt als Fazit festzustellen, dass ein vergleichsweise einfacher Fragebogentest, der anerkanntermaßen einen guten Beurteilungsmaßstab darstellt für das, was ein älterer Arbeitnehmer gegenwärtig und in Zukunft noch leisten kann, ein unschätzbares arbeitsmedizinisches Instrumentarium darstellt, vor allem zur Beurteilung der Frage, ob eine längere Lebensarbeitszeit im konkreten Falle überhaupt möglich und zumutbar ist.

Altern führt physiologischerweise zu einem Rückgang von Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität und der Fähigkeit zur Neuorientierung. Dieser physiologische Abbau lässt sich durch regelmäßiges Training geistiger Leistungen zum großen Teil kompensieren, dazu gehört vor allem Gedächtnistraining, die Kombination mit körperlichen Übungen, Training von räumlichem Vorstellungsvermögen und Koordination sowie Training der sozialen Interaktion, sagt **Dr. Gerald Gatterer** vom Geriatriezentrum am Wienerwald. Wichtig ist der Gesichtspunkt, dass jede Aktivität sich selbst verstärkt, weil sie neue Motivation schafft. Wenig bekannt, aber bedeutungsvoll, ist auch die Tatsache, dass körperliches Training die geistige Leistungsfähigkeit verbessert und umgekehrt das geistige Training körperliche Aktivität fördert. Der physiologische Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit beträgt ab etwa dem 30. Lebensjahr 1%

Nicht-monetierte Arbeit für Ältere gewinnt an Bedeutung

Regelmäßiges geistiges Training kompensiert den physiologischen Abbau

Der Work-Ability-Index als hilfreiches Instrument zur Beurteilung der körperlichen Arbeitsbewältigung und des individuellen Gesundheitszustandes

Jährlich 1% Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit ab dem 30. Lebensjahr

Training zahlt sich in jedem Alter aus

pro Jahr. Dieser Abfall ist bei gut Trainierten sogar noch etwas steiler. Darüber braucht man aber nicht unglücklich zu sein, betont **Prof. Dr. Paul Haber** von der Abteilung Sport und Leistungsmedizin im AKH, denn ein Trainierter ist in jedem Fall und in jeder Lebensphase leistungsfähiger als ein Untrainierter, und der Mensch ist in jedem Alter trainierbar. Regelmäßiges körperliches Training ist die sicherste umfassendste und wirkungsvollste Anti-Aging-Maßnahme. Training wirkt therapeutisch und präventiv gegen Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, Osteoporose und Depression. Wichtig ist die Kombination von Ausdauertraining und Krafttraining.

Ausdauertraining:

1. 3x/Woche mit (mindestens) einem trainingsfreien Tag dazwischen
2. Beginn mit je 15' Trainingsdauer, alle 6 Wochen um 5' steigern bis 40–60' erreicht sind

Krafttraining:

1. 2x/Woche mit (mindestens) einem trainingsfreien Tag dazwischen
2. 6–10 Übungen für ebensoviel Muskelgruppen
3. 10–15 Wiederholungen pro Satz (bis zur Ermüdung), optimal 2 Sätze pro Muskelgruppe pro Training

Beides sollte in dieser Form lebenslang beibehalten werden.

Prof. Dr. Walter Hackl-Gruber vom Institut für Managementwissenschaften an der Technischen Universität Wien entwarf eine Vision von einem ganzheitlichen Ansatz in der Ergonomie, bei dem es nicht um Beanspruchungsminimierung geht, sondern um Beanspruchungsoptimierung. So gibt es, beispielsweise, eine grundsätzliche Antinomie, die darin liegt, dass jede Erleichterung, Rationalisierung, verbesserte Fehlertoleranz und Ökonomisierung auch immer die Gefahr eines Trainingsverlustes und damit einer Verschlechterung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in sich trägt. Ergonomie heißt nicht einfach „alles bequemer und einfacher machen“. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit, so lautete eine weitere These von ihm, muss auch zu einer strukturellen Veränderung im Arbeits-

spektrum des älteren Arbeitnehmers führen, beispielsweise Verwendung in der innerbetrieblichen Aus- und Weiterbildung (Erfahrung weitergeben), Steuerung des Arbeitsgeschehens, Berücksichtigung spezifischer Qualifikationsdefizite älterer Arbeitnehmer, aber auch Abflachung bzw. Abschaffung des Senioritätsprinzips zugunsten einer leistungs- und qualitätsbezogenen, die Kreativität berücksichtigenden Entlohnungsform.

Zu ähnlichen Aussagen kam auch **Prof. Dr. Hartmut Wächter** vom Fachbereich Betriebswirtschaftslehre an der Universität Trier: Nicht den älteren Arbeitnehmer dem Arbeitsstil des jüngeren, sondern umgekehrt, die Arbeit an den älteren Arbeitnehmer anpassen. Gegenwärtig ist diese Einsicht in den Unternehmen leider noch gering verbreitet. So lange, wie es noch genug Jugendliche auf dem Arbeitsmarkt gibt, bleibt es bei einer jugendzentrierten Innovationspolitik. Betriebliche Weiterbildung gibt es vorrangig für Jüngere. Die Unternehmen können es sich leider noch leisten, Arbeitsfähigkeit früh zu verschleifen. Es fehlt auch die Zeit für eine Wissensübertragung von Älteren auf die Jüngeren. Eine homogene betriebliche Altersstruktur birgt aber langfristig auch die Gefahr von schwer schließbaren Generationslücken in der Belegschaft. Systematische Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass bunte altersgemischte Teams konfliktfreier und effizienter sind als eine altershomogene Gruppierung.

Dr. Stephanie Weimer fasste zum Schluss die betrieblichen Maßnahmen zur Bewältigung des demographischen Wandels wie folgt zusammen:

- Herstellen altersausgewogener Belegschaftsstrukturen;
- Personalentwicklung auch für Arbeitnehmer über 50;
- Institutionelle Verankerung und Organisation des Wissenstransfers;
- Schaffung einer Unternehmenskultur der Wertschätzung von Erfahrung, Wissen und Integration älterer Mitarbeiter;
- Differenzierte Ausstiegsmodelle praktizieren, vom Totalrückzug bis zum gleitenden Übergang in den Ruhestand, flexible Arbeitszeitmodelle für Ältere;
- Lernkonzepte, die den Lernerfordernissen Älterer entgegenkommen (Lernen an konkreten Arbeitsaufgaben).

Innovationspolitik zu stark auf jüngere Mitarbeiter zentriert

Beanspruchungsoptimierung statt Beanspruchungsminimierung



ERNEST GROMAN
RECHTE WIENZEI-
LE 81/1, A-1050 WIEN
TEL.: +43/1/585 85 44
E-MAIL: NICOTINEIN-
STITUTE@CHELLO.AT
INTERNET: WWW.NICO-
TINEINSTITUTE.COM

MICHAEL NIKL
ARBEITSMEDIZIN
A U V A H U B
ADALBERT-STIFTER-
STR. 65, A-1201 WIEN
TEL.: +43/1/331 11 408
E-MAIL: MICHAEL.
NIKL AUVA.AT
INTERNET
HTTP://WWW.AUVA.AT

**Schwere Raucher
finden sich vorwiegend
in einkommens-
schwächeren Schichten**

**Selbstbeobachtung und
Selbstkontrolle sind
wichtig**

DIE AUVA INFORMIERT

Rauchen und Hilfestellung

Interview Dr. Michael Nikl mit Univ.-Doz.
Dr. Ernest Groman

NIKL: Welchen Stellenwert hat Nikotin in
unserer Gesellschaft?

GROMAN: Nikotin ist eine sehr interes-
sante Substanz und wirkt je nach der psy-
chischen Ausgangslage. Das heißt, wenn
man aufgeregt ist, kann man sich, obwohl
die eigentlich induzierten physischen Reak-
tionen im Körper dagegen sprechen, beru-
higen. Das kennt der Raucher. Auf der
anderen Seite kann man sich, wenn man
müde ist, anregen. Man hat sozusagen
eine Substanz, die die Stimmung modu-
liert und zumindest solange man körper-
lich gesund ist, die Leistungsfähigkeit posi-
tiv beeinflusst.

Ein wesentlicher Unterschied zum Al-
kohol ist, dass Raucher sozial kaum auf-
fällig sind. Die tabakverarbeitende In-
dustrie hat ihrerseits immer beteuert,
dass Raucher leistungsfähige Mitglieder
der Gesellschaft wären. Wir haben immer
hinzugefügt: „Solange sie nicht krank
werden.“ Denn dann kann es natürlich für
die Betroffenen und für das soziale Um-
feld ein Problem werden.

NIKL: Wie hat sich der Zigarettenkonsum
in Österreich entwickelt?

GROMAN: In früheren Zeiten war das
Zigarettenrauchen ein etabliertes Verhal-
tensmuster der sogenannten gehobenen
Schichten: Die Zigarette war relativ teuer
und so konnten nur die Menschen rau-
chen, für die es finanziell auch leistbar war.
Die Verfügbarkeit war nicht so groß.

Geändert hat sich das durch die indus-
trielle Revolution. Maschinen haben eine
Massenproduktion ermöglicht, der Preis
ist gefallen und gleichzeitig sind die Ein-
kommen der sogenannten „sozial nicht
so begünstigten“ Schichten gestiegen.
Der Tabakkonsum wurde für eine breite
Masse leistbar.

NIKL: In welchen Gesellschaftsschichten
finden wir heute verstärkt die sogenann-
ten schweren RaucherInnen?

GROMAN: Die wirklich schweren Rauche-
rInnen, die 60 bis 80 Zigaretten am Tag
rauchen, finden wir heute in den eher ein-
kommensschwächeren Schichten. Dies
bringt auch eine gewisse finanzielle Pro-
blematik mit sich. Die Betroffenen verrau-
chen einen nicht unbeträchtlichen Anteil
ihres Monatsbudgets, vor allem in den
Familien, wo beide Partner und vielleicht
auch schon die Kinder rauchen.

60 bis 80 Zigaretten am Tag bei zwei
Leuten, das sind rund € 25,- pro Tag
bzw. etwa € 750,- im Monat. Diese Men-
schen verzichten auf Vieles, um ihre „le-
gale Droge“ konsumieren zu können.

NIKL: Gibt es Methoden um völlig frei
vom Rauchverlangen zu werden?

GROMAN: Nein, wenn man weiß, wie
eine Zigarette „schmeckt“, dann kann das
sehr lange anhalten. Allerdings rauchen
viele unserer RaucherInnen unbewusst
und denken eigentlich gar nicht darüber
nach. Eine Unterbrechung dieser automa-
tisch ablaufenden Handlung, etwa durch
Protokollführung, kann zu einer Reduk-
tion von 20–30% führen.

Wichtig sind die Selbstbeobachtung
und die Selbstkontrolle. Es gibt natürlich
diese klassischen Situationen, wo man
es gewohnt ist zu rauchen: am Morgen
zum Kaffee oder in Gesellschaft mit
Freunden. Man kann natürlich auch rau-
chen, um den Stress zu lindern. Entspre-
chende Studien zeigen, dass sich die
Menschen in vielen Fällen in ihrer Arbeit
am wohlsten fühlen, wenn sie Gewohntes
tun.

Es gibt auch immer wieder Menschen,
die im Urlaub aufhören wollen. Wir emp-
fehlen, dass man es unter Alltagsbedin-
gungen tut. Außer natürlich, der Raucher
hat den unbedingten Vorsatz es im Ur-

**Keine Verbote,
sondern Hilfestellung**

**Der persönlich
gewählte Stichtag für
ein rauchfreies Leben**

**Wünschen ist
zu wenig**

**Bessere Erfolgsquoten
mit Ersatztherapie**

**Abhängigkeitstest: Die
erste Zigarette am Tag**

laub zu versuchen, dann soll man auch nicht dagegen sein.

NIKL: Welche Hilfestellung kann das Nikotinstitut den RaucherInnen anbieten?

GROMAN: Wir bieten unterschiedliche Programme an. Unser größtes Programm führen wir mit der NÖ Gebietskrankenkasse durch. Es handelt sich um ein ambulantes 5-Wochen-Programm. Ein ambulantes Programm deswegen, weil viele unserer TeilnehmerInnen berufstätig sind. Die Betreuungsgespräche finden in den Abendstunden statt, um möglichst vielen eine Teilnahme zu ermöglichen.

Die Idee ist es, den Betroffenen eine Hilfestellung zu geben. Das Umfeld suggeriert häufig „aufzuhören ist ganz leicht“, denn man braucht das Packerl nur wegzulegen und nicht mehr zu rauchen. Gerade NichtraucherInnen haben manchmal wenig Verständnis für die Schwierigkeiten der aufhörwilligen RaucherInnen.

Am Anfang ist auch wichtig, dass man die Leute kennen lernt und mit ihnen bespricht, warum sie da sind beziehungsweise was sie eigentlich wollen.

Das Wichtigste ist nicht, was wir uns wünschen, sondern was die RaucherInnen vorhaben oder zu unternehmen planen, weil sie es für sich selbst umsetzen müssen.

Wir erheben die entsprechenden medizinischen Basisdaten. Von essentieller Bedeutung ist die Bestimmung der Kohlenmonoxidwerte (CO-Werte), die direkte Rückschlüsse auf das Rauchverhalten zulassen. Wir wollen den Leuten damit nichts nachweisen, die Messung soll eine Information für den Betroffenen darstellen. Zusätzlich führen wir immer auch einen kurzen Abhängigkeitstest durch. Die wichtigste Frage dieses Tests ist, wann am Morgen die erste Zigarette geraucht wird. Wenn eine starke Abhängigkeit besteht, geschieht dies oft schon innerhalb der ersten fünf Minuten nach dem Aufstehen. Manche haben ihre Zigaretten am Nachtkästchen liegen und rauchen noch bevor sie aufstehen. Es kommt vor, dass stark abhängige Menschen sogar mehrmals in der Nacht wach werden, um zu rauchen.

NIKL: Wie sieht also konkret die Umsetzung in Ihrem Programm aus?

GROMAN: Bei den ersten Terminen unseres Programms gibt es Tipps, von denen man sich dann selber aussuchen kann, was zu einem passt.

Das Wichtigste ist, dass der Raucher feststellt, dass wir ihm nichts verbieten, sondern nur helfen wollen. Weiters empfehlen wir medikamentöse Substitution des Nikotins für unsere Raucher. Sofern entsprechende Ärztemuster vorhanden sind, kann der Raucher diese bei uns vor Ort ausprobieren oder zuhause schauen, ob er mit diesem Nikotinersatzprodukt einzelne Zigaretten substituieren kann. Die Erfahrungen werden beim nächsten Termin besprochen, um die optimale Therapie zu finden. Wesentlich ist auch, dass man sich einen Termin überlegt, ab dem man ohne Zigaretten auszukommen möchte. Man soll einen Tag festlegen, diesen genau planen und einfach den Versuch wagen. Es hat sich als günstig erwiesen dies auch mit der Familie zu besprechen. Beim zweiten Termin sehen wir erst, ob der Raucher das Programm bzw. unsere Hilfe annimmt und ob er entsprechende Handlungen gesetzt hat.

30–35% unserer Raucher versuchen es ohne Medikamente. Empfehlen würden wir eine Ersatztherapie trotzdem, weil wir wissen, dass mit Hilfsmitteln bessere Erfolgsraten erzielbar sind. Weiters erheben wir, was sich am Rauchverhalten in der einen Woche verändert hat. Wir führen wieder wiederholte Kohlenmonoxiddmessungen durch. Manche PatientInnen stellen da schon eine Reduktion des Wertes fest, was eine starke Motivation darstellt. Weiters wird das Körpergewicht kontrolliert und wir erkunden, wie die Betroffenen mit der Medikation zu Recht gekommen sind, ob sie das Nikotinersatzprodukt eingesetzt haben und ob sie zufrieden oder unzufrieden damit waren. Wir wissen, dass gerade mit diesen Nikotinersatzprodukten viele Fehler geschehen. Eine Zigarette wirkt in 7 Sekunden, während die Präparate rund 20 Minuten brauchen, bis sie eine entsprechende Wirkung zeigen. Mitunter ist das eine sehr lange Zeit, wenn der Patient eine sofortige Wirkung erwartet und gewohnt ist.

Weiters wird besprochen, ob das Empfohlene auch funktioniert hat und wir erörtern gemeinsam das genaue Stoppdatum. Es gibt unterschiedliche Systeme; manche versuchen den Rauchstopp vor-

Bisher mehr als 3000 erfolgreiche Raucherentwöhnungen durch Betreuungsprogramme in Unternehmen

Gewichtszunahme durch Abstinenz – die beste Ausrede, um weiterzurauchen

Rückfälle sind normal

zuschreiben, aber wir sind der Meinung, wenn der Vorsatz von den Rauchern selbst kommt, hat es eine viel größere Wirkung. Die weiteren Termine dienen der Erfolgskontrolle und der Rückfallsprophylaxe.

NIKL: Führen Sie diese Betreuungsprogramme für RaucherInnen auch in den Firmen durch?

GROMAN: Ja, wir haben zusätzlich ein Firmenpaket im Programm, das von vielen Firmen bereits in Anspruch genommen wurde. Beispielsweise wurden diese Programme bei den Firmen OMV, Elin, Borealis, NÖM, etc. sehr erfolgreich umgesetzt.

NIKL: Wie läuft dieses Programm in einer Firma ab?

GROMAN: Der Schulungsablauf besteht aus zwei Schritten.

Im ersten Schritt findet in der Firma eine Informationsveranstaltung für alle MitarbeiterInnen statt. Dabei besteht für die TeilnehmerInnen die Möglichkeit zur Messung der Kohlenmonoxid-Belastung in der Ausatemluft, psychologische Abhängigkeitstests werden angeboten und Informationsmaterialien werden zur Verfügung gestellt. Im anschließenden Vortrag werden die erhobenen Werte erklärt, eventuelle Fragen beantwortet und der Ablauf des Betreuungsprogramms vorgestellt.

Während der Informationsveranstaltung findet auch die Anmeldung zum Betreuungsprogramm mit Terminvereinbarung statt.

Der zweite Schritt ist das eigentliche Betreuungsprogramm. Dieses besteht aus fünf individuellen Beratungsgesprächen einmal wöchentlich; die Einzelgespräche werden von speziell dafür ausgebildeten ÄrztInnen des Nikotininstitutes durchgeführt. Inkludiert sind weiters die Erstellung von PatientInnenbögen mit Basisdaten zum Rauchverhalten sowie zur momentanen Befindlichkeit, CO-Messungen und Gewichtskontrollen.

Die Festlegung eines STOPP-Datums wird bei Abstinenzwunsch beim zweiten Termin festgelegt. Weiters besteht die Möglichkeit, die diversen Nikotinersatz-Produkte kostenfrei zu probieren.

Bisher haben bereits mehr als dreitausend PatientInnen an diesem Programm erfolgreich teilgenommen.

NIKL: Für viele Menschen, die gerne mit dem Rauchen aufhören würden, besteht die Sorge der Gewichtszunahme nach Rauch-Abstinenz. Was sagen Sie diesen Betroffenen?

GROMAN: Nikotin beschleunigt den Stoffwechsel, das heißt, der Grundumsatz ist bei RaucherInnen leicht erhöht. Unsere TeilnehmerInnen nehmen im Durchschnitt über das Jahr 1,5 Kilo zu. Selbstverständlich gibt es vereinzelt Abstinente, die mehr zunehmen.

Bei den Raucherinnen kann es vorkommen, dass Rauchen auch gezielt zur Linderung des Hungergefühls eingesetzt wird. Mitunter handelt es sich dabei sogar um äußerst niedriggewichtige Frauen.

Andererseits sehen wir manchmal auch stärkere Gewichtszunahmen bei über 65-jährigen Rauchern, die ein besonderes Verlangen nach Kohlenhydraten vorweisen und aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr rauchen dürfen. Hier besteht ein geringer Grundumsatz, der häufig mit geringer körperlicher Aktivität sowie gesteigerter Kohlenhydrataufnahme kombiniert ist und logischerweise zu einer Zunahme des Körpergewichts führen muss.

Auch haben manche unserer TeilnehmerInnen, bevor sie zu uns kommen, im Sinne einer allgemeinen Lebensumstellung eine „Radikal-Diät“ gemacht; haben kaum gegessen und so innerhalb einer viel zu kurzen Zeit massiv abgenommen. Wenn man dann das Rauchen einstellt und die normale „Nahrungszufuhr“ wieder aufnimmt, ist eine Gewichtszunahme nachvollziehbar. Andererseits ist die Gewichtszunahme natürlich die beste Ausrede nicht mit dem Rauchen aufzuhören.

NIKL: Wie gehen Sie mit Rückfällen um?

GROMAN: Wir sagen unseren PatientInnen immer wieder, dass Rückfälle nichts Außergewöhnliches sind, sondern etwas ganz Normales und somit auch immer wieder vorkommen können. Man muss es eben wieder und wieder versuchen. Dies ist eine lange kontinuierliche Arbeit. Es ist nicht so, dass man mit einem Fingerschnippen allein zum Nichtraucher wird.

**„Light“-Zigaretten
erleichtern den
Einstieg und können
den Konsum steigern**

NIKL: Auf EU-Ebene gibt es Übereinkünfte über die Begrenzung von Nikotinkonzentrationen in Zigaretten. Wie kommentieren Sie dies?

GROMAN: Die erforderliche Regulation und Standardisierung des Produktes Tabak ist in den letzten Jahren ein wesentliches Thema geworden. Was die Nikotinmenge betrifft, so ist ihre Frage nicht so einfach zu beantworten: Je mehr Nikotin die Zigarette enthält, desto schneller kann Abhängigkeit entstehen. Andererseits kann die sogenannte „Lightzigarette“ den Jugendlichen einen Einstieg erleichtern, da sie in der Regel besser „vertragen“ wird. Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, ob es nicht mehr Sinn machen würde, das Zulieferungssystem zu modifizieren, sodass den hoch abhängigen RaucherInnen mit einer möglichst geringen Schadstoffkonzentration ein möglichst hoher Nikotinspiegel zur Verfügung gestellt wird. Experten haben festgestellt, dass „Lightzigaretten“-RaucherInnen dazu tendieren, die niedrigere Nikotinmenge zu kompensieren. Beschrieben wurde auch eine Zunahme der Stückzahl oder eine gesteigerte Inhalationstiefe. Man hat auch eine Zunahme der peripheren Lungenkarzinome festgestellt, was von einigen Experten auf die stärkere Inhalationstiefe zurückgeführt wird.

Begriffe wie „mild“ oder „leicht“ wurden deshalb kürzlich untersagt, obwohl es sich hierbei aus Sicht einiger Hersteller nur um Geschmacksdefinitionen und nicht um gesundheitsrelevante Aussagen handeln soll.

NIKL: Herr Dozent Gromann, herzlichen Dank für dieses Gespräch.

Anmerkungen

Ein ausführliches Interview zum Thema Rauchen und Gesundheit finden Sie im Buch „Das große Buch vom Lebensstil“, Boehlau-Verlag.



ELSBETH HUBER

**Grenzwertverordnung
2006 seit 1. Juli in Kraft**

**Neu ist die
Unterscheidung
zwischen Grenzwert-
Vergleichsmessungen
und Kontroll-
messungen**

**Die ILO geht einen
neuen Weg**

Die Grenzwertverordnung 2006 – GKV 2006

Die Grenzwertverordnung 2006 – GKV 2006 wurde am 29. Juni 2006 im Bundesgesetzblatt unter BGBl. II Nr. 242/2006 kundgemacht und ist somit seit 1. Juli 2006 in Kraft. Die GKV 2006 wurde um zwei neue Abschnitte erweitert, nämlich „Sonderbestimmungen für Asbest“ und „Messungen“. Gleichzeitig sind die Bestimmungen der BauV über Asbest aufgehoben worden.

Sonderbestimmungen für Asbest im 4. Abschnitt

In diesem Abschnitt sind die Meldepflicht, die Erstellung und Inhalt eines schriftlichen Arbeitsplanes vor Beginn der Arbeiten mit Asbest, die konkreten Anforderung an die verpflichtende Messung von Asbestfasern am Arbeitsplatz, die Inhalte der spezifischen Informations- und Unterweisungspflicht sowie die Verpflichtung zur Minimierung der Exposition sowie erforderliche Maßnahmen bei besonderen Arbeiten (wie Abbruch-, Sanierungs-, Reparatur- oder Instandhaltungsarbeiten) enthalten.

Bestimmungen zu Messungen im 5. Abschnitt

Neu ist in diesem Abschnitt die Unterscheidung zwischen Grenzwert-Vergleichsmessung und Kontrollmessungen.

Grenzwert-Vergleichsmessungen sind Messungen an Arbeitsplätzen, an welchen die Exposition gegenüber einem Arbeitsstoff für den ein MAK-Wert oder TRK-Wert festgelegt ist, nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Diese Messungen sind repräsentative Messungen, die an repräsentativen Stellen unter repräsentativen Bedingungen durchgeführt werden sollen und bei denen Messpunkte und Referenz-Messergebnisse für etwaige erforderliche Kontrollmessungen festgelegt werden sollten.

Kontrollmessungen sind Messungen, die auf Grundlage der Ermittlung und Beurteilung der ermittelten Gefahren in angemessenen Zeitabständen festgelegt und im Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument dokumentiert werden. Kontrollmessungen können auch mit einfacheren Messverfahren durchgeführt werden, können aber auch neuerliche Grenzwert-Vergleichsmessungen sein.

Weitergehende Bestimmungen zur Unterscheidung der Grenzwert-Vergleichsmessung von der Kontrollmessung, zu den aus den Messungen sich ergebenden Maßnahmen plus Zeitabstände der Messungen sowie zu den Voraussetzungen wann kontinuierliche oder mobile Messungen erforderlich und zur Prüfung von Absaug- und Belüftungsanlagen finden sich ebenfalls im Abschnitt 5 der Verordnung.

Neuer Förderrahmen für den Arbeitsschutz von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO)

Vom 31. Mai bis 16. Juni 2006 fand während der österreichischen Präsidentschaft in Genf die 95. Sitzung der Internationalen Arbeitskonferenz der ILO statt, bei der heuer in zweiter Lesung der

„Förderrahmen für den Arbeitsschutz“ verhandelt und angenommen wurde. Mit diesem ILO-Übereinkommen samt dazugehöriger Empfehlung schlägt die Internationale Arbeitsorganisation einen

neuen Weg ein. Während in den bisherigen Übereinkommen der ILO-Einzelfragen detailliert geregelt wurden, zum Beispiel mit dem ILO-Übereinkommen Nr. 81 über die Arbeitsaufsicht oder dem ILO-Übereinkommen Nr. 183 über den Mutterschutz, verfolgt man hier einen systematischen Ansatz für den Arbeitnehmerschutz.

Das bedeutet konkret, dass jeder Staat ein geeignetes Arbeitsschutzsystem aufbauen soll mit einschlägigen Rechtsvorschriften, einer funktionierenden Arbeitsinspektion, Vorkehrungen für die Zusammenarbeit mit Versicherungssystemen und Sozialpartnern oder auch mit Grundlagen für die Bildung und Ausbildung. Um diese Ziele zu erreichen, soll

eine nationale Politik formuliert und entsprechende Programme durchgeführt werden. Systeme und Programme sollen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit überprüft und dementsprechend angepasst werden.

Das neue Übereinkommen richtet sich in erster Linie an Staaten, deren Arbeitsschutzsystem erst im Aufbau begriffen ist, während diese Fragen für die Mitgliedstaaten der EU grundsätzlich eine Selbstverständlichkeit darstellen. In den Verhandlungen setzte sich die EU unter österreichischem Vorsitz vehement für die weltweite Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein.

Nähere Informationen unter <http://www.ilo.org>

EG-Richtlinie über (künstliche) optische Strahlung seit April in Kraft

Im April 2006 ist die Richtlinie 2006/25/EG über künstliche optische Strahlung in Kraft getreten. Die Richtlinie muss bis 27. April 2010 in nationales Recht umgesetzt werden. Die Richtlinie legt Mindestanforderungen für den Schutz der ArbeitnehmerInnen gegen die Gefährdung von Gesundheit und Sicherheit durch die Exposition gegenüber künstlicher optischer Strahlung während der Arbeit fest. Sie betrifft die Gefährdung der Gesundheit durch die Schädigung von Augen und Haut. Es werden Expositionsgrenzwerte festgelegt, deren Einhaltung sicherstellt, dass ArbeitnehmerInnen, die künstlichen Quellen optischer Strahlung ausgesetzt

sind, vor allen bekannten gesundheitsschädlichen Auswirkungen geschützt sind. Die Richtlinie regelt Pflichten der ArbeitgeberInnen und Maßnahmen zur Vermeidung oder Verringerung der Risiken. Die Exposition gegenüber natürlichen Strahlungsquellen (Sonne) wird in der Richtlinie nicht behandelt. Zur Erleichterung der Durchführung dieser Richtlinie wird die EU-Kommission einen praktischen Leitfaden veröffentlichen.

Weitere Informationen dazu unter http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/oj/2006/L_114/L_11420060427de00380059.pdf

Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsschäden durch optische Strahlung; natürliche Lichtexposition wird nicht berücksichtigt

„Schwere Arbeit – leicht gemacht“ ein Leitfaden des BMWA für stationäre Altenpflege

Dieser aktuelle Leitfaden des BMWA ist eine Orientierungshilfe zur systematischen Umsetzung der Gefahrenermittlung („Evaluierung“). Damit sollen Arbeitsschutzdefizite in Altenpflegeeinrichtungen effektiver erfasst und beseitigt werden.

Die Arbeitsinspektion führte im Jahr 2004 österreichweit eine Erhebung der

Arbeitsbedingungen in 348 Pensionisten- und Pflegeheimen durch.

Dabei zeigte sich, dass vorgefundene Mängel weniger in technischen als vielmehr in organisatorischen Bereichen lagen und die Evaluierung – Gefahrenermittlung und Gefahrenbeurteilung und darauf aufbauend die Festlegung innerbetrieblicher Schutzmaßnahmen – zwar

Mängel liegen weniger in technischen als vielmehr in organisatorischen Bereichen

Gefahrenbeurteilung und Schutzmaßnahmen sind nicht an die aktuelle Situation angepasst

Der Leitfaden des BMWA als gutes Beispiel für den Erfolg überbetrieblicher Zusammenarbeit

Es gibt allgemeine Prinzipien bewährter ergonomischer Methoden, die im Telekommunikationssektor nützlich sind

meist vorhanden, aber nicht aktuell an die reale Situation angepasst war. Spezielle Evaluierungen nach dem Mutterschutzgesetz oder der Verordnung über biologische Arbeitsstoffe fehlten des Öfteren. Insbesondere diese Problemfelder werden in dem vorliegenden Leitfaden verstärkt angesprochen.

Die Idee zu diesem Leitfaden entstand im Rahmen der NÖ-Plattform für betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung und wurde im Rahmen eines Projektes unter der Leitung der Arbeitsinspektion und unter Mitwirkung weiterer ExpertInnen der Arbeiterkammer NÖ, dem AMZ Mödling, der AUVA, der ARGE der NÖ Heime, dem Amt der Landesregierung Abteilung Landesheime, dem Zentralbetriebsrat der NÖ Landeskrankehäuser und Landespensionistenheime umgesetzt.

Dieser Leitfaden ist ein sehr gutes Beispiel dafür, wie die überbetriebliche Zusammenarbeit der verschiedenen am Arbeitsschutz beteiligten Organisationen mit Betrieben, in diesem Fall Alten- und Pflegeheime, positive Ergebnisse ermöglicht: Denn nur gemeinsam, im Zusammenwirken aller Betroffenen, kann präventiver Arbeitsschutz effizient und nachhaltig erzielt werden.

Dieser Leitfaden wird auch bei der von Juni bis Dezember 2006 neuerlich durchgeführten Schwerpunktaktion der Arbeitsinspektion in Alten- und Pflegeheimen in ganz Österreich verteilt werden.

Weitere Informationen dazu erhältlich bei elsbeth.huber@bmwa.gv.at oder franz.jaeger@arbeitsinspektion.gv.at

Verhaltenskodex zur Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen im Telekommunikationssektor

Mit finanzieller Unterstützung der Europäischen Kommission wurde ein Forschungsauftrag vergeben, um sowohl die wissenschaftliche Literatur über die Gründe für Muskel-Skelett-Erkrankungen bei ArbeitnehmerInnen im Telekommunikationssektor als auch die Arbeitsmethoden und erfolgreichen Bekämpfungsmaßnahmen der Unternehmen des Sektors zu untersuchen. Die Forschung konzentrierte sich vor allem auf die Tätigkeiten mit hohem Risiko im Bereich der Festnetzkommunikation, aber es wurde insbesondere auch der Bereich der Mobilnetzkommunikation und der neueren Technologien berücksichtigt. Die Forschungsarbeit wurde separat veröffentlicht (siehe <http://www.msdonline.org/>) und liegt diesem Verhaltenskodex zu Grunde. Die Ergebnisse zeigen, dass es

allgemeine Prinzipien bewährter ergonomischer Methoden gibt, die sowohl auf die Tätigkeit im Telekommunikationssektor als auch in anderen Sektoren angewandt werden können. Die am häufigsten in der Branche vorkommenden Arten der Muskel-Skelett-Erkrankungen und die damit zusammenhängenden Tätigkeiten werden aufgezeigt. Darüber hinaus werden einige Telekommunikationsaufgaben aufgelistet, Risiken der Muskel-Skelett-Erkrankungen quantifiziert und eine Reihe vorbeugender Maßnahmen der Unternehmen hervorgehoben.

Der Verhaltenskodex (Good Practice Guide) kann von der Webseite <http://www.msdonline.org/guidelines.htm> auch in deutscher Sprache herunter geladen werden.

AUS DER KLINISCHEN ABTEILUNG FÜR ARBEITSMEDIZIN

Österreich in Zukunft ohne Lehrkanzel für Arbeitsmedizin?

HUGO W. RÜDIGER

**Sparen statt Forschen
und Lehren?**

**Österreich darf nicht
das einzige Industrieland
ohne Lehrkanzel
für Arbeitsmedizin
werden**

**Klinische Arbeits-
medizin hat eine
zentrale Bedeutung
in der Präventiv-
medizin**

Nach dem Strukturplan des Rektorates der Medizinischen Universität Wien soll die Klinische Abteilung für Arbeitsmedizin nach der Emeritierung des Leiters im September 2007 nicht weitergeführt werden. Der Rektor Prof. Wolfgang Schütz begründet das mit der Notwendigkeit Geld zu sparen.

Bei diesem Beschluss kann und darf es nicht bleiben

Durch diese „Sparmaßnahme“ würde die einzige Lehrkanzel für Arbeitsmedizin verloren gehen und Österreich wäre dann die einzige Industrienation, in der Arbeitsmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung nicht mehr an der Universität vertreten ist!

Ein verheerendes Signal: Da wird nun allenthalben von Prävention geredet; wie wichtig Prävention ist, besonders die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, dass Prävention stärker in das allgemeine Bewusstsein gerückt, ausgebaut und gefördert werden muss, und dass in Betrieben Gesundheitsförderung Teil der Unternehmenskultur sein muss, und dass überhaupt Prävention eine zentrale Aufgabe von Medizin ist. – Und die Universität? Die sieht das schlicht als überflüssigen Ballast?

Der Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin hat in seiner Sitzung am 13. Juli 2006 dazu einstimmig die nachfolgend abgedruckte Resolution verabschiedet:

Der Vorstand der **Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin** wendet sich energisch gegen Pläne des Rektorates der Medizinischen Universität Wien, wonach im künftigen Organisationsplan zum klinischen Bereich eine Klinische Abteilung für Arbeitsmedizin nicht mehr enthalten sein soll, und lt. Entwicklungsplan der MUW vom 2. Mai 2006 eine Nachbesetzung der Professorenstelle des Leiters nach dessen Emeritierung 9/2007 nicht vorgesehen ist.

Eine solche Entscheidung würde bewirken, dass Österreich in Zukunft die einzige Industrienation ohne Lehrkanzel für Arbeitsmedizin ist. Das ist unverständlich angesichts der großen medizinischen Herausforderungen durch den Strukturwandel in der Arbeitswelt, denen sich unser Fach gegenwärtig gegenüber sieht. Diese Herausforderungen erfordern selbstverständlich auch eine wissenschaftliche Durchdringung und klinisch fundierte Lösungen, die zudem in internationaler Zusammenarbeit entstehen müssen. Hier sehen wir eine für unser Fach unverzichtbare Aufgabe der Universität. Arbeitsmedizin hat an der Universität in Wien eine 70-jährige Tradition als klinisches Fach, ist hier seit 1969 durch eine eigene Lehrkanzel und seit 1994 in Österreich durch ein Sonderfach Arbeits- und Betriebsmedizin repräsentiert.

Klinische Arbeitsmedizin hat in der Präventivmedizin eine zentrale Bedeutung. Eine starke Arbeitsmedizin ist der beste Ansatz für eine vorausschauende Gesundheitspolitik. Mit einer Stärkung und einem Ausbau der Arbeitsmedizin schließt Österreich zu den Ländern in Europa auf, die auf diesem Wege schon gute Erfolge bei der Verbesserung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger erzielt haben.

Der Vorstand der **Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin** fordert daher das Rektorat der Medizinischen Universität Wien dringend auf, sicher zu stellen, dass auch in der künftigen klinischen Struktur das Fach Arbeitsmedizin in vollem Umfang und durch eine Lehrkanzel vertreten ist.

Arbeitsmedizin in Forschung, Lehre, medizinischer Versorgung und Öffentlichem Gesundheits- wesen

Die moderne Arbeits-
welt schafft laufend
medizinische
Probleme, die nur mit
wissenschaftlicher
Begleitung gelöst
werden können

Etwa 25% aller Krank-
heiten in der Inneren
Medizin stehen in
einem ursächlichen
Bezug zur Arbeit

Arbeitsmedizin muss
als wissenschaftliche
Disziplin auch in Lehre
und Forschung an der
Universität
repräsentiert sein

Arbeitsmedizin als Präventivmedizin ist angesiedelt zwischen kurativer Medizin einerseits und patientenferner Medizin andererseits. Prävention kann nicht abgelöst von konkreten Krankheiten betrieben werden. 25% aller Krankheiten in der Inneren Medizin, so wird geschätzt, stehen in einem ursächlichen Bezug zur Arbeit. Bezieht man in diese Betrachtung noch die vielfältigen Wechselwirkungen überhaupt ein, die zwischen Gesundheit und Krankheit einerseits und Arbeits- und Leistungsfähigkeit andererseits bestehen, dann erkennt man schnell, dass Arbeitsmedizin eine große Bedeutung für fast alle klinischen Fächer hat. Sie ist denn auch seit 12 Jahren in Österreich – wie in den allermeisten Ländern auch – eigenes klinisches Sonderfach.

Arbeitsmedizin ist aber mehr als nur eine klinische Disziplin unter vielen anderen: Arbeitsmedizin ist als wichtige gesundheits- und sozialpolitische Errungenschaft auch gesetzlich verankert, und sie muss als wissenschaftliche Disziplin auch in Lehre und Forschung an der Universität repräsentiert sein. Die moderne Arbeitswelt schafft ständig medizinische

Probleme, die nur mit wissenschaftlicher Begleitung gelöst werden können. Dazu gehören gegenwärtig vor allem:

- Die enorme Zunahme von quantitativer und qualitativer Arbeitsbelastung („Job enlargement“ und „Job enrichment“) besonders in Hinblick auf die Verlängerung der Lebensarbeitszeit;
- Grundlagenforschung angesichts neuer Risiken und unbekannter Gefährdungen durch den Einsatz neuer Technologien;
- arbeitsmedizinische Betreuung bei atypischen Beschäftigungsverhältnissen, im Dienstleistungssektor und bei nicht-versicherten Tätigkeiten (z. B. Hausarbeit, Sozialarbeit und andere nicht-monetarisierte Arbeit);
- Job-Unsicherheit und Arbeitslosigkeit;
- starke Zunahme von psychoemotionalen Problemen am Arbeitsplatz;
- unklare medizinische Probleme in Betrieben und schwierige Fragen zur beruflichen Eignung bei Gesundheitsstörungen;
- Unterstützung und Beratung von Behörden bei neuen Verordnungen.

In unserem Nachbarland Deutschland gibt es Arbeitsmedizin an 28 Universitäten. Kämpfen wir dafür, dass uns in Österreich wenigstens die eine Lehrkanzel in Wien erhalten bleibt.

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Klinische Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währingergürtel 18–20, A-1090 Wien
Österr. Gesellschaft für Arbeitsmedizin, AMD Linz
Kaplanhofstraße 1, A-4020 Linz

Redaktion:

Dipl.-Ing. Alexander Pilger (Chefredakteur)
Doz. Dr. Robert Winker (Stv. Chefredakteur)

Klinische Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währingergürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: 01 40 400-4718 • e-mail: alexander.pilger@meduniwien.ac.at

Druck:

Facultas Verlags- und Buchhandels AG
Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 01 310 53 56 • Fax: 01 310 53 56-45 • e-mail: www.facultas.at

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz