

ÖSTERREICHISCHES FORUM **ARBEITSMEDIZIN**



STALKING

Inhalt

Wissenschaftliche Praxis 3

A. Pilger

Stalking – auch ein Thema für die Arbeitsmedizin 4

J. Hoffmann

Führen berufliche psychische Fehlbelastungen zur Adipositas,
zum metabolischen Syndrom oder Diabetes mellitus Typ 2 –
gibt es Fakten für eine „neue“ arbeitsbedingte Erkrankung? 10

E. Pospischil

Die AUVA informiert

Sicherheits- und Gesundheitsmanagemen 16

B. Libowitzky

Die Arbeitsinspektion informiert

Schwerpunkt der Arbeitsinspektion im Gebäudereinigungs-
gewerbe 2008 21

Staatspreis Arbeitssicherheit 2009 des Arbeitsministeriums 21

Ergebnis der Informations- und Inspektionskampagne zur
manuellen Handhabung von Lasten in Transport- und
Gesundheitswesen 2007 22

Nanotechnologie – Mitarbeit der Arbeitsinspektion am
„Österreichischen Nano-Aktionsplan“ 22

GHS Globally Harmonised System 23

E. Huber

Aus den Arbeitsmedizinischen Ambulanzen der Medizinischen
Universität Wien 24

Braucht gut Ding nur Weile?

Ch. Wolf

Jahrestagung 26



ALEXANDER PILGER

WISSENSCHAFTLICHE PRAXIS

Sohn: Papa, was macht eigentlich ein Wissenschaftler?

Vater: Ein Wissenschaftler macht Entdeckungen und Voraussagen.

Sohn: Wie denn?

Vater: Also, wenn ich z. B. ein Stück Würfelzucker in ein Glas Wasser tue, dann verschwindet es langsam vor meinen Augen. Von dieser Entdeckung angetan, wiederhole ich das ganze und nach einiger Zeit kann ich sagen, dass ich etwas über Zucker gelernt habe. Nämlich, dass er sich in Wasser auflöst.

Sohn: Woher weißt du das?

Vater: Ich habe es ausprobiert.

Sohn: Aber woher weißt du denn, dass es nicht einfach nur Glück war?

Vater: Weil ich es schon oft beobachtet habe. Willst du mit mir wetten? 10 Cent, abgemacht?

Die Tochter hat alles mitangehört, bringt ein Stück Zucker und lässt es in ein Glas Wasser plumpsen. Vater und Sohn starren auf das Zuckerstück, aber es passiert gar nichts. (Neuerdings gibt es in der Papierwarenhandlung Radiergummies, die täuschend echt nach Würfelzucker aussehen. So einen hat die Tochter von der Mutter gerade zu Schulbeginn bekommen).

Sohn: Ich habe gewonnen! Du schuldest mir 10 Cent.

Vater: Keineswegs. Das Ding ist gar kein Zucker. Die Wette ist ungültig!

Sohn: Warum denn?

Die Tochter kichert. Der Vater stochert nun mit einem Teelöffel im Glas herum.

Vater: Schau nur, dem Stück hier ist überhaupt nicht beizukommen.

Sohn: Und wenn es doch verschwunden wäre?

Vater: Dann hätte es wohl Zucker sein können. Aber wie wir merken hat es sich nicht aufgelöst, also war's auch kein Zucker.

Sohn: Das ist unfair! Du drehst die Dinge einfach so, dass du die Wette nie verlierst indem du jetzt behauptest, dass das was sich in Wasser nicht auflöst auch kein Zucker sein kann.

Vater: Stimmt, genau das tue ich. Das machen alle Wissenschaftler so, und das sorgt schließlich dafür, dass ihre Voraussagen zutreffen.



JENS HOFFMANN
TEAM PSYCHOLOGIE &
SICHERHEIT
FRITZ-VOMFELDE-
STRASSE 34–36,
40547 DÜSSELDORF

**Etwa zwei Drittel aller
Stalking-Fälle treten am
Arbeitsplatz auf**

**Stalking ist ein
Massenphänomen**

STALKING – AUCH EIN THEMA FÜR DIE ARBEITSMEDIZIN

Die obsessive Verfolgung und Belästigung eines anderen Menschen, auch Stalking genannt, erfährt in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum eine größere öffentliche Aufmerksamkeit. Nicht zuletzt wurden zunächst in Österreich und später auch in Deutschland eigene Gesetze gegen Stalking erlassen. Stalking tritt regelmäßig auch am Arbeitsplatz auf, dies geschieht in knapp zwei Dritteln aller Fälle, und hat dabei oftmals beträchtliche negative Gesundheitsfolgen für die Opfer. Doch was ist genau unter Stalking zu verstehen?

Was ist Stalking?

Stalking ist ein Phänomen, welches schon lange existiert, jedoch erst in jüngster Zeit einen Namen und damit auch ein Gesicht bekommen hat: Viele Betroffene realisieren erst jetzt, was ihnen geschieht und beginnen, über ihre Erfahrungen zu berichten. Der englische Begriff „Stalking“ stammt ursprünglich aus der Jägersprache und beschreibt das Heranpirschen an ein Wild. Spricht man heute von Stalking in einem sozialwissenschaftlichen Sinne, ist damit ein Verhaltensmuster gemeint, welches durch wiederholte Kontaktversuche, physische Annäherungen, Belästigungen und manchmal sogar Gewalt charakterisiert ist, ohne dass die betroffene Person etwas dagegen unternehmen kann.

Stalking zeichnet sich durch eine Heterogenität seiner Erscheinungsformen aus. Es gibt nicht eine einzige spezielle Stalking-Verhaltensweise, die in jedem Fall auftritt, sondern eine Kombination unterschiedlicher Handlungen, die sich über einen längeren Zeitraum hinzieht, ist die Regel.

Auch variieren die zugrunde liegenden Motive der Stalker. Sie reichen von dem Wunsch, eine Beziehung herzustellen, über den Versuch eine Trennung vom Partner rückgängig zu machen, die oft im Wechsel von Wut und Liebesbekundungen Ausdruck findet, bis hin zu regelrech-

ten Rachefeldzügen, beispielsweise gegen Kollegen und Vorgesetzte, Rechtsanwälte oder Psychotherapeuten. Allen Stalkern egal welcher Motivlage gemeinsam ist jedoch die obsessive Fixierung auf das Opfer, die fast immer emotional getönt ist, sei es positiver oder negativer Natur. Und auch die verzerrte Wahrnehmung des Geschehens ist typisch: Stalker sehen sich nicht in der Verantwortung, sondern gehen beispielsweise davon aus, dass in Wirklichkeit das Opfer sie provoziert hat, dass ein geheimes Einverständnis vorhanden ist oder dass beide füreinander schicksalhaft bestimmt sind.

Zum aktuellen Stand der Stalking-Forschung

Im Gegensatz zu englischsprachigen Staaten wie den USA, Großbritannien und Australien, in denen die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Anfang der 90er Jahre einsetzte, wird Stalking in der deutschsprachigen Fachwelt erst seit vergleichsweise kurzer Zeit als eigenständiges Problem wahrgenommen.

Die bislang einzige repräsentative Erhebung in Kontinentaleuropa wurde von der Forschungsgruppe um den Psychiatrieprofessor Harald Dressing in Mannheim durchgeführt. Dabei wurden internationale Erfahrungen bestätigt, die belegten, dass Stalking ein Massenphänomen darstellt. So fand sich in der Studie, die allerdings auch sehr leichte Formen der Belästigung mit einschloss, dass knapp zwölf Prozent der deutschen Bevölkerung einmal Opfer von Stalking werden.

Am Institut für Forensische Psychologie der Technischen Universität Darmstadt begannen wir im Jahr 1999 mit den ersten empirischen Arbeiten zum Thema. Dabei führten wir breit angelegte Fragebogenerhebungen zumeist im Internet sowie anonyme Telefoninterviews durch, bei denen Informationen sowohl von Betroffenen als auch von Stalkern erfasst wurden.

**Der geheimnisvolle
Fremde ist ein
Ausnahmefall**

**Die Mehrzahl der
Betroffenen ist
weiblich**

**Stalking ist keine kurze
Angelegenheit**

**Am häufigsten
belästigen Stalker
ihre Opfer mit Telefon-
anrufen**

Im Folgenden soll ein Teil der Ergebnisse vorgestellt werden, die von 551 Stalking-Opfern aus dem gesamten deutschsprachigen Raum stammen, die unsere Fragebögen ausgefüllt hatten. In Übereinstimmung mit internationalen Stalking-Erhebungen war die Mehrzahl der Betroffenen weiblich (84.8 %) und eine kleine Gruppe männlich (15.2 %). Das Geschlechterverhältnis auf Seiten der Stalker erwies sich mit 81.2 % Männern und 18.8 % Frauen genau gegenläufig. Im Alter der Opfer zeigte sich eine große Spannbreite, es bewegte sich zwischen 15 und 63 Jahren, wobei der Durchschnitt bei etwa 34 Jahren lag. Die Stalker waren im Schnitt vier Jahre älter als die Betroffenen. Stalking ist keine kurze Angelegenheit, sondern zieht sich über einen langen Zeitraum hinweg. Im Schnitt wurden bei abgeschlossenen Fällen die Betroffenen über zwei Jahre oder genauer ausgedrückt 28 Monate lang verfolgt und belästigt.

Der Stalker stammte zumeist aus dem sozialen Nahraum. In fast der Hälfte der Fälle (48.5 %) war es der Ex-Partner, in 28.4 % ein Freund oder Bekannter, aus dem Arbeitsumfeld kamen 9.1 % und 4.5 % der Fälle entwickelten sich aus professionellen Kontakten, etwa im Rahmen einer Beziehung zwischen Arzt und Patient oder zwischen Gemeindemitglied und Pfarrer. Das Medienklichee des Stal-

kers als geheimnisvoller Fremder, der aus dem Dunklen sein Unwesen treibt, zeigte sich als Ausnahmefall, lediglich 9.5 % der Betroffenen kannten ihren obsessiven Verfolger zuvor nicht.

Doch darf auch nicht das Phänomen der sogenannten sekundären Opfer übersehen werden. In deutlich mehr als der Hälfte der Fälle ist nicht nur das Opfer selbst betroffen, sondern phasenweise werden beispielsweise auch Arbeitskollegen, Familie oder Freunde belästigt oder bedroht.

Die Stalker setzten durchschnittlich zwischen sieben und acht verschiedene Stalking-Verhaltensweisen ein. Dabei kann sich auch im Verlauf des Falles das Handlungsmuster manchmal dramatisch ändern, etwa wenn ein beziehungs-suchender Stalker sich zurückgewiesen fühlt und werbende Liebesbriefe umschlagen in nächtlichen Telefonterror und zerstochene Autoreifen. Am häufigsten belästigten sie ihre Opfer mit Telefonanrufen (84 %), zwei von drei Stalkern hielten sich in der Nähe der Betroffenen auf oder stellten über Dritte Kontakt her. Weiterhin beschafften sich einige Stalker Informationen über das Opfer, indem sie die Betroffenen observierten oder deren Post abfingen. Etwa jedes dritte Opfer berichtete, dass der Stalker E-Mails schickte, sie mit dem Auto verfolgte oder Nachrichten an ihrem Auto hinterließ.

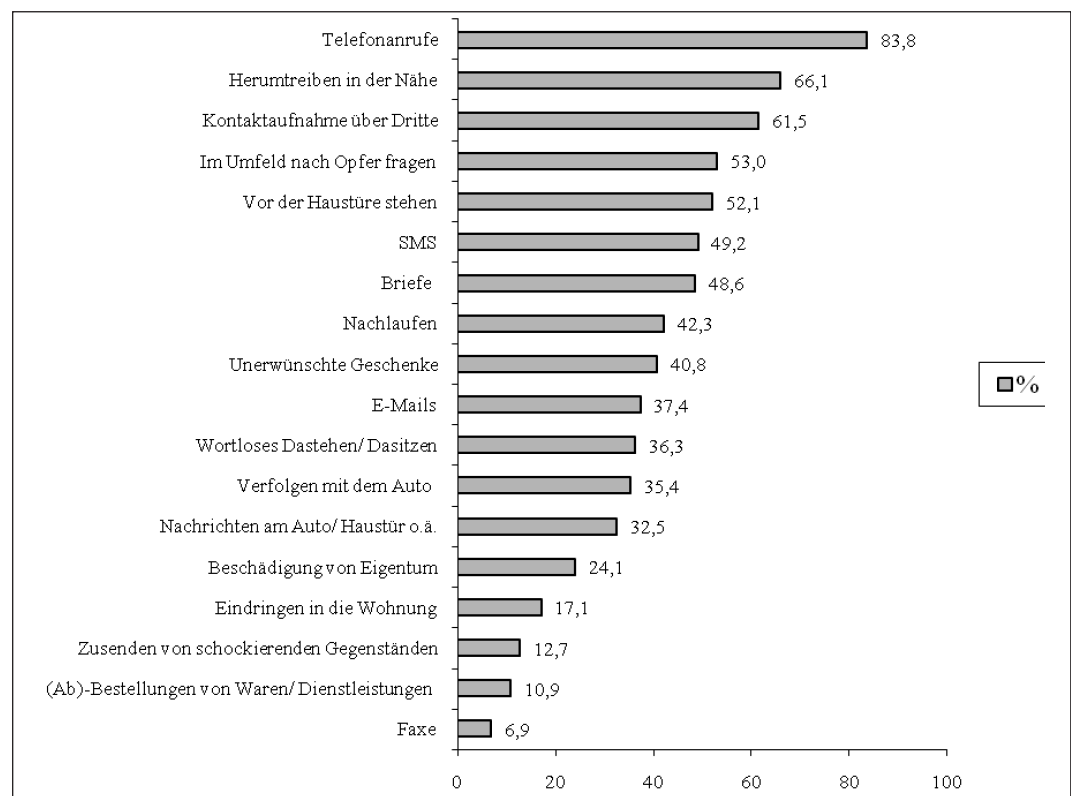


Abb. 1

Die Folgen der Rufschädigung sind oft gravierend

20% der Befragten waren auch körperlichen Attacken ausgesetzt

Beträchtliche psychische Auswirkungen bei Stalking-Opfern

Über 60 % Prozent der Stalker versuchten, den Ruf der Betroffenen zu schädigen, z. B. indem sie Gerüchte im Freundes- und Bekanntenkreis streuten oder sich mit Verleumdungen an den Arbeitgeber, an Kollegen oder auch direkt an Kunden der Opfer wandten. Die Folgen einer solchen Rufschädigung waren oftmals gravierend und reichten vom Verlust der Kundschaft, über Probleme mit Vorgesetzten oder Kollegen, bis hin zur Aufgabe der Arbeitsstelle oder sogar der Kündigung durch den Arbeitgeber.

Eine Betroffene, die selbständig als Versicherungsmaklerin tätig war, berichtete, dass ihr Stalker virenbehaftete E-Mails in ihrem Namen an ihren Kundenkreis verschickt hatte.

In einem weiteren Fall sandte ein Stalker, ein ehemaliger Patient einer verfolgten Psychotherapeutin, Briefe an andere Patienten, in denen er sie des sexuellen Missbrauchs ihrer Patienten bezichtigte.

Eine weitere Art der Rufschädigung bestand darin, dass Stalker ihre Opfer bei Behörden und Ämtern angeschwärzten oder Anzeigen gegen sie erstatten. Nicht selten versuchten Stalker beispielsweise die Betroffenen beim Jugendamt zu verleumden, indem sie etwa angaben, dass diese ihre Kinder vernachlässigten.

Die Betroffenen wurden im Durchschnitt an drei bis vier verschiedenen Orten belästigt. Hierbei war in zwei Dritteln der Fälle auch der Arbeitsplatz betroffen (siehe Abbildung 2).

Weiterhin wurden die Betroffenen im Internet, etwa in Chatrooms oder Foren, belästigt oder sie wurden an Orten abgepasst, an denen sich die Kinder der Opfer aufhielten, wie beispielsweise dem Kindergarten, Spielplatz oder der Schule.

In einem beträchtlichen Umfang kam es neben den seelisch belastenden Ereignissen zusätzlich zu physischer Gewalt – etwa zwanzig Prozent der Befragten waren körperlichen Attacken ausgesetzt. Hier kam es meist zu leichteren Angriffen, wie Anfassen oder Festhalten, jede dritte Betroffene erlebte Schläge mit der Hand und jede fünfte Angriffe mit Gegenständen. Einige Opfer wurden fast bis zur Bewusstlosigkeit gewürgt, andere mit Waffen bedroht und in zwei Fällen wurden Tötungsversuche geschildert.

Zudem berichteten 14 % von sexuellen Belästigungen, angefangen von Bemühungen, das Opfer gegen dessen Willen zu küssen bis hin zu Grapschen oder dem Anfassen von Geschlechtsteilen. Auch versuchten einige Stalker, sexuelle Handlungen erpresserisch oder mit Hilfe von Schlägen oder Waffen zu erzwingen. Dabei kam es in einigen Fällen zu versuchten bzw. vollzogenen Vergewaltigungen.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Stalking

Die psychischen Auswirkungen, Opfer von Stalking zu sein, sind oftmals beträchtlich. Fast ausnahmslos jede Betroffene (91,5 %) hatte während des Gesche-

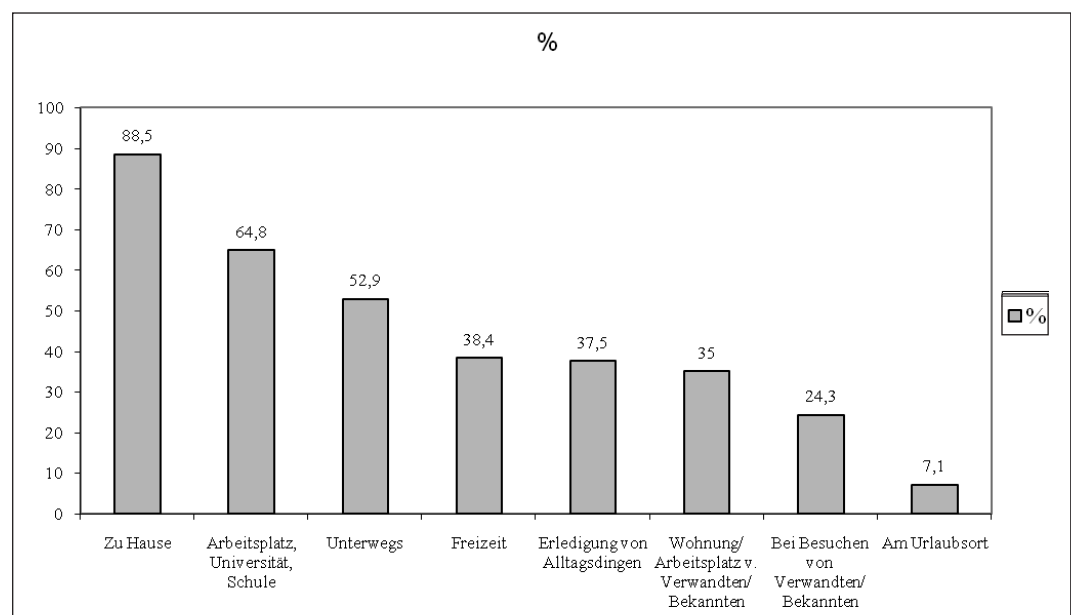


Abb. 2: Orte, an denen das Stalking geschah.

Wenn die Angst bleibt

Hohe Krankenstands- raten bei Stalking- Opfern

Stalking verursacht auch Probleme in der aktuellen Partnerschaft

Opfer brauchen konkrete Verhaltens- empfehlungen für die eigene Sicherheit

hens Angst, welche in zwei Dritteln sogar panikartig bzw. stark ausgeprägt war. Auch nach Ende des Stalking beeinträchtigte Angst nicht selten noch das Leben. Etwa jedes vierte Opfer berichtete, dass starke Angstzustände noch immer häufig auftraten.

Stalking zu erleben führte in vielen Fällen auch zu Veränderungen im Umgang mit anderen Menschen, ein Umstand, den viele Betroffene als schmerzhaft empfanden. Beispielsweise trat ein plötzliches Misstrauen gegenüber Fremden, manchmal aber auch Bekannten oder Freunden, fast durchgängig auf. Viele Betroffene schilderten zudem, dass sie sich aus dem sozialen Leben völlig zurückzogen, gewohnten Freizeitbeschäftigungen nicht mehr nachgingen oder sich zu Hause verbarrikadierten. Dies geschah zum einen, um der Gefahr einer Begegnung mit dem Stalker aus dem Weg zu gehen, zum anderen aber auch, weil es die psychische Verfassung schlichtweg nicht mehr ermöglichte, sich in das soziale Leben zu begeben. Viele berichteten, dass das Stalking Probleme in ihrer aktuellen Partnerschaft verursachte. Vielfach begann das Thema die Beziehung regelrecht zu überlagern, der männliche Partner fühlte sich ohnmächtig und gedemütigt oder eine fortwährende psychische Belastung des Opfers beeinträchtigte das emotionale Klima der Partnerschaft.

Die psychischen und physischen Auswirkungen von Stalking erwiesen sich als erheblich. Im Schnitt litten die Opfer unter sechs unterschiedlichen Belastungssymptomen (siehe Abbildung 3).

In einer anderen Studie stießen wir auf einen Anteil von 59 % der Stalking-Betroffenen, die nach dem psychischen Krankheitsmanual DSM IV die relevanten Diagnosekriterien für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erfüllten, eine Symptomatik, wie sie typischerweise als Folge des Erlebens von Gewaltverbrechen, schweren Unfällen oder Naturkatastrophen auftritt. Erschreckend war, dass hier zudem 28 % der Opfer angaben, im Zusammenhang mit ihrer Viktimisierung durch Stalking schon einmal über Suizid nachgedacht zu haben.

Insgesamt sind die Kosten, die in Folge von Stalking in der Arbeitswelt entstehen, enorm. Unseren Untersuchungen zufolge war jedes vierte Opfer in Folge der andauernden Belästigungen, Verfolgungen und Drohungen krank geschrieben – und dies im Durchschnitt für 61 Tage!

Therapeutische Intervention bei Opfern von Stalking

Die Therapie von Stalking-Opfern ist durch einige Spezifika geprägt. Zunächst hat man es in der Regel mit einer noch andauernden Traumatisierung zu tun. Das heißt, das belastende Ereignis liegt nicht in der Vergangenheit, ist abgeschlossen und lebt sozusagen „nur“ noch in der Psyche des Betroffenen fort, sondern es ist immer noch akut. Ein therapeutischer Rückblick ist deshalb nur eingeschränkt möglich, der Blick muss immer auf die Gegenwart gerichtet sein und dem Opfer konkrete Verhaltensemp-

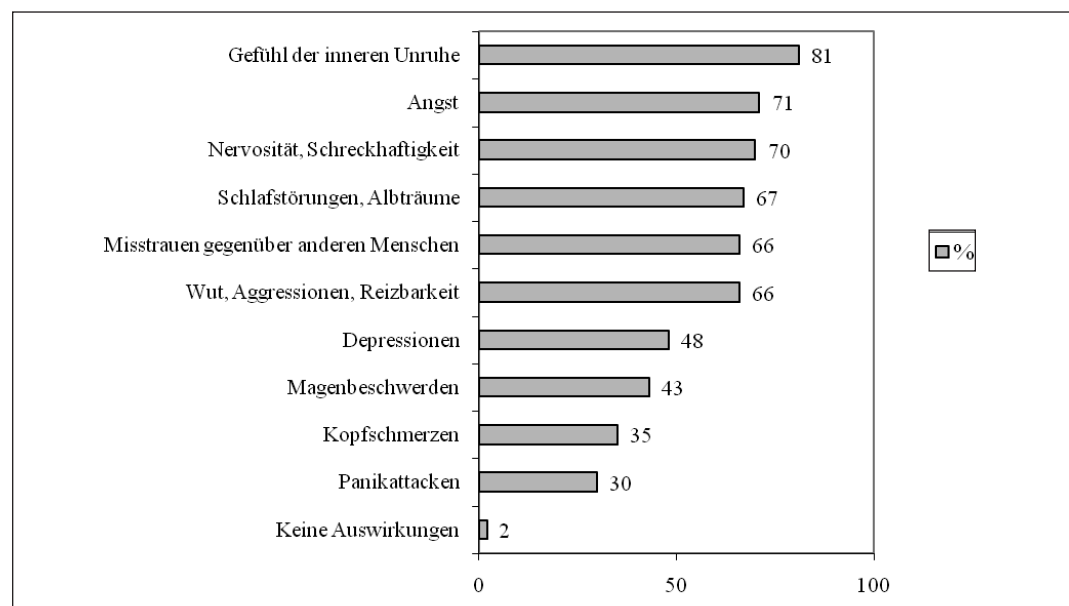


Abb. 3: Körperliche und seelische Auswirkungen aufgrund des Stalking

Vermittlung von Coping-Strategien, Aufklärung über Belastungssymptome, Stressmanagement und Abbau depressiver Inaktivität

Gezieltes Fallmanagement am Arbeitsplatz einsetzen

Besser verstehen was passiert

Die Häufigkeit von Stalking wird in der Regel stark unterschätzt

fehlungen für die eigene Sicherheit mit an die Hand geben.

Die therapeutische Intervention muss deshalb oft stützende Funktion besitzen. Die Vermittlung von Coping-Strategien, die Aufklärung über Belastungssymptome traumatischer Natur, Techniken zum Stressmanagement, all das sind Elemente, die für Betroffene nützlich zu sein vermögen. Auch der Abbau depressiver Inaktivität mit Hilfe von Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie sowie die Bearbeitung von übergeneralisierten Ohnmachtgefühlen, die sich etwa in dem Glauben auszudrücken vermögen, dass die Welt prinzipiell ein unsicherer Ort ist, vermag das Leid von Betroffenen zu mildern. Es ist aus mehrerlei Gründen wichtig, dass Therapeuten, die Stalking-Opfer behandeln, sich Fachwissen über das Wesen obsessiver Verfolgung und Belästigung erarbeitet haben. Zum einen lässt sich mit dem Mittel der Psychoedukation das Gefühl der Machtlosigkeit und Scham auf Seiten des Opfers oftmals zumindest mindern. Wenn Betroffene über die generellen Dynamiken von Stalking aufgeklärt werden und zudem vielleicht noch ein individuelles psychologisches Profils seines Verfolgers präsentiert bekommen, wird die Wahrnehmung des eigenen Kontrollverlustes reduziert. Sie „verstehen“ besser, was passiert und können die Handlungen des Stalkers genauer einschätzen, das potenziell traumatisierende Gefühl der Hilflosigkeit verliert an Dominanz. Dazu gehört zudem, die Grundregeln für den Umgang mit Stalking zu erläutern, und gegebenenfalls auch den ungewollt eigenen Anteil des Opfers daran zu klären, dass das Verhaltensmuster der Verfolgung und Belästigung stabilisiert wurde, in dem es etwa wiederholt auf den Stalker eingegangen ist. Dies darf natürlich nicht als Schuldzuweisung kommuniziert werden.

Bedrohungsmanagement – Schutz der Mitarbeiter vor Stalking und anderen bedrohlichen Verhaltensweisen

Das sogenannte Bedrohungsmanagement stellt ein neues Feld in der Wirtschaftswelt dar. Es ist darauf ausgelegt risikobehaftete Dynamiken möglichst früh

zu erkennen. Im Unternehmen muss als erster Schritt eine Sensibilität geschaffen werden für problematische Verhaltensweisen. Es ist es von großem Vorteil, wenn alle Mitarbeiter darüber informiert werden, dass Stalking, Drohungen und ähnliches im Unternehmen nicht geduldet werden und Vorfälle dieser Art sofort weitergegeben werden müssen. Hierfür ist es notwendig konkrete Ansprechbarkeiten im Unternehmen einzurichten. Zudem hat sich die Formulierung einer hausinternen Leitlinie im Sinne etwa von „Gewaltfreier Arbeitsplatz“ bewährt, die entsprechend bekannt gemacht wird.

Treten problematische Fälle auf muss ein gezieltes Fallmanagement einsetzen. Dies geschieht je nach Fall durch unterschiedlichste Methoden wie beispielsweise lösungsorientierte Gespräche mit der auffälligen Person oder rechtliche Maßnahmen, aber natürlich steht auch die Unterstützung der Opfer im Mittelpunkt.

Auch im deutschsprachigen Raum führen mittlerweile einige Großunternehmen, aber auch Behörden und Universitäten ein systematisches Bedrohungsmanagement ein. Erfahrungen aus Nordamerika zeigen, dass das obere Management oder sogar der Vorstand von der Sinnhaftigkeit einer solchen Maßnahme überzeugt sein müssen, da entsprechende Programme ansonsten oft im Sand verlaufen. Ein Problem stellt hierbei dar, dass die Häufigkeit von Stalking, Drohungen und Gewalt am Arbeitsplatz in der Firma in der Regel oft massiv unterschätzt werden. Hierfür empfiehlt sich ein Audit im Unternehmen oder eine entsprechende anonyme Erhebung unter den Mitarbeitern. Als ein weiterer kritischer Faktor hat sich die Bildung eines internen Management-Teams erwiesen, in dem Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen wie HR, Justiz, Psychologie und Medizin und falls vorhanden auch aus der Unternehmenssicherheit zusammenarbeiten. Der Anfang im deutschsprachigen Raum ist gemacht und die Erfahrungen im Ausland lassen vermuten, dass das Bedrohungsmanagement in nicht allzu ferner Zukunft in vielen europäischen Unternehmen Einzug gehalten wird. Mit einer positiven Bilanz am Ende, so ist zu erwarten, und zwar dahingehend, dass Psychoterror, körperliche Gewalt und seelische Belastungen am Arbeitsplatz mit all ihren Folgekosten deutlich verringert werden können.

Literatur

- Dressing, H., Kühner, C. & Gass, P. (2006): Stalking in Deutschland. In J. Hoffmann & H.-G. W. Voß (Hrsg.), *Psychologie des Stalking: Grundlagen – Forschung – Anwendung*. (S. 27–43). Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Hoffmann, J. (2005): *Stalking*. Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, J. (2006): Risiko-Analyse und das Management von Stalking-Fällen. In J. Hoffmann & H.-G. W. Voß (Hrsg.), *Psychologie des Stalking: Grundlagen – Forschung – Anwendung*. (S. 193–212). Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Hoffmann, J. (2008): Bedrohungsmanagement am Arbeitsplatz. *Personalwirtschaft*, 2, S. 40–42.
- Hoffmann, J., Özsöz, F. & Voß, H.-G. W. (2004): Erfahrungen von Stalking-Opfern mit der deutschen Polizei. *Polizei & Wissenschaft*, 4, S. 41–53.
- Hoffmann, J., Voß, H.-G. W. & Wondrak, I. (2005): Ein Blick auf den normalen Stalker. In H. Dressing (Hg.), *Stalking! Verfolgung, Bedrohung, Belästigung*. (S. 127–142). Bern: Huber.
- Meloy, J. R. (Ed./1998): *The Psychology of Stalking*. San Diego: Academic Press.
- Mullen, P. E., Pathé, M. & Purcell, R. (2000): *Stalkers and their Victims*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pathé, M. (2002): *Surviving Stalking*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Purcell, R., Pathé, M. & Mullen, P. E. (2002): The prevalence and nature of stalking in the Australian community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, S. 114–120.
- Tjaden, P. & Thoennes, N. (1998): *Stalking in America. Findings from the National Violence against Women Survey*. Washington, DC: US Department of Justice.
- Voß, H.-G. W., Hoffmann, J. & Wondrak, I. (2006): *Stalking in Deutschland – Zur Psychologie der Betroffenen und Verfolger*. Baden-Baden: Nomos.



ERICH POSPISCHIL
AMZ® ARBEITS-
UND SOZIALMEDIZI-
NISCHES ZENTRUM
MÖDLING
GES.M.B.H
2351 WIENER
NEUDORF,
RATHAUSPLATZ 3

**Hohe Dunkelziffer für
die Prävalenz von
Diabetes Mellitus II**

**Etwa 30 % aller
Erwachsenen sind
vom metabolischen
Syndrom betroffen**

**Der Lebensstil ist ein
wichtiger Faktor**

Abb. 1: Ätiologische Faktoren
für die Entstehung des DMII

FÜHREN BERUFLICHE PSYCHISCHE FEHL- BELASTUNGEN ZUR ADIPOSITAS, ZUM METABOLISCHEN SYNDROM ODER DIABETES MELLITUS TYP 2 – GIBT ES FAKTEN FÜR EINE „NEUE“ ARBEITSBEDINGTE ERKRANKUNG?*

Diabetes Mellitus Typ 2 (DM-II) und metabolisches Syndrom (MS) sind weltweit in den industrialisierten Ländern deutlich steigend. Neben den unbestrittenen Faktoren Lebensstil und steigender Lebenserwartung könnte dieser Anstieg auch auf eine bessere Diagnose sowie auf die längere Überlebensdauer von Diabetikern zurückzuführen sein, jedoch: die Dunkelziffer der Prävalenz von DM-II in Europa ist hoch und beträgt einer Schätzung zufolge ca. 60 % der Zahl der diagnostizierten DiabetikerInnen. Parallel sehen wir eine starke Zunahme, insbesondere bereits bei jüngeren Personen, des Körpergewichtes und letztlich der Adipositas. Nicht unwesentlich ist der Beitrag des Rauchens, so ist hervorzuheben, da insbesondere die Nikotineinwirkung durch Aktivierung des sympathischen Nervensystems den Glukosestoffwechsel negativ beeinträchtigt.

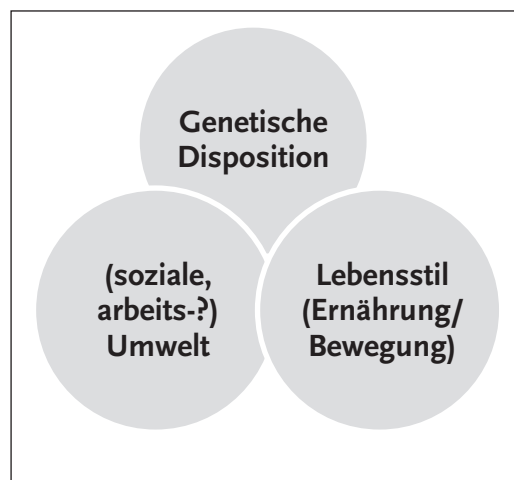
Ein wesentlicher Aspekt der medizinischen Bedeutung der Adipositas ist die Schlüsselrolle der zentral betonten Fettleibigkeit für die Entstehung des metabolischen Syndroms (MS). Gemäß aktuellen Prävalenzdaten sind in unserer Gesellschaft etwa 30 % aller Erwachsenen vom MS betroffen. Gemessen an der grundsätzlich leichten Beeinflussbarkeit dieses Problems durch einen angemessenen Lebensstil ist dies ein bedrückend hoher An-

teil, dem ein weiter starkes Ansteigen prognostiziert wird. Das MS ist hierbei als Syndromkomplex definiert, welcher durch den relativ erhöhten Anteil an Körperfettgewebe mit den resultierenden Auswirkungen auf den Glukose- und Insulinstoffwechsel und die Ausschüttung von Zytokinen durch Adipozyten getriggert wird und die Entstehung von Diabetes mellitus (DM), Hypertonie und Hyperlipidämie begünstigt.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der steigenden Prävalenz von Risikofaktoren aus dem Bereich des Lebensstils (Übergewicht/Adipositas, Bewegungsmangel, ungünstige Ernährungsweise, Rauchen etc.) wird sowohl die Zahl an Diabetikern wie auch die Zahl der Diabetiker mit Folgeerkrankungen weiter ansteigen, wenn die Präventionsstrategien nicht entsprechend umgesetzt werden. Zu beachten sind dabei auch die großen regionalen und sozioökonomischen Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz des Diabetes mellitus und der Risikofaktoren für Typ-II-Diabetes: Der Osten Österreichs und vor allem die Großstadt Wien sind besonders betroffen.

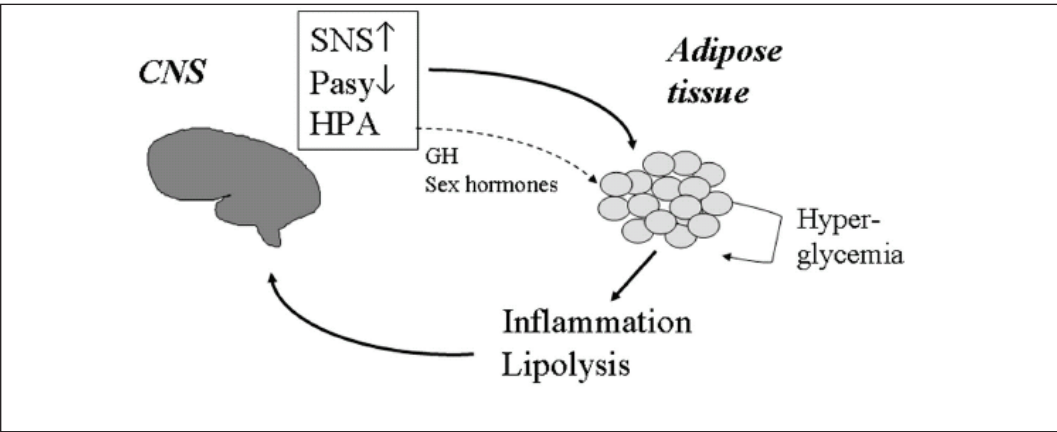
Die Prävention von Diabetes mellitus und die Versorgung von Erkrankten wird und muss in Österreich in Zukunft zu den Prioritäten innerhalb des Gesundheitssystems zählen und auf der Basis von entsprechenden Leitlinien erfolgen (siehe Österr. Diabetesbericht 2004, Rieder A. et al.).

Neben genetischen Dispositionen (Abbildung 1) werden im Wesentlichen Lebensstilfaktoren für diese Entwicklung der metabolischen Erkrankungen als ätiologisches Modell herangezogen. Unklar ist dabei der Einfluss der Umweltfaktoren. Chronische, psychische Stressoren wirken über die hypothalamische-hypophysäre



* Vortrag zur Jahrestagung der Österr. Gesellschaft für Arbeitsmedizin 2007, Salzburg

Abb. 2: Hormonelle Trigger für die Entstehung des DMII



SNS ... Sympathisches Nervensystem
Pasy ... Parasympathisches Nervensystem
HPA ... Hypothalamisch-hypophysäre Achse

Chronischer oxidativer Stress

Berufliche Faktoren könnten eine bedeutende Rolle spielen

Achse und stimulieren so das sympathische Nervensystem bzw. die Cortisolproduktion. Im Fettgewebe kommt es so zu inflammatorischen Prozesse und zur Lipolyse mit Hyperglykämie (Abbildung 2). Chronischer oxydativer Stress führt zu einer defekten Genexpression des Insulins und fördert so das metabolische Syndrom bzw. zur Hyperglykämie (Abbildung 3).

Dieser beobachtete Zusammenhang von chronischen Stress und dem Erkrankungsrisiko für das metabolische Störungen lässt die Vermutung zu, dass neben den bekannten Teilursachen für diese Stoffwechselerkrankungsformen auch berufliche Faktoren eine bedeutende Rolle spielen könnten. Laut Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung zu Arbeitsunfällen und arbeitsbezogenen Gesundheitsproblemen von Statistik Austria (2008) waren 800.000 erwerbstätige Österreicher (36 %) und 490.000 Österreicherinnen

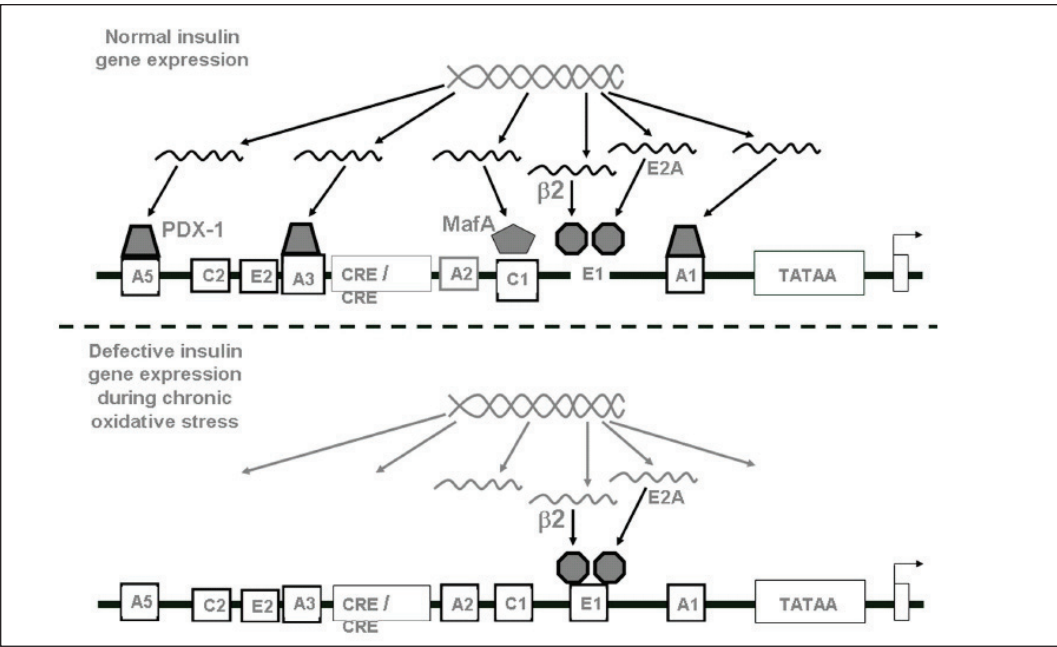
(28%), insgesamt also 1,3 Millionen oder 32% der Erwerbstätigen zumindest einem psychischen Belastungsfaktor ausgesetzt. Neun von zehn der von psychischen Belastungen betroffenen Personen standen unter Zeitdruck, von allen erwerbstätigen Männern fühlten sich somit 33 %, von den Frauen 24 % in ihrem Arbeitsalltag gehetzt. Durch das Ansteigen der beruflichen psychischen und psychosozialen Belastungen würde damit die Prävalenz des DM II erhöht werden, das Vorliegen einer „neuen“ arbeitsbedingten Erkrankungen steht damit im Raum.

Begriffsbestimmungen

Was sind **arbeitsbedingte Erkrankungen**?

- Multifaktorielle Erkrankung, die Arbeitsumwelt ist eine Teilursache (Rel. Risiko z. B. > 2.0)

Abb. 3: Störung der Insulin-Genexpression durch oxidativen Stress (nach Abrahams N. et al., 2007)



3–5 % der Österreicher haben Diabetes Mellitus II

Überstunden erhöhen das Risiko für Diabetes Mellitus II

43 % der Österreicher sind übergewichtig; 85 % der DMII-Patienten sind adipös

Zusammenhang zwischen beruflichem Stress und metabolischem Syndrom

- Chronische unspezifische Erkrankungen, wenn sie im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit verstärkt werden und so sie die Erwerbsfähigkeit einschränken (nach Enderle G., Seidel H.-J., 2004).

Bekannte Beispiele sind: (chronisch degenerative) Muskel- und Skeletterkrankungen, Hypertonie, Herz- Kreislauferkrankungen, chronische Bronchitis, psycho-somatische Störungen.

Was sind psychische Belastungen, was ist arbeitsbedingter Stress?

- Psychische Belastung ist die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken [ÖNORM EN ISO 10075-1].
- Arbeitsbedingter Stress ist eine emotionale und psychophysiologische Reaktion auf ungünstige und schädliche Aspekte der Arbeit, des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsorganisation. Stress ist ein Zustand, der durch hohe Aktivierungs- und Belastungsniveaus gekennzeichnet ist und oft mit dem Gefühl verbunden ist, man könne die Situation nicht bewältigen (Europäische Kommission, Generaldirektion V, 1997).

Adipositas:

- Definiert durch Body-Mass-Index ($> 30 \text{ kg/m}^2$)
- Prävalenz in Ö: 43 % übergewichtig (BMI 25–29,9), 12 % sind adipös
UK: 1980–2003 von 7–25 % (Zunahme um 229 %)
USA: im selben Zeitraum Zunahme von 15 auf 30 %
- 85 % der DMII Patienten sind adipös
- Die Adipositas ist charakterisiert durch einen „systemic lowgrade inflammatory state“ (verursacht vor allem durch Adipokine und α -Peptide).

Metabolisches Syndrom:

- Definiert durch:
 - Hypertonie
 - Dyslipidämie
 - Hyperinsulinämie/Insulinresistenz
 - Adipositas
- Prävalenz in Ö derzeit nicht bekannt
- Übergang zum DM II (unbekannt nach wie viel Jahren)

Diabetes mellitus II:

- Prävalenz (Ö) ~ 3–5 % steigend (inkl. Dunkelziffer ca. 300.000 Fälle)
- Erstdiagnose bei 30 % der Patienten: St. p. Herzinfarkt!

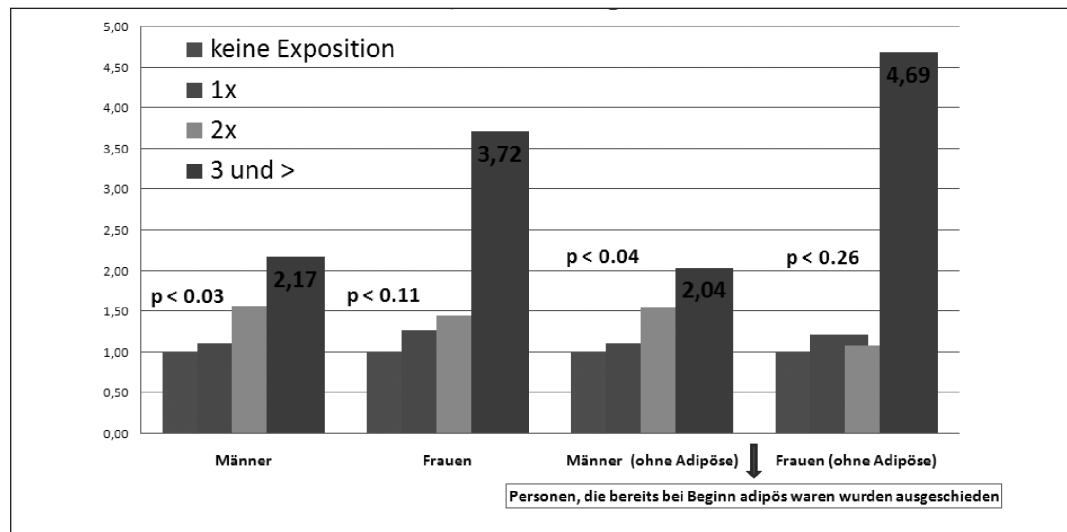
Psychische Belastungen, arbeitsbedingter Stress und metabolische Beanspruchungsfolgen – Literaturübersicht

Aufhorchen ließ eine japanische Untersuchung von Kawakami N. et al (1999), wo in einer Kohortenstudie bei 2597 Industriearbeitern in der Elektroindustrie nach 8 Jahren das relative Risiko an Diabetes mellitus II zu erkranken nach regelmäßigen Überstunden von mehr als 50 h/Monat mit 3.7 lag. In der Gruppe der beruflichen Anwendern bzw. Umgang mit „neuen“ Technologien immerhin noch bei 2.4 angegeben wurde.

Eine Verbindung zu arbeitsplatzbedingten Faktoren und dem metabolischen Erkrankungsrisikos stand in der Auswertung der WHITEHALL II-Studie im Zentrum. Brunner E. et al. (2007) fand in einer britischen prospektiven Kohortenstudie, die seit 1985 an rund 10.000 VerwaltungsbeamtInnen (3412 weibl., 6895 männl.) durchgeführt wird, nach Adjustierung des Alters, des Geschlechtes, der sozialen Position und dem Gesundheitsverhalten, dass bei Männer und Frauen eine signifikante Dosis/Wirkungsbeziehung zwischen „chronischem Arbeitsstress“ und dem Body-Mass-Index, sowie einer generalisierten und viszeralen Adipositas mit einem OR 50 % bestand. Chandola T. et al. (2006) hielt nach Auswertung der Whitehall II – Daten fest, dass: „Employees with chronic stress have more than double the odds of the syndrome than those without work stress, after other risk factors have taken into account“. Männer entwickelten abhängig vom Grad des „beruflichen“ Stresses nach 14 Jahren ein metabolisches Syndrom, die Dosis/Wirkungsbeziehung war auch signifikant nach Eliminierung von bereits Adipösen am Beginn der Studie (Abbildung 4).

Melamed S. et al. (2006) führte bei 667 ArbeitnehmerInnen eine prospektive Studie mit dem Ziel durch, das Risiko für das Entstehen eines DMII bei Vorliegen eines Burn-out-Syndroms zu untersuchen.

Abb. 4: Metabolisches Syndrom und beruflicher Stress (nach Chandola T. et al., 2006)



Höheres Risiko für Diabetes Mellitus II bei Burn-out-Syndrom

Arbeitsstress und geringer emotionaler Support begünstigen die Entwicklung von Diabetes Mellitus II bei Frauen

chen. Das Kollektiv war im Durchschnitt 42,6 Jahre alt, die Laufzeit der Beobachtung betrug 3–5 Jahre. Für das Alter, dem Body-Mass-Index und dem Vorliegen eines Burn-Out-Syndroms war dieser Zusammenhang signifikant darstellbar, nicht jedoch das Geschlecht, körperliche Freizeitaktivitäten oder Alkoholkonsum (Tabelle 1).

Tab. 1: Burn-Out-Syndrom und DMII (Melamed S. et al., 2006)

Variable	OR	CI 95%	p
Burnout	1,84	1.19-2.85	<.001
Alter	1,09	1.02-1.16	<.001
Geschlecht	0,14	0.29-0.92	.04
BMI	1,23	1.09-1.39	<.001
Rauchen	2,51	0.8-8.02	.12
körperliche Freizeitaktivität	0,32	0.08-1.22	.09
Alkohol	0,34	0.08-1.72	.20

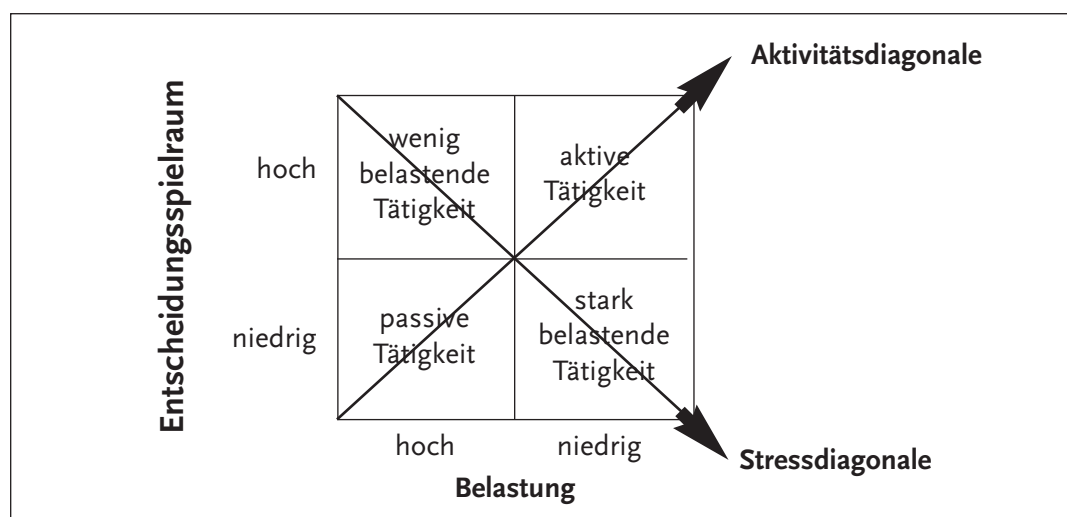
In einer Case-Referent-Studie wurden von Norberg M. (2007) 33.336 Personen er-

fasst, davon waren 191 Fälle (DMII) lokalisiert worden. Untersucht wurde die Auswirkung des beruflichen Stress und den Einfluss des emotionalen Supports und von sozialen Netzwerken auf die Entwicklung eines Diabetes mellitus II. Grundlage war das Stressmodell von Karasek und Theorell (Abbildung 6). Bei geringen Handlungsspielräumen und hohen Anforderungen, also im Sinne von Arbeitsstress, weiters bei geringen emotionalen Support und begrenzten sozialen Netzwerken war der Zusammenhang mit der Entwicklung eines DMII bei Frauen signifikant darstellbar, dies war bei Männern nicht darstellbar (Tabelle 2 und 3).

Tab. 2: Arbeitsstress und DMII, Frauen (Norberg M., 2007)

Handlungsspielraum gering	OR 2.1 (0.9–4.9)
Anforderungen hoch	OR 1.5 (0.7–3.3)
Emotionaler Support gering	OR 2.6 (1.2–5.9)
Soziales Netzwerk begrenzt	OR 1.5 (0.7–3.1)

Abb. 6: Demand-Control nach Karasek 1979 und Theorell 1990



Hohe Anforderungen im Beruf bedeuten alleine noch kein erhöhtes Risiko

Handlungsspielraum und Kohärenzsinn beeinflussen das Risiko für Diabetes Mellitus II

Frauen mit depressiven Symptomen und stressreichen Lebensereignissen wiesen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms auf

Tab. 3: Arbeitsstress (Modell Karasek/Theorell) und das DMII-Risiko; OR= odds ratio (Norberg M., 2007); Frauen

Anforderungen		OR	OR	
	hoch	3,6	3,3	OR
	niedrig	3,6	1,0	OR
	niedrig	hoch		
Entscheidungsspielraum				

Antonovsky (1997) hat als salutogenes Konzept den Kohärenzsinn (SOC, sense of coherence) entwickelt. Die Ausprägung des SOC moduliert Beanspruchung und Gesundheitsbeeinträchtigung, ein hoher SOC stellt gleichsam eine positive coping-Struktur für Arbeitsstress dar. Der SOC erklärt sich in der „Verstehbarkeit“ der Umwelt, wie weit sie klar, geordnet und konsistent vorliegt; weiters wie geeignete Ressourcen bestehen um Stressoren zu begegnen. Neben dieser „Handhabbarkeit“ wird als dritte Einheit des SOC die „Bedeutsamkeit“ angegeben, also Lebensbereiche, die einem wichtig sind und motivationale Aspekte der Salutogenese darstellen. Agardh E. et al. (2003) hat dieses salutogene Modell für eine Cross-Sek-tional-Studie an 4821 Frauen als Basis ge-nommen und die Frage untersucht, ob Arbeitsstress – als Demand/Control-Mo-dell von Karasek und Theorell – zu DMII führt und welchen Einfluss der Kohärenz-sinn nach Antonovsky als „Coping-Strate-gie“ hat.

Um die Glukoseintoleranz besser be-werten zu können, wurden die Insulin-resistenz und die β -Zellfunktion mit be-urteilt (*homeostasis model assessment HOMA*). Aus den errechneten Werten aus Nüchterninsulinspiegel, Nüchterngluko-sespiegel, sowie entsprechende Faktoren wurde für die Insulinresistenz die höchste Terzile ($> 59,41$) und für die β -Zellfunk-tion die niedrigste Terzile ($< 7,58$) als Be-wertungsgrundlage herangezogen. Wie in der Tabelle 4 ersichtlich, steigt das relati-ve Risiko, je niedriger der Handlungs-spielraum ist, so führt auch die Absenz des Kohärenzsinn zu einer Zunahme des relativen Risikos. Wenn der Handlungs-

spielraum niedrig ist, aber ein hoher Ko-härenzsinn vorliegt oder ein niedriger SOC jedoch eine hoher Handlungsspiel-raum vorliegt, ist das Risiko an DMII zu erkranken gering. Auch konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass hohe Anfor-derungen alleine noch kein erhöhtes Ri-siko darstellen.

Tab. 4: Auswirkung des SOC(Kohärenzsinn) und des Handlungsspielraums auf das DMII-Ri-sikos, als relatives Risiko (RR) (Agardh E., 2003)

Handlungsspielraum	β-Zellfunktion (unteres Drittel)	Insulinresistenz (oberes Drittel)	RR
hoch	1,0	1,0	
mittel	1.5 (0.5-4.5)	1.3 (0.5-3.3)	
niedrig	2.3 (0.8-6.5)	2.0 (0.9-4.7)	
SOC			
hoch	1,0	1,0	
oberes mittel	1.1 (0.3-3.7)	2.4 (0.7 -8.5)	
unteres mittel	1.5 (0.5-4.8)	3.1 (0.9-10.8)	
niedrig	1.5 (0.4-5.1)	4.2 (1.2-15.0)	

Kinder LS. et al. (2004) konnte in einer Studie an 7981 Personen zeigen, dass nach Adjustierung der Daten nach Alter, Rauchen, Aktivität und Ernährung bei Frauen mit „Major Depressive Episodes“ (MDE) die Prävalenz eines metabolischen Syndroms um das 2-fache erhöht ist. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Rääkkönen K. et al. (2007) in einer prospektiven Ko-hortenstudie bei 541 Frauen nach einer Laufzeit von 15 Jahren. Zusammengefasst wird das Ergebnis der Studie, dass „Frau-en, die am Beginn der Studie einen hohen Grad depressiver Symptome und sehr stressreiche Lebensereignisse hatten, ein erhöhtes Risiko aufwiesen, nach 15 Jahren eine metabolische Syndrom zu entwic-keln.“

Zusammenfassung

Psychosoziale Fehlbelastungen und deren chron. Auswirkungen können über neuro-humorale Aktivierung als isolierte Ein-flussgrößen zu komplexen metabolischen Veränderungen führen. DM II steht als Er-krankung am Ende dieser komplexen Stö-rung, psych. Fehlbelastungen der Arbeits-umwelt stellen wahrscheinlich eine isolierte Teilursache dar. DM II wäre defi-nitionsgemäß eine arbeitsbedingte Er-

Faktoren der Arbeitswelt müssen stärker in die Diabetesforschung einbezogen werden

krankung auf Basis der Interaktion der hypothalamisch-hypophysären-adrenergen Achse durch psychische Fehlbelastung. Für die Prävention ergeben sich folgenden Ansätze:

- Intensivierung der Evaluierung psychischer und psychosozialer Belastungsfaktoren
- Maßnahmengestaltung (Organisation; Führungskräfte, Arbeitszeitgestaltung etc.)
- Betriebliche Gesundheitsförderung, die Ressourcen stärkt im Sinne des Kohärenzsinnes nach dem Konzept von Antonovsky
- Berücksichtigung des Gender-Aspektes bei den Maßnahmen
- Individualprävention (Information, schwellenniedrige Angebote – Bewegung, Gewichtskontrolle!)
- Faktoren der Arbeitswelt stärker in die Diabetesforschung einbeziehen!

Literatur

Agardh E.E., Ahlbom A., Andersson T., Efendic S., Grill V., Hallqvist J., Norman A., Ostenson CG. (2003): Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care* 26:719–724

Agardh EE., Ahlbom A., Andersson T., Efendic S., Grill V., Hallqvist J., Ostenson CG. (2007): Socio-economic position at three points in life in association with type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in middle-aged Swedish men and women. *Int. J Epidemiol.* 36(1): 84–92.

Brunner EJ., Chandola T., Marmot MG. (2007): Prospective Effect of Job Strain on General and Central Obesity in the Whitehall II Study. *Am. J. Epidemiol.* 165:828–837.

Chandola T., Brunner E., Marmot M. (2006): Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ* 332: 521–524.

Enderle G., Seidel H.-J. *Arbeitsmedizin.* Urban & Fischer bei Elsevier 2004.

Kawakami N., Araki S., Takatsuka N., Shimizu H., Ishibashi H. (1999): Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. *J. Epidemiol. Community Health* 53:359-63.

Kinder LS., Carnethon MR., Palaniappan LP., King AC., Fortmann SP. (2004): Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey *Psychosom. Med.* 66: 316–322.

Melamed S., Shirom A., Toker S., Shapira I. (2006): Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom. Med.* 68: 863–869.

Norberg M., Stenlund H., Lindahl B., Andersson C., Eriksson JW., Weinehall L. (2007): Work stress and low emotional support is associated with increased risk of future type 2 diabetes in women. *Diab.Res.Clin. Pract.* 76: 368–77.

Räikkönen K., Matthews KA., Kuller LH. (2007): Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care* 30: 872–877.

Rieder A., Rathmanner T., Kiefer I., Dorner T., Kunze M. (2004): Österreichischer Diabetesbericht 2004: Daten, Fakten, Strategien. Wien.

Statistik Austria (2008)



BARBARA LIBOWITZKY
ADALBERT STIFTER
STRASSE 65
A-1200 WIEN
TEL.: +43 1 33 111
DW 987
E-MAIL: BARBARA.
LIBOWITZKY@AUVA.AT
URL:
WWW.AUVA.AT/SGM

**Einheitliche
internationale Normen
konnten nicht
durchgesetzt werden**

DIE AUVA INFORMIERT

„Sicherheits- und Gesundheitsmanagement“

Sicherheit und/oder Gesundheit der Beschäftigten in Ihrem Betrieb gehören zu Ihrer Aufgabe?

Sie erfüllen bereits die wesentlichen Anforderungen der Vorschriften im ArbeitnehmerInnenschutz? Die Evaluierung ist ihr tägliches Geschäft?

Großartig.

Sie haben dennoch das Gefühl, in der Prävention ist noch nicht alles getan?

Sie haben Recht. Es wird zwar immer wieder argumentiert, dass eine gut gewartete Evaluierung – also die Ermittlung und Beurteilung der Gefährdungen bei der Arbeit und die Ergreifung von Maßnahmen dagegen – ausreichend ist. Dennoch lade ich Sie ein, sich weiterführende Gedanken zum Thema Prävention zu machen. Einen Anreiz soll dieser Beitrag liefern.

Angenommen, die Evaluierung Ihres Betriebes ist nahezu perfekt, die MitarbeiterInnen halten sich an die meisten der sicherheitstechnischen Vorschriften und Beamte der Arbeitsinspektion haben keine wesentlichen Beanstandungen. Trotzdem haben Sie manchmal das Gefühl, dass Prävention in Ihrer Organisation nicht den Stellenwert hat, der nachhaltig sichere und gesunde Arbeitsplätze fördern würde.

Eine Lösung kann sein, dass Sie sich mit der Thematik der Managementsysteme in der Prävention näher befassen. Dieser Artikel soll einen Überblick über die drei wesentlichen in Österreich vorherrschenden Ansätze diesbezüglich geben. Zunächst sei hier ein Abriss über die historische Entwicklung des Sicherheits- und Gesundheitsmanagements, im Anschluss daran soll der Standpunkt der Arbeitsinspektion präsentiert werden und zuletzt die erwähnten Ansätze inklusive Hinweisen, welcher Zugang für welchen Betrieb interessant sein kann.

Geschichte des Sicherheits- und Gesundheitsmanagements

Ausgehend von den Entwicklungen der Qualitäts- und Umweltmanagementsysteme der Siebziger und Achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts einerseits und medienwirksamen Industrieunfällen in den frühen neunziger Jahren andererseits lag es nahe, dass sich PräventionsexpertInnen mit der Thematik eines strukturierten Zugangs zur Frage des innerbetrieblichen Sicherheits- und Gesundheitsschutzes machten.

Die ersten Überlegungen dazu wurden in den skandinavischen Ländern angestellt, wo Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (SGMS) zur Erfüllung rechtlicher Anforderungen entwickelt wurden (z. B. Internal Control). Beinahe zeitgleich wurden auch die ersten Managementsysteme – vor allem in Großbritannien und Deutschland – entwickelt, die sich mehr oder weniger stark an bestehende Normen aus anderen Bereichen orientieren, jedoch freiwillig waren (z. B. ASCA, OHRIS, BS8800).

Reaktion der internationalen Organisationen

Mehrmals wurde in den vergangenen fünfzehn Jahren von verschiedenen Interessensgruppen versucht, eine einheitliche internationale Norm zu verhandeln. Diese Ambitionen wurden auf der europäischen Ebene wie auch auf der Ebene der internationalen Arbeitsorganisation diskutiert, allerdings letztendlich stets abgelehnt, mit der Begründung, dass es im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes in allen Staaten ausreichende gesetzliche Grundlagen gäbe.

Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme können Vorschriften nicht ersetzen

Sicherheit und Gesundheit im Einklang mit Unternehmenszielen

Nicht als Instrument zur Überwachung von ArbeitnehmerInnen gedacht

Österreich

Aufgrund der internationalen Diskussionen rund um das Thema Arbeitsschutzmanagementsysteme entschloss man sich 1997 im Zentral-Arbeitsinspektorat gemeinsam mit den Arbeitsinspektoren folgenden Standpunkt zu beziehen.

- Grundsätzlich werden SGMS befürwortet als ganzheitliche Weiterentwicklung im Sicherheits- und Gesundheitsschutz
- SGMS können Vorschriften nicht ersetzen, können aber sinnvolle Ergänzungen darstellen
- SGMS sollen auch ein Messinstrument für den innerbetrieblichen Erfolg beinhalten (Indikatoren) und ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen zur Weiterentwicklung motivieren
- SGMS können zu einer verbesserten Planung und Durchführung von Maßnahmen und zu einer verbesserten Integration von Sicherheit und Gesundheitsschutz in Unternehmenszielen führen
- SGMS sollten sich zwar nicht primär an KMU Bedingungen orientieren, müssen aber den besonderen Bedingungen von KMU Rechnung tragen

Im Standpunkt der Arbeitsinspektion sind folgende grundsätzliche Anforderungen an SGMS festgelegt:

- Konzepte für SGMS müssen in bestehende Managementsysteme (Qualitätssicherung, Umweltschutz) integrierbar sei,
- Freiwilligkeit der Anwendung,
- kein Zertifizierungszwang,
- externe Audits erscheinen sinnvoll,
- der gesetzliche Auftrag der Arbeitsaufsichtsbehörde darf nicht in Frage gestellt werden,
- Konzepte von SGMS müssen eine Beteiligung von ArbeitnehmerInnen und Belegschaftsorganen festlegen,
- keine Überwälzung der Verantwortung auf die ArbeitnehmerInnen,
- SGMS dürfen nicht als Instrument zur Überwachung von ArbeitnehmerInnen eingesetzt werden,
- SGMS muss unter Leitung und Verantwortung von ArbeitgeberInnen stehen, auch wenn die Umsetzung auf allen Ebenen erfolgt,
- Dokumentation strikt auf SGMS-Ziele eingegrenzt,

- Konzepte sollen sich auf alle Arbeitsbereiche auswirken,
- SGMS dürfen keine Regelungen enthalten, die Rechtsvorschriften vorbehalten sind,
- Bei Konzepten von SGMS muss auf Schnittstellen des ArbeitnehmerInnen-schutzgesetzes (ASchG) geachtet werden, arbeitsmedizinische, gesundheitsförderliche und psychosoziale Kriterien sollen mehr berücksichtigt werden,
- SGMS sollen sachlich nicht gerechtfertigten Diskriminierungen entgegenwirken.

Diesem Standpunkt der Arbeitsinspektion folgten in den vergangenen Jahren Publikationen von Seiten der Sozialpartner ebenso wie jüngst der „österreichische Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben – ÖSGMS“ im Jahr 2004, an dem unter der Ägide des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit VertreterInnen aller Sozialpartner mitgearbeitet haben (siehe Tabelle).

Sicherheits- und Gesundheitsmanagement in Österreich

- **SCC (Sicherheits-Certifikat-Contractoren)**

Das Sicherheits-Certifikat-Contractoren (SCC) ist ein Auditierungsverfahren, bei dem das Vorhandensein eines Managementsystems vorausgesetzt wird. Es wurde in den frühen 1990er Jahren in den Niederlanden entwickelt. Dieses Verfahren, das sich vor allem in der Erdölindustrie bewährt hat, wurde entwickelt, um das Verhalten von Auftragnehmern hinsichtlich Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltaspekten positiv zu beeinflussen.

Man unterscheidet je nach Unternehmensgröße bzw. Auftragsvolumen zwei mögliche Zertifikate. Zur Erlangung eines solchen Zertifikats muss aus dem Fragenkatalog eine bestimmte Punktezahl erreicht werden.

Bei dem Anforderungskatalog von SCC handelt es sich im Gegensatz zu den beiden folgenden Systemen nicht um ein umfassendes, auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtetes Managementsystem, sondern um ein Auditierungsinstrument

Was ist geregelt?

aus „Sicherheits- und Gesundheitsschutz-ManagementSysteme“, BMWA, 1999, S. 4

durch ASchG + VO geregelt	nicht durch ASchG + VO geregelt
• Allgemeine Ziele, Rangordnung der Schutzmaßnahmen • Rechte und Pflichten der Arbeitgeberinnen und ArbeitnehmerInnen • Inhalte der Beratung der AG und AN durch Präventivdienste	• Definition einer Sicherheits- und Gesundheitspolitik • Strategische Zielvorgaben des Unternehmens • Innerbetriebliche Organisation und Struktur für den ArbeitnehmerInnenschutz
• Ermittlung und Beurteilung von Gefahren • Festlegung von Maßnahmen	• Präventive, systematische, strategische Planung von Maßnahmen
Bestimmungen vor allem zu • Arbeitsstätten und Baustellen • Arbeitsmitteln und Arbeitsstoffen • Überwachung der Gesundheit von ArbeitnehmerInnen • Arbeitsvorgängen und Arbeitsplätzen • Bewilligungs- und Meldepflichten	• Systematische Bewertung mit Fehlerermittlung (Abweichung) und Korrekturmaßnahmen • Regelmäßiges internes (Selbstbewertung), eventuelles externes (Fremdbewertung) „Audit“ • Regelmäßige Managementreviews
• Information und Unterweisung der ArbeitnehmerInnen	• Systematische Erfassung des Bedarfs an Information und Unterweisung und des Bedarfs an Schulung für die Beschäftigten und die Führungskräfte
Dokumentation zu • Gefahrenermittlung und Festlegung von Maßnahmen • Einsatzzeit und Tätigkeit der Präventivdienste • Protokolle der Arbeitsschutzausschüsse • Prüfpflichten • Meldepflichten (Bestellungen, Arbeitsunfälle) • Mitbestimmungsrechte nach ASchG + ArbVG	Lenkung der umfassenden Dokumentation zu • Darstellung der Politik und Organisation des Unternehmens • den übergreifenden Zusammenhängen • Anweisungen zu Abläufen (Verfahrens- und Arbeitsanweisungen) • Schulungsbedarf und Durchführung • Systemüberwachung • MitarbeiterInnenbeteiligung

Auf unterschiedliche Gegebenheiten bei Betrieben wird Rücksicht genommen

für Sicherheit-, Gesundheits- und Umweltschutzmanagementsysteme, wenn gleich auch SCC zunehmend den Charakter eines Managementsystems abzubilden versucht.

Positiv bei SCC anzumerken ist allerdings, dass versucht wird, auf die unterschiedlichen Gegebenheiten bei Groß- und Kleinbetrieben Rücksicht zu nehmen, ebenso wie der übersichtliche Fragenkatalog, der Transparenz bringt.

• OHSAS 18001 – Occupational Health and Safety Assessment Standard

OHSAS wurde unter der Schirmherrschaft des Britischen Normungsinstituts erarbeitet. Seit Sommer 2007 ist OHSAS als Norm in Großbritannien publiziert.

Es handelt sich bei OHSAS um ein eigenständiges Managementsystem, das vor allem von international tätigen Großkonzernen angewendet wird, die bereits ein anderes Managementsystem ISO 9001 (Qualitätsmanagement) oder ISO 14001 (Umweltmanagement) eingeführt

Die Umsetzung des AUVA-SGM dauert 3 bis 18 Monate. Die Beschäftigten werden in den Prozess der Einführung miteingebunden

OHSAS ist für Kleinbetriebe zu aufwändig

Einführung und Nachweis des AUVA-SGM sind freiwillig

haben. An letzterem orientiert sich OHSAS sehr stark.

Der Sicherheitsaspekt ist auch hier – wie bei SCC vorrangig angesprochen, allerdings finden sich hier und da Hinweise, dass auch der Schutz der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen zumindest „mitgedacht“ werden muss.

Den oben erwähnten Leitlinien der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Europäischen Union wird in der OHSAS leider nur rudimentär Rechnung getragen, womit OHSAS auch nur teilweise dem Österreichischen Leitfaden für Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme entspricht. Genauer gesagt fehlt vor allem der Aspekt der Rechtssicherheit und der Beteiligung der Beschäftigten bei der Einführung und Umsetzung des Managementsystems.

Ein großer Vorteil der OHSAS ist, dass die Norm bereits in viele Sprachen übersetzt ist und es somit vor allem international tätigen Großkonzernen leichter fällt diese zu implementieren. Für Kleinbetriebe ist OHSAS allerdings tendenziell zu aufwändig.

- **AUVA-SGM – das Sicherheits- und Gesundheitsmanagement der AUVA**

Das AUVA-SGM ist eine systematische vorausschauende Auseinandersetzung mit Arbeitssicherheit und Gesundheit gleichermaßen im Zusammenhang mit betrieblichen Leistungsprozessen. Seit Beginn dieses Jahrtausends organisiert es alle Bereiche, die Sicherheit und Gesundheit berühren. Das SGM klärt Verantwortlichkeiten, zeigt Verbesserungspotentiale auf, koordiniert Aktivitäten und legt Messgrößen zur Erfolgskontrolle fest.

Im AUVA-SGM sind zwölf Prozesse festgelegt, mit denen sich ein Unternehmen, das sich für die Einführung des SGM entschieden hat, beschäftigen muss, um ein Zertifikat zu erhalten. Selbstverständlich sind Einführung und Nachweis des AUVA-SGM freiwillig! Die Vorgehensweise ist bei allen Managementsystemen ähnlich. Zu Beginn setzt man sich mit der Analyse des Ist-Zustands auseinander – Statuserhebung. Es folgt die Festlegung der künftigen Ziele und Indikatoren anhand der Unternehmenspolitik zu Sicherheit und Gesundheit in der Planungsphase. Ein weiterer Schritt ist die Implementierung des Sys-

tems mittels entsprechender vereinbarter Maßnahmen zur Zielerreichung. Es folgen die Kontrolle der Zielerreichung anhand der Indikatoren sowie eine Neue Statuserhebung im Management Review und Planung der weiteren Vorgehensweise.

Je nach Unternehmensgröße kann die Umsetzung des AUVA-SGM zwischen drei und achtzehn Monaten dauern, wobei dieser Zeitbedarf von Faktoren wie Umfang der Zielsetzungen, vorhandene Dokumentation zu Projektstart, Betriebsstruktur, Engagement und weiteren stark abhängt.

Wesentlicher Bestandteil des AUVA-SGM ist die Einbindung der Beschäftigten in den Prozess der Einführung des Managementsystems, da nur in Kooperation mit den ArbeitnehmerInnen die Themen Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz aktiv angegangen werden. Ein SGM hat den Zweck, die Arbeitsbedingungen in einem Unternehmen kontinuierlich zu verbessern. Es umfasst alles, was direkt oder indirekt mit Sicherheit und Gesundheit zu tun hat. Der Nutzen für den Betrieb besteht in erhöhter Mitarbeiterzufriedenheit und üblicherweise weniger Krankenständen sowie niedrigerer Fluktuation. Die Einbindung der Beschäftigten wird im Zuge einer allfälligen Zertifizierung des SGM jedenfalls überprüft.

Am Ende der Einführung des AUVA-SGM kann seit Beginn des Jahres 2006 ein Zertifikat ausgestellt werden, dieses ist jedoch nicht verpflichtend. Das Zertifikat bringt einen Wettbewerbsvorteil, da in zunehmend vielen Branchen von Auftragnehmern der Nachweis von gewissen Mindeststandards in punkto Sicherheit und Gesundheit verlangt wird.

Das AUVA-SGM entspricht voll und ganz den bestehenden internationalen und europäischen Leitlinien sowie dem Leitfaden des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit ÖSGMS.

Im Folgenden seien die wesentlichen Unterschiede der Systeme zusammengefasst:

Unterschiede zwischen den Systemen

Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme in Österreich		
SCC	OHSAS 18001	AUVA-SGM
S + G Schwerpunkt: Sicherheit	S + G Schwerpunkt: Sicherheit, Gesundheit wird „mitgedacht“	S + G Schwerpunkte: Sicherheit sowie Gesundheit
1997 Version 2007	1999 auf Basis des BS 8800 Version 2007	2002 Zertifikat möglich seit 2006
ein fixer Indikator	eigene Indikatoren	eigene Indikatoren
		Einbeziehung der Beschäftigten
kein Managementsystem, sondern Audit-Instrument	britische Norm	eigenständiges Management- system
Checkliste	keine Prozessorientierung	prozessorientiert
		entspricht sämtlichen internationalen Leitfäden zum Thema sowie Ö-SGMS
international anerkannt (EUROPA)	international bekannt	entspricht sämtlichen internationalen Leitfäden zum Thema
v. a. Petrochemie und Chemische Industrie	v. a. Großkonzerne	alle Branchen
v. a. Zulieferbetriebe	Konzerne oder Unternehmen, die bereits ein Managementsystem implementiert haben	Organisationen jeder Größe

Bei Fragen und Wunsch nach näheren
Auskünften wenden Sie sich vertrauens-
voll an

AUVA
Abteilung HUB
Frau Barbara Libowitzky
Adalbert Stifter-Straße 65
A-1200 Wien
Tel.: +43 1 33 111 DW 987
E-Mail: barbara.libowitzky@auva.at
URL: www.auva.at/sgm



ELSBETH HUBER



Unfällen und Gesundheitsbelastungen im Reinigungsgewerbe entgegenwirken

Innovative und erfolgreiche Lösungen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz werden ausgezeichnet

Projekte mit kommerziellen Zielen werden nicht berücksichtigt

DIE ARBEITSINSPEKTION INFORMIERT

Schwerpunkt der Arbeitsinspektion im Gebäudereinigungsgewerbe 2008

Aufgrund von gehäuften Unfällen und besonderen Gesundheitsbelastungen (z. B. gehäufte Hauterkrankungen durch Feuchtarbeit, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Zeitdruck) im Reinigungsgewerbe ist wegen der oft gar nicht durchgeführten oder nur sehr mangelhaft durchgeführten Gefährdungsermittlung, Unterweisung und Information Handlungsbedarf gegeben. So fehlen häufig die Unterweisung und die Information über die Benutzung der Fluchtwege, über gesundheitsförderliche Reinigungsverfahren, die Benutzung und Anwendung geeigneter Schutzausrüstung, die richtige Verwendung und den Gebrauch geeigneter Reinigungs- und falls erforderlich Desinfektionsmittel.

Ziel dieser österreichweiten Schwerpunktaktion der Arbeitsinspektion ist neben der Sammlung von aussagekräftigem Datenmaterial, auch die verstärkte Bewusstseinsbildung bei ArbeitgeberInnen und ObjektleiterInnen über die bei der Arbeit auftretenden Risiken und Gesundheitsgefährdungen.

Diese Schwerpunktaktion ist auch im Zusammenhang mit der systemischen Überprüfung des Arbeitsschutzes durch die Arbeitsinspektion zu sehen. So wird im Rahmen dieser Schwerpunktaktion neben der Gefährdungsbeurteilung auch die Tätigkeit der Präventivkräfte und die Organisation des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes beleuchtet.

Staatspreis Arbeitssicherheit 2009 des Arbeitsministeriums

Zur Förderung besonderer Leistungen im Bereich der Arbeitssicherheit auf betrieblicher Ebene und des **Schutzes der Gesundheit** der ArbeitnehmerInnen bei ihrer Arbeit verleiht der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit alle zwei Jahre den Staatspreis Arbeitssicherheit.

Mit diesem Staatspreis will das Arbeitsministerium Initiativen und Projekte auf betrieblicher Ebene (vor allem auch Kleinbetriebe) zur **Verbesserung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes** bei der Arbeit hervorheben und auszeichnen, deren innovative und erfolgreiche Lösungen im eigenen Betrieb die Qualität der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz verbessern und die auf Grund der möglichen Vorbildwirkung der Weiterentwicklung des Arbeitnehmerschutzes dienen können. Unter „Projekt“ werden alle geplanten und langfristigen Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles verstanden, die über die gesetzlich geforderten Initiativen zum Arbeitnehmerschutz hinausgehen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Unter-

nehmen sowie alle Betriebe der Gebietskörperschaften, die der Zuständigkeit der Arbeitsinspektion unterliegen, in Österreich ansässig sind und deren Projekte im eigenen Unternehmen in Österreich durchgeführt wurden.

Prämiert werden nur bereits umgesetzte Maßnahmen (Projekte und Initiativen), die in den **Zeitraum zwischen 1. Jänner 2007 und 31. Dezember 2008** fallen. Darüber hinaus kommen für einen Staatspreis nur solche Unternehmen in Betracht, die die auf sie zutreffenden Arbeitnehmerschutzvorschriften beachten. Für den Staatspreis Arbeitssicherheit können keine Projekte berücksichtigt werden, die sich mit der Entwicklung, der Herstellung und dem Einsatz von Produkten oder Dienstleistungen im Bereich der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes zu kommerziellen Zwecken beschäftigen.

Weitere Informationen sowie die erforderlichen Unterlagen finden Sie hier: <http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Schwerpunkte/Arbeitsrecht/PreisArbeitssich/default.htm>

Muskel- und Skeletterkrankungen stehen an erster Stelle bei arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen

„Pack's leichter an!“ wurde europaweit durchgeführt. Der aktuelle Abschlussbericht zu den Ergebnissen aus Österreich liegt vor

Ein österreichischer Aktionsplan für den Bereich der Nanotechnologie wird erarbeitet

Ergebnis der Informations- und Inspektionskampagne zur manuellen Handhabung von Lasten im Transport- und Gesundheitswesen 2007

Muskel- und Skeletterkrankungen stehen an erster Stelle bei arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen der europäischen ArbeitnehmerInnen. Eine Zunahme der Erkrankungen ist in allen Industriestaaten zu beobachten. Manuelle Handhabung von Lasten ist neben sitzender Tätigkeit, Zwangshaltungen, Vibrationen, Stress, Zeitdruck oder individueller Risikofaktoren eine der Ursachen für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Dies war Anlass dazu, im Jahr 2007 eine europaweite Informations- und Inspektionskampagne zur Prävention der Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in den Bereichen Transport- und Gesundheitswesen zu starten. Die Kampagne „Pack's leichter an!“ wurde 2005/2006 in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und SLIC, Senior Labour Inspectors Committee, Ausschuss Hoher Arbeitsaufsichtsbeamter, ausgearbeitet und in den 27 Mitgliedsstaaten durchgeführt. Das Projektmanagement hat die Niederländische Arbeitsinspektion übernommen.

Ein Ziel der Kampagne war die Verringerung der Erkrankungen und Fehlbelastungen des Bewegungsapparates. Für die beiden ausgewählten Berufssparten – Transportwesen und Gesundheitswesen

wurden jeweils 3 Bewertungshilfen zur Verfügung gestellt bzw. ein Stufenkonzept festgesetzt.

Die Kampagne wurde in Österreich in **104 Betrieben** des Transportwesens und **109 Betrieben** des Gesundheitswesens durchgeführt. Dabei wurden mehrere unterschiedliche Arbeitsbereiche/Arbeitsvorgänge bewertet.

Mittels Checkliste konnten im Transportwesen bei 138 und im Gesundheitswesen bei 146 Arbeitsvorgängen die Risikoerkennung durchgeführt werden bzw. mit der Risikoabschätzung (LMM) 161 Arbeitsvorgänge im Transportwesen und 157 Arbeitsvorgänge im Gesundheitswesen bewertet werden.

Mit der Durchführung der Kampagne waren 43 ArbeitsinspektorenInnen in Österreich beauftragt.

Den **aktuellen Abschlussbericht** zu den Ergebnissen der österreichweiten Kampagne (Kurz- und Langfassung) finden Sie unter: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Arbeitsstaetten/Arbeitsvorgaenge/arbeitsvorgaengeo10.htm>

Die Kampagne wird 2008 im Handel und in der Baubranche ebenfalls europaweit fortgesetzt.

Nanotechnologie – Mitarbeit der Arbeitsinspektion am „Österreichischen Nano-Aktionsplan“

Das österreichische Lebensministerium plant nach Vorbild verschiedener europäischer Länder (z. B. Schweiz, Deutschland, Niederlande) einen „Österreichischen Aktionsplan Nanotechnologie“ zu erarbeiten. Es hat dazu verschiedene Ministerien zur Kooperation eingeladen. Für das BMWA wird die Arbeitsinspektion an diesem Vorhaben mitarbeiten. Sie ist bereits mit ihrer Expertise zum Gesundheitsschutz bei der Arbeit in der „österreichischen Plattform Nanotechnologie“ vertreten. Die Plattform soll die verschiedenen nationalen Aktivitä-

ten im Bereich Nanotechnologie aufzeigen, koordinieren und zu einer ausgewogenen Behandlung der damit verbundenen Erwartungen und möglichen Risiken beitragen. Der nationale Aktionsplan soll an diese Aktivitäten anschließen und sie verstärkt auch ausländischen Partnern gegenüber sichtbar machen und Kooperationen ermöglichen. Im kommenden Herbst werden erste Details des Aktionsplanes besprochen werden.

**Einheitliches System
für die Einstufung- und
Kennzeichnung von
Chemikalien**

GHS Globally Harmonised System

Ein weltweit einheitliches System soll die aktuell in der EU geltende Chemikalien-einstufung und -kennzeichnung ablösen. Die Verabschiedung der GHS-Verordnung der Europäischen Union ist für Ende dieses Jahres vorgesehen.

Die IVSS (Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit) hat bereits diesen

Sommer eine sehr brauchbare Serie von 4 Plakaten veröffentlicht, die das alte und das künftige System übersichtlich gegenüberstellt.

Bestellt werden können diese Plakate via: <http://bgcshop.jedermann.de/shop/>



CHRISTIAN WOLF

AUS DEN ARBEITSMEDIZINISCHEN AMBULANZEN DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT WIEN

Braucht gut Ding nur Weile?

Medizin-Stories liegen im Trend. Nur ausnahmsweise gelingt es, ein Magazin zu durchblättern, ohne auf die Darstellung medizinischer Glanzleistungen zu stoßen. Die Arbeitsmedizin? Die ist da nie dabei. Aber jetzt – wie es scheint – haben es auch wir geschafft: vor kurzem ist die ehemalige Klinische Abteilung für Arbeitsmedizin ins Zentrum des Interesses gerückt. Allerdings habe ich mir den Medienauftritt so nicht vorgestellt. Über Fabrikation und Manipulation von Daten wird berichtet. Selbst internationale Medien haben ausführlich geschrieben.

So unterschiedlich die Deutungen der Ereignisse sind, eines steht fest: Zumindest eine Studie wurde nicht nach den Richtlinien von Good Scientific Practice durchgeführt und publiziert. Ob und wie viele weitere Studien betroffen sind, ist Gegenstand laufender Untersuchungen. Das wahre Ausmaß des Schadens ist daher, allen Beteuerungen zum Trotz, noch gar nicht absehbar. Selbst der Versuch eines Teils der Autoren, die Diskussion auf einschlägige Internetforen zu verlagern, hat nicht zur Entspannung und schon gar nicht zur Wahrheitsfindung beigetragen. Eher haben sich diese Aktivitäten als Eigentor erwiesen. Jedenfalls wurde ein Sittenbild nach außen getragen, das nur intern in dieser Tiefe bekannt war.

Uns – die verbliebenen MitarbeiterInnen – trifft diese Angelegenheit in einer besonders vulnerablen Phase. Die Bettenstation und damit der Status einer Klinischen Abteilung gehören der Vergangenheit an. Fast die Hälfte der ärztlichen MitarbeiterInnen ist abgewandert. Die versprochenen Belegbetten erwiesen sich bislang als Fata Morgana.

Ungeachtet dessen stellen wir uns der Herausforderung den Betrieb, trotz ruhmendem Lehrstuhl, geordnet weitergehen

zu lassen. Erwünscht sei Expansion, von neuen Ideen wird gesprochen, welche die universitäre Arbeitsmedizin auf höchstes Niveau heben sollen. Offen blieb bislang, wer denn das umsetzen soll. Und genau diese Melange aus geringen Ressourcen, generell mangelnder Akzeptanz von Arbeitsmedizin und jetzt auch noch beschädigtem Ruf ist es, die das Fundament schmälert, auf dem die Arbeitsmedizin an der MUW bestehen soll. Kann man es fähigen NachwuchsakademikerInnen verdenken, in der aktuellen Situation ihr berufliches Interesse nicht auf die Arbeitsmedizin zu konzentrieren?

Ein Krankjammern nutzt uns aber ebenso wenig. Lösungen sind gefragt. Was also können wir und was können Sie tun, um unsere Position zu stärken? Faktum ist, dass die jetzt im Fachbereich Arbeitsmedizin tätigen MitarbeiterInnen der Medizinischen Universität Wien an den zuvor erwähnten Problemen nicht oder allenfalls ganz am Rande beteiligt waren. Ein Entzug des Vertrauens trübe daher die Falschen, nämlich jene, die trotz schwieriger Umstände versuchen, das lecke Boot weiter am Schwimmen zu halten. Die bereits von einer namhaften Institution angedeutete Möglichkeit einer Sperre der Forschungsförderung würde – um bei diesem bildhaften Vergleich zu bleiben – das Leck dramatisch weiter vergrößern.

Es wäre eine Unterstützung, würden ArbeitsmedizinerInnen und Arbeitsmedizinische Zentren PatientInnen vermehrt in unsere Ambulanz zuweisen, da sich in den Ambulanzfrequenzen auch der Bedarf spiegelt. Mit stagnierenden Frequenzen lässt sich nur schwer ein Ausbau von Arbeitsmedizin argumentieren, mit steigenden Zahlen hingegen schon. Die Einbindung in Projekte könnte zu unserer Konsolidierung beitragen, ebenso wie die

Lösungen sind gefragt

Verstärkte Einbindung
in Projekte

**Optimierung der
universitären
Arbeitsmedizin**

Errichtung eines arbeitsmedizinischen Konsiliardienstes im größten Krankenhaus Österreichs. Ein solcher Dienst hätte allerdings nur Sinn, wenn er auch beansprucht würde. Abhängen wird dies, nicht zuletzt, vom Ruf unserer Einrichtung.

Vor allem sind es aber Forschung und Lehre, die zu unseren Kernaufgaben zählen. Auch hier lassen sich nur bei guter Reputation fähige MitarbeiterInnen in ausreichender Zahl finden.

Ich bitte Sie daher, unsere Anliegen zu unterstützen. Wir bekennen uns zu einer qualitativ hochwertigen Arbeit entsprechend unseren Leitlinien und zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Fordern Sie bei den Verantwortlichen die Erhaltung und Optimierung der universitären Arbeitsmedizin in Österreich ein!

Auch wenn es in Zeiten kurz vor der Nationalratswahl ein überstrapazierter Appell sein mag: Schenken Sie uns, trotz aller Vorkommnisse, Ihr Vertrauen!



Jahrestagung 2008

der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

**vom 25. bis 27. September 2008
im Kultur- und Veranstaltungszentrum Eisenstadt**

www.bgld-kulturzentren.at
Schubertplatz 6,
A-7000 Eisenstadt

Ehrenschutz:

Herr Dr. Marin Bartenstein
Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit

Herr Hans Niessl
Landeshauptmann des Landes Burgenland

Frau Andrea Faunschiel
Bürgermeisterin der Stadt Eisenstadt

Eröffnung: Freitag, 26. September

9.00–10.00 Uhr Begrüßung, Eröffnung, Grußworte

10.00–10.45 Uhr LUDWIG TELEKY-Vorlesung
Univ.-Prof. Dr. Brigitta Danuser (Lausanne):
Stressoren in der Arbeitswelt – eine psycho-physio-
logische Betrachtung

10.45–11.15 Uhr Pause, Eröffnung der Fachausstellung

Musikalische Umrahmung:
Schülerinnen und Schüler der Musikschule Eisenstadt

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währinger Gürtel 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)

Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währinger Gürtel 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 • www.facultas.at

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz