

ÖSTERREICHISCHES FORUM
ARBEITSMEDIZIN



JAHRESTAGUNG 2010
DER ÖSTERREICHISCHEN
GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSMEDIZIN

Inhalt

- Editorial 3
C. Klien, J. Godnic-Cvar
- Gesundheit, Arbeit und Migration – Belastungsfaktoren im Setting
Krankenhaus für zunehmend multikulturelle Arbeitsteams 5
U. Karl-Trummer
- „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ – Interkulturelle betriebliche
Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen 14
H. Haider, K. Korn, S. Blagojević, H. Wolf
- Maßnahmen der Erholungsförderung und Burnoutprävention 22
G. Blasche
- Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen
und bei angestellten ÄrztInnen in Wien und Niederösterreich 31
C. Troy, T. Schmid
- Zur deutschlandweiten Einbeziehung von Functional-Capacity-Evaluation (FCE)
in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit –
Erfahrungen aus verschiedenen Bundesländern 42
A. Glatz, N. Nutt, O. Kaltheier, A. Weber, H. Wallrabenstein, A. Bahemann, W. Heipertz
- Zur Geschlechtsspezifität im Erleben und Bewältigen beruflicher Belastungen –
Ergebnisse einer repräsentativen Studie bei Ärztinnen und Ärzten in Sachsen 46
E. Haufe, K. Scheuch, A. Hübler
- Geschlechtsspezifische Unterschiede der Arbeitszufriedenheit im
Notfall- und Rettungswesen 49
G. Jordakieva, I. Lukas, J. Schwarz-Herda, C. Wolf
- Chronische Berylliose als Berufskrankheit 51
J. Stückler, B. Machan
- Qualität in der Arbeitsmedizin – Auch eine Sache der Wahrnehmung 55
H. Fuchsig
- Arbeits-/Betriebsmedizin als Dienstleistungsarbeit
Soziologische und betriebsärztliche Anmerkungen zum Selbstverständnis 57
R. Müller, J. Larisch
- Kurzbericht: Marathonstudie 64
I. Lukas, E. Ponocny-Seliger, R. Winker
- Sicher mobil mit Handicaps – Vertrauliche Fahreignungsprüfung
im Vorfeld der Behörde 68
E. Grünseis-Pacher
- Medizinische Bewertung von Feinstaub 77
M. Neuberger
- Früherkennung von Haltungsschäden durch das berührungslose Messsystem
FORMETRIC® – Erste Ergebnisse des Screenings im betrieblichen Bereich 80
P. Part
- Die effiziente ERGO-PLUS-Arbeitsplatzanalyse nach Haslinger 84
D. Haslinger
- Prima Klima GmbH – Arbeitslust und Arbeitsfrust bei den Wettergottheiten 87
E. Huber
- „Viel Kompetenz im Raum“ 90
B. Schigutt
- Was heißt hier BEM? Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland –
Erfahrungen aus der Sicht der Arbeitsmedizin 92
C. Kallenberg

EDITORIAL

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

zu den Aufgaben der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin gehören das Erforschen und Aufzeigen arbeitsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen und Erkrankungen, die Förderung und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Mitwirkung bei der Gestaltung der Weiterbildung zum Facharzt/-ärztin für Arbeitsmedizin und die Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen für ärztliche und nichtärztliche Zielgruppen.

Der Schwerpunkt der Weiterbildung ist unsere arbeitsmedizinische Jahrestagung, die im vergangenen Jahr in Villach stattgefunden hat. Die vorliegende Ausgabe der ÖFAM verdeutlicht die hohe Qualität der Wissensvermittlung dieser Veranstaltung.

Die Jahrestagung 2011 findet vom 3.–5. 11. im Museumsquartier in Wien statt. Weitere Fixpunkte sind der Workshop „Lunge – Umwelt – Arbeitsmedizin“ am 4. und 5. März in Linz sowie am 13. und 14. Mai das „Wiener Forum Arbeitsmedizin“, das sich dem Thema Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie widmen wird.

Arbeitsmedizin lebt von der Zusammenarbeit und dem gegenseitigen Austausch sowohl medizinischer als auch nichtmedizinischer Fachdisziplinen. Je besser wir uns vernetzen und je intensiver wir Qualitätsoptimierung umsetzen, umso höher wird der Stellenwert der Arbeitsmedizin in der Ärzteschaft, in der Wirtschaft, in der Politik und in der Gesellschaft sein.

Ich wünsche Ihnen ein erfolgreiches Jahr 2011 mit vielen arbeitsmedizinisch erfüllenden Momenten.

Ihre Christine Klien
Präsidentin

Besuchen Sie unsere Homepage www.gamed.at.



CHRISTINE KLIEN
PRÄSIDENTIN DER
ÖSTERREICHISCHEN
GESELLSCHAFT FÜR
ARBEITSMEDIZIN
GESCHÄFTSFÜHRE-
RIN DER AMECO
HEALTH PROFES-
SIONALS GMBH
RHEINSTR. 61,
6900 BREGENZ
VORARLBERG
CHRISTINE.KLIEN@
AMECO.AT



JASMINKA
GODNIC-CVAR
LEITERIN DES
INSTITUTS FÜR
ARBEITSMEDIZIN
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT WIEN
UNIVERSITÄTSKLINIK
FÜR INNERE
MEDIZIN II
WÄHRINGER GÜRTEL
18–20, 1090 WIEN
TEL.: +43/1/
40 400 4700
FAX: +43/1/ 408 8011
E-MAIL: JASMINKA.
GODNIC-CVAR@
MEDUNIWIEN.AC.AT

ERFOLG DER JAHRESTAGUNG 2010 DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR ARBEITSMEDIZIN IN VILLACH

Wir als Gesellschaft werden immer besser und das „WIR“ ist bereits eine greifbare Größe geworden. Wir werden dank der Präsidentin, dem Vorstand, dem wissenschaftlichen Beirat und allen Mitgliedern, die die Ideen und Bemühungen der Gesellschaft unterstützen, bald eine gut strukturierte, aktive, am Puls der Zeit wirkende Gesellschaft.

Das Programm der Jahrestagung war, meiner Meinung nach, besonders aktuell und deckte einen weiten Bereich der brisanten Themen in der Arbeitsmedizin ab. Die Beteiligung war diesmal mit mehr als 250 TeilnehmerInnen ebenfalls ein Erfolg.

Den Auftakt zur Tagung machte Frau Prof. Dr. Kautzky-Willer mit der „Ludwig Teleky Vorlesung“ zum Thema Gendermedizin. Sie begeisterte uns mit ihren fundierten und auch auf den Bedarf der Arbeitsmedizin zugeschnittenen Einschätzungen. Die Genderaspekte in der Arbeitsmedizin sind bisher nur sporadisch und unzureichend untersucht. Dieser Vortrag sollte als Anstoß für uns alle fungieren, unsere Betrachtungen, Projekte und Analysen zu diesem Aspekt zu beleuchten und im zweiten Schritt Wege zu finden, um diese in die Praxis umzusetzen.

Die „Posterpräsentation“, die diesmal mit lediglich vier Postern belegt war, stellt eine wunderbare Möglichkeit dar, kleinere Unternehmungen (Projekte), Falldarstellungen und Analysen einer Problematik aufzuzeigen. Mein Appell an ArbeitsmedizinerInnen: Nutzen Sie diese Möglichkeit, um aktiv zu werden und Ihre eigene Arbeit darzustellen. Das gleiche gilt auch für die Rahmenveranstaltung „Aus der Praxis – für die Praxis“. Teilen wir auf diese Weise unsere Erfahrungen anhand praktischer Beispiele!

Die Arbeitsgruppen sind schon bewährte Treffpunkte, die die Zusammenarbeit und Hands-on-Strategie fördern. Sie wurden auch diesmal von den TeilnehmerInnen besonders positiv erlebt.

Das Thema „Arbeitsmedizin zwischen Theorie und Praxis“ konnte – so hoffe ich – die Möglichkeiten des Austausches zwischen diesen beiden Bereichen, die eben nur dann gut funktionieren, wenn dieser Austausch auch tatsächlich umgesetzt wird, aufzeigen und die Bereitschaft für diese Zusammenarbeit fördern.

Wir haben noch einen langen und holprigen Weg vor uns, auf dem es die Bedeutung des Faches für die Betriebs- und Volkswirtschaft zu beweisen gilt und gleichzeitig die Affirmation des Faches Arbeitsmedizin unter den anderen medizinischen Fächern zu erlangen ist. Die Zusammenarbeit unter uns ArbeitsmedizinerInnen mit verschiedenen Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen können unsere Arbeit nur bereichern, unsere Betrachtungsweisen erweitern und uns ein besseres Image verschaffen.

In diesem Jahr erwarten uns einige neue Herausforderungen und Treffen, auf die ich mich freue.

Diese Ausgabe des „Österreichischen Forum Arbeitsmedizin“, die unserer Jahrestagung gewidmet ist, wird uns allen – so hoffe ich – von Nutzen sein.

Viel Freude und Erfolg im Jahr 2011!

Univ.-Prof. Dr. Jasminka Godnic-Cvar

**Rückgang der
Geburtenrate, Anstieg
der Todesrate**

**Positive Netto-
Migration für Bevöl-
kerungswachstum**

**Demographische
Entwicklung zeigt
aktives Ankurbeln der
Zuwanderung von
Gesundheitspersonal**

GESUNDHEIT, ARBEIT UND MIGRATION

Belastungsfaktoren im Setting Krankenhaus für zunehmend multikulturelle Arbeitsteams

Einleitung: gesellschaftliche Relevanz des Themas Gesundheit, Arbeit und Migration

Zunehmende Migrationsprozesse und daraus resultierende ethnische/kulturelle Heterogenität sind eine sozial notwendige und irreversible Realität Europas: Europa braucht für seine nachhaltige Weiterentwicklung erfolgreiche Migration. Eurostat (2008) prognostiziert ein Ansteigen der Bevölkerungszahl der EU 27 von 495 Millionen (Stand 1. Jänner 2008) auf 521 Millionen im Jahr 2035, mit einem Abfall auf 506 Millionen im Jahr 2060. Für den Zeitraum von 2008–2060 ist ein Rückgang der jährlichen Anzahl der Geburten und gleichzeitiges Ansteigen der jährlichen Todesrate vorausgesagt, wobei ab 2015 die Todesrate jene der Geburten übersteigen wird. Positive Nettomigration ist bei dieser Prognose der einzige Faktor für Bevölkerungswachstum. Bereits seit den 1990er Jahren stellte die positive Nettomigration (d. i. mehr Zu- als Abwanderung) den größten Anteil von Populationsveränderungen in den meisten EU-Mitgliedsstaaten¹ dar.

Die demografische Entwicklung von alternden Gesellschaften erzeugt auch zunehmenden Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, der von ebenfalls alternden Gesundheitsfachkräften gewährleistet werden soll. In Ländern wie Dänemark, Island, Norwegen, Schweden und Frankreich ist eine zunehmende Ergrauung der im Pflegebereich tätigen Arbeitskräfte dokumentiert: Das Durchschnittsalter der Pflegekräfte beträgt hier 41–45 Jahre. Im Vereinigten Königreich ist eine von 5 Pflegekräften älter als 50 Jahre alt und beinahe die Hälfte ist bereits über 40. Bei den jüngeren Pflegekräften ist hingegen ein Rückgang zu beobachten. Ähnliche Trends lassen sich bei den ÄrztInnen ausmachen. In Frankreich waren im Jahr 1985 noch 55 % der ÄrztInnen unter 40 Jahre alt, diese Zahl ist im Jahr 2000

auf 23 % gesunken. Eine Erhebung im Vereinigten Königreich aus dem Jahr 2001 hat ergeben, dass nur 19 % der Konsiliarärztinnen in einem Alter unter 40 Jahren waren, während rund 40 % bereits über 50 waren und voraussichtlich in den nächsten 10–15 Jahren in den Ruhestand treten werden (vgl. Dubois et al. 2008: 19 f.).

Zu den Sektoren, die steigenden Bedarf an Arbeitskräften haben, ohne diese am heimischen Arbeitsmarkt rekrutieren zu können, gehört aus diesen Gründen insbesondere auch der Gesundheitsbereich, der von der ILO, der International Labour Organization, als stark globalisierter Arbeitsmarkt definiert wird (Clark et al. 2007). Die demografische Entwicklung in den meisten wohlhabenden europäischen Ländern mit einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung wie auch des Gesundheitspersonals lässt darauf schließen, dass diese Länder die Zuwanderung von Gesundheitspersonal in den nächsten Jahren weiter aktiv ankurbeln werden (vgl. Buchan 2008: 22). Die OECD spricht von einer „Looming Crisis in the Health Work Force“ (OECD 2008) mit zunehmender Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in einer älter gewordenen Gesellschaft mit gleichzeitigem Mangel an ausgebildetem Gesundheitspersonal (Clark et al. 2007: 5).

Zunehmende Migration von Gesundheitspersonal kann dabei gleichzeitig als Ursache und Folge von Knappheit in einem globalisierten Arbeitsmarkt (OECD 2010) betrachtet werden. Für 2006 schätzte die WHO eine weltweite Knappheit von Gesundheitspersonal von über 4,3 Millionen Personen, insbesondere in einkommensschwachen Ländern: 36 von 57 Ländern mit kritischer Knappheit waren subsaharische Länder Afrikas, die unter der Abwanderung von Gesundheitspersonal leiden.

Schätzungen der EC DG Sanco für 2020 für die EU (Neubauer und Kidd 2010) ge-

**Wichtigste Herkunftsländer EU-weit:
Deutschland,
Polen, Slowakei,
Tschechische Republik**

**Spitäler gelten als
eines der belastendsten
Arbeitssettings**

**Strukturelle Faktoren
und körperliche
Belastungen als
belastende Faktoren
der psychosozialen
Gesundheit**

**In Österreich: 14,5 %
der Pfleger, 14,6 % der
Ärztinnen im Ausland
geboren**

hen davon aus, dass ca. 1.000.000 Gesundheitsarbeitskräfte fehlen werden, darunter 590.000 Pflegekräfte, und rund 15 % der notwendigen Pflege nicht abgedeckt werden wird.

Eine der fünf politischen Grundausrichtungen der Europäischen Union ist es, sich aktiv der Aufnahme und Integration von MigrantInnen zu widmen. Um den Bedarf des europäischen Arbeitsmarktes zu decken, wird es als notwendig erachtet, qualifizierte Arbeitskräfte von außen anzuziehen und wirtschaftlich und sozial einzugliedern (vgl. Europäische Kommission 2006).

Bezogen auf Gesundheitsberufe muss dabei berücksichtigt werden, dass das Spital laut Studien der European Agency for Safety and Health at Work² als eines der belastendsten Arbeitssettings gilt. Neben strukturellen Faktoren wie biologischen, chemischen und radioaktiven Substanzen sowie körperlichen Belastungen durch spezifische Arbeitshaltungen und Bewegungen werden als Belastungen für die psychosoziale Gesundheit komplexe Arbeitsabläufe mit gleichzeitig geringem Ausmaß an Selbstkontrolle und mangelhaft entwickelter Teamarbeit genannt. Krankenhäuser und Pflegeheime sollen daher besonders darauf achten, unnötige Belastungen am Arbeitsplatz für zunehmend kulturell heterogene MitarbeiterInnen möglichst niedrig zu halten, um deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen bzw. nicht zu gefährden.

MigrantInnen und Menschen mit Migrationshintergrund als MitarbeiterInnen in österreichischen Gesundheitsorganisationen

Das österreichische Gesundheitswesen ist bereits seit den 1960er Jahren, als Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien nach Österreich angeworben wurden, Zielland für Gesundheitsberufe (vgl. Lenhart/Österle 2007: 9).

Aktuelle Daten aus Österreich zu MigrantInnen im Gesundheitswesen nennen 14,6 % im Ausland geborene ÄrztInnen und 14,5 % im Ausland geborene Pflegekräfte im Jahr 2001 (Dumont/Zurn 2007, Buchan 2008) mit Anteilen aller Pflegekräfte mit nichtösterreichischem Ausbil-

dungshintergrund von 10,5 % in österreichischen Alten- und Pflegeheimen und 8,2 % in Krankenanstalten. Davon haben rund 61 % ihre Ausbildung in einem anderen EU-Land, 39 % in einem Drittstaat absolviert. Als wichtigste Herkunftsländer werden hinsichtlich der Europäischen Union Deutschland, Polen, die Slowakei und die Tschechische Republik, in Bezug auf Drittstaaten Bosnien-Herzegowina, Kroatien, die Philippinen und Indien genannt (Lenhart/Österle 2007).

Für zukunftsorientierte arbeitsmedizinische Ansätze gewinnt die Thematik von Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus/Pflegeheim damit an diversitätsspezifischer Brisanz: Wie kann es gelingen, die notwendigerweise steigenden Anteile von migrantischem Gesundheitspersonal zu stützen und deren Gesundheit gemeinsam mit der Gesundheit der „einheimischen“ Arbeitskräfte zu fördern?

Fragestellungen

Dieser Artikel widmet sich zwei wesentlichen Fragestellungen als erste Bausteine für eine notwendige Wissensbasis, um den Herausforderungen, die sich aus den geschilderten Veränderungen europäischer Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsberufe ergeben, zu begegnen:

1. Was sind wesentliche Belastungsfaktoren für MitarbeiterInnen im Krankenhaus? Was sind erlebte Belastungen und welche wirken am stärksten auf Gesundheit?
2. Welche dieser Belastungsfaktoren sind von besonderer Relevanz
 - a) für migrantische Arbeitskräfte und
 - b) werden mit der sich verändernden Zusammensetzung von Arbeitsteams an Relevanz zunehmen?

Verwendete Methoden

Für die Bearbeitung dieser Fragen werden empirische Ergebnisse aus zwei Studien herangezogen:

1. der vom BMWF finanzierten Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“³, in der 2006 in sechs österreichischen Krankenhäusern MitarbeiterInnenbefragungen zu Gesund-

heit und Belastungsfaktoren durchgeführt wurden. Der Migrationshintergrund von MitarbeiterInnen wurde nicht erhoben. Die Studie liefert aber statistisch gesicherte Ergebnisse zu Wirkfaktoren auf Gesundheit und Belastungen von MitarbeiterInnen allgemein.

2. der „Migrant Nurses Study“, einer 2009 mit privaten Fördermitteln durchgeführten Studie in Kooperation der Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, mit dem Zentrum für Gesundheit und Migration der Trummer & Novak-Zezula OG, einem privaten Forschungs- und Beratungsinstitut. Die Studie verbindet den qualitativen Zugang biografischer Interviews mit einer quantitativen Auswertung über ausgewählte Inhalte. Mit 43 migrantischen Pflegekräften wurden biografische Interviews zu Migrations- und Integrationserfahrungen geführt und transkribiert (Karl-Trummer et al. 2010). Für 10 Interviews wurde neben der quantitativen Erfassung der Hauptthemen auch eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

Grenzen der präsentierten Studien

Beide Studien haben in Bezug auf das behandelte Thema klare Einschränkungen. In der GMK-Studie wurde der Migrationshintergrund der Befragten nicht erhoben, es ist weiters anzunehmen, dass in der Stichprobe migrantische Arbeitskräfte unterrepräsentiert sind. Aussagen für diese spezifische Zielgruppe können damit nicht getroffen werden. In der MNS ist durch den Zugang über Studierende der Universität Wien zum Feld ein Bildungsbias anzunehmen, der in weiterführenden Analysen bestätigt wurde. Die Zusammenschau der beiden Studien versteht sich daher vor allem als Anregung für notwendige spezifischer fokussierte wissenschaftliche und praxisrelevante Arbeiten zum Thema.

Ausgewählte Ergebnisse aus der Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ (GMK)

Stichprobenbeschreibung

In der Studie „Gesundheit – MitarbeiterInnen – Krankenhaus“ (GMK) wurde für jedes der 6 teilnehmenden Krankenhäuser eine nach Berufsgruppen und Organisationseinheiten repräsentative Stichprobe gezogen. Die Stichprobe insgesamt umfasst $n = 2.190$ (Rücklauf im Durchschnitt 54,2 %). Rund 77 % der Befragten sind weiblich, 57,5 % sind 40 Jahre oder älter. 16,5 % üben eine Leitungsfunktion aus und 20,2 % sind teilzeitbeschäftigt. Den höchsten Anteil der Berufsgruppen stellt das Pflegepersonal mit 54,4 %, 10,8 % sind ÄrztInnen, 10,2 % medizinisch-technisches und therapeutisches Personal, 9,3 % Verwaltungspersonal, 15,2 % andere Berufsgruppen (insbesondere Raumpflege, Technik). Der Migrationshintergrund von MitarbeiterInnen wurde nicht erhoben. Die Studie liefert aber statistisch gesicherte Ergebnisse zu Wirkfaktoren auf Gesundheit und Belastungen von MitarbeiterInnen allgemein.

Belastungsfaktoren und Wirkfaktoren auf Gesundheit

Die statistischen Analysen zeigen, dass subjektiv erlebte Belastungen ein wesentlicher Wirkfaktor auf die Gesundheit von MitarbeiterInnen sind, und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil. In der Studie wurde zwischen erlebten Belastungen auf psychischer (emotionaler) und physischer Ebene unterschieden. Nachstehende Grafik zeigt die Zusammenhänge zwischen subjektiv erlebter Belastung und Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlfühlen am Arbeitsplatz auf. Dabei zeigt sich, dass insbesondere der erlebten emotionalen Belastung eine wesentliche Bedeutung zukommt (siehe Abbildung 1).

Betrachtet man das Ausmaß subjektiv erlebter Belastungen, zeigt sich ein unterschiedliches Bild für die einzelnen Berufsgruppen. Bei ÄrztInnen überwiegt die emotionale Beanspruchung, Pflegeperso-

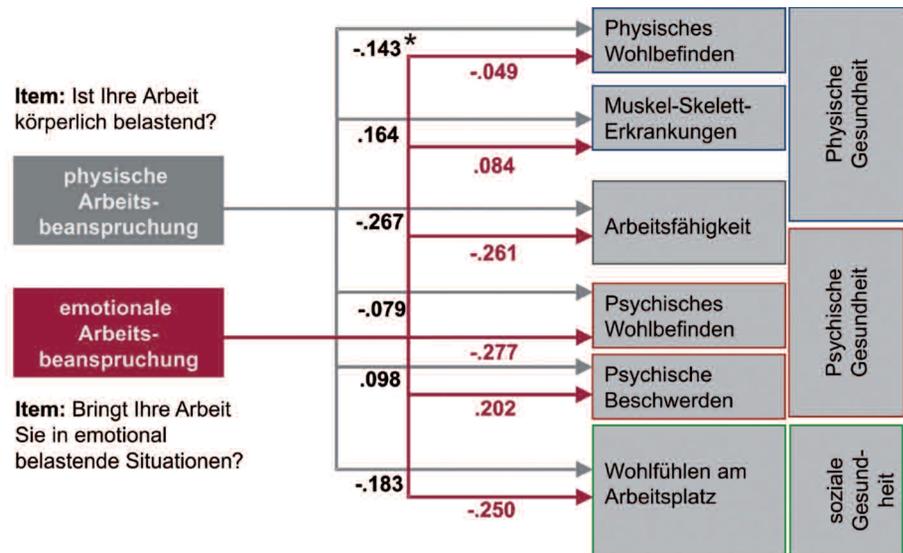


Abb. 1

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

Nahezu 1/3 aller Mitarbeiter gibt an, Gefühle und Meinungen unterdrücken zu müssen

nen fühlen sich mehr physisch beansprucht. Diese beiden Berufsgruppen weisen auch den höchsten Anteil an MitarbeiterInnen auf, die sich sowohl emotional als auch physisch belastet fühlen: 41,4 % der Pflegepersonen und 34,5 % der ÄrztInnen. Über alle Berufsgruppen hinweg beträgt der Anteil der Hochbelasteten rund ein Drittel. Dieser Anteil ist konstant für alle Altersgruppen und nach der Dauer der Berufszugehörigkeit (siehe Abbildung 2).

Die folgenden Grafiken zeigen dies anhand der Beta-Koeffizienten im Kontext des Gesamtmodells (siehe Abbildung 3).

Das Belastungsausmaß Gefühls- und Meinungskontrolle ist dabei für rund ein Drittel aller MitarbeiterInnen beträchtlich: 29,8 % geben an, ihre Gefühle und Meinungen an ihrem Arbeitsplatz immer oder oft unterdrücken zu müssen, am häufigsten davon betroffen sind das Verwaltungspersonal mit 32,6 %, ÄrztInnen mit 32,3 % und Pflegepersonen mit 31,7 %.

Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle

Der Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle kann als von besonderer Relevanz für migrantische Arbeitskräfte angenommen werden. Ebenso kann Gefühls- und Meinungskontrolle als von gesteigerter Relevanz für einheimische Arbeitskräfte gesehen werden, die zunehmend gefordert sind, in multikulturell zusammengesetzten Teams zu arbeiten,

Besondere Relevanz von Gefühls- und Meinungskontrolle für migrantische Arbeitskräfte

Die statistischen Analysen zeigen, dass sowohl für psychische/emotionale wie auch für physische Belastung Gefühls- und Meinungskontrolle den größten Einflussfaktor darstellt.

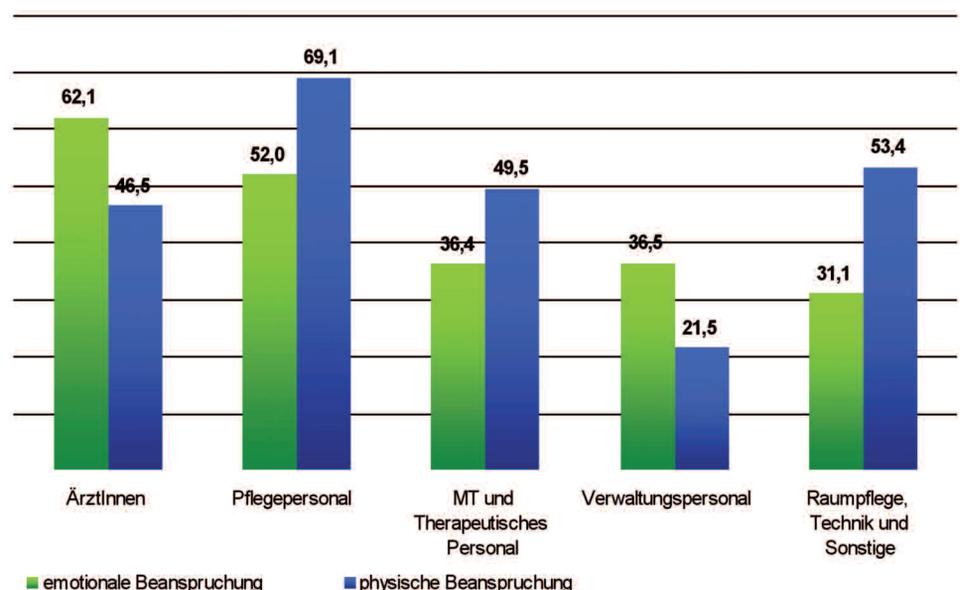


Abb. 2

Belastungsfaktoren und Wirkfaktoren auf Gesundheit

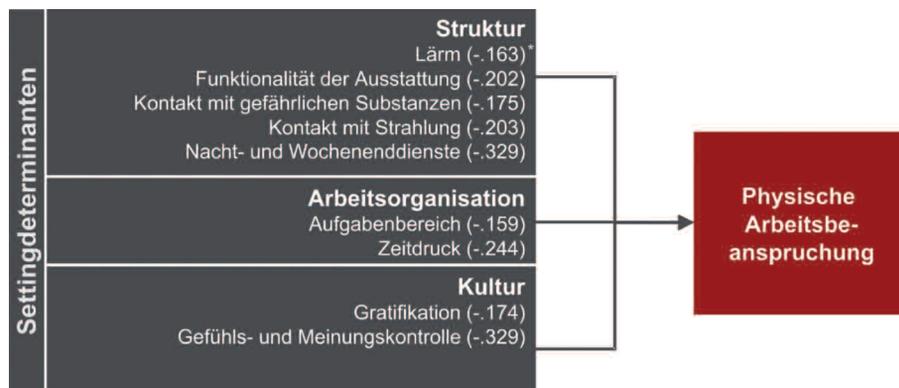


Abb. 3

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

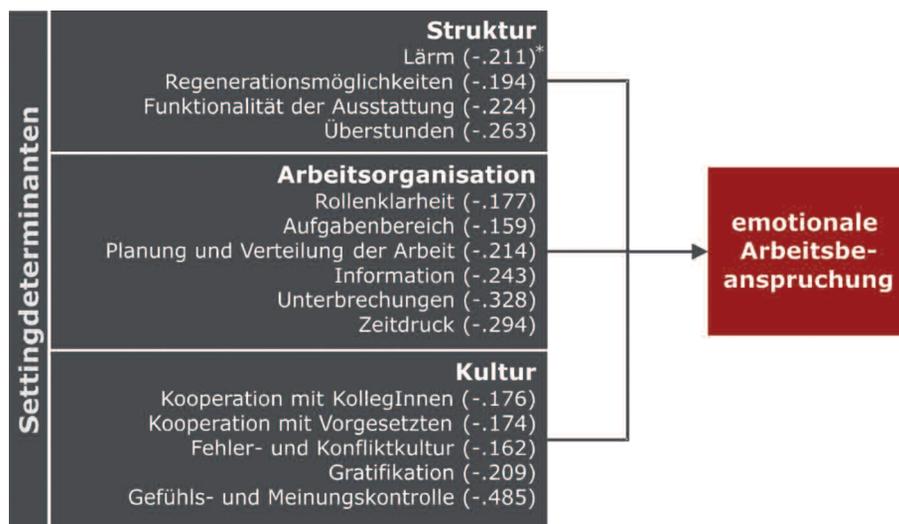


Abb. 4

* Beta-Koeffizienten (> .150) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit, Berufsgruppe und Lebensstil

Sprach- und Kommunikationsprobleme, ungleiche Behandlung, mangelnde Unterstützung, ungenügende Orientierung

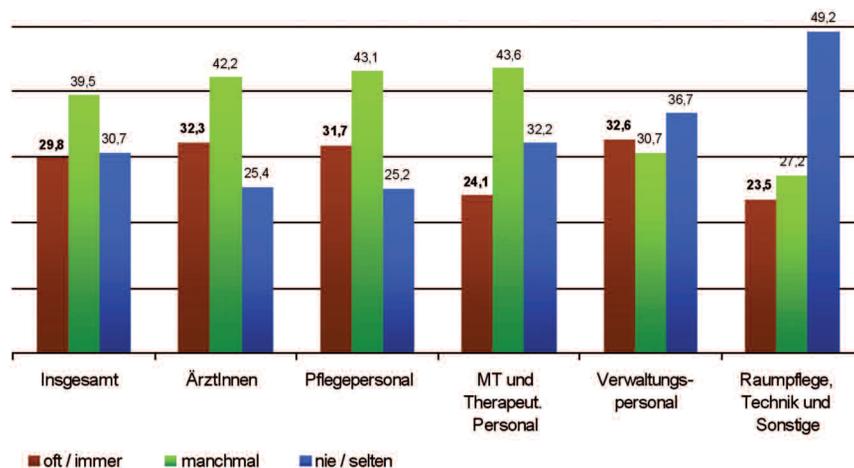


Abb. 5

ohne dabei Unterstützung für die damit steigenden Anforderungen an Beziehungsmanagement und Kooperationsformen zu bekommen.

Herausforderung der Integration migrantischer Pflegekräfte

Internationale Studien machen deutlich, dass die Eingliederung von migrantischen Pflegekräften häufig mit psychischen Be-

lastungen verbunden ist. Ein Review von 29 Studien aus Australien, Kanada, Island, dem Vereinigten Königreich (UK) und den USA (Kawi/Xu 2009) nennt v. a. Sprach- und Kommunikationsprobleme, das Erleben ungleicher Behandlung, mangelnde Unterstützung und ungenügende Orientierung als Belastungsfaktoren.

Eine Überblicksstudie (Xu 2007) über 17 Erhebungen zur Situation von Pflegepersonen aus Asien identifiziert Kommunikation, Unterschiede in Pflegepraktiken,

Eingliederung von migrantischen Pflegekräften ist häufig mit psychischen Belastungen verbunden

Diskriminierungserfahrungen vor allem bei dunkelhäutigen Arbeitskräften

Erlebte Dequalifizierung, Verbot der Muttersprache, erlebte Diskriminierung

Gemeinsame Arbeitssprache für Teams

Marginalisierung/Diskriminierung/Ausbeutung sowie kulturelle Dissonanzen als die wichtigsten Themen.

Ergebnisse einer Studie mit 40 qualitativen Interviews mit migrantischem Pflegepersonal weisen speziell für dunkelhäutige Befragte auf Diskriminierungserfahrungen seitens KollegInnen und Vorgesetzten hin (Timonen/Doyle 2010). Eine qualitative Untersuchung mit Fokusgruppen zu Erfahrungen von dunkelhäutigen Pflegekräften aus Asien, Afrika und den karibischen Inseln identifiziert u. a. Dequalifizierung, Diskriminierungserleben und Selbstanschuldigung bei Problemen mit der Arbeit bzw. Kooperation als belastende Phänomene (Alexis et al. 2007).

Ergebnisse aus der „Migrant Nurses Study“

Stichprobenbeschreibung

Auswahlkriterium zur Aufnahme in die Stichprobe sind die Absolvierung der Ausbildung zur Pflegekraft im Herkunftsland bzw. außerhalb von Österreich und die Beschäftigung in einer österreichischen Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus oder Pflegeheim). Die Stichprobenziehung erfolgte mittels Schneeballtechnik. Die Stichprobengröße beträgt $n = 43$, mit einem deutlichen Frauenüberhang von 93 % und einer Altersverteilung zwischen 25 und 59 Jahren. Die Mehrzahl der Interviewten (11 Personen) stammt aus der Slowakei, fünf Personen aus Polen, jeweils vier aus Bosnien-Herzegowina und den Philippinen. Drei der Interviewten sind serbischer Herkunft, jeweils zwei der Befragten kommen aus China, Deutschland, Indien, Ungarn, Weißrussland. Von den restlichen Befragten stammt jeweils eine aus Brasilien, Indonesien, Kroatien, Mazedonien, Rumänien, und Tschechien. Damit sind 16 Herkunftsländer in der Stichprobe vertreten.

22 der Befragten haben die österreichische Staatsbürgerschaft angenommen, die übrigen Befragten (21 Personen) haben die Staatsbürgerschaft ihres Herkunftslandes behalten. Alle Befragten haben die Ausbildung zur Diplomierten KrankenpflegerIn absolviert. 35 Personen arbeiten auch in dem ausgebildeten Be-

ruf, zwei Interviewpartnerinnen sind als Pflegehelferinnen tätig und eine Person arbeitet als persönlicher Assistent. Fünf der Personen sind zum Interviewzeitpunkt nicht berufstätig.

Aus den Ergebnissen lassen sich u. a. drei Bereiche identifizieren, die mit dem Belastungsfaktor Gefühls- und Meinungskontrolle in Verbindung gesetzt werden können:

1. erlebte Dequalifizierung: nicht tun dürfen, was man kann und gelernt hat,
2. das Verbot der Muttersprache,
3. erlebte Diskriminierung: zu spüren bekommen, dass man abgelehnt wird, in einem Umfeld, das Diskussionen darüber nicht begünstigt.

Diese drei Bereiche erscheinen von besonderer Relevanz, da es sich um notwendige bzw. schwer vermeidbare Phänomene handelt: Dequalifizierung ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)⁴, das pflegerische Tätigkeiten stärker von ärztlichen Tätigkeiten abgrenzt.

Eine gemeinsame Arbeitssprache ist notwendig, um in multikulturell zusammengesetzten Teams arbeiten zu können. Und PatientInnen, die sich gegenüber migrantischen Pflegekräften ablehnend verhalten, müssen trotzdem versorgt werden.

In Folge werden diese drei Bereiche mit qualitativen und quantitativen empirischen Ergebnissen der Studie illustriert.

Erlebte Dequalifizierung

Die emotionale Belastung von erlebter Dequalifizierung wird in allen 10 inhaltsanalytisch bearbeiteten Interviews deutlich.

„Hier darf man kann gar nix machen. Ich als Pflegehelferin ich tu nur Bett putzen, Blutdruck messen, Blutzucker, das wirkliche schreckliche Tätigkeit. Bei uns, in unsere Land, eine Krankenschwester, wenn ich in OP [Operationssaal], ich übernehme einen Patienten in OP-Bereich oder vor den OP oder nach den OP. [...] wir arbeit zusammen mit dem Narkose-Team und Arzt. Katheter setzen, Infusion, Blut abnehmen, alles ist alles von uns gemacht.“ (B10, S 122, Z 87–93)

„In Polen die Krankenschwestern die Tätigkeiten von Krankenschwestern sind mehr so in Richtung medizinische Tätigkeiten verschoben, also da im Prinzip nimmt man in der Früh Blut ab, gibt Spritzen arbeitet man Visite aus auch so, ich habe Magensonden eingesetzt und zur Magensaftuntersuchung als Schüler was da überhaupt ja überhaupt nicht in Frage kommt. Bluttransfusionen machen auch die Schwestern. Also kein Arzt sticht in Polen in die Vene.“ (B1, S 5, Z 135–141)

„Ich hab mehr mehr gewusst, also wie ich durfte machen. [...] Das war blöd, das war blöd, weil die Umstellung darf ich das nicht machen, das muss ich melden, [...] das ist sicher ah war nicht einfach.“ (B8, S 97, Z 77–84)

„[...] ich habe alles gemacht, was hier Turnusärzte machen. [...] Und für mich war die Anfang sehr schwierig, weil meine Hände ungefähr waren wie gebunden.“ (B6, S 75, Z 122–124)

Gebundene Hände, das Gefühl von Entwertung – das tut weh, ist aber hinzunehmen als notwendige Anpassung an ein anderes Regelwerk. Es darf davon ausgegangen werden, dass Gefühls- und Meinungskontrolle hier eine wichtige Rolle spielt.

Das Verbot der Muttersprache

Die Verwendung einer gemeinsamen Arbeitssprache ist eine Notwendigkeit, die von der Organisation bzw. von Führungskräften als deren RepräsentantInnen klar kommuniziert wird:

„[...] Es wird verlangt, dass man deutsch spricht, auch wenn zwei, wo beide Nationalitäten sind, auf einer Station wird doch ah vom Vorgesetzten erwartet, dass man deutsch spricht und nicht irgendwie eigene Sprache spricht.“ (B1, S 7, Z 218–221)

Es zeigt sich in den qualitativen Analysen, dass dies von migrantischen Pflegekräften auch akzeptiert und selbst eingefordert wird. Sprache wird in seiner Bedeutung als Brücke und Barriere erkannt.

„Ich mag nicht, dass die Kolleginnen [...] vor andere Kolleginnen, die aus andere Länder kommen, so eigene Muttersprache

sprechen. Da störe ich mich ah es stört mich schon. [...] ich spreche mit einer Kollegin chinesisch nur, wenn wir zu zweit sind, [...] aber sobald auf der Station der Dritte da ist, sprechen wir deutsch. Ich mag das nicht, das ist ah, das ist das ist nicht gut eigentlich.“ (B7, S 93, Z 381–387)

Sprache ist aber auch ein Stück Heimat. Aus den Interviews wird deutlich, dass der Verzicht auf die Verwendung der Muttersprache, insbesondere bei Verfügbarkeit von GesprächspartnerInnen, schwierig ist.

„Es ist so genau, wenn wir Beispiel wir sind jetzt drei oder vier aus mein Land, ja und automatisch wir sehen uns, sofort weißt du, slowakisch, ja. Oder oder Beispiel gibt's von Jugoslawia die Kollegin auch, und die redet das ist ähnlich wie slowakisch, das geht so automatisch, das weißt du, das ist von Übungen, geht so bei reden.“ (B3, S 47, Z 677–680)

Erlebte Diskriminierung

Diskriminierungserfahrungen werden mehr oder weniger mit allen InteraktionspartnerInnen gemacht, sowohl mit KollegInnen und Vorgesetzten als auch mit PatientInnen. „Führend“ dabei ist Diskriminierung durch PatientInnen, die von einem Viertel der Befragten berichtet wird. Diskriminierung durch jene Personen also, die als „Kunden“ gewisse Privilegien in Anspruch nehmen können. Es scheint der Schluss zulässig, dass der Umgang mit erlebter Diskriminierung ein gewisses Ausmaß an Gefühls- und Meinungskontrolle erfordert.

Abbildung 6 zeigt das Ausmaß erlebter Diskriminierung in der Gesamtstichprobe (n = 43).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz Spital/Pflegeheim zunehmen werden – zum einen durch die zunehmenden Anteile von migrantischen Pflegekräften mit spezifischen Belas-

„Gebundene Hände, das Gefühl von Entwertung – das tut weh“

Erlebte Diskriminierung häufig durch PatientInnen

Die Sprache als Brücke und Barriere zugleich

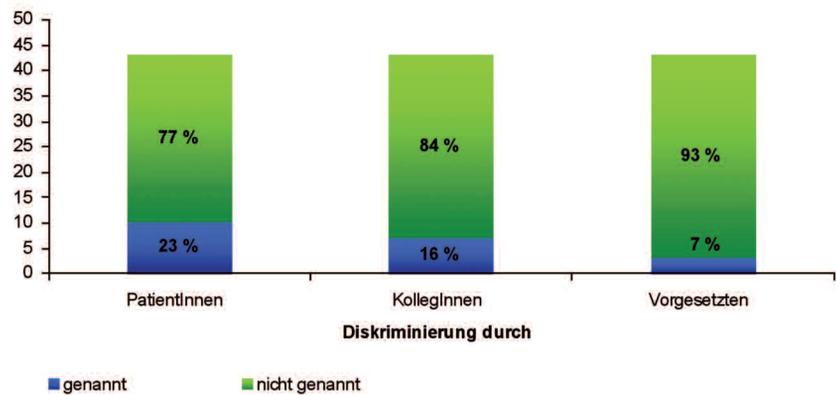


Abb. 6

„Diversity“ auch in Arbeitsmedizin gefragt

tungsprofilen, zum anderen durch die für alle Beteiligten notwendige Adaptierungs- und Lernleistung im Arbeiten in multikulturell zusammengesetzten Behandlungsteams.

Damit ist „Diversity“ auch in der Arbeitsmedizin gefragt: zum einen die Berücksichtigung von verschiedenen Belastungsprofilen in multikulturellen Teams, zum anderen die Beachtung neuer v. a. psychischer Belastungen, die sich durch Anforderungen der Integration und durch die notwendig zu leistende Entwicklung neuer Kooperationsformen ergeben.

Fazit und Empfehlungen

MitarbeiterInnen im Krankenhaus sind starken Belastungen im Arbeitsumfeld ausgesetzt. Gefühls- und Meinungskontrolle ist dabei als Faktor, der das Gefühl von psychischer/emotionaler und physischer Belastung beeinflusst, zu beachten.

Gefühls- und Meinungskontrolle wird in den sich verändernden Arbeitsbedingungen mit zunehmend multikulturell zusammengesetzten Behandlungsteams eine zunehmende Rolle spielen. Dies in zweierlei Hinsicht:

1. als Belastungsfaktor, der zunehmen wird und der beobachtet und bearbeitet werden sollte;
2. als notwendige bzw. als Ressource nutzbare Anforderung in einem Arbeitsumfeld, das nicht das Paradies ist.

Insbesondere die „Migrant Nurses Study“ zeigt, dass Belastungsfaktoren, die Gefühls- und Meinungskontrolle notwendig machen, der Situation inhärent sind. Das legt einen Ansatz nahe, der Gefühls- und Meinungskontrolle nicht nur als Stressor sieht, sondern als nutzbare Coping-Strategie

und entwickelbare Methode. Um dies zu leisten, muss auch ein Rahmen oder Raum geschaffen werden, in dem Gefühle und Meinungen ihren Platz finden. Klassische Ansätze auf Interventionsebene sind dafür z. B. Balint-Gruppen und Teamentwicklungsprozesse.

Arbeitsmedizinische Untersuchungen und Interventionen sind auf alle Fälle gefordert, dem Dreieck Gesundheit – Arbeit – Migration zunehmend Beachtung zu schenken.

Anmerkungen

- ¹ in diesem Zeitraum noch nicht die EU 27
- ² <http://europe.osha.eu.int/>
- ³ <http://www.trafo-research.at/cms/scripts/active.asp?vorlage=3&id=343&rubrik=343>
- ⁴ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) BGBl. I Nr. 108/1997 idGF BGBl. I Nr. 95/1998, BGBl. I Nr. 65/2002, BGBl. I Nr. 6/2004, BGBl. I Nr. 69/2005, BGBl. I Nr. 90/2006 und BGBl. I Nr. 57/2008.

Literatur

- Alexis, O., Vydelingum, V., Robbins, I. (2007) Engaging with a New Reality: Experiences of Overseas Minority Ethnic Nurses in the NHS. In: Journal of Clinical Nursing, Nr. 12, 2221–2228.
- Buchan, J. (2008) How Can the Migration of Health Service Professionals be Managed so as to Reduce any Negative Effects on Supply? Policy Brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf] Zugriff: 10.12.2010.
- Clark, P.F., Stewart, J.B., Clark, D.A. (2007) Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses. Policy brief. Focus Migration. Hamburg: Institute of International Economics, No. 7 [http://www.hwwi.de/uploads/tx_wilpubdb/PBo7_Health.pdf] Zugriff 10.12.2010.

Gefühls- und Meinungskontrolle als Belastungsfaktor sowie Ressource

Nicht nur Stressor, sondern nutzbare Copingstrategie

- Europäische Kommission (2005) Communication to the Spring European Council: Working together for growth and jobs. A new start for the Lisbon Strategy. Communication from President Barroso in agreement with Vice-President Verheugen. COM (2005) 24 final. Brussels, 2 February 2005 [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0024en01.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Europäische Kommission (2006) Die demografische Zukunft Europas – Von der Herausforderung zur Chance. Mitteilung der Kommission [http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm#] Zugriff 10.12.2010.
- Eurostat newsrelease (2008) Population projections 2008–2060 [<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/08/119&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>] Zugriff 10.12.2010.
- Dubois, C.-A., McKee, M., Nolte, E. (Hg.) (2008) Human resources for health in Europe. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education [http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Dumont, J.-Ch., Zurn, P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. In: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition. Paris: OECD, 161–228.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., Glatz, A., Metzler, B. (2010) „zwei Mal ‚Bitte?‘, dann hat die keine Geduld mehr und schimpft sie schon“ Kulturelle Lernprozesse zur Integration von migrantischen Pflegekräften. In: SWS-Rundschau (50. Jg.) Heft 3, 340–356.
- Kawi, J., Xu, Y. (2009) Facilitators and Barriers to Adjustment of International Nurses: An Integrative Review. In: International Nurse Review, Nr. 2, 174–183.
- Lenhart, M., Österle, A. (2007) Migration von Pflegekräften: Österreichische und europäische Trends und Perspektiven. Österreichische Pflegezeitschrift Vol. 12: 8-11 [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2007/12/lenhart_oesterle.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (1997) adapt. 2005 [http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/luxembourg_declaration.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- Neubauer, K., Kidd, E. (2010) Policy dialogues on health workforce. The Green Paper on the European Workforce for Health. Next steps. Presentation at the Health Strategy and Health Systems Unit. Leuven, 26 April 2010 [http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/A01_Opening_EC_green_paper_follow-up.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- OECD Health Policy Studies (2008) The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD countries Respond? OECD Publishing [http://www.who.int/hrh/migration/looming_crisis_health_workforce.pdf] Zugriff 10.12.2010.
- OECD (2010) International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to address the Global Health Workforce Crisis. OECD Policy Brief, February 2010 [<http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>] Zugriff 10.12.2010.
- Timonen, V., Doyle, M. (2010) Migrant Care Workers' Relationships with Care Recipients, Colleagues and Employers. In: European Journal of Women's Studies, Nr. 1, 25–41.
- Xu, Y. (2007) Strangers in Strange Lands: A Metasynthesis of Lived Experiences of Immigrant Asian Nurses Working in Western Countries. In: Advances in Nursing Science, Nr. 3, 246–265.

HUBERTA HAIDER,
KARIN KORN,
SLAVICA BLAGOJEVIĆ,
HILDE WOLF
FRAUENGESUND-
HEITZENTRUM
FEM SÜD
KAISER FRANZ JOSEF-
SPITAL, SMZ SÜD
KUNDRATSTRASSE 3
1100 WIEN
TEL: (01) 60191 5208
FAX: (01) 60191
5209
WWW.FEM.AT

**Steigende Belastungen
im Arbeitsmarkt,
psychosozialer Stress,
vermehrte Kranken-
stände**

**9 von 10 Teilzeitbe-
schäftigungen werden
von Frauen ausgeführt**

**Betriebliche Gesund-
heitsförderung: eine
„Männerdomäne“**

**Psychosoziale Faktoren
finden in der Praxis oft
wenig Beachtung**

„GESUND ARBEITEN OHNE GRENZEN“

Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen

Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Der folgende Artikel beschreibt wesentliche Faktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen am Beispiel des FEM Süd-Projektes „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ und geht sowohl auf gesundheitliche als auch auf psychosoziale Belastungen von weiblichen Reinigungskräften näher ein.

Steigende Belastungen am Arbeitsmarkt und psychosoziale Stressoren sowie die damit verbundenen vermehrten Krankenstände führen dazu, dass betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz immer breiteren Raum einnimmt und auch seitens der ArbeitgeberInnen unterstützt wird.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU (1997) definiert betriebliche Gesundheitsförderung wie folgt: „Betriebliche Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen – einschließlich arbeitsbedingte Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress –, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“

Trotz zahlreicher Erhebungen und Praxisansätze im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung werden frauenspezifische Themen selten angesprochen. Die betriebliche Gesundheitsförderung als „Männerdomäne“ geht von eindeutig messbaren Größen wie Arbeitsdauer, Grad der körperlichen Belastung, ergonomischen Faktoren etc. aus. Psychosoziale Faktoren finden in der Praxis oft wenig Berücksichtigung. Doch ist es unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Diversität im Arbeitskontext wesentlich, gender- und kulturspezifische Aspekte in die betriebliche Gesundheitsförderung zu integrieren. Bislang gibt es kaum Projekte, die explizit die Bedürfnisse von Frauen unter Einbeziehung ihres Migrationshin-

tergrundes adressieren. Zu herkömmlichen Gesundheitsförderungsprojekten haben viele Migrantinnen vor allem aufgrund von sprachlichen Barrieren keinen Zugang. Dies betrifft insbesondere Frauen in Niedriglohnbranchen.

Frauen und Arbeit – die Situation am Arbeitsmarkt

Der Großteil der Frauen in Österreich, ob mit oder ohne Kinder, ist erwerbstätig. Laut Statistischem Zentralamt (2010) liegt die Beschäftigungsquote bei Frauen im erwerbsfähigen Alter derzeit bei 65,8 %, die der Männer bei 77,2 %. Der nähere Blick auf die geschlechtsspezifische Situation am Arbeitsmarkt macht deutliche Unterschiede sichtbar: Frauen sind besonders häufig teilzeit- oder atypisch beschäftigt, belegt der Bericht des Rechnungshofes (2008, S. 17): In den Jahren 2006 und 2007 waren in Österreich 39 % aller erwerbstätigen Frauen (4 % aller erwerbstätigen Männer) teilzeitbeschäftigt. Neun von zehn Teilzeitbeschäftigungen werden von Frauen ausgeführt.

Hamann und Linsinger (2008, S. 32) weisen darauf hin, dass sich Frauen in Österreich und Deutschland „stärker als im Durchschnitt der EU-Länder auf wenige Berufe konzentrieren“. Genannt werden hier Büroberufe, nichtärztliche Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Arzthelferinnen, weiters Tätigkeiten im Verkauf und im sozialen Bereich wie zum Beispiel Altenpflegerinnen sowie Berufe in der Reinigung und Entsorgung.

Wie hier bereits durchklingt, ist auch die vertikale Verteilung geschlechtsspezifisch geprägt. Frauen sind deutlich seltener in höheren Hierarchiestufen vertreten: Pirolt und Schauer (2005, S. 6) zeigen auf, dass in Österreich „56 % aller Angestellten weiblich sind, der Frauenanteil bei führenden Tätigkeiten 25 % beträgt, bei Hilfstätigkeiten jedoch 70 %“.

Frauen deutlich seltener in höheren Positionen vertreten

Diesbezüglich resümiert der EU-Gleichstellungsbericht (2009): „Je höher die Position, desto seltener ist sie durch eine Frau besetzt.“

Die Geschlechtszugehörigkeit schlägt sich besonders deutlich im Verdienst nieder. Die plakative Initiative des „Equal pay day“ der Business and Professional Women Austria (2010) macht die Gehaltsschere klar erlebbar: Im Jahr 2010 müssten Frauen in Österreich bis zum 13. April des Folgejahres arbeiten, um den gleichen Jahresverdienst wie ein Mann zu erwerben. Laut EU-Gleichstellungsbericht 2009 belegt Österreich unter den 27 EU-Ländern diesbezüglich den vorletzten Platz – lediglich in Estland ist die Einkommensschere größer.

(Un-)Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Partnerschaft/Familie/Kinder

„Wir leben nicht mehr in einer „Entweder-oder“-, sondern in einer „Sowohl-als-auch-Welt“, äußert sich Marilyn Carlson Nelson, Chairman and Chief Executive Officer, Carlson Companies, Inc., am Women World Congress (Wien, Rathaus, 4. März 2009) in ihrem Vortrag pointiert über weibliche Lebensplanung. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zählt zu den zentralen Herausforderungen der weiblichen Biografie.

Nach wie vor wird die Zuständigkeit für Kindererziehung und den häuslichen Bereich sowie die – ebenfalls unbezahlte – Pflege Angehöriger Frauen zugeschrieben: Hamann und Linsinger (2008) machen ebenso deutlich wie schon Alfermann (1996), dass den Hauptanteil bei den kind- und haushaltsbezogenen Aufgaben nach wie vor Frauen tragen – unabhängig von der eigenen Berufstätigkeit.

Das „Unter-einen-Hut-Bringen“ beider Bereiche ist die „neue“ Rollenanforderung an Frauen – und erweist sich in der Realität oft als schwierig bis unmöglich. Erwerbs- und Reproduktionsarbeit, wie Haushalt im Gegensatz zur Erwerbsarbeit im Wirtschaftssektor genannt wird, sind zwei Tätigkeitsbereiche, die sich oftmals widersprechen und miteinander nur unter hoher Anstrengung vereinbar sind. Diesen Kraftakt übernehmen Frauen und interpretieren die reale Unvereinbarkeit

oft als eigenes Versagen, was zu einer Abwertung der eigenen Leistungsfähigkeit und Person führt.

Weibliche Migrantinnen häufig in Niedriglohnbranchen

Ist klassische Frauenarbeit bereits stärker dem Niedriglohnsektor zuzuordnen, spitzt sich die Situation für Frauen mit Migrationshintergrund noch deutlich zu. Geringe Bildung, fehlende oder nicht anerkannte Ausbildungen führen zu schlecht bezahlter, körperlich oftmals sehr anstrengender Arbeit an der untersten Stufe der Hierarchie. Diese Kennzeichen der Arbeitssituation sind mit besonderen gesundheitlichen, auch psychischen Belastungen verbunden und können in Zusammenhang mit hohen Fehlzeiten und vermehrten Krankenständen gebracht werden.

Bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund werden durchschnittlich mehr Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und Arbeitsunfähigkeit beobachtet. Erklärungen für Unterschiede im Gesundheitszustand sowie im Inanspruchnahmeverhalten von in- und ausländischen Beschäftigten werden u. a. in verschiedenen beruflichen Belastungen, aber auch im Gesundheitsverhalten und -verständnis sowie in auf Kulturphänomene gründenden betrieblichen Kommunikationsproblemen gesehen (Bödeker, Harms & Salman, 2009).

Eine Nische für Erwerbstätigkeit für Frauen mit Migrationshintergrund ist der Reinigungssektor. Reinigungsarbeiten sowohl im informellen Sektor (Hausarbeit) als auch im formellen Sektor (Reinigungsfirmen, Krankenhäuser etc.) werden überwiegend von Frauen ausgeführt, besonders hoch ist hier der Anteil an Migrantinnen. Auffällig ist, dass oftmals Frauen mit qualifizierten Ausbildungen sowohl im formellen, allerdings wahrscheinlich auch im informellen Sektor Tätigkeiten wie zum Beispiel Reinigung oder Pflege nachgehen. Hamann und Linsinger (2008, zit. nach Lutz, 2007) beschreiben diese Tatsache wie folgt: „Die wichtigste Differenzkategorie zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen ist nicht die soziale Klasse, sondern die ethnische Herkunft.“ Sind qualifizierte Studien über den formellen Sektor rar,

Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und Arbeitsunfähigkeit häufiger bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund

Reinigungsarbeiten werden überwiegend von Frauen mit Migrationshintergrund ausgeführt

Nicht die soziale Klasse, sondern die ethnische Herkunft ist die wichtigste Differenzkategorie zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen

Bewusstseinsbildung für Gesundheitsvorsorge, Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins, Arbeitszufriedenheit, Empowerment

Sprachbarrieren als limitierender Faktor

Miteinbeziehen der Führungsebene

65 % der Beschäftigten im Reinigungssektor sind Migrantinnen

Erstes gender- und kultursensibles Projekt betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich

existieren kaum Statistiken über den informellen Sektor.

„Gesund arbeiten ohne Grenzen“ – geschlechtssensible und interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Reinigungspersonal im Wiener Krankenanstaltenverbund

Gezielte Gesundheitsförderungsaktivitäten für MitarbeiterInnen in Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes sind weit verbreitet, dennoch fand bisher die Berufsgruppe der Reinigungskräfte („Hausarbeiterinnen“) vor allem aufgrund von Sprachbarrieren kaum Zugang. Diese multikulturelle Zielgruppe, oft mit geringer Bildung und sozial benachteiligt, ist von erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen betroffen. Reinprecht und Kienzl-Plochberger (2005) zeigen, dass im Wiener Krankenanstaltenverbund die größte Gruppe an weiblichem Personal mit Migrationshintergrund beim Betriebspersonal beschäftigt ist, wozu auch Reinigungskräfte zählen. Hier hat jede fünfte Mitarbeiterin (569 Frauen) eine Staatsbürgerschaft aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien. Die bereits „eingebürgerten“ Mitarbeiterinnen werden in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.

Aus den bisherigen Erhebungen in Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes durch das Projektteam wird deutlich, dass im Reinigungssektor 65 % Migrantinnen beschäftigt sind. Die Herkunftsländer sind primär Bosnien, Kroatien, Serbien und Mazedonien (50 %), 6 % der Hausarbeiterinnen kommen von den Philippinen, 5 % aus der Türkei, 4 % aus anderen Ländern.

Mit der Durchführung von „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ wird erstmals die Gesundheit der Hausarbeiterinnen in den Mittelpunkt gestellt. Der Wiener Krankenanstaltenverbund nimmt hier eine innovative Vorreiterrolle ein. Seit dem Jahr 2006 wird hier vom Frauengesundheitszentrum FEM Süd das erste gender- und kultursensible Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich durchgeführt. Mit finanzieller Unterstützung des Wiener Programms für Frauengesundheit, des Fonds Gesundes Österreich, der Wiener Gebietskrankenkas-

se, der Wiener Gesundheitsförderungs Ges.m.b.H WIG sowie des Wiener Krankenanstaltenverbundes erfolgten mittlerweile Projektdurchgänge in fünf Krankenhäusern sowie einem zuarbeitenden Betrieb. Grundlegendes Projektziel ist die (Weiter-)Entwicklung und Umsetzung gender- und kultursensibler betrieblicher Gesundheitsförderung für gering qualifizierte Mitarbeiterinnen. Bei allen Vorhaben ist die Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung für Gesundheitsvorsorge, eine Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins und der Arbeitsplatzzufriedenheit sowie das Empowerment der Hausarbeiterinnen zu nennen. Ausgegangen wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff, der psychosoziale Aspekte sowie Wohlbefinden mit einbezieht. Innerbetriebliche Prozesse und Strukturen finden außerdem besondere Berücksichtigung.

Folgende Methoden kamen im Projekt zur Anwendung:

- *Miteinbeziehung der Führungsebene sowie „Ins-Boot-Holen“ von Vertrauenspersonen des Reinigungspersonals:* Um Frauen dieser Zielgruppe zu erreichen, ist die Einladung zur Teilnahme durch die direkte Führungsebene unabdingbar. Ängste und Befürchtungen können weiters durch Miteinbeziehung von Vertrauenspersonen abgebaut werden – besonders in der Gruppe engagierte Hausarbeiterinnen werden gebeten, den Informationstransfer zur Zielgruppe zu unterstützen und auch als Präsentatorinnen der Ergebnisse vor der Führungsebene zu fungieren.
- *Fragebogenerhebung des gesundheitlichen Lebensstils und der Arbeitsbedingungen der Hausarbeiterinnen:* Im Zuge des Projektes wurden herkömmliche Erhebungsinstrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung (Fragebogen etc.), die bisher die Dimensionen Gender und Diversity wenig bis gar nicht berücksichtigten, einer Adaptierung unterzogen. Die bestehenden Erhebungsinstrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit für die Zielgruppe untersucht und der IMPULS-Test (AUVA & WKO & AK & IV & ÖGB, 2007) wurde als geeignetes Instrument herangezogen. Um frauenspezifische gesundheit-

Ermittlung der Belastungen und Ressourcen

Entwicklung maßgeschneiderter gesundheitsfördernder Angebote

Gesundheitskurse während der Arbeitszeit

Blick auf Doppel- bzw. Mehrfachbelastung der Frauen

liche Belastungsfaktoren (Doppel- und Mehrfachbelastung, pflegende Angehörige, psychische Belastungen ...) zu erheben, entwickelte das Frauengesundheitszentrum FEM Süd einen zusätzlichen Fragebogen. Die Fragebogenbatterie wurde in die Sprachen Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Englisch und Türkisch übersetzt und in leicht verständlicher Sprache abgefasst.

- *Durchführung von muttersprachlichen und genderspezifischen Gesundheitszirkeln* (bei Bedarf auch in den Sprachen Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Türkisch und Englisch), um gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen zu ermitteln.

Der partizipative Ansatz der Gesundheitszirkel eignet sich besonders gut, um Frauen, die bisher wenig Mitspracherecht hatten, den erforderlichen Raum zu ermöglichen, selbst über Problemlösungen nachzudenken. Die mehrsprachige und interkulturelle Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd ermöglicht, muttersprachliche und nach Geschlechtern getrennte Gesundheitszirkel und -maßnahmen durchzuführen. Somit entfallen sprachliche Barrieren und es entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der auch sensible Problematiken wie sexuelle Übergriffe oder geschlechtsspezifische Benachteiligungen besser angesprochen werden können. Nach Geschlechtern getrennte Gruppen machen auch Sinn, weil das Redeverhalten von Frauen und Männern unterschiedlich ist – Frauen neigen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen eher dazu, ihre Redezeit zugunsten jener der Männer „zurückzuschrauben“. Wesentlich ist hier die integrative Komponente, die bei „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ dadurch erreicht wird, dass die Gruppen für die letzten Sitzungen zusammengeführt werden und somit der interkulturelle Austausch über die oft gleichartigen Problematiken in der Berufsgruppe gefördert wird. Außerdem wurden sämtliche Moderationsmethoden der Gesundheitszirkel an die Zielgruppe angepasst (Methodenwechsel, Pausen, Vermeiden hochschwelliger Sprache etc.). *Der explizit genderspezifische Ansatz des Projektes* öffnet zum Beispiel den Blick auf die Doppel- und Mehrfachbelastung von Frauen. Die Balance zwischen beruflichen und familiä-

ren Anforderungen zu halten, zählt zu den wesentlichen gesundheitsbelastenden Faktoren von Frauen. Demzufolge wird in den Gesundheitszirkeln nicht ausschließlich auf die Arbeitssituation eingegangen, sondern es werden auch private und familiäre Themen sowie die Schnittstellenproblematik miteinbezogen.

- *Durchführung von Gesundheitscoachings für direkte Vorgesetzte* („Hausaufsicht“): Ziel ist, den Führungskräften eine Reflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens und der Arbeitssituation zu ermöglichen und Ansätze zur Förderung der Arbeitsfähigkeit aufzuzeigen.

Auf Basis der Ergebnisse der Erhebungen und der Gesundheitszirkel werden gemeinsam mit den Reinigungskräften *maßgeschneiderte gesundheitsförderliche Angebote* für den jeweiligen Betrieb entwickelt und umgesetzt. Lösungsansätze finden sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene statt. Auf der Verhaltensebene kann aus mehreren gesundheitsförderlichen Angeboten gewählt werden (Wirbelsäulengymnastik, Pilates, Ernährungs- und Bewegungskurs, psychologische Beratung etc.). Inhalte weiterer Angebote wie Erziehungsberatung oder Konfliktmanagement werden mit den Teilnehmerinnen partizipativ entwickelt. Mit Hilfe der Führungsebene des jeweiligen Betriebes können strukturelle Veränderungen im Arbeitsprozess (Arbeitsablaufoptimierung, vermehrte MitarbeiterInnenorientierungsgespräche, Einführung von Teambesprechungen etc.) umgesetzt werden.

- *Niederschwelligkeit*: Bei allen Gesundheitskursen wurde auf die Möglichkeit der Abhaltung während der Arbeitszeit geachtet. Zeitmangel ist aufgrund der Doppel- und Mehrfachbelastung ein zentraler Faktor in der Gesundheitsförderung bei Frauen. Die Angebote sind außerdem ohne eigene Kostenbeteiligung.

Um *Nachhaltigkeit* zu gewährleisten, wird pro Institution mindestens eine Person zur „Gesundheitsbeauftragten“ ausgebildet, die als Ansprechpartnerin für weiterführende gesundheitsförderliche Aktivitäten fungiert (zum Beispiel Laufgruppe, Gymnastik in der Pause etc.).

Psychosoziale Hauptbelastung: Stress und das subjektive Gefühl wenig Zeit zu haben

Psychischer Stress wird häufig angeführt

Um den *Wissenstransfer* zu ermöglichen, wird auf Basis der in den Projektdurchgängen erworbenen Erfahrungen ein Manual für geschlechtssensible und interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung erstellt.

Gesundheitliche Belastungen von Frauen im Reinigungssektor

Im Zuge des Projektes erfolgten Erhebungen an 243 Frauen. Im Durchschnitt waren die Frauen zum Erhebungszeitpunkt 45 Jahre alt, die Hälfte beendete die Pflichtschule (53 %), ebenfalls 50 % kommen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien. Folgende körperliche und seelische Hauptbelastungen wurden identifiziert:

Infolge der oft langjährigen einseitigen, körperlichen Belastung leidet ein sehr hoher Anteil der Frauen (73 %) an Wirbelsäulenproblemen (siehe hierzu auch Schauer & Pirolt, 2001). Als Folge des hohen Belastungsgrades der Frauen und des häufigen Hantierens mit Putz- und Reinigungsmitteln ist der hohe Grad an Kopfschmerzen (63,8 %) interpretierbar. Nach eigenen Angaben sind über die Hälfte der befragten Frauen (50,6 %) übergewichtig und geben an, dadurch belastet zu sein. Auch Bluthochdruck wurde mit 47,9 % häufig genannt. Weiters ist der Anteil an chronischen Erkrankungen hoch: 35,7 % der befragten Reinigungskräfte werden aufgrund rheumatischer Krankheiten behandelt. Außerdem wurden häufig Allergien (22,4 %), Bronchitis/Asthma (12,2 %) und chronischer Husten (11,2 %) genannt.

Die Erfahrungen von „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ zeigen, dass körperliche Belastungsfaktoren nicht allein im Fokus stehen, sondern auch psychosoziale Belastungen wie zum Beispiel Stress in hohem Ausmaß genannt werden.

Schauer und Pirolt (2001) identifizierten in ihrem Projekt „Spagat“ außerdem folgende „Dauerbrenner“ für Frauenarbeitsplätze:

- psychosoziale Belastungen, wie zum Beispiel Arbeitsplatzunsicherheit, Probleme in Arbeitsorganisation und -ablauf, geringer Handlungsspielraum und fehlende Mitsprachemöglichkeit;
- Probleme bezüglich der Arbeitszeit, wie der Wunsch nach mehr Teilzeitvarianten

oder willkürliche Überstundenregelungen;

- Umgebungsbelastungen, wie zum Beispiel fehlende Einschulung im Umgang mit Desinfektions- und Putzmitteln, Belastungen durch Lärm, Kälte usw.

Im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ erwies sich Stress sowie das subjektive Gefühl, zu wenig Zeit zu haben, als psychosoziale Hauptbelastung. 62 % der Frauen gaben an, darunter zu leiden. Ähnliche Symptome wie Schwäche/Müdigkeit (29,5 %) sowie Nervosität/Unruhe (26,4 %) sind ebenfalls häufig.

Neben der Vollzeit-Erwerbsarbeit der Frauen, die im Schichtdienst ausgeführt wird, sind die befragten Frauen – wenig überraschend – auch für die Hausarbeit zuständig. So gut wie alle Frauen putzen und kochen auch zuhause (92,6 % und 92,3 %). Weiters fiel in den subjektiven Aufgabenbereich der Frauen die Beziehungsarbeit: 67 % sehen das „Anhören von Problemen und Freuden der Familienangehörigen“ in ihrem Zuständigkeitsbereich. Das Aussprechen, Organisieren und Durchführen von Einladungen und (Familien-)Besuchen, die im interkulturellen Kontext oftmals eine weitaus größere Zeitspanne und intensivere Zuwendung bedeuten als in Österreich üblich, liegt zu knapp 66 % hauptsächlich an den Frauen. Die vergleichsweise geringe Anzahl an Frauen, die sich für Kindererziehung hauptverantwortlich sieht (50 %), ist eher durch das Alter der Frauen, deren Kinder zum Großteil bereits älter bzw. außer Haus sind, erklärbar als durch partnerschaftliche Arbeitsteilung. Diese Zahlen spiegeln die gesellschaftliche Rollenverteilung wider und sind mit ziemlicher Sicherheit auf andere Berufsgruppen übertragbar.

Häufig übersehen wird die starke psychische Belastung, die bei vielen Frauenarbeitsplätzen gegeben ist. Pirolt und Schauer (2005) nennen zum Beispiel die Frisörin, die wie selbstverständlich nebenher auch als ZuhörerIn und RatgeberIn fungiert und wie bei zahlreichen Berufen im Dienstleistungssektor stets einen freundlichen Gesichtsausdruck und gute Laune zeigen muss, unabhängig von der eigenen Befindlichkeit. Auch zeichnen sich Frauenarbeitsplätze oft dadurch aus, dass die Gefahr von abwertenden und

Frauenarbeitsplätze häufig im Feld einer abwertenden und diskriminierenden Grundhaltung

Geringe Wertschätzung führt häufig zu mangelnder Identifizierung mit der eigenen Tätigkeit und Berufsgruppe

Mehr Mitspracherecht und eigenständiges Erarbeiten von Lösungen führten zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins

diskriminierenden Grundhaltungen hoch ist (weniger Lohn, sexuelle Belästigung etc.). Diese Belastungen werden oftmals von den Betroffenen selbst als „jobimmanent“ beschrieben und bleiben somit in Erhebungen häufig unsichtbar – auch, weil psychosoziale Belastungen in herkömmlichen Erhebungsinstrumenten keine Kategorie bilden.

Bei den Reinigungsmitarbeiterinnen im Projekt wurden ebenfalls psychische Belastungen identifiziert: Das Arbeiten am untersten Ende der Hierarchie führt zu einer als belastend erlebten „Unsichtbarkeit“ der Reinigungsfrau als Person und in ihrer Tätigkeit – mitunter nicht begrüßt zu werden oder selbstverständlich mit „Du“ und dem Vornamen angesprochen zu werden, wurden als störende Arbeitsbedingungen genannt. Auch die Titulierung als „Putzfrau“ oder „Bedienerin“ wird als wenig wertschätzend erlebt. Die geringe Anerkennung führt oftmals zu mangelnder Identifizierung mit der eigenen Tätigkeit und der Berufsgruppe.

Von vielen Hausarbeiterinnen wurde erhöhter Informationsfluss über arbeitsspezifische Inhalte gewünscht sowie mehr Mitsprachemöglichkeit. Ein wesentliches Kriterium der Arbeit „am untersten Ende der Hierarchie“ besteht weiters im Mangel von Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen, der ebenfalls als belastend genannt wurde. Dazu gibt es Personalentwicklungsansätze von Seiten des Krankenanstaltenverbundes, die allerdings von den Frauen selbst aufgrund geringen Selbstwertes nur in geringem Ausmaß genutzt werden.

Andererseits gab es auch eine Reihe positiver Aspekte im Arbeitskontext. Immer wieder angeführt wurde beispielsweise die Zusammenarbeit mit anderen (Reinigungs-)Frauen. Der informelle Austausch und die Freundschaften, die im Zuge der oft jahrelangen Betriebszugehörigkeit entstanden waren, erwiesen sich als „gesunderhaltend“. Auch die Tatsache, einen sicheren Arbeitsplatz bei der Stadt Wien zu haben und über eigenes Geld zu verfügen, waren zentrale Faktoren, die als gesunderhaltend genannt wurden.

Individuelle und strukturelle Veränderungen

Einerseits wurden in den fünf Krankenhäusern und dem zuarbeitenden Betrieb strukturelle Veränderungen initiiert, wie Verbesserung der Dienstabläufe und -übergaben, MitarbeiterInnenorientierungsgespräche, Optimierung der Informationsmöglichkeiten, Optimierung der Urlaubsplanung, regelmäßige arbeitsinterne Besprechungen usw. Diskriminierung und „Unsichtbarkeit“ der Hausarbeiterinnen wurden bei krankenhaushausinternen Qualitätskonferenzen angesprochen.

Zusätzlich kam es zu Veränderungen auf der Verhaltensebene bei den teilnehmenden Frauen. Es fanden vielfältige zweisprachige und kostenlose Gesundheitsangebote statt: Gymnastikkurse (Wirbelsäulen- und Tanzgymnastik, Pilates), Vorträge über gesunde Ernährung und Stress, Entspannungsübungen und Kommunikationskurse.

Die Zielgruppe konnte durch das Projekt erfreulicherweise sehr gut erreicht werden. Die Gesundheitszirkel wurden von den Mitarbeiterinnen gut angenommen, wobei die Zweisprachigkeit immer wieder als besonders hilfreich hervorgehoben wurde. Die Feedbackbögen zeigten, dass die Teilnehmerinnen durch die Zirkelsitzungen subjektiv viel für sich dazulernen konnten. Positiv erwähnt wurde die „Möglichkeit der Aussprache“ beziehungsweise „Raum und Platz für eigene Themen“ zu haben. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen auf der Verhaltensebene wurden von den Mitarbeiterinnen sehr gut angenommen, sie waren mit großer Begeisterung dabei – dies bestätigten auch die direkten Vorgesetzten oder BetriebsärztInnen. Das vermehrte Mitspracherecht und das eigenständige Erarbeiten von Lösungsschritten führten zu einer Steigerung des Selbstbewusstseins. Eine Steigerung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens konnte durch die Evaluation bestätigt werden.

Fazit

Dass geschlechtssensible und interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung möglich ist, ist an der Zielgruppe der Hausarbeiterinnen deutlich erkennbar.

**Gesellschaftspolitische
Veränderungen
erforderlich**

**Gewinn durch
motivierte Mitar-
beiterInnen**

**„Gesundheitsförderung
ist mehr als das
Bereitstellen von
Obstschalen“**

Galt diese Gruppe bisher als für Gesundheitsförderungsprojekte schwierig zu erreichen, konnte mit „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ ein Weg aufgezeigt werden.

Für das Frauengesundheitszentrum FEM Süd ist betriebliche Gesundheitsförderung eine der Möglichkeiten, Angebote der Gesundheitsförderung für Frauen mit Mehrfachbelastungen zu öffnen. Gerade für Frauen in Niedriglohnbranchen, die aufgrund zeitlicher und finanzieller Barrieren oftmals ihrer eigenen Gesundheit kaum Platz in ihrem Leben einräumen (können), erwies sich diese Zugangsweise als zielführend.

Hier können wir ansetzen und in Kooperation mit den Betrieben unseren Beitrag leisten, um das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen zu steigern. Der Optimalfall ist eine „Win-win-Situation“ für alle Beteiligten: Die Reinigungskräfte sind im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und haben die Möglichkeit, eigene Lösungsschritte für ihr Wohlbefinden im Betrieb zu erarbeiten. Das führt zu einer Steigerung des Selbstvertrauens, die von einem Vorgesetzten wie folgt beschrieben wurde: „Seit dieses Projekt läuft, sind die Frauen um 10 cm größer!“

Auf der Seite des Betriebs zeigt sich der Gewinn durch motivierte MitarbeiterInnen, die konstruktiv über Problemlösungen nachdenken. Nicht zuletzt führt der Blickwinkel der Frauen, ihre Bereitschaft zu Kooperation und Partizipation zu einer Ausweitung des „Sichtfeldes“ der betrieblichen Gesundheitsförderung und ist eine Bereicherung für die hier tätigen AkteurInnen.

Werden die MitarbeiterInnen selbst nach ihren gesundheitlichen Belastungen gefragt, wird ein hohes Maß an psychosozialen Faktoren genannt. Betriebliche Gesundheitsförderung ist mehr als das Bereitstellen von Obstschalen für die Belegschaft – oftmals sind es psychische Faktoren wie Arbeitsüberlastung oder das Arbeitsklima, das Menschen krank macht oder gesund erhält.

Als wesentlich erscheint den Autorinnen, dass betriebliche Gesundheitsförderung oftmals von solchen ArbeitgeberInnen durchgeführt wird, die per se eine Bereitschaft für positive Veränderungen der betrieblichen Strukturen aufweisen. Die Spitäler, mit denen wir bisher zu-

sammenarbeiteten, erwiesen sich als sehr unterstützend und engagierten sich für die Mitarbeiterinnen der Reinigung in hohem Maße. Wünschenswert wäre eine Ausweitung dieses Projekts mit Modellcharakter auf alle Spitäler sowie weitere Niedriglohnbranchen. Um allerdings dauerhafte und nachhaltige Veränderungen herbeiführen zu können, braucht es weiter reichende gesellschaftspolitische Prozesse. Die Mehrfachbelastung von Frauen, die auch am Beispiel der Reinigungskräfte deutlich wurde, ist nicht rein individuell oder innerbetrieblich lösbar.

Die Motivation aller Beteiligten, das große Interesse, das dieses Projekt auf Kongressen und Tagungen immer wieder weckt, sowie der Gesundheitspreis der Stadt Wien (2. Platz in der Kategorie „Gesundheitsförderung und Prävention“) zeigen uns, dass wir am richtigen Weg sind – und geben uns die Motivation, weiterhin in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Fokus „Gender“ und „Diversity“ tätig zu sein.

Literatur

- Alfermann, D. (1996). *Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung & Österreichischer Gewerkschaftsbund. (Hrsg.). (2007). *IMPULS-Test*. Redaktion: Institut für Gesundheit, Sicherheit und Ergonomie im Betrieb.
- Bödeker, W., Harms, M. & Salman, R. (2009). Interkulturelles Betriebliches Gesundheitsmanagement. *BZgA Infodienst Migration*, 1/2009, 30.
- Business & Professional Women Austria (2009). *Bekommen Sie, was Sie verdienen?* [WWW-Dokument]. Verfügbar unter <http://www.bpw.at> [Datum des Zugriffs: 25.11.10].
- Haider, H., Korn & K. Blagojević, S. (2010) – „Women at Work“ – interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. In Wolf, H., Endler, M. & Wimmer-Puchinger, B. (Hrsg.). *Frauen Gesundheit Soziale Lage* (S. 168–179). Facultas.wuv: Wien.
- Hamann, S. & Linsinger, E. (2008). *Weißbuch Frauen, Schwarzbuch Männer*. Wien: Deuticke.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2009). *Bericht der Kommission an den Rat, das europäische Parlament, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen zur Gleichstellung von Frauen und Männern* [WWW-Dokument]. Verfügbar unter <http://www.gleichstellungsbeauftragte-rlp.de/19263/19389/EU%20Gleichstellungsbe->

- richt%202009_21780.pdf [Datum des Zugriffs: 10.07.09].
- Nelson, M. C., Chairman and Chief Executive Officer, Carlson Companies (2009). *Women and career* [Vortrag am Women's World Congress Perspektiven der Gleichstellung, Wien, Rathaus, 4. und 5. März].
- Pirolt, E. & Schauer, G. (2005). *Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. ppm forschung + beratung: Linz.
- Rechnungshof (2008). *Bericht des Rechnungshofes über die durchschnittlichen Einkommen der gesamten Bevölkerung gemäß Art. 1 § 8 Abs. 4 des Bezügebegrenzungsgesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, für die Jahre 2006 und 2007* [WWW-Dokument]. Verfügbar unter: http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/III/III_00013/imfname_146584.pdf [Datum des Zugriffs: 16.07.09]
- Reinprecht, C. & Kienzl-Plochberger, K. (2005). *IIS – IntegrationsInfoService von MigrantInnen für MigrantInnen*, S. 11 ff.
- Schauer, G. & Pirolt, E. (2001). *Projekt Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen: Erfahrungen, Ergebnisse und Reflexion eines Gesundheitsförderungsprojektes*. ppm forschung + beratung: Linz.
- Statistisches Zentralamt (2010). *Erwerbstätige* [WWW-Dokument]. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/index.html [Datum des Zugriffs: 25.11.10].

**Rund 20 % der
Erwerbstätigen sind
von überdauernder
Erschöpfung betroffen**

**Erholung geschieht
nicht notwendiger-
weise automatisch**

**Viele äußere und
innere Barrieren
behindern das
Initiieren von
Erholungsverhalten**

MASSNAHMEN DER ERHOLUNGS- FÖRDERUNG UND BURNOUTPRÄVENTION

Zusammenfassung

Etwa 20 % der Erwerbstätigen sind von überdauernder Erschöpfung betroffen. Neben den Arbeitsbedingungen und Eigenschaften der Person spielt auch Erholungsmangel eine Rolle. Die Ursachen von Erholungsmangel liegen unter anderem in einer ungenügenden Wahrnehmung von Erschöpfung, in unzureichender Erholungsaktivität und in einer Beeinträchtigung des Vermögens, abzuschalten. Maßnahmen der Erholungsförderung zielen darauf ab, diese Fertigkeiten durch Information, Verbesserung der betrieblichen Rahmenbedingungen und allenfalls Training zu verbessern. Entsprechende Befunde werden im Referat diskutiert.

1. Einleitung

Laut der niederländischen „Maastricht Cohort Study“, in der über 12.000 ArbeitnehmerInnen wiederholt befragt wurden, liegt die Prävalenz von überdauernder Erschöpfung bei 21,9 %. Die kumulative Inzidenz über ein Jahr (die Anzahl der neu Betroffenen) ist 12 % (Kant et al., 2003). Diese Zahlen werden auch durch die „Third European Survey on Working Conditions“ bestätigt, laut der die Anzahl der Beschäftigten in der Europäischen Union, die über Erschöpfung klagen, 1995 bis 2000 von 19,6 % auf 21,9 % gestiegen ist (Benach, Gimeno, Benavides, Martinez, Torne Mdel, 2004). Ebenso gaben 1999 knapp doppelt so viele deutsche ArbeitnehmerInnen an, unter Zeitdruck zu leiden, als 1991, was einem Zuwachs von 25 % auf 46 % entspricht. Auch die durchschnittliche Geschwindigkeit von PassantInnen erhöhte sich von 1991 bis 2003 in 36 Städten der Welt um 10 %, mit der höchsten Zuwachsrate in Singapur (30 %) (Wiseman, 2007). Laut Garhammer (2002) haben Menschen trotz einer graduellen Reduktion der gesetzlichen Arbeitszeit in den letzten Jahrzehnten im-

mer weniger Zeit für Erholung, insbesondere auch zum Schlafen, und versuchen, in der verfügbaren Zeit immer mehr unterzubringen (Garhammer, 2002). Es ist vor diesem Hintergrund naheliegend, anzunehmen, dass es schwerer wird, Erholung zu finden. Tatsächlich geben 25 % der niederländischen ArbeitnehmerInnen an, an Erholungsmangel zu leiden (Kant et al., 2003).

2. Der Erholungsprozess

Erholung geschieht nicht notwendigerweise automatisch. Erfolgreiche Erholung hängt vielmehr von einer Reihe von internen und externen Faktoren ab, die das Erholungsverhalten beeinflussen. Eine Auswahl dieser Faktoren ist in Abbildung 1 dargestellt. Der erste Schritt im Erholungsprozess ist die Wahrnehmung von Erholungsbedürftigkeit bzw. Erschöpfung. Vielfach tritt jedoch die Wahrnehmung innerer Zustände während der Arbeit in den Hintergrund, wobei diese Tendenz bei fordernder geistiger oder sozialer Arbeit noch verstärkt wird. Der/die Arbeitende ist dermaßen mit der Aufgabe oder mit anderen Personen beschäftigt, dass das eigene Befinden nur bei extremer Abweichung von der Norm ins Bewusstsein tritt. Dieser Tendenz lässt sich durch eine erhöhte Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit entgegenwirken, wobei bislang direkte empirische Befunde fehlen. Generell wird jedoch Achtsamkeit und Achtsamkeitstraining eine Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit zugeschrieben (Baer, 2003; Berking & von Kanel, 2007; Brown & Ryan, 2003).

Wird Erholungsbedürftigkeit festgestellt, ist der nächste (und auf der Hand liegende) Schritt, sich zu erholen. Allerdings gibt es hier vielfältige äußere und innere Barrieren, die häufig das Initiieren von Erholungsverhalten behindern. Als Beispiele für externe Barrieren sind die geringe Autonomie bei der zeitlichen Arbeitsgestaltung, wie es etwa bei Fließ-

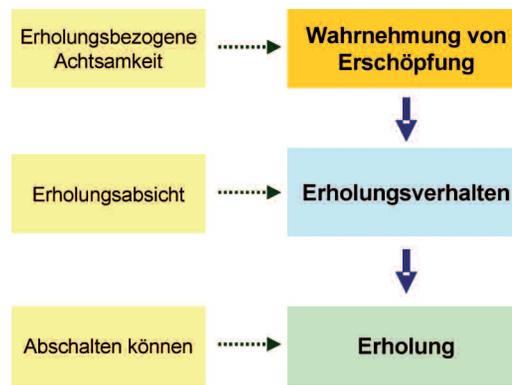


Abb. 1:
Der Erholungsprozess

To-do Listen anlegen

Arbeitsüberengagement geht mit Erschöpfung einher

Eine Pause machen!

Abschalten als Schlüssel für erfolgreiche Erholung

bandarbeiterInnen der Fall ist, zu nennen, oder der Mangel an Zeit, da andere Aufgaben die Aufmerksamkeit erfordern, wie etwa bei Eltern mit Kleinkindern oder bei Angehörigen von Pflegebedürftigen. Ein wesentlicher interner Faktor, der Erholungsaktivitäten verhindert, ist ein Zweifel an der Notwendigkeit von Erholung bzw. Arbeitsüberengagement. Dieser Faktor beschreibt Personen, die dermaßen in ihre Arbeit involviert sind, dass sie Arbeit schwer auf den nächsten Tag verschieben oder abschalten können. Empirische Studien zeigen, dass Arbeitsüberengagement mit Erschöpfung einhergeht (Fahlen et al., 2006; Preckel, von Kanel, Kudielka, Fischer, 2005). Ebenso zeigen eigene Daten, dass Personen, die sich nicht zu erholen beabsichtigen, ebenfalls erhöhte Erschöpfungswerte aufweisen. Andererseits spielt hier die Selbsteffizienz im Bezug auf Erholungsverhalten eine Rolle. Personen, die überzeugt sind, Erholungsaktivitäten auch in schwierigen Situationen an den Tag legen zu können, werden diese wahrscheinlich eher initiieren. Eine Studie von Sabine Sonnentag bei LehrerInnen zeigt etwa, dass Personen mit höherer erholungsbezogener Selbstwirksamkeit leichter von der Arbeit abschalten als jene mit geringer Selbstwirksamkeit (Sonnentag & Kruehl, 2006).

Ein Schlüssel für die erfolgreiche Erholung ist das Abschalten. Abschalten umfasst die Fähigkeit, sich mental und emotional von der vorangegangenen Aufgabe bzw. den vorangegangenen Belastungen zu distanzieren, anstatt sich damit weiter zu beschäftigen. Im Falle des Nichtabschaltens dringen die Inhalte immer wieder ins Bewusstsein und verhindern dadurch eine Entspannung. Dies konnte eindrucksvoll in einer experimentellen

Untersuchung gezeigt werden: die Blutdruckerholung war nach emotional belastenden Aufgaben (Kopfrechnen) im Vergleich zu körperlicher Aktivität oder neutralen Aufgaben (Kältereiz) deutlich verzögert. Die Unterschiede ließen sich erst durch Ablenkung der Versuchspersonen während der Erholungsphase eliminieren (Glynn, Christenfeld, Gerin, 2002). Mehrere Faktoren beeinflussen die Fähigkeit, abzuschalten. Nicht abgeschlossene Tätigkeiten werden leichter erinnert als abgeschlossene und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit der mentalen Weiterbeschäftigung (Zeigarnik-Effekt). Eine einfache Möglichkeit, dem entgegenzuwirken, ist, eine „Zu-tun“-Liste anzulegen, die unerledigten Arbeiten finden damit einen (vorübergehenden) Abschluss. Auch der emotionelle Gehalt der Arbeit spielt eine Rolle. Nach emotional belastenden Aufgaben kommt es im Vergleich zu „neutralen“ Aufgaben zu einer verzögerten Blutdruckerholung (siehe oben). Andererseits verhelfen positive Emotionen zu einer rascheren Erholung, da sie die Gegenwartsorientierung verstärken (Fredrickson, 2005). Wie neuere Befunde zeigen, führen Arbeitsstress und lange Arbeitszeiten im Arbeitsalltag zu einer mentalen Weiterbeschäftigung mit der Arbeit, Erholungsselbstwirksamkeit dagegen zu rascherem Abschalten (Sonnentag & Bayer, 2005; Sonnentag & Kruehl, 2006).

3. Maßnahmen der Erholungs-förderung: wie erholen?

Wie oben angedeutet, ist die Voraussetzung für Erholung die Unterbrechung jener Aktivität, die zur Erschöpfung führte (Eden, 2001b). Anders gesagt: Es gilt, eine Pause zu machen. Freizeit kann als eine solche Pause von der Arbeit verstanden werden, insbesondere der „Feierabend“ (die Zeit nach der Arbeit), das Wochenende und der Urlaub. Der Abbau der Erschöpfung ist dabei ein autonomer Prozess, der grundsätzlich ohne eigenes Zutun vor sich geht. Dennoch gibt es eine Reihe von Faktoren, die den Erholungsprozess unterstützen oder überhaupt der Erschöpfung vorbeugen. Auf diese Faktoren soll im Folgenden eingegangen werden (Blasche, 2008).

„Leichter gesagt als getan“

Zeit ist ein wesentliches Element der Erholung

Zeitdruck als ein deutlicher Stressor bekannt

3.1 Die Arbeit beenden und abschalten

Wenngleich Erholung eine Beendigung oder jedenfalls Unterbrechung der belastenden Tätigkeit zur Voraussetzung hat, ist dies oftmals leichter gesagt als getan. Dafür gibt es mehrere Gründe. Ein Grund ist, dass Personen häufig auch während ihrer Freizeit arbeiten oder arbeiten müssen. In ihrer klassischen Arbeit über die Auswirkung der Freizeitgestaltung nach der Arbeit bei 100 holländischen LehrerInnen fand Sabine Sonntag, dass arbeitsbezogene Tätigkeiten, wie etwa Unterrichtsvorbereitung oder Hausübungen verbessern, mit einem deutlich schlechteren Erholungsverlauf einhergehen als nichtarbeitsbezogene Tätigkeiten, selbst wenn es Hausarbeit war (Sonntag, 2001). Ein zweiter Grund ist die moderne Informationstechnologie, die einen leichten Zugang zu Arbeitsinhalten und eine leichte Erreichbarkeit auch zu Hause und im Urlaub erlaubt. Dov Eden, ein israelisch-amerikanischer Erholungsforscher, kommentiert das so: "Modern telecommunications technology is rapidly reducing our ability to go off-line. [There is a] growing trend for jobs to expand into our personal space and time and to dominate our lives regardless where we 'be' geographically at any particular moment. An evening or weekend at home or a vacation from work that used to serve as an escape from relentless job demands have become merely a change in venue for the persistent intrusion of those same demands" (Eden, 2001a).

Ein dritter Grund ist die Schwierigkeit, abzuschalten. Das geistige und emotionale Ausblenden der Arbeit ist eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Erholung. Faktoren wie Arbeitsstress und Überstunden erschweren jedoch das Abschalten (Rau & Triemer, 2004; Sonntag & Bayer, 2005), ebenso gibt es individuelle Unterschiede im Bezug zur Fähigkeit, vorhergehende Ereignisse mental auszublenden (Richter, Rudolf, Schmidt, 1996). Abschalten kann jedoch durch eine Reihe von Faktoren unterstützt werden. Dazu gehören eine längere Heimreise von der Arbeit, Ablenkung, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen (s. u.), sich innerlich erlauben, eine Tätigkeit nicht weiter verfolgen zu müssen, im gemeinsamen Haushalt lebende

Kinder sowie Ortswechsel. Ein Ortswechsel führt zu einer vorübergehenden Beseitigung aller Reize, die an Arbeit erinnern, und erleichtert damit, sich auf anderes einzulassen. Der Umweltpsychologe Terry Hartig von der Universität Uppsala zeigte etwa in einer neueren epidemiologischen Studie, dass Männer, die ein Wochenendhaus besitzen, länger leben als solche ohne Wochenendhaus (Fransson & Hartig). Bei Frauen konnte dieser Effekt nicht nachgewiesen werden. In einer Studie über den Betriebsurlaub eines österreichischen Fensterherstellers konnten wir darüber hinaus zeigen, dass Personen, die während des Urlaubs verreisen, einen größeren Erholungseffekt zeigen als jene, die zu Hause bleiben (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu, Marktl, 2000).

3.2 Zeit nehmen

Zeit ist in mehrfacher Hinsicht ein wesentliches Element der Erholung. In der Arbeitswelt ist Zeit eine beschränkte Ressource. Es gibt Termine zu einer bestimmten Tageszeit, ob es einem gerade passt oder nicht, es gibt Terminarbeiten („Deadlines“), die man einzuhalten hat, es wird erwartet, dass man in der zur Verfügung stehenden Zeit möglichst produktiv ist und somit für jede Arbeitsaufgabe möglichst wenig Zeit beansprucht (auch ich, diese Zeilen schreibend, bin mir des Abgabetermins in wenigen Tagen mehr als bewusst). Wie der Sozialpsychologe Robert Levine in „A Geography of Time“ (Levine, 1997) anschaulich illustriert, ist die heutige Arbeitswelt von der Uhrzeit bestimmt, der objektivierten, quantifizierten und externen Zeit. Der gegenüber stellt er die „Ereigniszeit“, also jener Zeitbegriff, der vor der Einführung der globalen Uhrzeit geherrscht hat und alleine von der jeweiligen Aktivität oder dem Ereignis bestimmt wurde. Hier bestimmt die Zeit nicht die Ereignisse, sondern die Ereignisse bestimmen die Zeit. Etwas braucht dann eben so lange, wie es braucht. Tatsächlich kann Zeitdruck ein deutlicher Stressor sein (Garhammer, 2002), wohingegen Zeit für sich haben mit positiver Stimmung und Erholung einhergeht (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu, Marktl, 2000; Strauss-Blasche, Reithofer, Schobersberger, Ekmekcioglu, Marktl, 2005).

Abhängig vom Circadian-Rhythmus verstärken sich Aktivität und Erholung wechselseitig

Die Erholungsdauer ist von der Art und dem Umfang der Belastung abhängig

Erholungspsychologisch erscheinen 4–8 Tage Urlaub ausreichend. Eine Verlängerung bringt keinen weiteren Erholungszuwachs

Wenngleich unser gesamter Alltag von der Uhrzeit bestimmt wird, ist das Leben nach der Ereigniszeit, d. h. das Ablegen der Uhr, in der Freizeit und im Urlaub möglich, wenn wir es möchten.

Das zweite relevante Element ist die Zeitspanne, die Erholung beansprucht. Wie viel Auszeit braucht man, um wieder fit zu sein? Trotz der Relevanz dieser Frage ist die Datenlage eher bescheiden. Was sich schon sagen lässt, ist, dass die Erholungsdauer abhängig ist von der Art und vom Umfang der Belastung. Pausen von wenigen Minuten können das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit bei körperlichen oder psychischen Aufgaben verbessern (Dababneh, Swanson, Shell, 2001; Henning, Jacques, Kissel, Sullivan, Alteras-Webb, 1997). Der Ausgleich kumulativer Erschöpfung etwa nach Schichtarbeit bedarf jedoch mehr Zeit. In einer der wenigen Studien zu diesem Thema finden Totterdell et al. (Totterdell, Spelten, Smith, Barton, Folkard, 1995), dass bei Krankenpflegepersonal in der Regel 2–3 Tage nötig sind, um die Belastungsfolgen auszugleichen. Ähnliche Schlüsse lassen sich auch von Urlaubs- und Kurverlaufstudien ziehen. Hierbei zeigt sich die größte Verbesserung der meisten Variablen wie Stimmung, Schlafqualität oder Erschöpfung in den ersten 1–4 Tagen des Aufenthaltes, wobei dieser Verlauf im Wesentlichen unabhängig ist von der geplanten Urlaubsdauer (Roth & Silberer, 2000; Strauss-Blasche et al., 2004). Unter der Berücksichtigung der Belastung, die durch Reise und Ortswechsel („Fremdes-Bett-Syndrom“) einhergeht, scheint damit bei gesunden Menschen aus erholungspsychologischer Perspektive eine Urlaubsdauer von 4–8 Tagen auszureichen, eine längere Urlaubsdauer bringt keinen weiteren Erholungszuwachs (Etzion, 2003; Strauss-Blasche et al., 2005).

3.3 Aktivitätswechsel und biologische Rhythmen

Fast alle physiologischen, aber auch die meisten psychologischen Vorgänge unterliegen einem rhythmischen Wechsel. Am augenscheinlichsten ist der Circadianrhythmus, ein Rhythmus mit einer Periode von circa einem Tag. Dieser genetisch bedingte und von vielen Körperzellen im

Konzert getaktete Rhythmus beeinflusst neben vielen anderen Funktionen die Aktiviertheit des Zentralnervensystems und damit Wachheit und Leistungsfähigkeit. Gedächtnis, sensomotorische Koordination, Reaktionszeit und muskuläre Kraft etwa haben ihr Maximum um ca. 16.00 Uhr und ihr Minimum in den frühen Morgenstunden (Winget, DeRoshia, Holley, 1985). Aktivität und Erholung verstärken sich dabei wechselseitig. Ein guter Nachtschlaf führt zu einer größeren Tagesaktivität und Leistungsfähigkeit, ein angemessenes Maß an Tagesaktivität andererseits führt zu einem guten Schlaf. Erholtheit ist somit von einem ausgeprägten Schlaf-Wach-Rhythmus geprägt, was sich auch unter anderem in einem deutlicheren Tagesgang der Stresshormone widerspiegelt (Marktl, 1983). Weniger Adrenalin während der Nacht erlaubt einen guten Schlaf, mehr Adrenalin am Tag eine größere Leistungsfähigkeit. Andererseits sind psychosozialer Stress, Burnout und chronische Erschöpfung mit einem verminderten Circadianrhythmus verbunden. Ein belastender Arbeitstag erschwert das abendliche Abschalten und beeinträchtigt daher die Schlafqualität (Cropley, Dijk, Stanley, 2006; Sonnentag & Bayer, 2005), ein schlechter Schlaf führt zu vermehrter Erschöpfung und kompensatorischer Anstrengung während des Tages.

Auch andere biologische Rhythmen spielen eine Rolle in der Prävention von Erschöpfung: die Ultradianrhythmen. Aus der Beobachtung von Menschen in vorindustrialisierten Kulturen konnte festgestellt werden, dass diese von äußeren Zeitgebern unbeeinflussten Personen dazu neigen, ihren Tagesablauf spontan in regelmäßige Perioden der Aktivität und Ruhe zu strukturieren (Meier-Koll & Schardl, 1994). Die Dauer dieser Zyklen beträgt ca. 2 Stunden. In der Dorfgemeinschaft dürften sich diese zum Teil individuell unterschiedlichen Rhythmen synchronisieren, sodass „sich beispielsweise die Mitglieder einer Familie in periodischen Abständen von ungefähr zwei Stunden in ihrer Hütte versammeln, dort ruhen oder eine Mahlzeit einnehmen und wieder auseinander gehen“ (Meier-Koll, 1995, S. 25). Ähnliche Aktivitätsrhythmen zeigen sich auch bei nichtmenschlichen Primaten wie etwa den Gibbons, jedoch mit einer etwas kürzeren Periode von

Alle 1–3 Stunden eine Pause bzw. ein Aktivitätswechsel!

Erholungswirkung bei körperlicher Aktivität größer als bei Nichtstun

Die heilende Wirkung der Natur

60–90 Minuten. Diese Rhythmen wurden auch in experimentellen Studien beobachtet und von ihrem Entdecker Kleitman „basic rest-activity cycle – BRAC“ genannt, wenngleich sie durch ihre geringe Amplitude häufig maskiert und daher schwer messbar sind (Hayashi, Sato, Hori, 1994; Kleitman, 1967; Meneses Ortega & Corsi Cabrera, 1990). Es variiert dabei nicht nur das Aktivitätsniveau periodisch, sondern ein ultradianer Rhythmus wurde auch für die wechselseitige Hemisphärenaktivität des Zentralnervensystems und damit auch für die *Art* der kognitiven Funktion beobachtet (Shannahoff-Khalsa, 1993). Für die Praxis lässt sich daraus folgern, dass Pausen und/oder ein Aktivitätswechsel ca. alle 1–3 Stunden erfolgen sollten, um eine Erschöpfung der jeweiligen Funktion zu vermeiden und/oder die Erholung zu fördern. Die richtige „Taktung“ ist dabei vom Empfinden jedes Einzelnen abhängig, da die Rhythmen von Person zu Person eine unterschiedliche Dauer und Amplitude haben.

3.4 Bewegung sowie gestaltende und herausfordernde Aktivitäten

Es wäre weit gefehlt, Erholung einzig als Nichtstun zu verstehen. Wenngleich für passive Aktivitäten wie etwa Nichtstun, Lesen oder Fernsehen eine erholungsfördernde Wirkung nachgewiesen werden konnte, ist die Erholungswirkung etwa von körperlicher Aktivität als größer zu bewerten (Rook & Zijlstra, 2006; Sonnentag, 2001; Strauss-Blasche et al., 2005). Auf Grundlage einer Interviewstudie teilt Allmer den Erholungswert von körperlicher Aktivität in vier Bereiche: Kompensation von Bewegungsmangel, Ablenken von Sorgen zur Förderung des Abschaltens, Reduktion der Spannungslage nach psychischem Stress und Aktivierung bei Müdigkeit und Abgespanntheit (Allmer, 1996, S. 99 f.). Ein rascher Spaziergang von 10 Minuten vermindert etwa die Nervosität und erhöht die Wachheit über einen Zeitraum von mindestens 90 Minuten und ist dabei einem Schokoriegel deutlich überlegen (Thayer, 1987).

Gestaltende, künstlerische und sportliche Aktivitäten sind gekennzeichnet durch die Forderung des eigenen Könnens und die Bindung der Aufmerksam-

keit an das jeweilige Tun. Nach Csikszentmihalyi führen solche Tätigkeiten zu einem Flow-Erleben, einem Trancezustand, der unter anderem ein Einswerden mit der Aktivität, Selbstvergessenheit und ein Verlieren des Zeitgefühls umfasst (Csikszentmihalyi & LeFevre, 1989). Darüber hinaus spielen auch das Kontrollgefühl und der Erfolg eine Rolle. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass solche „Mastery“-Aktivitäten sowohl während des Alltags als auch des Urlaubs erholungsförderlich sind (Fritz & Sonnentag, 2006; Sonnentag, Binnewies, Mojza, 2008; Winwood, Bakker, Winefield, 2007). Gestaltende Aktivitäten sind überdies auch beliebt. Im Rahmen eines strukturierten Aktivurlaubs zur Burnoutprävention, welcher im Rahmen eines EU-Projekts zur Erschöpfungsprävention (InterReg/SiTaR 001) entwickelt wurde, fand der Kreativworkshop (angeleitetes Fotografieren im botanischen Garten in Meran/Südtirol) den größten Anklang unter allen Interventionen (Kirchmeir, 2007).

3.5 Naturerleben

Eine bahnbrechende Arbeit eines Geografen der Universität Delaware zeigte in den frühen 1980er Jahren, dass Patienten nach einer Gallenblasenentfernung weniger Schmerzmittel und einen kürzeren Krankenhausaufenthalt hatten, wenn sie von ihrem Krankenzimmer Bäume sahen, im Vergleich zu Patienten, die Aussicht auf eine Ziegelwand hatten (Ulrich, 1984). Diese Beobachtung schien damals so bedeutsam, dass sie in „Science“, der weltweit renommiertesten naturwissenschaftlichen Fachzeitschrift, veröffentlicht wurde. Gleichzeitig bestätigt diese Studie unser intuitives Empfinden bezüglich der beruhigenden und heilenden Wirkung der Natur. Nicht zufällig wurden die Krankenanstalten des 19. Jahrhunderts, allen voran die ehemalige „Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke am **Steinhof**“, heute „Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner Spital“, oder die „Kaiser Franz Josef-Landes-, Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling“, heute Landeskrankenhaus Mostviertel, im Pavillonstil inmitten einer Parkanlage gebaut.

**Kultivieren von
Achtsamkeit**

**Allein der Aufenthalt in
der Natur führt zu
einer psychophy-
siologischen Entspan-
nungsreaktion**

**Reize der Natur fesseln
die Aufmerksamkeit
ohne zu überfordern**

**„Mindfulness Based
Stress Reduction“**

Neben der rascheren Genesung nach einem chirurgischen Eingriff führt die Wahrnehmung von natürlichen Landschaften sowohl bei direkter Exposition als auch bei einer rein bildlichen Präsentation zu Stimmungsaufhellung (Hull, 1992; Ulrich, 1979), zu einem Abbau der Frustration während des Autofahrens (Cackowski & Nasar, 2003) und zu einer rascheren psychophysiologischen Erholung nach experimenteller Stressexposition (Ulrich et al., 1991). Allein der Aufenthalt in der Natur führt zu einer psychophysiologischen Entspannungsreaktion gemessen etwa am Blutdruck und der hirnelektrischen Aktivität (Hartig, Evans, Jamner, Davis, Garling, 2003; Ulrich, 1981). Darüber hinaus verbessert die Wahrnehmung einer natürlichen Umwelt auch die kognitive Leistungsfähigkeit, vor allem die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit (Berman, Jonides, Kaplan, 2008).

Es gibt zwei Vorstellungen, weshalb eine natürliche Umwelt diese Effekte auf den Menschen hat. Einerseits fesseln natürliche Reize zwanglos unsere Aufmerksamkeit, ohne diese zu überfordern, und führen dadurch zu einer Erholung von willkürlicher Aufmerksamkeitslenkung und Selbstkontrolle, wie sie etwa Arbeit erfordert (Kaplan, 1995). Andererseits sind uns natürliche Reize aufgrund unserer biologischen Evolution „vertrauter“ als künstliche Formen. Die optimale „natürliche“ Konfiguration der Reize, etwa durch durchschnittliche Komplexität und „natürliche“ Formensprache (fraktale, selbstähnliche Muster, wenig gerade Linien, nicht perfekte Symmetrien etc.), bindet überdies die Aufmerksamkeit in einer nicht überfordernden Weise und trägt damit zur Entspannung bei (Hartig, Book, Garvill, Olsson, Garling, 1996). Das Sehen und Hören von Wasser scheint dabei eine besonders entspannende Qualität zu besitzen. In Summe bestätigen diese Befunde die erholungsfördernde Wirkung einer natürlichen Umwelt.

3.6 Achtsamkeit

Das Konzept der Achtsamkeit entstammt der buddhistischen Tradition und wird dort als „leidenschaftsfreies, nicht evaluatives Gewahrsein (der) im gegenwärtigen Moment wahrnehmbaren mentalen Zu-

stände und Prozesse“ charakterisiert (Grossman, 2008). Während unser alltägliches Bewusstsein eher auf äußere Reize gerichtet ist und wir oftmals automatisiert und damit „unbewusst“ handeln, zielt die Praxis der Achtsamkeit darauf ab, sich die mentalen Prozesse des Bewusstseins selbst zu vergegenwärtigen. Etwa werden unangenehme innere Erfahrung oder Gedanken nicht gemieden, sondern es wird versucht, diese bewusst zu machen und zu akzeptieren. Dazu wird gleichzeitig eine Grundhaltung kultiviert, die von Freundlichkeit, Geduld, Offenheit und Nichtstreben charakterisiert ist. Die Methode basiert auf der grundlegenden buddhistischen Überzeugung, dass psychologisches Leid das Resultat eines bewertenden Geistes ist, welcher Erfahrungen als gut oder schlecht klassifiziert und uns damit anhält, diese zu verfolgen oder zu vermeiden, was unweigerlich zu Frustration, Leid, Angst und Depression führt (Nyklicek & Kuijpers, 2008).

Achtsamkeit lässt sich durch Achtsamkeitsübungen entwickeln. Ein in der Psychologie etabliertes Programm ist „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR) von Jon Kabat Zinn, ein in der ursprünglichen Form 8-wöchiges Programm, welches eine geleitete Körperwahrnehmung, leichte Yogaübungen sowie Sitz- und Gehmeditation umfasst (Berking & von Kanel, 2007). Die Wirksamkeit des MBSR-Programms bei einer Reihe von somatischen oder psychischen Störungen wurde in zahlreichen Studien belegt (Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004). Unter anderem zeigt sich eine Verringerung von Erschöpfung bei Personen mit chronischem Erschöpfungssyndrom (Surawy, Roberts, Silver, 2005) und eine Verbesserung des Wohlbefindens bei Personen mit Stresssymptomen (Nyklicek & Kuijpers, 2008). Es liegt nahe, dass ein achtsamer und liebevoller Umgang mit sich selbst dazu beiträgt, eine sich anbahnende Erschöpfung frühzeitig zu erkennen und im Sinne der Selbstregulation Erholungsmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten. Im einfachsten Fall können Personen instruiert werden, wiederholt im Laufe eines Tages einen „Systemcheck“ durchzuführen, um das aktuelle Befinden bewusst zu machen. Das Kultivieren von Achtsamkeit im Sinn des oben Gesagten beansprucht jedoch

Urlaubshäufigkeit ist entscheidender als Urlaubsdauer

einen längeren Zeitraum und ist vermutlich anspruchsvoller als etwa das Ein- und Ausüben der progressiven Muskelentspannung. Dennoch wäre das Ziel, Personen anzuleiten, sorgsamer und eben auch achtsamer mit sich selbst (und ihrer Umwelt) umzugehen. Es kann sein, dass Personen im Urlaub durch die verminderten Anforderungen und die neue Umgebung von sich aus achtsamer sind als im Alltag, wodurch sich Urlaub für das Kultivieren von Achtsamkeit anbieten würde. Allerdings ist eine diesbezügliche empirische Prüfung noch ausständig.

4. Wie erholsam ist ein Urlaub?

Ein Urlaub ist gekennzeichnet durch eine Reihe von recht bald eintretenden, jedoch nicht allzu lange anhaltenden Erholungseffekten. Während des Urlaubs fühlen sich ArbeitnehmerInnen weniger erschöpft und ausgebrannt (Westman & Eden, 1997), haben eine bessere Stimmung, weniger psychosomatische Beschwerden (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu, Marktl, 2000; Strauss-Blasche et al., 2004) und einen durchschnittlich geringeren Blutdruck als vor dem Urlaub (Greie et al., 2006; Ritvanen, Laitinen, Hanninen, 2004). Dieser Erholungseffekt besteht auch in den Tagen nach dem Urlaub, klingt allerdings bedauerlicherweise recht rasch ab, sodass 2–3 Wochen nach dem Urlaub meist schon wieder der Vorurlaubswert erreicht ist. Möglicherweise lässt sich der Urlaubseffekt durch viel körperliche Aktivität während des Urlaubs prolongieren, wie die Ergebnisse einer Studie über einen strukturierten Wanderurlaub zeigen (Strauss-Blasche et al., 2004). Die wesentlich dauerhafteren Effekte einer stationären Kurbehandlung lassen darüber hinaus vermuten, dass auch Baden und andere Therapien mit Entspannungscharakter den Effekt eines Urlaubs verlängern könnten (Strauss-Blasche, Ekmekcioglu, Klammer, Marktl, 2000). Der Urlaubseffekt kommt durch eine Kombination aus Arbeitsunterbrechung, Ortswechsel und den Einflüssen der Urlaubsumgebung und -aktivität zustande. Ausreichend Zeit für sich, eine warme Umgebungstemperatur und körperliche Aktivität sind erholförderlich, Arbeitsorgen und eine große Zeit-

zonendifferenz zwischen Urlaubsort und Heimatort reduzieren den Erholungseffekt bzw. tragen sogar zu einer Erhöhung der Erschöpfung bei (Fritz & Sonnentag, 2006; Strauss-Blasche et al., 2005). Die Urlaubsdauer spielt hingegen keine Rolle bei der Erholungswirkung, sofern der Urlaub mindestens einige Tage umfasst. Vielmehr weist eine epidemiologische Studie darauf hin, dass die Häufigkeit, jedoch nicht die Dauer von Urlauben während eines Arbeitsjahres der Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen vorbeugt (Gump & Matthews, 2000).

5. Schlussfolgerungen

Effektive Erholung kann überdauernder Erschöpfung und Burnout vorbeugen. Erholung kann dabei als autoregulativer Prozess verstanden werden, bei dem die Wahrnehmung der Erschöpfung eine Erholungsaktivität einleitet mit dem Ziel, die Erschöpfung wieder abzubauen. Allerdings hängt der Erfolg einer Erholungsaktivität von der individuellen Fähigkeit ab, in dieser Situation mental abzuschalten. Insofern sind die Ingredienzien guter Erholung Achtsamkeit, die Absicht, sich zu erholen, eine Entspannungsfähigkeit sowie geeignete Rahmenbedingungen. Die Förderung effektiver Erholung bedarf somit individueller und betrieblicher Beratung und mitunter auch eines Trainings.

Literatur

- Allmer, H. (1996). Erholung und Gesundheit [Recuperation and Health]. Goettingen: Hogrefe.
- Baer, R. (2003): Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. G., Martinez, J. M., Torne Mdel, M. (2004). Types of employment and health in the European union: changes from 1995 to 2000. *Eur J Public Health*, 14(3), 314–321.
- Berking, M., von Kanel, M. (2007). Mindfulness training as a psychotherapeutic tool – Clarification of concept, clinical application and current state of empirical research. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57(3–4), 170–177.
- Berman, M. G., Jonides, J., Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychol Sci*, 19(12), 1207–1212.
- Blasche, G. (2008). Was Your Vacation Restful?

Der Urlaubseffekt klingt meist rasch ab

Arbeitsorgen und eine große Zeitzonendifferenz zwischen Urlaubsort und Heimatort reduzieren den Erholungseffekt

- Results and Applications of Recovery-Research. *Psychologie in Österreich*, 3&4, 306–314.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Cackowski, J. M., Nasar, J. L. (2003). The restorative effects of roadside vegetation. *Environment and Behavior*, 35(6), 736–751.
- Cropley, M., Dijk, D. J., Stanley, N. (2006). Job strain, work rumination, and sleep in school teachers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 181–196.
- Csikszentmihalyi, M., LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *J Pers Soc Psychol*, 56(5), 815–822.
- Dababneh, A. J., Swanson, N., Shell, R. L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44(2), 164–174.
- Eden, D. (2001a). Job stress and respite relief: overcoming high-tech tethers. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being: Exploring Theoretical Mechanisms and Perspectives* (Vol. 1, pp. 143–194). New York: JAI Press.
- Eden, D. (2001b). Vacations and other respites: Studying stress on and off the job. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organisational psychology* (pp. 121–146). Chichester: Wiley.
- Etzion, D. (2003). Annual vacation: Duration of relief from job stressors and burnout. *Anxiety Stress and Coping*, 16(2), 213–226.
- Fahlen, G., Knutsson, A., Peter, R., Akerstedt, T., Nordin, M., Alfredsson, L. et al. (2006). Effort-reward imbalance, sleep disturbances and fatigue. *Int Arch Occup Environ Health*, 79(5), 371–378.
- Fransson, U., Hartig, T. (2010). Leisure home ownership and early death: a longitudinal study in Sweden. *Health Place*, 16(1), 71–78.
- Fredrickson, B. L. (2005). Positive Emotions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 120–134). New York: Oxford University Press.
- Fritz, C., Sonnentag, S. (2006). Recovery, well-being, and performance-related outcomes: The role of workload and vacation experiences. *J Appl Psychol*, 91(4), 936–945.
- Garhammer, M. (2002). Pace of life and enjoyment of life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 217–256.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N., Gerin, W. (2002): The role of rumination in recovery from reactivity: cardiovascular consequences of emotional states. *Psychosom Med*, 64(5), 714–726.
- Greie, S., Humpeler, E., Gunga, H. C., Koralewski, E., Klingler, A., Mittermayr, M. et al. (2006). Improvement of metabolic syndrome markers through altitude specific hiking vacations. *J Endocrinol Invest*, 29(6), 497–504.
- Grossman, P. (2008). Mindfulness für Psychologen: Dem Wahrnehmbaren freundliche Aufmerksamkeit schenken. In A. Leupoldt & T. Ritz (Eds.), *Verhaltensmedizin. Psychobiologie, Psychopathologie und klinische Anwendungen* (pp. 179–200). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 57(1), 35–43.
- Gump, B. B., Matthews, K. A. (2000). Are vacations good for your health? The 9-year mortality experience after the multiple risk factor intervention trial. *Psychosom Med*, 62(5), 608–612.
- Hartig, T., Book, A., Garvill, J., Olsson, T., Garling, T. (1996). Environmental influences on psychological restoration. *Scand J Psychol*, 37(4), 378–393.
- Hartig, T., Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., Garling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 109–123.
- Hayashi, M., Sato, K., Hori, T. (1994). Ultradian rhythms in task performance, self-evaluation, and EEG activity. *Percept Mot Skills*, 79(2), 791–800.
- Henning, R. A., Jacques, P., Kissel, G. V., Sullivan, A. B., Alteras-Webb, S. M. (1997). Frequent short rest breaks from computer work: effects on productivity and well-being at two field sites. *Ergonomics*, 40(1), 78–91.
- Hull, R. B. (1992). Brief encounters with urban forests produce moods that matter. *Journal of Arboriculture*, 18, 322–325.
- Kant, I. J., Bultmann, U., Schroer, K. A., Beurskens, A. J., Van Amelsvoort, L. G., Swaen, G. M. (2003). An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht Cohort Study. *Occup Environ Med*, 60 Suppl 1, i32–i39.
- Kaplan, S. (1995). The Restorative Benefits of Nature – toward an Integrative Framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169–182.
- Kirchmeir, E. (2007). Gesundheitstourismus. In L. W.-F. InterReg/SiTaR (European Union): Amt der Burgenländischen Landesregierung, Autonome Provinz Bozen-Südtirol (Ed.) (pp. 63–65): Regionalmanagement Burgenland GmbH.
- Kleitman, N. (1967). The basic rest – activity cycle and physiological correlates of dreaming. *Exp Neurol*, Suppl 4: 2–4.
- Levine, R. (1997). *A Geography of Time: The Temporal Misadventures of a Social Psychologist, or How Every Culture Keeps Time Just a Little Bit Differently*. New York: Basic Books.
- Markt, W. (1983). [Biological rhythms of various hormones and plasma protein parameters in the course of resort treatment]. *Wien Klin Wochenschr*, 95(6), 183–194.
- Meier-Koll, A. (1995). *Chronobiologie*. München: C.H. Beck.
- Meier-Koll, A., Schardl, B. (1994). Ultradian behaviour cycles in a village community of Colombian Indians. *J Biosoc Sci*, 26(4), 479–492.
- Meneses Ortega, S., Corsi Cabrera, M. (1990). Ultradian rhythms in the EEG and task performance. *Chronobiologia*, 17(3), 183–194.
- Nyklicek, I., Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*, 35(3), 331–340.
- Preckel, D., von Kanel, R., Kudielka, B. M., Fi-

- scher, J. E. (2005). Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *Int Arch Occup Environ Health*, 78(2), 117–122.
- Rau, R., Triemer, A. (2004). Overtime in relation to blood pressure and mood during work, leisure, and night time. *Social Indicators Research*, 67(1–2), 51–73.
- Richter, P., Rudolf, M., Schmidt, C. F. (1996). Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA) [Work-Load-Related Stress Management Questionnaire]. Frankfurt: Swets.
- Ritvanen, T., Laitinen, T., Hanninen, O. (2004). Relief of work stress after weekend and holiday season in high school teachers. *J Occup Health*, 46(3), 213–215.
- Rook, J. W., Zijlstra, F. R. H. (2006). The contribution of various types of activities to recovery. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 218–240.
- Roth, S., Silberer, G. (2000). Urlaubsstimung und Tourismusmarketing [Holiday mood and tourist marketing]. *Planung und Analyse*, 2000(2), 77–83.
- Shannahoff-Khalsa, D. (1993). The ultradian rhythm of alternating cerebral hemispheric activity. *Int J Neurosci*, 70 (3–4), 285–298.
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: a diary study. *J Occup Health Psychol*, 6(3), 196–210.
- Sonnentag, S., Bayer, U. V. (2005). Switching off mentally: predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 393–414.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., Mojza, E. J. (2008). “Did you have a nice evening?” A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *J Appl Psychol*, 93(3), 674–684.
- Sonnentag, S., Krueger, U. (2006). Psychological detachment from work during off-job time: The role of job stressors, job involvement, and recovery-related self-efficacy. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 197–217.
- Strauss-Blasche, G., Ekmekcioglu, C., Klammer, N., Marktl, W. (2000). The change of well-being associated with spa therapy. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 7(6), 269–274.
- Strauss-Blasche, G., Ekmekcioglu, C., Marktl, W. (2000). Does vacation enable recuperation? Changes in well-being associated with time away from work. *Occup Med (Lond)*, 50(3), 167–172.
- Strauss-Blasche, G., Reithofer, B., Schobersberger, W., Ekmekcioglu, C., Marktl, W. (2005). Effect of vacation on health: moderating factors of vacation outcome. *J Travel Med*, 12(2), 94–101.
- Strauss-Blasche, G., Riedmann, B., Schobersberger, W., Ekmekcioglu, C., Riedmann, G., Waanders, R. et al. (2004). Vacation at moderate and low altitude improves perceived health in individuals with metabolic syndrome. *J Travel Med*, 11(5), 300–306.
- Surawy, C., Roberts, J., Silver, A. (2005). The Effect of Mindfulness Training on Mood and Measures of Fatigue, Activity, and Quality of Life in Patients with Chronic Fatigue Syndrome on a Hospital Waiting List: A Series of Exploratory Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 103–109.
- Thayer, R. E. (1987). Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise. *J Pers Soc Psychol*, 52(1), 119–125.
- Totterdell, P., Spelten, E., Smith, L., Barton, J., Folkard, S. (1995). Recovery from work shifts: how long does it take? *J Appl Psychol*, 80(1), 43–57.
- Ulrich, R. S. (1979). Visual landscapes and psychological well-being. *Landscape Research*, 4(1), 17–23.
- Ulrich, R. S. (1981). Natural Versus Urban Scenes – Some Psychophysiological Effects. *Environment and Behavior*, 13(5), 523–556.
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., Zelson, M. (1991). Stress Recovery during Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230.
- Westman, M., Eden, D. (1997). Effects of a respite from work on burnout: vacation relief and fade-out. *J Appl Psychol*, 82(4), 516–527.
- Winget, C. M., DeRoshia, C. W., Holley, D. C. (1985). Circadian rhythms and athletic performance. *Med Sci Sports Exerc*, 17(5), 498–516.
- Winwood, P. C., Bakker, A. B., Winefield, A. H. (2007). An investigation of the role of non-work-time behavior in buffering the effects of work strain. *J Occup Environ Med*, 49(8), 862–871.
- Wiseman, R. (2007). *Quirkology: The Curious Science of Everyday Lives*. London: Macmillan.

CHRISTIAN TROY,
TOM SCHMID*
SOZIALÖKONOMI-
SCHE FORSCHUNGS-
STELLE
FAVORITENSTR. 35/5
A-1040 WIEN
TEL.: (01) 319 57 50
FAX: (01) 319 57 50-3
E-MAIL:
OFFICE@SFS-
RESEARCH.AT

* UNTER MITARBEIT
VON TANJA BÜRG UND
ANNA WAGNER

Erhebung der Arbeits- bedingungen und der Arbeitsbelastungen in Gesundheitsbetrieben

300.000 im Gesund-
heitswesen Beschäftig-
te österreichweit. Jeder
zehnte Euro in Öster-
reich wird im Gesund-
heitswesen verdient

ARBEITSBEDINGUNGEN UND ARBEITSBELAS- TUNGEN IN DEN GESUNDHEITSBERUFEN UND BEI ANGESTELLTEN ÄRZTLINNEN IN WIEN UND NIEDERÖSTERREICH

Abstract

In dieser Studie wurden rund 80.000 Gesundheitsbeschäftigte in Wien und Niederösterreich sowie 5.000 angestellte ÄrztInnen in Niederösterreich über ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen durch einen (standardisierten) Fragebogen befragt, zusätzlich wurden qualitative Methoden verwendet. Die Befragungen wurden zwischen Juni 2009 und April 2010 durchgeführt. Auftraggeber waren die Arbeiterkammern für Wien und Niederösterreich sowie die Ärztekammer für Niederösterreich.

In folgenden vier Bereichen wurden Belastungen festgestellt:

- Belastungen aus der Arbeitsorganisation
- Psychische Belastungen
- Körperliche Belastungen
- Belastungen durch die Arbeit mit PatientInnen

Belastungen ergaben sich vor allem aus der Arbeitsorganisation und hier wieder vor allem durch überlange bzw. unplanbar lange Arbeitszeiten, Personalmangel und organisatorische Probleme. Die Bedeutung der psychischen Belastungen lässt sich an einem relativ hohen Anteil *emotional Erschöpfter* nach dem MBI, bei angestellten ÄrztInnen auch durch einen hohen Anteil fortgeschrittenen Burnouts beschreiben. Körperliche Belastungen finden sich vor allem im Bereich des Hebens und Tragens und durch Infektionen. Belastungen, die sich durch PatientInnen/Angehörige ergeben, werden demgegenüber seltener erlebt.

Auffällig ist eine trotz hoher Belastungen große Zufriedenheit mit der Berufswahl, eine hohe Liebe zum Beruf, aber auch eine große Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, der allerdings relativ hohe Krankenstände gegenüberstehen. Die Beschäftigten im Ge-

sundheitsbereich fordern mehr Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und einen Rechtsanspruch auf betriebliche Gesundheitsförderung ein.

Einleitung

Bei der gegenständlichen Studie handelt es sich um ein Forschungsprojekt im Auftrag der Arbeiterkammern für Wien und Niederösterreich sowie der Ärztekammer für Niederösterreich (Laufzeit Februar 2009–September 2010). Ziel war die Erhebung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsbelastungen von Beschäftigten in Gesundheitsbetrieben in Wien und in NÖ (intra- und extramural) sowie von angestellten ÄrztInnen in Niederösterreich. Aufgrund unserer ergebnisoffenen Herangehensweise wurde nicht nach den „Arbeitsbelastungen“ gefragt, sondern nach „Arbeitsbedingungen“, die im Folgenden dargestellten Arbeitsbelastungen ergeben sich aus der Analyse der erhobenen Arbeitsbedingungen.

Das Projekt besteht aus folgenden Bausteinen: Fragebogenerhebung bei allen AK-Mitgliedern in Gesundheitsbetrieben sowie den angestellten ÄrztInnen in NÖ (ca. 85.000 Fragebögen), schriftliche Befragung der etwa 240 Betriebsratskörperschaften des Gesundheitswesens in Wien und NÖ, qualitative Interviews, Beobachtungen am Arbeitsplatz und Literaturanalyse.

Der Rahmen

Das Gesundheitssystem umfasst in Österreich 10,1 % des BIP, das bedeutet (auch), jeder zehnte Euro in Österreich wird im Gesundheitswesen verdient. Österreichweit sind hier etwa 300.000 Menschen beschäftigt. Jede/r 12. Beschäftigte in Österreich arbeitet im Gesundheitswe-

Psychische Belastungen als Hauptgrund krankheitsbedingter vorzeitiger Pension

Anforderungen an das Gesundheitssystem nehmen zu. Plötzlicher Personalmangel droht

Die zu leistende Arbeitszeit ist wesentlich höher als die vertraglich vereinbarte

sen. Es ist also, sowohl was den Anteil am Bruttoinlandsprodukt als auch was die Zahl der Beschäftigten betrifft, ein bedeutender Wirtschaftszweig.

Aus Gründen der demografischen Entwicklung (in den nächsten Jahrzehnten erreichen immer mehr Menschen das höhere Alter mit seinen besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen), aber auch durch die wachsenden Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringt, werden die Anforderungen an das Gesundheitssystem in naher Zukunft steigen. Es ist anzunehmen, dass diese wachsenden Anforderungen mit einem steigenden Personalbedarf einhergehen werden. Das Gesundheitssystem also als „Beschäftigungsmotor“ des kommenden Jahrzehnts? Jedenfalls kann man das Gesundheitssystem als eine, wenn nicht gar „die“ Wachstumsindustrie der kommenden Jahrzehnte bezeichnen. Eine zentrale Frage lautet daher: Ist die Beschäftigung (Menge, Qualität) im Gesundheitssystem diesen Herausforderungen gewachsen?

Ein aktuelles Grünbuch der EU-Kommission vom Winter 2008 stellt sich dieser Problematik und fordert von den Mitgliedsstaaten Maßnahmen ein, die Berufe im Gesundheitssektor rechtzeitig aufzuwerten, damit die Mitgliedsstaaten nicht plötzlich von einem Personalmangel in diesem zentralen Versorgungsbereich überrascht werden. Deswegen schlägt die EU-Kommission unter anderem vor, im Gesundheitswesen die Bezahlung zu erhöhen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Arbeitsbelastungen zu senken. Damit soll die vermutlich hohe Fluktuation in diesem Wirtschaftsbereich gesenkt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, ist es notwendig, empirische Kenntnis über Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen zu gewinnen. In den letzten Jahrzehnten gab es in Österreich zwar viele qualitative Studien und noch mehr publizierte Vermutungen über Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen im Gesundheitswesen, aber keine quantitativen Untersuchungen darüber. Selbst für die immer wieder kolportierte „kurze Verweildauer“ im Gesundheitssystem fehlt der empirische Nachweis¹.

Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen in Österreich verändern sich, damit verschieben sich auch Arbeitsbelastungen und (letztlich) berufsbedingte Erkrankungen. So nimmt zum Beispiel der Anteil körperlicher Schädigungen bei den Gründen für vorzeitige Pensionen ab, Lärmschwerhörigkeit ist schon lange nicht mehr die wichtigste berufsbedingte Dauererkrankung. Hingegen steigt die Zahl psychischer Belastungen und macht einen Hauptgrund bei den krankheitsbedingten vorzeitigen Pensionen aus. Die Bedeutung von Burnout als Dauerbelastung steigt. Ähnliche Entwicklungen finden sich in allen Industrieländern.

Aus diesen Überlegungen ergaben sich folgende Hypothesen zu den Arbeitsbelastungen im Gesundheitssystem. Die Belastungen im Gesundheitssystem entstehen aus folgenden Faktoren:

- Belastungen aus der Arbeitsorganisation
- Psychische Belastungen
- Körperliche Belastungen
- Belastungen durch die Arbeit mit PatientInnen

Anhand dieser Hypothesen wurden dann die Arbeitsbelastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Wien und Niederösterreich analysiert.

Hauptergebnis Arbeitszeit

Die tägliche arbeitsgebundene Zeit (Arbeitszeit und Wegstrecken) ist in allen untersuchten Bereichen relativ hoch, das gilt für Voll- und für Teilzeitbeschäftigte. Dabei ist die tatsächlich zu leistende Arbeitszeit deutlich höher als die vertraglich vereinbarte, egal ob Vollzeit, Teilzeit oder Überstundenpauschale vereinbart wurde (siehe Tabelle 1). Allerdings wünschen sich die Befragten in hohem Ausmaß weiter lange Schichten (z. B. 12-Stunden-Schichten), weil ihnen diese lange, zusammenhängende Freizeitblöcke (in der Regel jede Woche mehrere zusammenhängende freie Tage) ermöglichen und damit die Erholungsmöglichkeiten verbessern.

Allerdings wünschen sich die Befragten mehr Planbarkeit in der Arbeitszeit (Lage

„Wir können einfach nicht mehr“ sagen viele ÄrztInnen

Maximal mögliche Zeitsouveränität im Fokus flexibler Lösungsansätze

Tabelle 1: Vergleich Soll-Ist-Arbeitszeit

Wochenarbeitszeit	Gesundheitsberufe				ÄrztInnen NÖ	
	Wien		NÖ		Soll	Ist
	Soll	Ist	Soll	Ist		
bis 35 Wochenstunden	37 %	35 %	56 %	51 %	15 %	12 %
36 bis 40 Wochenstunden	59 %	32 %	43 %	25 %	68 %	5 %
Mehr als 40 Stunden/Woche	4 %	34 %	1 %	21 %	17 %	83 %
Vertragliche („Soll“) und tatsächliche („Ist“) Wochenarbeitszeit						

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 2: Lange Tagesarbeitszeit

Tägliche arbeitsgebundene Zeit	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
bis unter 8 Stunden	16 %	28 %	14 %
8 bis unter 10 Stunden	28 %	27 %	10 %
10 bis unter 12 Stunden	13 %	16 %	29 %
12 bis unter 14 Stunden	33 %	27 %	43 %
14 und mehr Stunden	10 %	2 %	5 %
Arbeitszeit und Wegzeit pro Arbeitstag			

Quelle: SFS Datafile 2010

der Dienste, Überstunden) und eine Reduktion der Mehrarbeit, auch wenn das mit Einkommenseinbußen verbunden ist. Das „Wir können einfach nicht mehr“ findet sich (vor allem bei ÄrztInnen) in vielen unserer Interviews.

Die tägliche arbeitsgebundene Zeit (die sich durch die langen Schichten und den täglichen Weg von und zur Arbeit ergibt) ist relativ hoch (siehe Tabelle 2). Die Wünsche der Beschäftigten nach einer „idealen Arbeitszeit“ sind aber differenzierter, als die Belastungen vermuten lassen. Ein erheblicher Teil (bei den angestellten ÄrztInnen jedoch deutlich weniger) der Befragten ist mit den langen täglichen und wöchentlichen Arbeitszeiten offensichtlich zufrieden (siehe Tabelle 3).

Empfehlungen zur Arbeitszeit

Die Befunde sind widersprüchlich. Da ein Teil der Befragten mit den gegebenen Arbeitszeiten zufrieden ist (wahrscheinlich wegen der Verdienstmöglichkeiten durch Mehrarbeit bzw. wegen der längeren Freizeitblöcke durch Zeitausgleich), ein Viertel bis ein Drittel (bei den angestellten ÄrztInnen mehr als die Hälfte) der Befragten jedoch kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, ist die Durchsetzung der Zeitsouveränität der Befragten besonders wichtig. Belastungen ergeben sich durch die absolute Länge und durch die Unplanbarkeit der Arbeitszeit und die damit verbundene Beeinträchtigung von Freizeit und Sozialkontakten. Im Zentrum flexibler Lösungen sollte unserer Meinung nach die maximal mögliche Zeitsouveränität der Betroffenen stehen.

Tabelle 3: Lange Tagesarbeitszeit

Würden Sie lieber	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
... mehr Wochenstunden arbeiten?	6 %	7 %	2 %
... weniger Wochenstunden arbeiten?	35 %	26 %	58 %
... gleich lang arbeiten?	60 %	66 %	40 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Mangelnde Arbeitsorganisation aufgrund mangelnder Personalentwicklung

Burnout ist kein Zustand, sondern ein chronischer Prozess

Gute Arbeitsorganisation kann Belastungen vermindern

Hauptergebnis Arbeitsorganisation

Belastungen durch mangelhafte oder fehlerhafte Arbeitsorganisation entstehen vor allem durch das Fehlen von Personalentwicklung bzw. durch eine als schlecht empfundene Personalentwicklung, durch als schlecht empfundenen Management (das gilt vor allem für „schlechtes“ Human Resources Management) und durch die Lage und Länge der Arbeitszeit bzw. allgemein durch die Dienstplangestaltung. Belastend sind der Personalmangel („zu wenig Personal“) und die Auswirkungen, die sich daraus ergeben, Überstunden und Mehrarbeit, aber auch die (zu geringe) Bezahlung werden oft als Belastung erlebt. Als belastend werden weiters arbeitsrechtliche und entgeltsrechtliche Rahmenbedingungen genannt. Auch diese Faktoren treten in unterschiedlichem Ausmaß auf, wie die Tabelle 4 zeigt.

Bei den angestellten ÄrztInnen kommt die in den letzten Jahren steigende Inanspruchnahme (das ist die Zeit innerhalb der Arbeitszeit, in der die Leistung tatsächlich in Anspruch genommen wird) dazu. Dies wird besonders belastend erlebt, weil dadurch die sehr langen Anwesenheitsschichten (bis zu 60 Stunden „am Stück“) kaum mehr bewältigt werden können. Auch diese höhere Inanspruchnahme wird als Effekt eines Personalmangels in den niederösterreichischen Spitälern beschrieben.

Empfehlungen zur Arbeitsorganisation

Belastungen, die sich aus der Arbeitsorganisation ergeben, können durch optimierte Arbeitsorganisation vermindert werden.

Tabelle 4: Differenzierte Belastungen

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Lange Arbeitszeit	21 %	23 %	53 %
Freizeit nicht planbar	19 %	21 %	32 %
Wenig Personal	47 %	46 %	60 %
Bürokratie	44 %	45 %	64 %
Zeitdruck	34 %	40 %	49 %
Führungsstil	30 %	32 %	37 %
Inanspruchnahme*	—	—	43 %
In Prozent der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, „Eher starke und sehr starke Belastung“			
* Zu starke Inanspruchnahme während der Dienstzeit, damit ist jene Zeit gemeint, in der angestellte Ärzte und Ärztinnen während ihrer Anwesenheitszeit tatsächlich in Anspruch genommen werden			

Quelle: SFS Datafile 2010

Vor allem Belastungen, die sich aus der Arbeitszeit, aus Personalmangel und aus (empfundener) Bürokratie ergeben, könnten durch organisatorische Maßnahmen vermindert werden, z. B. durch mehr Personal³, mehr Ressourcen, höhere Effizienz der Personalplanung und Dienstplanorganisation, etc. Moderne Personalentwicklung bzw. die Nutzung moderner Instrumente des Personalmanagements vermindern den Belastungsdruck. So macht eine Diplomarbeit (C. Bobens, IMC Krems 2004) am Beispiel niederösterreichischer Spitäler deutlich, dass in Häusern, die moderne Personalentwicklung haben (insbesondere ein funktionierendes MitarbeiterInnengespräch), die Fluktuation deutlich niedriger ist als in Vergleichshäusern ohne moderne Personalentwicklung.

Hauptergebnis Burnout

Burnout wird nicht als „Zustand“ verstanden, sondern als ein „CHRONISCHER PROZESS“ der physischen, emotionalen und mentalen Erosion. Er schleicht sich ein – zunächst unbemerkt – und entwickelt sich zu einer Spirale nach unten ...“ (Rösing 2008: 72, Hervorhebung im Original). Die drei Phasen des Burnoutsyndroms nach der Definition des Maslach Burnout Inventory sind:

1. **Emotionale Erschöpfung** („Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht“, „Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark“): Mit dem Gefühl emotionaler Erschöpfung wird der Burnoutprozess angestoßen, zudem ist er unmittelbar von belastenden Arbeitsbedingungen beeinflusst (Leiter 1993).

Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, Reduzierte Leistungsfähigkeit

2. **Depersonalisation** („Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet“, „Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe“): Depersonalisation ist eine Schutzreaktion auf die hohe emotionale Belastung.
3. **Reduzierte Leistungsfähigkeit** (Die Antwort auf Fragen wie „Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse“, „Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht“ fällt negativ aus.). Die arbeitsbezogene Selbstbewertung fällt negativ aus. Wer von reduzierter Leistungsfähigkeit betroffen ist, weist eine fortgeschrittene Burnoutsymptomatik auf (siehe Tabelle 5).

25 % der Wiener Beschäftigten fühlen sich emotional erschöpft. Mit dem Gefühl emotionaler Erschöpfung wird der Burnoutprozess angestoßen, zudem ist er unmittelbar von belastenden Arbeitsbedingungen beeinflusst (Leiter 1993). 3,1 % der Beschäftigten begegnen ihren PatientInnen mit emotionaler Distanz, sehen diese als Objekte (Depersonalisation) und 3,9 % verspüren eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit. 22,2 % der niederösterreichischen Beschäftigten fühlen sich emotional erschöpft. 1,8 % begegnen ihren PatientInnen mit emotionaler Distanz (Depersonalisation) und 1,8 % verspüren eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit. 31,4 % der angestellten ÄrztInnen fühlen sich emotional erschöpft, 8,4 % der ÄrztInnen begegnen ihren PatientInnen mit emotionaler Distanz (Depersonalisa-

tion) und 2,6 % (ÄrztInnen) verspüren eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit (siehe Tabelle 6).

Als *ausschließlich* emotional erschöpft, und noch nicht mit der als Bewältigung geltenden Strategie der Depersonalisierung reagierend gelten 22 % der in den Wiener Gesundheitsberufen Beschäftigten. Depersonalisierungsstrategien zeigen 3,1 % und 2,5 % weisen eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit auf. *Ausschließlich* emotional erschöpft und noch nicht mit Depersonalisierung reagierend, sind 20,8 % der niederösterreichischen Beschäftigten. Depersonalisierungsstrategien zeigen 1,8 % und 1 % weist eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit auf. Als *ausschließlich* emotional erschöpft gelten 24,7 % der befragten Ärzte und Ärztinnen, Depersonalisierungsstrategien zeigen 8,4 % der angestellten ÄrztInnen und 6,7 % weisen eine verringerte persönliche Leistungsfähigkeit auf.

Der relativ geringe Anteil der zweiten und dritten Burnoutstufe bei den Gesundheitsberufen (nicht bei den angestellten ÄrztInnen) hat mehrere Gründe. Viele Beschäftigte schaffen es (noch⁴), vorhandene Ressourcen (Team, Qualifikation, Vorgesetzte, Supervision) zu nutzen und/oder holen sich ihre Stärke außerhalb des Berufes (Familie, soziales Umfeld), was weiter unten gezeigt wird. Möglicherweise scheiden Personen in höheren Burnoutstufen auch relativ rasch aus dem Beruf aus (Dauerkrankenstand, Beendigung des Dienstverhältnisses) und wurden daher hier nur unzureichend erfasst.

Höhere Burnoutstufen möglicherweise unzureichend erfasst

Hoher Anteil an ÄrztInnen mit emotionaler Erschöpfung

Tabelle 5: Ausprägung der Burnoutkomponenten

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Emotionale Erschöpfung	25,0 %	22,2 %	31,4 %
Depersonalisation	3,1 %	1,8 %	8,4 %
Verringerte Leistungsfähigkeit	3,9 %	1,8 %	2,6 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 6: Ausprägung der Burnoutkomponenten nach Stadien

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Stadium I: Emotionale Erschöpfung	22,0 %	20,8 %	24,7 %
Stadium II: Depersonalisation	3,1 %	1,8 %	8,4 %
Stadium III: Verringerte Leistungsfähigkeit	2,5 %	1,0 %	6,7 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Jüngere Beschäftigte
haben mehr körperliche
Belastung als
Ältere

Burnout belastet auch
KollegInnen und
gefährdet PatientInnen

Zusätzlich erschweren Probleme, „Schwächen“ eingestehen zu können, die Unterstützung bei drohendem Burnout (= emotionale Erschöpfung).

Gesundheitsarbeit gehört (wie alle persönlichen Dienstleistungen) zu den *affektiven Arbeiten* (Hardt/Negri 2003). Diese sind gekennzeichnet durch die Herstellung zwischenmenschlicher Kontakte, Interaktionen und Fürsorglichkeit. „*Affektive Arbeit produziert soziale Netzwerke, Formen der Gemeinschaft, der Biomacht*“ (Hardt/Negri 2003: 204). Das bedeutet: Gesundheitsarbeit ist sowohl Arbeit als Tauschwert (kommodifizierbare Arbeit nach Esping-Andersen 1990) als auch affektive Arbeit. Dadurch entstehen Besonderheiten im materiellen Interesse und in der Durchsetzung dieses Interesses. Widerständigkeit gegen schlechte Arbeitsbedingungen wird immer wieder – durch die Betroffenen selbst – unterlaufen durch „Einsicht“ in die Probleme, Mitleid mit den PatientInnen und das Verlangen, eigene „Schwächen“ nicht zugeben zu wollen. Allerdings beeinträchtigen Burnout und Burnoutbedrohung die Qualität der Arbeit, belasten die KollegInnen und gefährden die PatientInnen.

Empfehlungen zu Burnout

Der hohe Anteil emotionaler Erschöpfung macht ein *Gefährdungspotenzial* deutlich (für die Betroffenen, ihre KollegInnen und die PatientInnen). Diese Befunde sind von den Verantwortlichen ernst zu nehmen, es besteht Handlungsbedarf. Notwendig sind eine Erhöhung der Ressourcen und eine verbesserte Ressourcennutzung (z. B. mehr Personal) sowie eine Entlastung der Beschäftigten durch verbesserte Arbeitsorganisation. Auch moderne Instrumente der Personalentwicklung wirken entlastend. Direkt unterstützende Maßnahmen (wie z. B.

Supervision) sollten professionell angeboten werden und in einer Art und Weise, dass sie von den Betroffenen auch tatsächlich angenommen werden (können).

Hauptergebnis körperliche Belastungen

Hauptsächliche körperliche Belastungen entstehen durch Bewegungsabläufe, Heben und Arbeitshaltungen. Da es in vielen Arbeitssituationen darum geht, PatientInnen, egal wie schwer sie sind, wieder zu mobilisieren und zu aktivieren, wird das Heben der Menschen auch in Zukunft nur in geringem Ausmaß durch technische Hilfsmittel erleichtert werden können. Infektionen belasten ein Drittel des Pflegepersonals und ein Viertel der angestellten ÄrztInnen (siehe Tabelle 7).

Die Detailanalyse macht deutlich: Jüngere Beschäftigte sind durch Heben und Tragen stärker belastet als Ältere. Ein Erklärungsversuch dazu: Einerseits haben Veränderungen in Arbeitstechnik und Arbeitsorganisation diese Belastungen in den letzten Jahren reduziert, nur die Älteren erinnern sich an frühere stärkere Belastungen. Andererseits können ältere Beschäftigte die mit diesen Belastungen verbundenen Arbeiten (z. B. schweres Heben) eher delegieren als jüngere, auch weil sie in der innerbetrieblichen Hierarchie bereits weiter aufgestiegen sind.⁵

Empfehlungen zu körperlichen Belastungen

Die körperlichen Belastungen sind durch entsprechende Arbeitsorganisation und Arbeitstechniken (weiter) zu reduzieren. Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. Massagen, Rückenschule etc.) können hier Abhilfe schaf-

Tabelle 7: Körperliche Belastungen

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Bewegungen	48 %	54 %	35 %
Heben	42 %	54 %	6 %
Arbeitshaltungen	49 %	46 %	44 %
Infektionen	36 %	34 %	23 %
In Prozent der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Belastung ist eher stark oder sehr stark			

Quelle: SFS Datafile 2010

Trotz aller Belastungen hohe Zufriedenheit mit Berufswahl

Belastung durch Patienten um 2/3 weniger genannt als andere Belastungen

Supervision, Konfliktmanagement sowie systematische Betreuung von PatientInnen und Angehörigen empfohlen

fen. Der Schutz vor Infektionserkrankungen sollte verbessert werden (intramural wie extramural), zum Schutz der Beschäftigten, aber auch der PatientInnen.

Belastungen durch PatientInnen

Belastungen durch PatientInnen und ihre Angehörigen werden um zwei Drittel weniger genannt als andere Belastungen. Die wesentlichsten Belastungen können der Tabelle 8 entnommen werden.

Empfehlungen für den Umgang mit PatientInnen

Um Belastungen, die sich durch PatientInnen (bzw. ihre Angehörigen) ergeben, zu vermindern, empfehlen wir vor allem den Ausbau der Supervision und Maßnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz von Supervision als professionelles Arbeitsinstrument. Außerdem eine bessere Ausbildung in Gesprächs- und Verarbeitungstechniken sowie in Konfliktmanagement (z. B. Transaktionsanalyse), um die Beschäftigten zu befähigen, mit „schwierigen“ PatientInnen (Angehörigen) belastungsschonend umgehen zu können. Notwendig wäre eine systematische Organisation der Betreuung von PatientInnen und Angehörigen (z. B. durch klare Zuständigkeiten), vor allem verbessertes Abdecken ihres Informationsbedarfes.

Liebe zum Beruf

Ein beachtenswertes Ergebnis der Befragung ist die trotz aller Belastungen hohe Zufriedenheit der Befragten mit ihrem Beruf. Das bedeutet (und das lässt sich auch durch die Auswertung der Frage nach den Motiven der Berufswahl zeigen), dass die überwiegende Mehrheit der Befragten den Beruf aus altruistischen Gründen gewählt hat und auch immer noch gerne ausübt. Diese Liebe zum Beruf zu erhalten liegt in der Verantwortung der Dienstgeber, indem sie die vorhandenen und als bedrückend empfundenen Belastungen dauerhaft reduzieren (siehe Tabelle 9).

Ein Erklärungsansatz für das Zusammenfallen hoher Berufszufriedenheit und hoher Belastungen (hohem Burnout) sehen wir darin, dass die Befragten entweder den sich aus den Belastungen ergebenden Gesamtzustand als eigenes Versagen interpretieren oder sie geben den Arbeitsbedingungen, nicht der Arbeit an sich die Schuld für diesen Zustand. Ein weiterer Ansatz besteht darin, den Ursprung des Burnouts im privaten Bereich zu suchen (siehe auch Burisch 2006: 130). Burisch hat als weiteren Grund vermutet, dass sich unter den Burnoutopfern auch solche befinden, die ihr Burnout tatsächlich nicht durch die Arbeit bekommen haben, sondern durch private Probleme.

Beachtenswert ist die Antwort auf die Frage, wo die Beschäftigten den Rückhalt

Tabelle 8: Belastungen durch PatientInnen

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Verbale Übergriffe	23 %	18 %	10 %
Angehörige	29 %	29 %	24 %
Kultur der PatientInnen	22 %	17 %	27 %
„Lästige“ PatientInnen	29 %	28 %	21 %
In Prozent der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, Belastung ist eher stark oder sehr stark			

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 9: Zufriedenheit mit Beruf/Berufswahl

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Sehr zufrieden	24 %	23 %	18 %
Zufrieden	61 %	62 %	52 %
Weder – noch	—	—	15 %
Weniger zufrieden	14 %	13 %	12 %
Unzufrieden	2 %	2 %	4 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Hoher Anteil von Familie, Freundeskreis und Freizeit an der Erhaltung und Wiedererlangung persönlicher Stabilität

Berufswahl aus altruistischen Gründen

Personen mit großer beruflichen Affinität haben ein höheres Burnout-Risiko

Empfehlung zur Unterstützung und Stärkung sozialer Ressourcen durch Maßnahmen, die die Planbarkeit erhöhen

für die Bewältigung ihrer Arbeit finden. Deutlich wird der hohe Anteil von Familie, Freundeskreis und Freizeit bei der Erhaltung und Wiedererlangung der persönlichen Stabilität – ein Rückhalt, der ernsthaft gefährdet ist, wenn durch ständig unplanbare Freizeit die Pflege der Sozialkontakte erschwert wird. Bedenklich erscheint uns allerdings die geringe Bedeutung, die der Supervision⁶ bei der Stabilisierung bzw. als persönlicher Rückhalt zugewiesen wird.

Auch die Gründe der Berufswahl, die deutlich machen, dass der Beruf vor allem aus altruistischen Gründen gewählt wird, zeigt (wie bereits erwähnt) die hohe inhaltliche Affinität der Befragten mit ihrem Beruf – was wahrscheinlich die Belastungen überhaupt erträglich macht. Andererseits weisen manche BournoutforscherInnen darauf hin, dass gerade Personen mit hoher beruflicher Affinität schneller ausbrennen.

Empfehlungen

Die hohe Liebe zum Beruf ist eine wesentliche Ressource der Gesundheitsberufe und muss unbedingt erhalten werden. Das entspricht auch den Empfehlungen des einleitend erwähnten EU-Grünbuches. Insbesondere empfehlen wir die Unterstützung und Stärkung der sozialen Ressourcen der Beschäftigten, vor allem durch

Maßnahmen, die eine Planbarkeit des Einsatzes erhöhen („Arbeitszeit“), den Ausbau der professionellen Unterstützungsressourcen (z. B. Supervision) und den Abbau bzw. Rückbau von belastenden Faktoren (z. B. planbare Zeit für die Familie).

Resümee

Die Gesundheitsberufe bieten hohe Arbeitserfüllung und hohe Arbeitszufriedenheit, aber auch wesentliche Arbeitsbelastungen. Diese ergeben sich aus vier Faktoren:

- Arbeitsorganisation
- Psychische Belastungen
- Körperliche Belastungen
- Umgang mit PatientInnen

Diese Belastungen können durch politische Intervention *wesentlich* reduziert werden. Dies ist nötig, wenn die Attraktivität der Gesundheitsberufe erhöht werden soll, um den Anforderungen der Zukunft an Qualität und Menge gerecht werden zu können.

Veränderungspotenziale sind vorhanden. Eine Studie des LBI von 2003 (Ludwig Boltzmann Institut 2003) unterscheidet zwischen Belastungen, die nicht veränderbar sind, entweder durch die Art der Arbeit (Leid, Schmerz, Sterben) oder durch die spezifische Arbeitsaufgabe (Heben, Tragen, Nachtarbeit ...), und Belastungen, die

Tabelle 10: Persönlicher Rückhalt

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Familie	57 %	63 %	67 %
Bekannte	42 %	35 %	36 %
Freizeit	47 %	53 %	47 %
KollegInnen	18 %	24 %	11 %
Supervision	4 %	4 %	3 %
In Prozent der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, trifft voll und ganz zu			

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 11: Gründe für die Berufswahl

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Naturwissenschaft	23 %	17 %	48 %
Sicherheit	30 %	30 %	12 %
Interesse	77 %	75 %	87 %
Helfen	53 %	62 %	52 %
In Prozent der Nennungen, Mehrfachnennungen möglich, trifft voll und ganz zu			

Quelle: SFS Datafile 2010

Betroffene erkennen Veränderungsbedarf und Perspektiven

Trotz Belastungen hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand

Nur 1/3 der Beschäftigten ohne Krankenstand im letzten Jahr

prinzipiell durch geeignete Managementstrategien veränderbar sind, etwa durch Arbeitsorganisation, Personalentwicklung, Human Resources Management, verbesserte arbeits- und entgeltrechtliche Bedingungen etc. (siehe Tabelle 12).

Wesentliche Ansatzpunkte zur Veränderung können daher sein, die psychischen Belastungen (Burnoutprävention), die körperlichen Belastungen (Hilfsmittel, Ressourcen, Rahmenbedingungen), die Arbeitsorganisation (PE, HRM) zu verändern und die Arbeitszeit neu zu gestalten (Mitgestaltung durch Betroffene, erhöhte Zeitsouveränität der Beschäftigten). Belastungsreduktion kann die Fluktuation reduzieren, den Verbleib im Beruf verlängern (Erreichen des „normalen“ Pensionsalters im Beruf) und den Beruf für AnfängerInnen und WiedereinsteigerInnen attraktiver machen (und damit die wesentlichen Anforderungen des EU-Grünbuchs erfüllen).

Die von den Beschäftigten genannten Veränderungsvorschläge machen deutlich, wie stark die Betroffenen selbst den Veränderungsbedarf und die Veränderungsperspektiven erkennen.

Dies bietet vielfältige Ansatzmöglichkeiten für betriebliche Gesundheitsförderung.

Gesundheitszustand der Befragten und betriebliche Gesundheitsförderung

Ein letzter Komplex der Untersuchung befasst sich mit dem subjektiven Gesundheitszustand der Beschäftigten, der Krankenstandshäufigkeit und den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auffällig ist die trotz Belastungen hohe Zufriedenheit der Befragten mit ihrem Gesundheitszustand, die allerdings nicht mit den relativ hohen Krankenstandszahlen korrespondiert (siehe Tabelle 13).

Nur etwa ein Drittel der Befragten war im letzten Jahr kein einziges Mal im Krankenstand (siehe Tabelle 14).

Die Inanspruchnahme der kostenfreien Gesundenuntersuchung (gefragt wurde nach einer Inanspruchnahme im letzten Jahr) ist auch im Gesundheitswesen relativ gering (siehe Tabelle 15).

Tabelle 12: Wichtigste Veränderungswünsche der Beschäftigten

Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
Wien	NÖ	
Mehr Personal	Mehr Personal	Reduktion der Arbeitszeiten
Verbesserung der Arbeitszeiten	Verbesserung der Arbeitszeiten	Ausreichend Personal
Gesf. Maßnahmen	Gesf. Maßnahmen	Allg. bessere Arbeitsbedingungen
Bessere Bezahlung	Bessere Bezahlung	Bessere Bezahlung
Besseres Raumklima	Pausen	Adäquates Grundgehalt
Gesetzl. Absicherung	Weniger Stress	Pausen

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 13: Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Sehr zufrieden	17 %	18 %	21 %
Zufrieden	60 %	62 %	59 %
Wenig zufrieden	20 %	17 %	18 %
Unzufrieden	4 %	3 %	3 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 14: Krankenstände

Krankenstand im letzten Jahr	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Nie	31 %	34 %	34 %
Einmal	42 %	40 %	38 %
Mehrmals	27 %	23 %	26 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 15: Inanspruchnahme von Gesundenuntersuchungen

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Ja	28 %	23 %	12 %
Nein	71 %	77 %	86 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Belastungen wirken sich nicht stark auf den subjektiven Gesundheitszustand aus

Eigene Beschwerden werden nicht so wichtig genommen

Bedürfnis nach betrieblicher Gesundheitsförderung hoch

85.000 Fragebögen abgeschickt mit zufriedenstellendem bis gutem Rücklauf

Unser Erklärungsversuch: Die Belastungen wirken sich nicht stark auf den subjektiven Gesundheitszustand aus. Es ist aber auch zu beachten, dass man – gerade in diesen Berufen – mit Unzufriedenheit an der eigenen Gesundheit eine „Schwäche“ zugibt und dass im Vergleich mit den Leiden der PatientInnen die eigenen Beschwerden (die im Fragebogen manifest werden) „nicht so wichtig“ genommen werden. Allerdings sollte bedacht werden, dass auch eine (dauerhafte) Überschätzung der eigenen Gesundheit zu nachhaltigen Schädigungen führen kann.

Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** fanden in den letzten 12 Monaten in weniger als der Hälfte der Betriebe statt (oder wurden nicht wahrgenommen) (siehe Tabelle 16).

Allerdings, trotz Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, ist das Bedürfnis nach betrieblicher Gesundheitsförderung hoch; rund drei Viertel der Befragten fordern einen Rechtsanspruch auf betriebliche Gesundheitsförderung ein.

Anhang

Es wurden folgende Berufsgruppen der Beschäftigten **in den Gesundheitsberufen** befragt: Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, Dipl. Kinderkrankenschwester/-pfleger, Dipl. psychiatrische/r

Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, PflegehelferIn, Hebammen, Medizinisch-technische Dienste, Medizinisch-technischer Fachdienst, KardiotechnikerIn, Medizinische/r MasseurIn; HeilmasseurIn, SanitäterIn, Sanitätshilfsdienste, ApothekerIn, PsychologIn, Dipl. SozialbetreuerIn, FachsozialbetreuerIn, Heimhilfe/Heimhelfer, (Zahn-)ärztliche/r AssistentIn.

Es wurden folgende Berufsgruppen der **angestellten ÄrztInnen** in NÖ befragt: Turnusarzt/Turnusärztin (Allgemeinmedizin), Turnusarzt/Turnusärztin (Fachausbildung), Arzt/Ärztin (Dauersekundararzt/-ärztin), Oberarzt/Oberärztin, Primar/Primaria, Ärztliche/r LeiterIn eines KH, Habilitierte/r UniversitätslehrerIn.

Repräsentativität

Es wurden (mit kleinen Ausnahmen) alle unselbständig Beschäftigten der Gesundheitsberufe in Wien und Niederösterreich und die angestellten ÄrztInnen in Niederösterreich an ihrer Privatadresse angeschrieben. Daher wurden rund 85.000 Fragebögen ausgeschickt. Der Rücklauf war zufriedenstellend bis gut (siehe Tabelle 17).

Zum Vergleich: Der Mikrozensus beinhaltet 1 % der Haushalte. Ein Rücklauf von 5 % ist bei Forschungen dieser Art durchaus üblich. Bei den Gesundheitsbe-

Tabelle 16: Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Ja	47 %	42 %	35 %
Nein	50 %	54 %	58 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Tabelle 17: Rücklauf

	Gesundheitsberufe		ÄrztInnen NÖ
	Wien	NÖ	
Rücklauf in Zahlen	2.400	1.900	667
Rücklauf in Prozent	6 %	4,5 %	17 %

Quelle: SFS Datafile 2010

Starke Aussagekraft der Stichproben

rufen in Wien und NÖ wurden jeweils 1000 Fragebögen (gezogene Stichprobe), bei den ÄrztInnen in NÖ alle 667 Fragebögen ausgewertet. Die Aussagekraft der Stichproben ist hoch. **Wien:** die Stichprobe ist nach Geschlecht und Alter (mit Einschränkungen für die jüngste Altersgruppe), Herkunftsort und Berufsgruppen, aber nicht für Nicht-ÖsterreicherInnen repräsentativ.

Niederösterreich: die Stichprobe ist nach Geschlecht und Alter (mit Einschränkungen für die jüngste Altersgruppe) und Berufsgruppen, aber nicht für Nicht-ÖsterreicherInnen repräsentativ.

Angestellte ÄrztInnen NO: Die Stichprobe ist nach Geschlecht, Alter, Berufsgruppen und Nationalität repräsentativ.

Die getroffenen Aussagen können daher mit hoher Repräsentativität für alle inländischen Beschäftigten in den Gesundheitsberufen in Wien und NÖ sowie für die angestellten ÄrztInnen in NÖ gelten.

Ausblick

Mit dem vorhandenen Material sind Sonderauswertungen möglich: nach intramural–extramural sowie für größere Träger, aber auch themenbezogene Sonderauswertungen.

Anmerkungen

- ¹ Unter Mitarbeit von Tanja Bürg und Anna Wagner.
- ² Diesen können wir auf Grund des gewählten Untersuchungssettings (es wurden nur Aktive befragt, keine Ausgeschiedenen) auch nicht liefern.
- ³ In den Interviews wurde uns immer wieder gesagt, dass frei werdende Dienstposten oft erst mit erheblicher Zeitverzögerung nachbesetzt werden und sich daher trotz einer ausreichenden Zahl vorhandener Dienstposten echter Personalmangel ergibt.
- ⁴ Diese Einschränkung ist zulässig und notwendig, wenn man den hohen Anteil von „emotionaler Erschöpfung“ betrachtet.
- ⁵ Dies gilt hauptsächlich für die stationäre, kaum aber für die mobile Pflege.
- ⁶ Möglicherweise hängt das mit dem geringen professionellen Standard der tatsächlich durchgeführten Supervisionen in vielen Bereichen der Gesundheitsberufe zusammen.

Literatur

- Bobens, C. (2004). Personalentwicklung in der Pflege – Antwort auf den Pflegenotstand? Am Beispiel von drei ausgewählten niederösterreichischen Krankenanstalten. Krems (Diplomarbeit am IMC).
- Burisch, M. (2006). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung, Heidelberg
- Büssing, A., Glaser, J., Höge, T. (2002). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im stationären Pflegebereich. Bremerhaven: (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).
- Büssing, A., Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica. Nr. 4, 38. Jg., 328–353.
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. London.
- Hardt, M./Negri, A. (2003). Empire. Die neue Weltordnung. Frankfurt/Main–New York.
- Kathan, B. (1991). „Mein sozialer Tic ist geheilt“ – Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen. Innsbruck.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008). Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Brüssel.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: Schaufeli, Wilmar B./Maslach, Christina/Marek, Tadeusz (Hg.): Professional burnout: Recent developments in theory and research. New York, 237–250.
- Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitstechnologie (2003). Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals. Wien.
- Oesterreich, R., Volpert, W. (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In Kleinbeck, U., Rutenfranz, J. (Hg.) Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D., Serie III, Bd. 1, Göttingen, 43–73.
- Rösing, I. (2008). Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. 2. Auflage. Heidelberg.

Forschungsteam

Prof. (FH) Dr. Tom Schmid (Projektleiter)
Mag.^a (FH) DGKS Claudia Bobens
Dipl.-Päd. FH-Lektorin Andrea Brunner
Mag.^a Tanja Maria Bürg
Mag. Christian-Diedo Troy
Anna Wagner
Kontaktadresse: office@sfs-research.at

A. GLATZ^{1,2},
N. NUTT¹,
O. KALTHEIER¹,
A. WEBER³,
H. WALLRABEN-
STEIN⁴,
A. BAHEMANN⁴,
W. HEIPERTZ^{4,5}

¹ INSTITUT FÜR
QUALITÄTSSICHERUNG IN
PRÄVENTION UND
REHABILITATION AN DER
DEUTSCHEN SPORT-
HOCHSCHULE KÖLN

² INSTITUT FÜR
BEWEGUNGSTHERAPIE
UND BEWEGUNGSORIENTIERTE
PRÄVENTION UND
REHABILITATION DER
DEUTSCHEN SPORT-
HOCHSCHULE KÖLN

³ BEREICH SOZIAL-
MEDIZIN UND VER-
SORGUNGSBERATUNG
– MEDIZINISCHER
DIENST DES SPITZENVER-
BANDES BUND DER KRAN-
KENKASSEN E.V.

⁴ BUNDESAGENTUR FÜR
ARBEIT IN NÜRNBERG

⁵ LEHRSTUHL BERUFS-
PÄDAGOGIK UND BERUFLICHE
REHABILITATION
DER TU DORTMUND

**Selbsteinschätzung des
Arbeitsvermögens
führt häufig zu einer
Unterschätzung**

**Functional-Capacity-
Evaluation (FCE) zur
Beurteilung**

ZUR DEUTSCHLANDWEITEN EINBEZIEHUNG VON FUNCTIONAL-CAPACITY-EVALUATION (FCE) IN DIE REGELBEGUTACHTUNG DES ÄRZTLICHEN DIENSTES DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

Erfahrungen aus verschiedenen Bundesländern

Hintergrund

Die Selbsteinschätzung des Arbeitsvermögens führt selten zur Überschätzung und häufig zur Unterschätzung [1]. Oft ist eine ärztliche Beurteilung erforderlich. Idealerweise stützt sich diese auf Befunde einer Functional-Capacity-Evaluation (FCE) [2]. Dabei werden arbeitstypische Anforderungen – wie Heben, Hocken, Unterarmpronation etc. (s. Abb. B und C) – simuliert und die entsprechenden Fähigkeiten ermittelt. Wann die Hinzuziehung von Befunden einer FCE von Vorteil ist, wird allerdings bislang meist nicht korrekt erkannt [2]. Um die zielgerechte Einbeziehung von FCE zu befördern, sollte eine entsprechende Beurteilungskultur geschaffen werden. Dazu gehört auch, dass neben den messbezogenen Ergebnissen insbesondere strukturierte, beobachtungsbezogene Informationen in die Beurteilung eingehen sollten [3] [4].

AIIDAA-Projekt der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Vor diesem Hintergrund wurde damit begonnen, Functional-Capacity-Evaluation – namentlich die Verfahren ERGOS Work Simulator (ERGOS) [5] und Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach S. Isernhagen (EFL) [5] – in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit zu implementieren. Diese „Assessment-Implementation in den Arbeitsagenturen“ (AIIDAA) ist ein Projekt der Bundesagentur für Arbeit mit dem iqpr – siehe aiidaa-iqpr.de (ohne „www“). Ärztinnen und Ärzte der Bundesagentur für Arbeit bekommen in geeigneten Fällen die Möglichkeit, spezielle aktivitätsorientierte Befunderhebungen externer Dienstleister einzuholen.

Diese messbezogenen Befunde bieten dem Ärztlichen Dienst ergänzende Informationen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Außerdem enthalten sie zusätzlich beobachtungsbezogene Informationen (s. o.). Die Beobachtungen werden in Form von mehrperspektivischen Videos übermittelt.

Dabei findet die neue Methode der Eventvideografie (EVS) Anwendung [5]. EVS stellt eine speziell für die Belange des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit geeignete, kommentierte Übersicht kritischer bzw. wissenswerter Ereignisse der FCE-Untersuchung – insbesondere belegt durch Videokurzsequenzen – zur Verfügung („BA-EVS-Standard“). Mit EVS ist es möglich, relevante Ereignisse bzw. Beanspruchungsreaktionen gezielt und ökonomisch zu videografieren und bereits während des Untersuchungsvorgangs mit Beschreibungsmerkmalen zu versehen (s. www.eventvideografie.de). Die bisher erforderliche Nachbearbeitung des Videomaterials (z. B. Auswahl und Schnitt) bzw. der Texte ist mit EVS sehr stark reduziert und erübrigt sich mitunter ganz [5]. Auf diese Weise entsteht weitgehend automatisch eine Digital Versatile Disc (DVD) mit einem kurzen – schnell rezipierbaren –, strukturierten Beobachtungsbericht. Darin findet sich eine Übersichtstabelle (s. Abb. A), von der auf Videokurzclips (20–30 Sekunden – s. Abb. B) von relevanten Ereignissen – bzw. zu deren textlichen Kurzbeschreibungen (Textbausteine und ggf. kurze Freitexte – s. Abb. C) – ‚gesprungen‘ werden kann. Es handelt sich in der Regel um zwei synchronisierte Aufnahmen aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Zusammen mit den angesprochenen Clips wird auch die zugehörige Herzfrequenz (s. Abb. D) visualisiert. Außerdem besteht die Möglichkeit, nicht

Neben der Belastungsreaktionen können entsprechend die Belastungen angezeigt werden

Standardisierter Beobachtungsbericht

Nutzen für den medizinischen Gutachter

nur die Clips, sondern auch die gesamte FCE-Untersuchung zu betrachten. Neben den Belastungsreaktionen können zudem auch die entsprechenden Belastungen angezeigt werden.

Darüber hinaus können – für die eventvideografische Unterstützung von EFL – auch die EFL-Beurteilungskriterien dokumentiert werden (s. Abb. E). Denn im Zuge von AIIDAA wurde, inhaltlich beraten durch die EFL-Akademie, kürzlich eine spezielle Verfahrensvariante von EFL entwickelt. Das neue Format berücksichtigt die Belange der Bundesagentur für Arbeit und wahrt die Spezifik von EFL. Statt zweitägiger Durchführung mit 29 Tests erfordert diese Variante lediglich einen Tag und 12 Leistungstests. Statt eines herkömmlichen EFL-Berichts entsteht ein standardisierter Beobachtungsbericht im EVS-Format. Dieser firmiert unter der Bezeichnung „EFL-kurz-BA-EVS-Standard“.

Alle vorgenannten Informationen sind in den Beobachtungsbericht integriert und befinden sich auf einer DVD. Diese kann auf jedem PC abgespielt werden.

Bisher hatte der Veranlasser bzw. Empfänger der FCE-Befunde kaum Möglichkeiten, die Beanspruchungsreaktionen selbst in Augenschein zu nehmen. Er war in der Regel darauf angewiesen, dass der FCE-Anwender die Beobachtung in schriftlicher Form an ihn weiterleitet. Eine ergänzende Videografierung war sowohl hinsichtlich der Produktion beim FCE-Anwender als auch hinsichtlich der Rezeption beim Empfänger/Gutachter zu aufwendig. Die neu entwickelte Eventvideografierung ändert dies. FCE-Anbieter, die diese Technologie nutzen, haben nun die Möglichkeit, sich auf die Bereitstellung aktivitätsdiagnostischer Befunde zu beschränken und die eigentliche Beurteilung weitgehend dem Veranlasser bzw. Empfänger der FCE-Befunde zu überlassen. Der medizinische Gutachter hat mit dieser Technologie die Möglichkeit, seine Beurteilung aktivitätsdiagnostisch zu belegen und damit nachvollziehbarer zu machen. Dies kann unter anderem auch für medizinische Gutachten in Sozialgerichtsprozessen genutzt werden [6].

Abb. A-Teil 2: Zentrale Tabelle bzgl. FCE-Verfahren EFL

A	Aufgabendurchführung	1. Kooperation	2. Standarddurchführung	3. Vorausgabebereitschaft	4. Pausenbruch	5. Pausengestaltung	6. Sitzen	7. Gangbild	8. Hebertechnik	9. Tragetechnik	10. Arme in Zwerghaltung	11. Finger-Handansatz	12. Materialhandlung	13. Beinstellung	14. Beinansatz	15. Gleichgewicht	16. Stufensteigen	17. Armeinsatz	18. Schlüsselqualifikationen	19. Atmung	20. Transpiration	21. Blutdruck	22. Puls	23. Schmerz	24. Sonstiges	...
1. Stat. Drücken Wagenhöhe																										
2. Stat. Ziehen Wagenhöhe																										
3. Stat. Drücken Schulterhöhe																										
4. Stat. Ziehen Schulterhöhe																										
5. Stat. Heben Mittelhandhöhe																										
6. Stat. Heben Werkbankhöhe																										
7. Stat. Heben Sprunggelenk																										
8. Stat. Heben Schulterhöhe																										
9. Dyn. Heben Werkbank-/Ablagehöhe																										
10. Bücken																										
11. Knien																										
12. Hocken																										
13. Reichen nach Vor im Stehen																										
14. Reichen über Kopf im Stehen																										
15. Arbeitsbelastung Tragen																										
16. Arbeitsbelastung Stehen, Gehen, vfh. Bücken																										
17. Handkoordination rechts incl. Sitzen																										
18. Handkoordination links incl. Sitzen																										
19. Handkoordination bdt. incl. Sitzen																										
20. Fingerfertigkeit rechts incl. Sitzen																										
21. Fingerfertigkeit links incl. Sitzen																										
22. Handfertigkeit rechts incl. Sitzen																										
23. Handfertigkeit links incl. Sitzen																										
24. Tasten / Fühlen incl. Sitzen																										
25. Handgreifkraft rechts incl. Sitzen																										
26. Handgreifkraft links incl. Sitzen																										
27. Schlüsselgriff rechts incl. Sitzen																										
28. Schlüsselgriff links incl. Sitzen																										
29. Dreipunktgriff rechts incl. Sitzen																										
30. Dreipunktgriff links incl. Sitzen																										
31. Flexion Handgelenk rechts incl. Sitzen																										
32. Extension Handgelenk links incl. Sitzen																										
33. Extension Handgelenk rechts incl. Sitzen																										
34. Flexion Handgelenk links incl. Sitzen																										
35. Pronation Unterarm rechts incl. Sitzen																										
36. Supination Unterarm rechts incl. Sitzen																										
37. Pronation Unterarm links incl. Sitzen																										
38. Supination Unterarm links incl. Sitzen																										

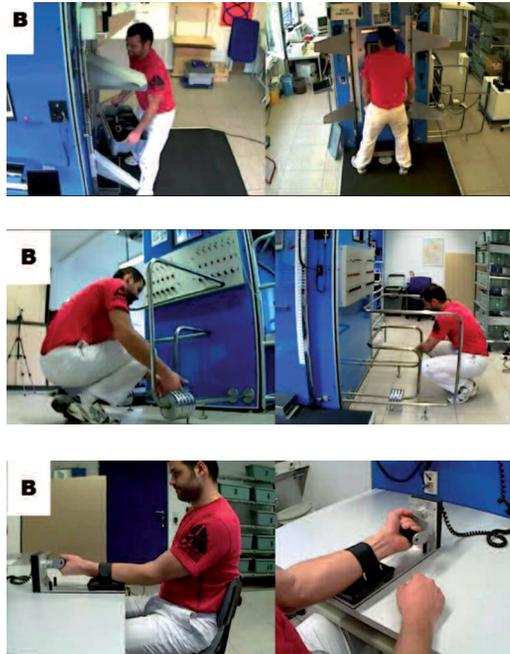
A	Aufgabendurchführung	1. Kooperation	2. Standarddurchführung	3. Vorausgabebereitschaft	4. Pausenbruch	5. Pausengestaltung	6. Sitzen	7. Gangbild	8. Hebertechnik	9. Tragetechnik	10. Arme in Zwerghaltung	11. Finger-Handansatz	12. Materialhandlung	13. Beinstellung	14. Beinansatz	15. Gleichgewicht	16. Stufensteigen	17. Armeinsatz	18. Schlüsselqualifikationen	19. Atmung	20. Transpiration	21. Blutdruck	22. Puls	23. Schmerz	24. Sonstiges	...
1. Heben Boden zu Tallenhöhe																										
2. Heben Tallen- zu Kopfhöhe																										
3. Tragen einhändig																										
4. Tragen beidhändig																										
5. Arbeiten über Kopf																										
6. Sitzen vorgebeugt																										
7. Stehen vorgebeugt																										
8. Knien																										
9. Hockstellung																										
10. Längeres Stehen																										
11. Treppe steigen																										
12. Leiter steigen																										

Abb. E: Zentrale Tabelle bzgl. FCE-Verfahren EFL

Aufgabe 2: Heben Tallenhöhe zu Kopfhöhe: INFO aufgabenbezogener Langfilm

EFL-Beobachtungskriterien	Ausprägung der Belastungskategorie „überwiegend“	Beobachtet bei:	Link zum Clip
1. Rekrutierte Muskulatur	Leichtes Anspannen der Hilfsmuskulatur	15,0 kg	hier klicken
2. Standbreite	Stabile Standbreite	15,0 kg	hier klicken
3. Haltung	Gegengewicht erkennbar	15,0 kg	hier klicken
4. Kreislauf und Atmung	Leichte Erhöhung der HF u. Atmung	15,0 kg	hier klicken
5. Koordination und Sicherheit	Flüssige Bewegung	15,0 kg	hier klicken
6. Tempo	Etwas langsamer	15,0 kg	hier klicken

Abb. B: Videokurzclips



Beurteilung aktivitätsdiagnostisch belegbar und somit leichter nachzuvollziehen

Abb. C: Kurzbeschreibungen

- C 09. Dyn. Heben Werkbankhöhe**
 20:37 nach Untersuchungsbeginn
 20:37 nach Beginn des 1. Untersuchungsabschnitts
 davor 00:00 Pause
 Hinsichtlich der Beobachtungsdimension **8. Hebetchnik** war auffällig:
 > Es lag eine unergonomische Hebetchnik vor.
[Clip hier klicken](#)
- C 12. Hocken**
 60:45 nach Untersuchungsbeginn
 05:04 nach Beginn des 2. Untersuchungsabschnitts
 davor 04:00 Pause
 Hinsichtlich der Beobachtungsdimension **2. Standarddurchführung** war auffällig:
 > Es lag mindestens eine Pause während der Aufgabe vor.
 > Der Proband musste zwei Mal während der Aufgabe eine stehende Pause einlegen.
[Clip hier klicken](#)
- C 37. Pronation Unterarm links inkl. Sitzen**
 95:37 nach Untersuchungsbeginn
 25:18 nach Beginn des 5. Untersuchungsabschnitts
 davor 00:00 Pause
 Hinsichtlich der Beobachtungsdimension **23. Schmerz** war auffällig:
 > Es lag eine starke Schmerzintensität (Level 7) an der Schulter vor.
 > Der Schmerz trat nur bei Belastung auf und ging danach direkt zurück.
[Clip hier klicken](#)

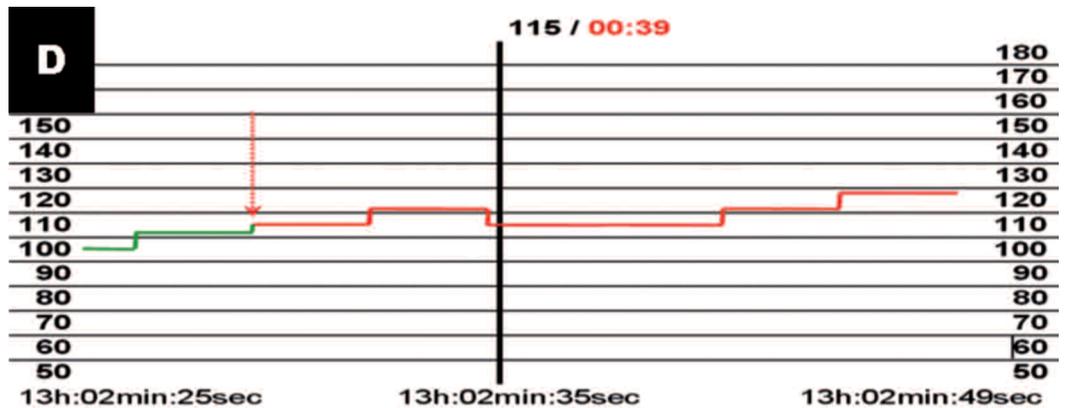


Abb. D: Bildsynchrone Herzfrequenz bzgl. FCE-Verfahren (ERGOS oder EFL)

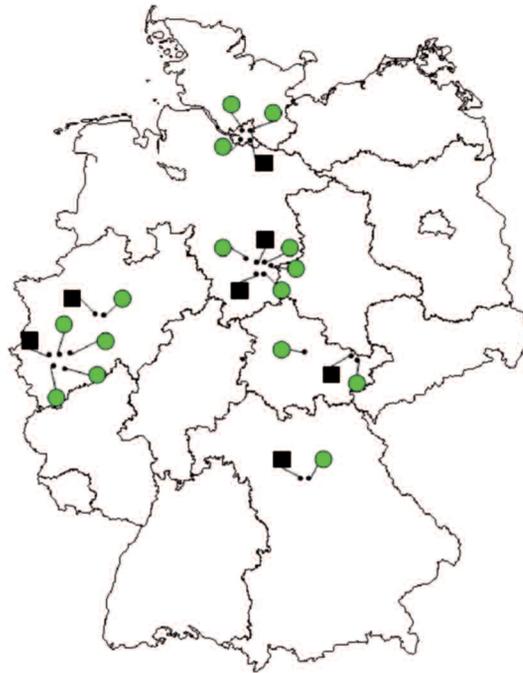
Stand der Implementation im AIIDAA-Projekt

Es wurden entsprechende Strukturen und Prozesse – insbesondere zur Beauftragung, Durchführung und FCE-Befundung – entwickelt und umfänglich beschrieben. Zudem wurden FCE-Dienstleister und Ärztinnen/Ärzte des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit entsprechend fortgebildet.

Bisher wurden FCE-Dienstleister in Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Bayern in das AIIDAA-Projekt einbezogen (s. Abb. F). Aufgrund weiterhin sehr hoher Arbeitsbelastungen der Gutachter haben bis zum 31.10.2010 allerdings nur 15 der 189 Arbeitsagenturen mit der FCE-Beauftragung begonnen. Bis dahin fanden die Untersuchungen ausschließlich mit den Systemen ERGOS I/II statt.

Jüngst wurde aber auch das FCE-Verfahren EFL in AIIDAA einbezogen. Zu diesem Zweck wurde ein Format entwickelt und erprobt, dass die Spezifik von EFL wahrt, die Vorteile von EVS nutzt, größtmögliche Parallelität zum entwickelten ERGOS-EVS-Format realisiert und die BA-seitigen Anforderungen im Hinblick auf Befundqualität und Standardisierung erfüllt. Damit steht nun auch ein EFL-EVS-Format und damit auch eine Wahlmöglichkeit – u. a. unter Berücksichtigung logistischer Standortfragen etc. – zur Verfügung. Auch bezüglich dieses Formats hat die Bundesagentur für Arbeit die Beauftragung bereits begonnen und es wurden bereits erste FCE-Untersuchungen durchgeführt. Künftig wird auch das System Sapphire adaptiert werden. Prinzipiell ist der BA-EVS-Standard für viele FCE-Verfahren offen.

FCE-Beauftragung am Beginn



Legende: schwarz: FCE-Dienstleister Standort
grün: Arbeitsagentur – Regelbetrieb

Abb. F: FCE-Dienstleister und Arbeitsagenturen im AIIDAA-Projekt – Stand 19.11.2010

Ergebnisbewertung

Die ärztliche Veranlassung von FCE-Untersuchungen orientiert sich an – zunächst probatorisch angesetzten – Kriterien. Die Auswertung dieser Veranlassungskriterien zeigt hinsichtlich der oben angesprochenen ERGOS-Untersuchungen, dass in erster Linie die Kriterien „Zweifel bezüglich des Leistungsbildes“ und „Unterschiede zwischen Beurteilung und Selbsteinschätzung“ für eine Veranlassung einer FCE-Befundung ausschlaggebend waren. Dagegen spielte das Kriterium „erhebliche Divergenzen der Vorgutachten bezüglich des körperlichen Leistungsvermögens“ nur eine untergeordnete Rolle. Entsprechende Befunde wurden hauptsächlich bezüglich der Begutachtung zur „Wiedereingliederung“ und der „unklaren Erwerbsfähigkeit“ angefordert. Die Felder „sehr hohe Anforderungen“ und „Ersteingliederung“ spielten eine untergeordnete Rolle.

Bei der Veranlassung einer FCE-Untersuchung teilt der Arzt der Bundesagentur für Arbeit dem Dienstleister einen oder mehrere Beobachtungsfokusse mit. Eine Auswertung dieser Foki wird zeitnah erfolgen.

Ausschlaggebend für die Veranlassung einer FCE-Befundung waren Unterschiede zwischen Beurteilung und Selbsteinschätzung

Anforderung hauptsächlich zur „Wiedereingliederung“ und bei „unklarer Erwerbsfähigkeit“

Schlüsselwörter

Functional Capacity Evaluation, ERGOS Work Simulator, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach S. Isernhagen, arbeits- und sozialmedizinische Begutachtung, Videografierung

Literatur

- [1] Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Weber, A., Kraus, T. (2007a). Die Ermittlung der Arbeitsbelastungskategorie – standardisierte Selbstauskunft und Messung im Vergleich. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed* 42, 109.
- [2] Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Schian, H. M., Weber, A. (2007b). Zur ärztlichen Beurteilung arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit anhand des FCE-Assessments ERGOS Work Simulator. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 42, 56–63.
- [3] Heipertz, W., Berg, A., Ueberschär, I. (2001). Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed*, 36 (7), 332–345.
- [4] Heipertz, W., Götz, U., Hartwig, Th., Toumi, I., Ueberschär, I., Berg, A., Trittelvitz, E., Nellen, G. (2001). Die ERGOS-Studie des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit (BA) – Erste Ergebnisse einer Studie mit drei Arbeitsämtern. In: *DRV Schriften Band 26: Frankfurt am Main*, 91–93.
- [5] Glatz, A. (2008). Assessment in der medizinischen Begutachtung – Vorstellung der Verfahren. *Med Sach Heft* 4.
- [6] Glatz, A. (2009). Elemente anforderungsorientierter Begutachtung In: Francke, Gagel: *Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht. Inhalt und Überprüfung medizinischer Gutachten*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden.

Korrespondenz

Dr. Andreas Glatz

iqpr, Eupener Str. 70, DE-50933 Köln,
glatz@iqpr.de

**Untersuchung zum Ge-
sundheitszustand, der
beruflichen Belastung,
und der Berufszufrie-
denheit sächsischer
ÄrztInnen**

**Ziel: Aufdeckung ge-
schlechtsspezifischer
Besonderheiten**

**2.234 Fragebögen mit
einem Frauenanteil
von 51,9 %**

ZUR GESCHLECHTSSPEZIFIK IM ERLEBEN UND BEWÄLTIGEN BERUFLICHER BELASTUNGEN

Ergebnisse einer repräsentativen Studie bei Ärztinnen und Ärzten in Sachsen

Problemstellung

Seit Jahren wird der Wandel von ärztlichen Arbeitsbedingungen diskutiert, der u. a. durch Verlust an Autonomie, Zunahme von berufsfremden Tätigkeiten, hohen Kosten- und Zeitdruck, mangelnde Einbindung in organisatorische Entscheidungen sowie unzureichende Bezahlung gekennzeichnet ist. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte als Schlüssel zu einem funktionierenden Versorgungssystem mit hoher Versorgungsqualität zu betrachten sind, hat die Sächsische Landesärztekammer im Jahr 2007 eine Studie mit dem Ziel in Auftrag gegeben, berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärztinnen und Ärzte zu untersuchen und damit Voraussetzungen für die zielgerichtete Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu schaffen. Eine umfassende Grundauswertung des zur Verfügung stehenden Datenmaterials wurde von Hübler et al. (2009) vorgenommen. Die vorliegende Untersuchung knüpft hieran an. Zielstellung ist die Aufdeckung geschlechtstypischer Besonderheiten und damit die Beantwortung der Frage nach der Notwendigkeit differenzierter Präventionsansätze.

Methoden

Material: In Sachsen sind ca. 14.000 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. 25 % von ihnen erhielten nach Zufallsauswahl den Fragebogen per Post zugesandt. Die Rücklaufquote betrug 65 %. 99 Fragebögen waren aus unterschiedlichen Gründen nicht auswertbar. Damit standen noch 2.234 Fragebögen für die Auswertung zur Verfügung. In der vorgelegten

Untersuchung betrug der Frauenanteil 51,9 %. Das Durchschnittsalter der befragten Ärztinnen lag bei $45,4 \pm 10,6$, das der Ärzte bei $46,3 \pm 11,2$ Jahren. Die Studie ist demnach bezüglich der genannten soziodemografischen Parameter repräsentativ für Sachsen.

Fragebogeninventar: Bei den hier genannten Methoden handelt es sich lediglich um die Auswahl aus dem Gesamtfragebogen, die für die vorgestellte Untersuchung von Bedeutung ist. Zur Anwendung kamen neben einem selbst entwickelten Fragebogen zu soziodemografischen und Angaben zur Berufstätigkeit

- der Gießener Beschwerdebogen in der 24-Item-Fassung (Brähler & Scheer, 1995) mit den Subskalen „Herzbeschwerden“, „Erschöpfung“, „Gliederschmerzen“, „Magenbeschwerden“ und dem „Gesamtbeschwerdedruck“,
- das Maslach-Burnout-Inventory (MBI-GS, Schaufeli et al., 1996) mit den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“, „Zynismus“ und „Professionelle Effizienz“ sowie
- subjektive Globalurteile zu Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit und Berufszufriedenheit (7-stufige, an den Endpunkten semantisch untersetzte Likert-Skalen, Scheuch et al., 1988).

Statistik: Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS, Version 17. Zur Aufdeckung von Gruppenunterschieden wurden je nach Skalenniveau t-Tests für unabhängige Stichproben oder Kontingenztafelanalysen mit anschließendem c-Test durchgeführt. Die Analyse von Zusammenhängen zwischen aktuellem Beschwerdenniveau, Burnoutisiko und globalen Selbsteinschätzungen erfolgte mittels geschlechtsspezifischer partieller Korrelationsanalysen.

Ärztinnen und Ärzte erleben sich als gesund und leistungsfähig

Frauen empfinden signifikant höheren Gesamtbeschwerdedruck als Männer

Ärztinnen haben insgesamt kein höheres Burnout-Risiko als ihre Kollegen

Ergebnisse

Ärztinnen und Ärzte erleben sich als gesund und leistungsfähig (Median = 6). Die Möglichkeit, eigene Vorstellungen und Ansprüche im Beruf zu verwirklichen, wird von Ärztinnen und Ärzten von allen betrachteten Globalurteilen am wenigsten positiv bewertet (Abbildung 1a). Bei vergleichbar hoher Belastung im Beruf empfinden Frauen einen signifikant höheren Gesamtbeschwerdedruck als Männer ($p < 0,001$). Sie berichten zudem signifikant häufiger über Erschöpfungssymptome und Gliederschmerzen ($p < 0,001$) als ihre männlichen Kollegen (Abbildung 1b).

Ärztinnen haben dennoch insgesamt kein höheres Burnout-Risiko als Ärzte, lediglich das Teilrisiko für emotionale Er-

schöpfung ist signifikant erhöht ($p < 0,01$). Für Ärztinnen und Ärzte zeigt sich ein ähnliches Beziehungsgeflecht psychosozialer Faktoren, jedoch mit unterschiedlichen Ausprägungen der Assoziationen (Abbildung 2):

- Bei Ärztinnen steht die Nichterfüllung von Erwartungen an den Beruf deutlicher als bei Ärzten mit Zynismus ($r = 0,53$), höherer emotionaler Erschöpfung ($r = 0,44$) und geringerer Anspruchsverwirklichung ($r = 0,64$) im Zusammenhang (Abbildung 2a).
- Zynismus im Beruf ist bei Männern stärker als bei Frauen mit Erschöpfung ($r = 0,45$) und Beschwerden ($r = 0,40$) verknüpft (Abbildung 2b).

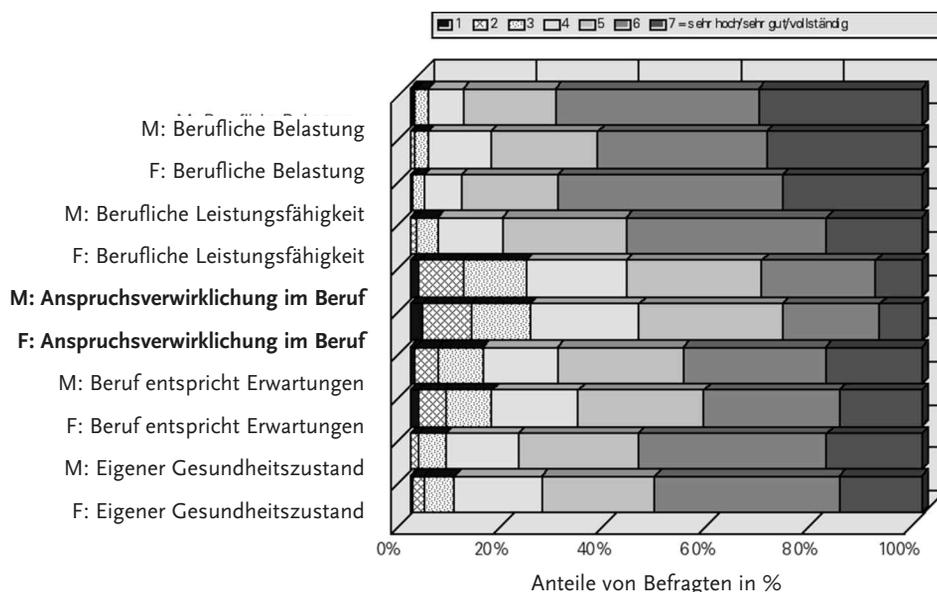


Abb. 1a: Globalurteile für Ärztinnen und Ärzte

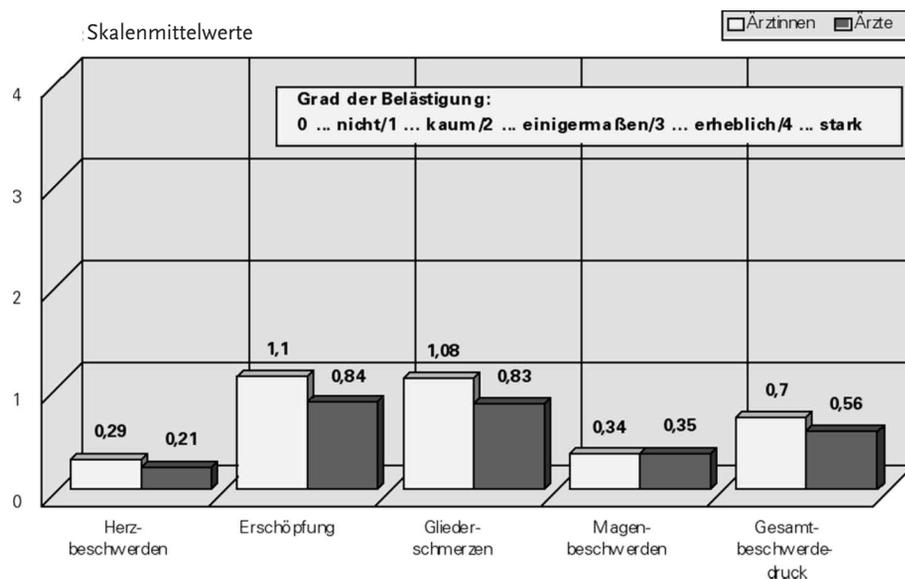
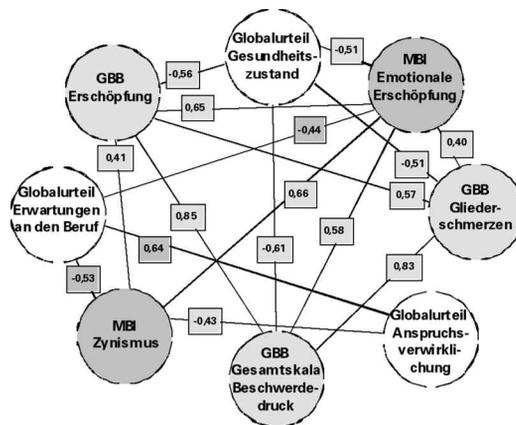


Abb. 1b: GBB-24: Mittelwerte der Subskalen und des Beschwerdedrucks für Ärztinnen und Ärzte

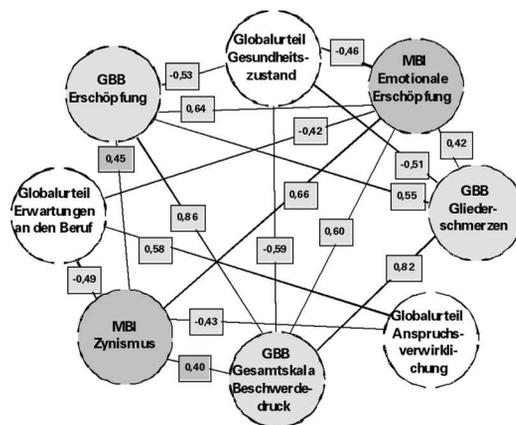
Ausgeprägte Befunde im Bereich der körperlichen Beschwerden und der seelischen Erschöpfung bei Frauen

Abbildung 2a: Signifikante Korrelationen ($r \geq 0,40$, $p < 0,001$) zwischen den betrachteten Subskalen: Ärztinnen



Präventive Strategien erfordern ein besonderes Maß an Sorgfalt und Sensibilität

Abbildung 2b: Signifikante Korrelationen ($r \geq 0,40$, $p < 0,001$) zwischen den betrachteten Subskalen: Ärzte



Übereinstimmung in Selbsteinschätzung von Gesundheitszustand, Leistungs- zustand und Zufrieden- heit bei Ärztinnen und Ärzten

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die berichtete Studie zeichnet sich durch ihren großen Umfang, die hohe Rücklaufquote von über 60 % und die erreichte Repräsentativität aus. Damit hebt sie sich von anderen Studien in diesem Bereich ab (vgl. z. B. Gesamtdeutsche Ärztstudie der TK: 31 % Rücklaufquote, repräsentativ nur für niedergelassene Ärzte, Bestmann et al., 2010).

Bei den befragten Ärztinnen und Ärzten zeigt sich eine bedeutende Übereinstimmung in der Selbsteinschätzung von Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit. Dabei werden sowohl die Belastung durch den Beruf als gleichermaßen hoch als auch die Möglichkeiten der Verwirklichung eigener Ansprüche im Beruf als gleichermaßen niedrig bewertet. Ein weiteres zentrales Kriterium sind die

Erwartungen an den Beruf. Als typisch für Frauen in Berufen mit hohen sozialkommunikativen Ansprüchen erweisen sich hingegen die ausgeprägteren Befunde im Bereich der körperlichen Beschwerden und der seelischen Erschöpfung. Die Ergebnisse der geschlechtsspezifischen Analysen des Beziehungsgeflechts der Subskalen der eingesetzten Fragebögen legen aber die Vermutung nahe, dass die hohe Verantwortung, Leistungsbereitschaft und fachliche Kompetenz der befragten Ärztinnen frauenspezifische Abhängigkeiten stärker, als dies von anderen Berufsgruppen (z. B. Lehrerinnen und Erzieherinnen) bekannt ist, in den Hintergrund treten lassen. Hieraus resultieren sowohl Risiken als auch Ressourcen. Präventive Strategien erfordern somit ein besonderes Maß an Sorgfalt und Sensibilität, sie sollten dennoch zwischen Ärztinnen und Ärzten differenzieren.

Literatur

- Bestmann, B., Küchler, T., Henne-Bruns, D. (2010). Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer empirischen Umfrage. In: Schwartz, F.W.; Angerer, P.: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Dt. Ärzteverl.: Rep. Versorgungsforschung, Bd. 2, S. 209 ff.
- Brähler, E., Scheer, J. W. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Handbuch. 2. ergänzte und revidierte Auflage. Bern: Huber.
- Hübler, A., Scheuch, K., Müller, G., Kunath, H. (2009). Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Abschlussbericht. Dresden: SLÄK.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey. In: Maslach, C.; Jackson, S. E.; Leiter, M. P.: The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.) – Test Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Scheuch, K., Vogel, H., Naumann, W., Koch, R. (1988). Erfassungsbogen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Handlungsfähigkeit. Forschungsbericht. Dresden: Medizinische Akademie Carl Gustav Carus.

Arbeitsplatzzufrieden-
 heit maßgebend
 für Motivation,
 Produktivität und
 Krankenstände

Erhebung geschlechts-
 spezifischer
 Unterschiede

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE DER ARBEITZUFRIEDENHEIT IM NOTFALL- UND RETTUNGSWESEN

Einführung

Arbeitszufriedenheit ist ein zentrales Element der Arbeitsplatzforschung und gilt als maßgebend für Motivation, Produktivität und Anzahl der Krankenstände eines Arbeitnehmers. (1) Trotz ihrer statistisch weniger vorteilhaften Arbeitsplatzsituation (niedrigere Arbeitskomplexität, Mehrfachbelastung, geringere Entlohnung) zeigen sich weibliche Arbeitnehmer deutlich zufriedener mit ihrer jeweiligen Arbeit als ihre männlichen Kollegen. Die höchste Arbeitszufriedenheit sollen vor allem Frauen in den für sie geschlechtstypischen Berufsgruppen aufweisen. (2, 3)

Die vorliegende Studie untersucht die Arbeitszufriedenheit von Arbeitnehmerinnen in einem nichtgeschlechtstypischen Berufsfeld, namentlich der Sanitäterinnen der Wiener Berufsrettung, sowie die geschlechtsspezifischen Strategien der Stressverarbeitung.

Zielsetzung

Das Ziel der Studie war die Erhebung etwaiger geschlechtsspezifischer Unterschiede in

- der Arbeitszufriedenheit von ArbeitnehmerInnen in einem männertypischen Berufsfeld,
- der individuellen Gewichtung einzelner

zentraler Faktoren der Arbeitszufriedenheit

- sowie den angewendeten Strategien der Stressverarbeitung bei vergleichbarer Belastung am Arbeitsplatz.

Stichprobe

Die Größe der Stichprobe war durch die Gesamtanzahl an weiblichen Arbeitnehmern im Betrieb limitiert. Die insgesamt zwei Gruppen (n = 20; 10 Sanitäterinnen, 10 Sanitäter) von Mitarbeitern der Wiener Berufsrettung (MA 70) waren parallelisiert bezüglich

- Alter (bis 45 Jahre),
- Dienstzeit (1/2 bis 10a),
- Vollzeitbeschäftigung (40 h/Wo)
- sowie Tätigkeit im 24-h-Schichtdienst.

Materialien und Methoden

1. Teilstandardisierter Fragebogen
 - Arbeitszeitdauer, Leistungsdruck
 - Schichtarbeit, Flexibilität
 - Körperliche Belastungsfolgen
 - Faktoren der Arbeitszufriedenheit
2. IMPULS-Test
3. Stressverarbeitungs-Fragebogen (SVF 120)
4. Semistrukturiertes Interview

Ergebnisse

Die erhobene Arbeitszufriedenheit war

- unabhängig vom Geschlecht der TeilnehmerInnen,
- unabhängig vom Alter der TeilnehmerInnen,
- geschlechtsspezifisch abhängig von unterschiedlichen Faktoren (siehe Abb. 1).

Weiters wurden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den von den SanitäterInnen angewendeten Stressverarbeitungsstrategien festgestellt.

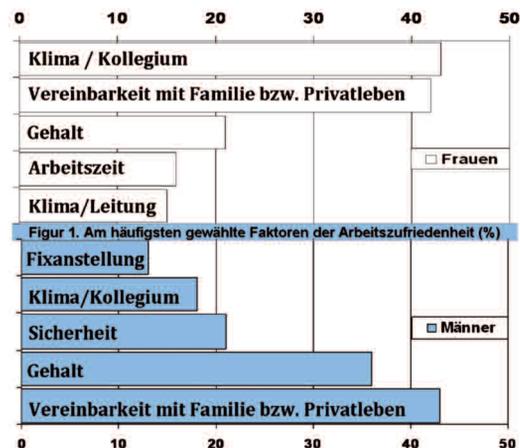


Abb. 1

Weibliche Arbeitnehmer wünschen Verbesserung im Bereich Umgang und Kommunikation; männliche Arbeitnehmer wünschen erhöhte Transparenz und Mitbestimmung

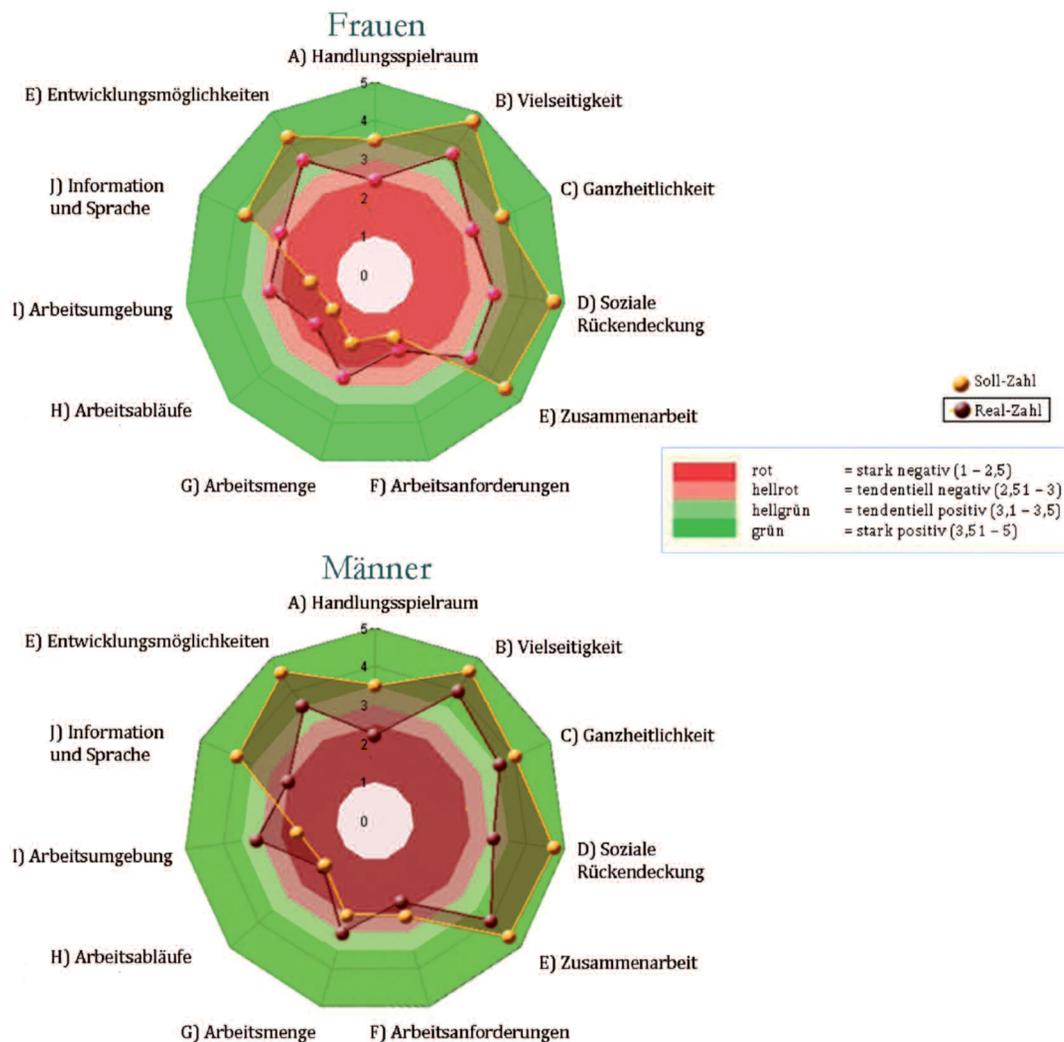


Abb. 2: Geschlechtsspezifische Abweichungen des entsprechenden Ist- zum Wunschzustand

Keine statistisch signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in Arbeitszufriedenheit evaluierbar

Erhebung ist unabhängig von Geschlecht und Alter, jedoch abhängig von diversen anderen Faktoren

Diskussion

Generell bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Arbeitszufriedenheit der befragten Sanitäterinnen im Vergleich zu ihren männlichen Arbeitskollegen. Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich lediglich in der individuellen Gewichtung etablierter Einflussfaktoren (Gehalt, Betriebsklima etc.) für die jeweilige Arbeitszufriedenheit.

Die größten Differenzen zwischen dem Ist- und dem Wunschzustand am Arbeitsplatz empfanden weibliche Arbeitnehmer im Bereich Umgang und Kommunikation im Kollegium. Männliche Arbeitnehmer wünschten sich mehr Transparenz und Mitbestimmung im Betrieb für das Erzielen einer höheren individuellen Arbeitszufriedenheit.

Literatur

Angelehnt an Dr. Ferreira Y (2007). „Arbeitszufriedenheit & Gender“ (TU Darmstadt).
 (1) Roelen, C. A.; Koopmans, P. C.; Notenbomer

A.; Groothoff, J. W. (2008). Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey. *Occup Med (Lon)*; 58(8): 567–71.
 (2) Hodson, R. (1989). “Gender Differences in Job Satisfaction: Why Aren’t Women More Dissatisfied?” *The Sociological Quarterly*; 30(9): 385–399.
 (3) Clark, A. E. (1997). “Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work?” *Labour Economics, Elsevier*; 4(4): 341–372.

Danksagung

Wir danken den Vertretern der Wiener Berufsrettung insbesondere Dr. Reinhard Malzer, Dr. Bernhard Segall und Hr. Karl Weihs für die Unterstützung des Projektes.

Kontakt

Dr. Galateja Jordakieva
 Assistenzärztin im Sonderfach „Arbeitsmedizin“
 Arbeitsmedizinisches Institut der Medizinischen Universität Wien

In 50 Jahren bisher nur ein Verdachtsfall in Österreich gemeldet

In meisten Fällen eine perfekte Phänokopie der Sarkoidose

Nachweis anhand des Be-Lymphozytenproliferationstests

CHRONISCHE BERYLLIOSE ALS BERUFSKRANKHEIT

Einleitung

In der österreichischen Liste der Berufskrankheiten (§ 177, Anlage 1 des ASVG) wird die chronische Berylliose (CB) als BK 7 („Erkrankungen durch Beryllium und seine Verbindungen“) geführt. Seit Aufnahme der Erkrankung in die Berufskrankheitenliste vor über 50 Jahren wurde aber in Österreich erst ein Verdachtsfall gemeldet und im Jahr 2009 eine chronische Berylliose als BK 7 bei einer Zahn-technikerin durch die AUVA anerkannt.

Pathogenese

Die chronische Berylliose (CB) ist eine der Sarkoidose ähnliche Erkrankung, die durch Inhalation von berylliumhaltigen Dämpfen und Stäuben verursacht ist. Durch Sensibilisierung gegenüber Beryllium kommt es zu einer immunologischen Reaktion (Typ IV nach Gell und Coombs) und charakteristischerweise zur Ausbildung von nichtverkäsenden, nichtnekrotisierenden Granulomen in der Lunge (Fig. A). Es gibt Hinweise, dass die Entstehung durch genetische Kofaktoren begünstigt wird. So findet man z. B. bei 97 % aller Erkrankten ein HLA-DPB1-Gen, bei dem sich an Stelle 69 der Beta-Kette eine Glutaminsäure befindet [1].

Symptomatik

Die Erkrankung manifestiert sich – mit einer Latenzzeit von Wochen bis zu 40 Jahren – mit Belastungsdyspnoe, Husten, Müdigkeit, Gewichtsverlust oder Nachtschweiß und Fieber. Wie bei der Sarkoidose wurden auch bei der chronischen Berylliose extrapulmonale Manifestationen beobachtet. Erythema nodosum, ZNS- oder Augenbeteiligung werden – im Gegensatz zur Sarkoidose – bei der CB nicht beobachtet [2]. Spätfolgen können Rechtsherzinsuffizienz und Cor pulmonale sein.

Diagnostik

Die Diagnose der chronischen Berylliose ist eine epikritische, klinische Diagnose, für die es keine verbindlichen Kriterien gibt [2].

Allgemein werden international folgende Kriterien gefordert:

1. Krankheitsbild, das andernfalls als Sarkoidose diagnostiziert würde,
2. Nachweis oder hohe Wahrscheinlichkeit einer Berylliumexposition,
3. Nachweis einer Berylliumsensibilisierung.

In den meisten Fällen stellt die chronische Berylliose klinisch, radiologisch und histologisch eine perfekte Phänokopie der Sarkoidose dar – sie wurde auch schon als „Sarkoidose mit bekannter Ätiologie“ bezeichnet. Grundsätzlich müssen aber alle granulomatösen Lungenerkrankungen differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden [2].

Lungenfunktionsanalytisch werden sowohl obstruktive, restriktive oder kombinierte Ventilationsstörungen bzw. eine Einschränkung in der Diffusionskapazität beobachtet.

Radiologische Veränderungen lassen sich im Sinne einer bilhilären Lymphadenopathie und/oder einer retikulonodulären Gerüstvermehrung nachweisen.

Typischerweise können – wie bei der Sarkoidose – in der Histologie nichtverkäsende Granulome bzw. eine erhöhte CD4/CD8-Ratio in der bronchoalveolären Lavage (BAL) gefunden werden.

Zur Diagnostik bzw. zur Verlaufskontrolle können weiters serologische Marker wie der lösliche Interleukin-2-Rezeptor, Angiotensin-Converting-Enzym (ACE) und Neopterin hilfreich sein.

Zum Nachweis einer Be-Sensibilisierung ist das Mittel der Wahl der Be-Lymphozytenproliferationstest (BeLpt) aus dem peripheren Blut. Dieser sollte aus Gründen der Qualitätssicherung an zwei verschiedenen Labors durchgeführt wer-

Therapie der Wahl sind orale Kortikosteroide

Im Jahr 2000 ca. 200.000 bis 800.000 Exponierte in der Computer- und Elektronikbranche der USA

Aufgrund des Allergencharakters kann Berylliose eine chronische Berylliose auslösen

den. Die Spezifität dieses Testes liegt bei nahezu 100 %, die Sensitivität wird zwischen 38 und 100 % diskutiert. Werden Lymphozyten aus der bronchoalveolären Lavage (BAL) untersucht, liegt die Sensitivität deutlich höher [2, 3, 4].

Therapie

Spontanremissionen wurden bei Berylliumkarenz gelegentlich beobachtet [5], häufiger finden sich allerdings progrediente Verläufe.

Therapie der Wahl sind orale Kortikosteroide, in einzelnen Fällen können auch immunsuppressive Therapieschemata wie bei der Sarkoidose empfohlen werden. Als Voraussetzung für den Behandlungserfolg wird die absolute Expositionskarenz angeführt [2].

Berylliumverwendung und Gefahren

Beryllium kommt in über 40 Mineralien gebunden vor. Je nach weiteren Zusätzen können diese grünlich oder bläulich gefärbt sein und sind dann besser bekannt als Smaragd oder Aquamarin (Fig. D). Ökonomische Bedeutung haben Bertrandit und Beryll, der Abbau erfolgt hauptsächlich in Südamerika, den USA, Zentral- und Südafrika und in Staaten der ehemaligen Sowjetunion. Beryllium wird durch Reduktion und Elektrolyse aus Berylliumfluorid gewonnen, gehört zu den Leichtmetallen (dreimal leichter als Aluminium!) und hat sehr attraktive Eigenschaften: Seine Verbindungen sind stark hitzeresistent, haben einen hohen Schmelzpunkt, sind zugfest, ermüdungsfest, gut elektrisch und thermisch leitfähig, korrosionsresistent, nicht magnetisierbar und für Röntgenstrahlen gut durchlässig.

Somit findet es vor allem in folgenden Branchen seinen Einsatz: als Legierungsbestandteil („Berylliumkupfer“) in der Werkzeugindustrie (z. B. funkenfreie Zange, Fig. E), in Federn, in Oberleitungen und in der Waffentechnik bzw. in Kleinstbauteilen (Fig. F) in der Elektro- bzw. (Mikro-)Elektronikindustrie, wo es als Relais, Schalter etc. z. B. in der Telekommunikation und Automobilindustrie (Airbags, ABS-Applikationen, Batterieanschlüsse etc.), in Computern und nahezu allen Haushaltsgeräten enthalten ist und so auch beim Recycling dieser Geräte frei werden kann. Dabei ist beachtlich, dass bereits 50 % aller Berylliumvorräte in den USA ihre Verwendung in der Computer- und Elektronikbranche finden, die Anzahl der Exponierten wurde dort im Jahr 2000 auf 200.000–800.000 geschätzt, 1970 waren es 30.000 [6].

Man findet Beryllium auch als Konstruktionswerkstoff in der Flugzeug- und Weltraumtechnik und im Schiffsbau, in der Sportartikelerzeugung (z. B. Fahrräder und Golfschläger, Fig. G), als strahlendurchlässige Fenster in Röntgenröhren und als Bestandteil in MRT-Geräten. Auch als Neutronenquelle in der Kerntechnik, in der Keramik- und Schmuckindustrie und in der Herstellung von optischen Linsen findet es Verwendung. Beryllium war früher auch in Leuchtstoffröhren und Zahnlegierungen (Fig. H) enthalten.

In Dämpfen und Stäuben frei gewordenes Beryllium (z. B. durch Schleifen, Schneiden, Fräsen oder Polieren) ist kanzerogen [7], wirkt toxisch und kann akute Erkrankungen (Tracheobronchitis, Pneumonitis, Kontaktekzeme) verursachen – diese sind durch Einhaltung der empfohlenen Grenzwerte aber nicht mehr von Bedeutung.

Durch seinen Allergencharakter kann es die chronische Berylliose auslösen.

Nachdem Beryllium kanzerogen ist, gelten in Österreich TRK-Werte zwischen

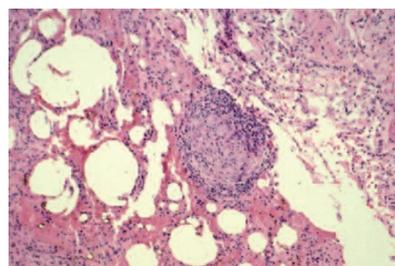


Fig. A



Fig. B

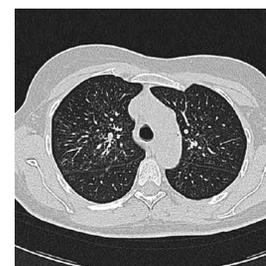


Fig. C

Fig. A: Histologischer Schnitt eines nichtverkäsenden, nichtnekrotisierenden Granuloms in der Lunge (HE-Färbung)

Fig. B u. C: Radiolog-Befunde entsprechend einer chronisch-granulomatösen Lungenerkrankung



Fig. D



Fig. E

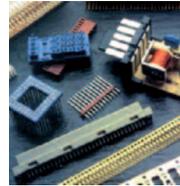


Fig. F



Fig. G



Fig. H

0,002 mg/m³ (TMW) und 0,02 mg/m³ (KZW). Diese wurden bei Luftmessungen an Arbeitsplätzen laut Auskunft der Österreichischen Staubbekämpfungsstelle (ÖSBS) in den 40 Messungen der vergangenen sechs Jahre nie überschritten.

Die Messungen fanden – mit Ausnahme der Expositionserhebung im unten beschriebenen Fall – ausschließlich im Bereich hoch verschleißfester Stähle mit bekannter Berylliumexposition statt.

Chronische Berylliose als BK 7 – Falldarstellung

Im Jahr 2009 wurde in Österreich der erste gemeldete Verdachtsfall als BK 7 anerkannt. Auch hier wurde entsprechend der radiologischen Befunde und der Klinik zuerst von einer Sarkoidose ausgegangen. Nachdem es sich bei der betroffenen Patientin um eine Zahntechnikerin handelte und histopathologisch eher pneumokoniotische Veränderungen im Vordergrund waren, wurde zunächst auch eine Silikose vermutet, diese konnte nicht bestätigt werden. Erst drei Jahre später wurde an eine chronische Berylliose gedacht und eine Berufskrankheitenmeldung veranlasst. Bei gesicherter Exposition und positivem Lymphozytenproliferationstest konnte die Berylliose verifiziert und als BK 7 der BK-Liste anerkannt werden. In diesem Fall war Beryllium in einer bis 1995 üblichen Zahnlegierung enthalten. Die Patientin wurde offensichtlich damals sensibilisiert – die Diagnose einer chronischen Berylliose erfolgte erst über 20 Jahre später.

Neue Erkenntnisse aus internationalen Studien

Eine deutsch-israelische Untersuchung zeigte, dass zahlreiche Fälle von CB in Kohorten von SarkoidosepatientInnen verborgen sein können. 536 als Sarkoidose diagnostizierte Fälle wurden neu aufge-

rollt. Zuerst wurde eine detaillierte Berufsanamnese mit gezielten Fragen, auch hinsichtlich von Tätigkeiten mit nur geringer Berylliumexposition unterhalb der geltenden Grenzwerte, erhoben. Dabei zeigte sich, dass 84 PatientInnen erwiesenermaßen oder potenziell gegenüber Beryllium exponiert waren. Mittels Lymphozytenproliferationstest konnte in 34 Fällen (das waren 40 % der Exponierten bzw. 6 % vom Gesamtkollektiv) eine chronische Berylliose bewiesen werden. Mehrheitlich handelte es sich dabei um ZahntechnikerInnen (38 %) [6].

Auch aus den USA liegen Daten vor, die eine Dunkelziffer von 4.000–16.000 CB-Fällen (bei geschätzten 200.000–800.000 von derzeit oder vormals Exponierten) vermuten lassen [8, 9].

Sensibilisierungen und Erkrankungen wurden auch bei Wachpersonal, SekretärInnen, Wäschereibediensteten oder Lebenspartnern, ausgelöst durch minimalste bzw. indirekte Expositionen (z. B. Staub in der Kleidung von Exponierten), gefunden [2, 10].

Eine weitere Studie konnte zeigen, dass durch den Be-Lymphozytenproliferationstest eine Sensibilisierung bereits bei Exposition gegenüber einer Be-Konzentration am Arbeitsplatz von 0,01 µg/m³ nachgewiesen werden kann [11]. Dieser Wert liegt weit unter den derzeit auch in Österreich geltenden TRK-Werten (0,002 bis 0,02 mg/m³). Weiteren Untersuchungen zufolge lässt sich bei 2–15 % aller gegenüber Beryllium exponierten gesunden ArbeitnehmerInnen mittels Be-Lymphozytentransformationstest eine Sensibilisierung nachweisen, von diesen wiederum entwickeln ca. 30–50 % schließlich das Vollbild einer chronischen Berylliose [12].

Eine andere Studie zeigte, dass das Lungenkrebsrisiko bei an chronischer Berylliose Erkrankten gegenüber Berylliumsensibilisierten ohne manifeste Erkrankung erhöht ist [13].

In jüngeren Studien werden auch zielführende arbeitsmedizinische Screeningmethoden untersucht [14, 15].

In zahlreichen Fällen von CB wird fälschlicherweise Sarkoidose diagnostiziert

Die Diagnose erfolgte erst mehr als 20 Jahre nach der Sensibilisierung der Patientin

Risiko für Lungenkrebs bei CB Erkrankten erhöht

Eine Hohe Dunkelziffer wird vermutet

Eine Berufsanamnese, in der auch nach nur potentieller, minimaler Exposition gegenüber Beryllium gefragt wird, ist zur Diagnosefindung unumgänglich

Neue Leitlinie für die Gesundheitsüberwachung

Schlussfolgerungen

Internationale Studien lassen eine Dunkelziffer vermuten bzw. zeigen, dass zahlreiche Fälle von CB in Kohorten von SarkoidosepatientInnen verborgen sein könnten.

Das dürfte einerseits daran liegen, dass die Erkrankung und der breite Einsatz von Beryllium nicht ausreichend bekannt sind und die Differentialdiagnose schwierig ist.

Eine detaillierte Berufsanamnese, in der auch nach nur potentieller, minimaler Exposition gegenüber Beryllium gefragt wird, ist zur Diagnosefindung unumgänglich! Aufgrund des Allergencharakters von Beryllium darf sich die Befragung deshalb auch nicht nur auf den derzeit aktuellen Arbeitsplatz beschränken – das gesamte Arbeits- und Privatleben muss auf Expositionsmöglichkeiten abgefragt werden.

Weiters reichen die derzeit üblichen arbeitsmedizinischen Maßnahmen nicht aus, um die Entwicklung einer chronischen Berylliose zu verhindern.

Vorgehen in unseren Nachbarländern

In der Schweiz wird derzeit eine retro- und prospektive Kohortenstudie durchgeführt (Screening von Sarkoidose-Patienten, entwickelt vom Institut universitaire romand de Santé au Travail), auch die Grenzwerte sind in der Schweiz wie auch in Deutschland in Diskussion.

In Deutschland wird eine neue Leitlinie von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) betreffend die Gesundheitsüberwachung bei Berylliumexposition und einheitliches diagnostisches Vorgehen für Jänner 2011 erwartet.

Auch in Österreich werden derzeit, da wohl auch hier von einer Dunkelziffer auszugehen ist, Überlegungen hinsichtlich einer Reevaluierung angestellt.

Literatur

- 1 Richeldi, L., Sorrentino, R., Saltini, C.: HLA-DBP1 glutamate 69: a genetic marker of beryllium disease. *Science*, 1993; 262(5131): 242–4.
- 2 Müller-Quernheim, J., Gaede, K. I., Prasse, A., Zissel, G.: Chronische Berylliose. *Pneumologie* 2006; 60: 1–8.

- 3 Stokes RF, Rossman MD: Blood cell proliferation response to beryllium: analysis by receiver-operating characteristics. *J Occup Med*, 1991; 33: 23–28.
- 4 Mroz MM, Kreiss K, Lezotte DC, Campbell PA, Newman LS: Reexamination of the blood lymphocyte transformation test in the diagnosis of chronic beryllium disease. *J Allergy Clin Immunol*, 1991; 88: 54–60.
- 5 Sprince NL, Kanarek DJ, Weber AL et al.: Reversible respiratory disease in beryllium workers. *Am Rev Respir Dis* 1978; 117: 1011–1017.
- 6 Müller-Quernheim J, Gaede KI, Fireman E, Zissel G: Diagnoses of chronic beryllium disease within cohorts of sarcoidosis patients. *ERJ*, 2006; 27: 1190–1195.
- 7 IARC- Monograph Volume 58, 1993.
- 8 Infante PF, Newman LS: Beryllium exposure and chronic beryllium disease. *Lancet* 2004; 363: 415–416.
- 9 Henneberger PK, Goe SK, Miller WE et al.: Prevention of beryllium sensitisation and chronic beryllium disease. *J Occup Environ Hyg* 2006; 3 (4): D42–43.
- 10 Kreiss K, Mroz MM, Zhen B et al: Epidemiology of beryllium sensitisation and disease in nuclear workers. *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 985–991.
- 11 Yoshida T, Shima S, Nagaoka K, Taniwaki H, Wada A, Kurita H, Morita K: A study on the beryllium lymphocyte transformation test and the beryllium levels in working environment. *Ind Health*, 1997; 35(3): 374–379.
- 12 Newman LS, Mroz MM, Balkissoon R, Maier LA: Beryllium sensitization progress to chronic beryllium disease: a longitudinal study of disease risk. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 54–60.
- 13 Steenland K, Ward E: Lung cancer incidence among patients with beryllium disease: a cohort mortality study. *J Nat Cancer Inst*, 1991; 83: 1380–5.
- 14 Rossman MD: Justification for chronic beryllium disease: closer to reality. *Eur Respir J* 2008; 32: 543–544.
- 15 Fireman E, Mazor O, Kramer M, Priel I, Lerman Y: Non-invasive diagnosis of chronic beryllium disease in workers exposed to hazardous dust in Israel. *Occup Environ Med* 2010; 67: 631–635.

Bildnachweis

- Fig. A: <http://emedicine.medscape.com/article/296759>
- Fig. B u. C: PACS – Archiv d. Rehabilitationsklinik Tobelbad
- Fig. D: <http://de.wikipedia.org/wiki/Aquamarin>
- Fig. E: <http://wikipedia.org/wiki/Berylliumkupfer>
- Fig. F: <http://brush-wellmann.com>
- Fig. G: freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Werner Thum
- Fig. H: <http://bildungsmarkt-sachsen.de>

HEINZ FUCHSIG
AUVA, LANDESSTELLE
SALZBURG, AUßEN-
STELLE INNSBRUCK
ING.-ETZEL-STR. 17
6020 INNSBRUCK
TEL.: +43 512
52056-16
FAX: +43 512
52056-17
E-MAIL: HEINZ.
FUCHSIG@AUVA.AT

**Je höher der empfun-
dene Nutzen, desto
höher die Bereitschaft
zuzuhören und
umzusetzen**

Präsentismus ist teuer

**Arbeitsmedizinische
Qualität**

QUALITÄT IN DER ARBEITSMEDIZIN

Auch eine Sache der Wahrnehmung

Die Checkliste zu arbeitsmedizinischer Qualität der Gesellschaft für Arbeitsmedizin, unter www.gamed.at frei zugänglich, stammt noch aus der Zeit der Erstbegehungen und Erstevaluierung. Sie ist praxisnah, wird aber überarbeitet – Anregungen erwünscht.

Bezahlt wird Arbeitsmedizin allerdings subjektiv nach dem Nutzen – ob bewusst oder unbewusst. Das geht von Minimalanforderungen („Schaffen Sie mir Gerichtsfestigkeit“) über echte Sorge („jeder Schichtarbeiter soll Sie einmal im Monat am Rande der Arbeit besuchen können“) hin zu Statusansprüchen („wir werden von einem Professor betreut, der betreut auch den *Statusbetrieb XY*“). Je höher der empfundene Nutzen, desto höher die Bereitschaft, gut zu zahlen. Wichtiger noch: desto höher die Bereitschaft, zuzuhören und umzusetzen.

Würde man es von der Kostenseite her betrachten, wäre schon ein Betriebsorthopäde wichtiger als die Sicherheitsfachkraft: Mehr als das Dreifache an Ausfällen durch Arbeitsunfälle wird durch arbeitsbedingte Störungen des Bewegungsapparates verursacht. Aber vielleicht ist weniger der verhinderte Personenausfall der Nutzen als der verhinderte Gerichtstermin oder gar ein Produktionsstillstand ...

Für andere Erkrankungen mit teils höherer Arbeitsbedingtheit (Haut, Burnout) können wir die Rechnung weiterführen und darüber hinaus die Rolle der Arbeitsmedizin bei der Wiedereingliederung betonen. OPEL hat die Rate an nach schwerer Beeinträchtigung wieder einsetzbaren MitarbeiterInnen durch Routinekonsultation der Arbeitsmedizin fast verdoppeln können. Wenn das Management eines chronisch Kranken, Unfallversehrten oder psychischen Krisenfalls gelingt, kann man von arbeitsmedizinischer Qualität sprechen. Sie wird auch so empfunden.

Nicht die Zahl der Konsultationen in der Werksambulanz (die aber auch dokumentiert und präsentiert werden muss!) bestimmt das Qualitätsempfinden, auch nicht die Impfanzahl oder die Einsatz-

stunden. Arbeitsmedizinische Qualität wird je nach Sichtweise unterschiedlich eingeschätzt und bewertet – und das entscheidet dann über Vertragsverlängerung, Honorarverhandlung, Umsetzungsbereitschaft von Vorschlägen oder Inanspruchnahme durch Arbeitnehmer. Effizienz, Kompetenz, Zugänglichkeit, Gerechtigkeit, Kundenorientierung sind wichtige Qualitätskriterien; entscheidend aber ist die Wahrnehmung.

Im Marketing spricht man von USP: der „unique selling position“, wichtiger noch der „perception“. Was ist einzigartig an der Qualität der Arbeitsmedizin und wie kommunizieren wir das?

Ärztinnen und Ärzte haben Erfahrungen mit Leid, Heilung, Ansprechen intimer Probleme und der wirklich wichtigen Dinge im Leben. Wir können vermitteln und Abschätzen, aber auch Schweigepflicht aushalten, abwarten.

Krankenstände und krankheitsbedingte Kündigungen sind aber nur die sichtbare negative Seite der Gesundheit am Arbeitsplatz. Präsentismus, also Anwesenheit bei reduzierter Leistung, kostet zwischen dem 2,3- und 3,1-fachen reiner Abwesenheit. Die Menschen haben Beschwerden, sind aber am Arbeitsplatz. Auch das entgeht uns meist nicht.

Für betriebliche Gesundheitsförderung und erfolgreichen Umgang mit Sorgenkindern sind Fingerspitzengefühl und Expertise gefragt. Während viele „Fitness“-Angebote nur die ohnehin Gesundheitsbewussten erreichen und nach einem Strohfeuer wenig übrig bleibt, ist die Arbeitsmedizin der nachhaltige Ansprechpartner. Arbeit ist kein Spitzensport, auch wenn die Leistungsfreude eines 60-Jährigen gleiche Höhen erreichen kann.

Laut GALLUP sind in Österreich nur 19 % engagiert bei der Arbeit, in Deutschland gar nur 12 %. Wenn die Arbeit aber gut von der Hand geht, ist **Arbeitsfreude echtes Glücksgefühl mit stark gesundheitsförderlicher Wirkung**. Der zentrale Faktor, ob Hochbetagte das Krankenhaus noch einmal verlassen, ist, ob auf sie

Arbeitsmedizin erleichtert den Betrieben und ihren Mitarbeitern den Zugriff auf kostenlose externe Hilfe

Mehr Systematik wünschenswert

noch eine Aufgabe wartet. Wir kennen die Nöte der Menschen, denen die Gesundheit den Job kostet, aber auch Zustände innerer Kündigung.

Durch die Einbindung im Sozialsystem erleichtert die Arbeitsmedizin den Betrieben und ihren MitarbeiterInnen den Zugriff auf kostenlose externe Hilfe – Betriebe sind keine Rehabilitationsstätten, Führungskräfte keine Therapeuten; Betroffene nehmen aber ohne Druck oft sehr spät Hilfe an. Die Arbeitsmedizin kann hier Wege aufzeigen und begleiten. Transparenz gegenüber den Betroffenen und Achtung des Vertrauensverhältnisses sind in unserem Bereich Grundlagen für jedes Qualitätsempfinden.

Meiner Erfahrung nach fehlt es uns oft an Systematik: Schon die Kommunikation mit behandelnden KollegInnen und Spitä-

lern ist schwierig. Dazu gibt es eine erste Hilfe: www.aerzte-und-betrieb.de. Ein jährlicher Gesundheitsbericht ist ein Wagnis, das mit Hilfe eines Controllers, einer bereits in Pension befindlichen Führungskraft oder anderen treffender gelingen kann. Allein dieser Prozess öffnet Augen, wie Qualität wahrgenommen wird.

Qualitätsempfindung ist auch vom Beurteilungsdenken abhängig: Der Erfinder und Leiter des Davoser Weltwirtschaftsforums, Klaus Schwab, hat die Konzernchefs der Welt zu einem hippokratischen Eid aufgefordert. Es ist also nicht nur die Arbeitsmedizin, die von wirtschaftlichem Denken lernen kann.

Jede Führungskraft kann am ärztlichen Denken wachsen; an der Erfahrung, was bedrückt, aber auch heilt.

RAINER MÜLLER,
JOACHIM LARISCH*
* UNIVERSITÄT
BREMEN, ZENTRUM
FÜR SOZIALPOLITIK
(ZES)
ABTEILUNG GESUND-
HEITSÖKONOMIE,
GESUNDHEITS-
POLITIK UND
VERSORGUNGS-
FORSCHUNG
POSTFACH 33 04 40
D-28334 BREMEN
UNICOM-GEBÄUDE
MARY-SOMERVILLE-
STR. 5
TEL.: +49/421-218-
58552 TELEFAX:
+49.421-218-58622
E-MAIL:
JLARISCH@ZES.
UNI-BREMEN.DE

**Wie sieht es mit der
Professionalisierung in
der Arbeitsmedizin
aus?**

ARBEITS-/BETRIEBSMEDIZIN ALS DIENSTLEISTUNGSARBEIT

Soziologische und betriebsärztliche Anmerkungen zum Selbstverständnis

Einleitung

Die arbeitsmedizinische bzw. betriebsmedizinische Tätigkeit bewegt sich in dem Spannungsfeld zwischen medizinischer Heilkunde und kundenorientierter Dienstleistung, wobei die Reflexion über den Stand der Professionalisierung der Arbeits- bzw. Betriebsmedizin (beide Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet) wenig entwickelt zu sein scheint. Dies gilt für Betriebsärzte und Betriebsärztinnen in ihrer alltäglichen Praxis, die FachvertreterInnen in den verschiedenen Organisationen des Staates wie auch für die Politik, die Kammern und die medizinischen bzw. ärztlichen Institutionen einschließlich der medizinischen Fakultäten und andere wissenschaftliche Einrichtungen. Dies gilt aber auch für die Adressaten der betriebsärztlichen Dienstleistung, nämlich die Unternehmen, d. h. das Management und die Beschäftigten bzw. die betrieblichen und überbetrieblichen Sozialpartner. Im Folgenden werden einige Überlegungen zum professionellen Selbstverständnis der Arbeitsmedizin entwickelt, die sich auf sozialwissenschaftliche bzw. betriebswirtschaftliche Theoreme und Konzepte stützen. Im Vordergrund stehen dabei die Kategorien Profession, Dienstleistung, Arbeit und Gesundheit.

Professionalisierung

Unter Professionalisierung wird in der Soziologie der historische Prozess verstanden, in dem eine berufliche Tätigkeit bzw. Arbeit einen wissenschaftlichen Charakter erhält und die Ausbildung an Hochschulen erfolgt. Die Professionsmitglieder verfügen über eine Spezialqualifikation mit einem spezifischen systematischen Wissenskanon und eigenem Handlungsre-

pertoire. Sie gelten als Expertinnen und Experten und verfügen über Autonomie gegenüber Laien und Staat. Die Profession hat spezifische ethische Normen, Verhaltensregeln und Handlungsmuster (Habitus) ausgebildet. Politisch aktive Berufsverbände prägen die Professionalisierungsinteressen hinsichtlich sozialem Status, politischer Macht und Einkommenssicherung. Die berufliche Tätigkeit wird als dem öffentlichen Wohl dienend angesehen bzw. ausgegeben. Als Paradebeispiel einer erfolgreichen Professionalisierung gelten Ärzte (vgl. Freidson 1979). Allerdings ist zu fragen, ob diese Entwicklung nicht nur für bestimmte Gruppen in der Ärzteschaft wie z. B. Ärzte der Kardiologie oder Röntgenologie gilt und andere Gruppen, wie z. B. Arbeitsmediziner, sich nicht eher „auf dem Weg zur Profession“ befinden (vgl. Behrens, Müller 1994: 226). Wenn nämlich die Professionalisierung wesentlich durch die Ausübung der ärztlichen Heilkunde bestimmt wird, diese also maßgeblich für die ausgebildeten ethischen Normen, Verhaltensregeln und Handlungsmuster ist, dann könnte es fraglich sein, ob die nicht (primär) auf die ärztliche Heilkunde ausgerichteten Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in gleicher Weise als professionalisiert gelten können. Hieraus ergibt sich für die Arbeitsmedizin ein weiteres, sozusagen innermedizinisches Spannungsfeld, ist sie doch zweifellos eine durch Spezialqualifikationen charakterisierte medizinische Tätigkeit, die sich allerdings deutlich von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen medizinischen Tätigkeiten unterscheidet, die in ihrer gesellschaftlichen Wahrnehmung wesentlich mit der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung verknüpft sind.

Betriebsärztliche Dienstleistung ist Gewährleistungsarbeit, die die Voraussetzungen für Erwerbsarbeit und Produktivität schafft

Arbeitsmedizinische Leistungen als Wirtschaftsgüter

Welchen Bedarf bedienen Betriebsärzte/-ärztinnen

Dienstleistungsarbeit

Eine weitere sozialwissenschaftliche Perspektive auf die Arbeits- bzw. Betriebsmedizin wird mit der Feststellung eröffnet, dass betriebsärztliche Tätigkeit, wie andere ärztliche Tätigkeiten, als Dienstleistungsarbeit anzusehen ist und betriebsärztliches Arbeitshandeln zunehmend stärker auf Dienstleistungsarbeit, sei es in produzierenden Unternehmen, Banken, Verwaltungen, Krankenhäusern oder Warenhäusern, ausgerichtet ist bzw. werden wird. Betriebsärztliche Dienstleistung kann als Gewährleistungsarbeit gedeutet werden, die die Voraussetzungen für Erwerbsarbeit und ihre Produktivität schafft. Wie andere Dienstleistungen wird die Nutzung arbeitsmedizinischer Leistungen über den Markt vermittelt, sie werden als Wirtschaftsgüter angeboten. Um als Wirtschaftsgüter ökonomisch fungibel zu sein, müssen diese Dienstleistungen bestimmte Eigenschaften aufweisen und im Wesentlichen die folgenden Kriterien erfüllen:

- **Verfügbarkeit**
Leistungen müssen in physischer, technischer, rechtlicher und sozialer Hinsicht verfügbar sein.
- **Technische Eignung**
Leistungen müssen geeignet sein, die mit ihnen verfolgten Zwecke der Bedürfnisbefriedigung zu erfüllen.
- **Ökonomische Eignung**
Es muss nicht nur ein Bedürfnis, sondern auch ein (finanziell nachfragewirksamer) Bedarf nach der Leistung existieren, so dass sich aus der relativen Knappheit der Leistung und der Nachfrage Preisbildungsprozesse entwickeln können.
- **Übertragbarkeit**
Die Leistung muss in die Verfügungsmacht anderer Wirtschaftssubjekte übergehen können (vgl. Töpfer 2007: 87 ff.).

Die als Wirtschaftsgüter über den Markt vermittelten Leistungen lassen sich nach Realgütern und Nominalgütern unterscheiden. *Realgüter* sind als individuelle Werte Objekte im wirtschaftlichen Transformationsprozess und bestehen aus körperlichen Werten (materielle Realgüter) wie z. B. Gebäuden, Maschinen oder Rohstoffen und unkörperlichen Werten (im-

materielle Realgüter) wie z. B. Nutzungsrechten an EDV-Programmen. *Nominalgüter* sind immer immateriell und bestehen aus generellen Werten wie z. B. Geldbeständen oder Zinsansprüchen (vgl. Töpfer 2007: 93 ff.). Hinsichtlich ihrer Verwendung lassen sich Wirtschaftsgüter ferner nach Investitions- und Verbrauchsgütern differenzieren (vgl. Hugentobler/Winterhalter 2007: 33 f.).

Beschaffung, Produktion und Absatz sind grundlegende betriebliche Funktionen marktökonomisch erbrachter Leistungen. Allerdings sind gegenüber der Produktion physischer Güter bei den Dienstleistungen Besonderheiten zu beachten. Dies gilt insbesondere bei den personenbezogenen Dienstleistungen, deren Ausführung die Anwesenheit und Mitwirkung des Kunden erfordert, der an der Dienstleistung keine Eigentumsrechte erwerben kann und der selbst Gegenstand der betrieblichen Leistung ist. Dienstleistungen können durch die folgenden Merkmale charakterisiert werden:

- **Intangibilität**
Das Ergebnis der Dienstleistung ist nicht physisch greifbar, und dessen Bewertung wird stark von der subjektiven Kundensicht beeinflusst.
- **Integration des externen Faktors**
Der Kunde muss seine Person, Informationen oder andere Lebewesen in den Dienstleistungsprozess einbringen.
- **Mangelnde Lagerfähigkeit**
Dienstleistungen können nicht vom Kunden veräußert oder vom Produzenten gelagert werden.
- **Heterogenität**
Die individuellen Bedürfnisse der Kunden und die Individualität der Leistungserbringer verhindern eine homogene Standardisierung der Dienstleistungen (vgl. Schöpe 2007: 18).

Arbeitsmedizinische Dienstleistung

Die Dienstleistungen sollen einen Bedarf befriedigen, jedoch ergibt sich für die arbeitsmedizinischen Dienstleistungen in diesem Zusammenhang eine Reihe von Fragen. Welchen Bedarf bedienen Betriebsärzte/-ärztinnen? Wie und von wem wird der Bedarf bestimmt und nachgefragt? Sind Arbeitsfähigkeit, Leistungsfä-

Betriebsärztliches Handeln produziert immaterielle Güter

Betriebsmedizin wird von Unternehmen wie jede andere eingekaufte Dienstleistung bewertet

Auch Betriebsärztliche Leistungen werden nach Kosten-Nutzen-Aspekten bewertet

Erwerbsarbeit und Gesundheit stehen fundamental in einem Wechselverhältnis

higkeit und damit Gesundheit Orientierungsgrößen für die Festlegung des Bedarfs? Von wem, in welchem Zusammenhang und mit welchen Erwartungen wird der Bedarf artikuliert? Werden der Betriebsmedizin die angesprochenen Kompetenzen zur Gewährleistung von Arbeitsfähigkeit zugeschrieben?

Für personale Dienstleistungsarbeit und damit betriebsärztliches Handeln gilt, das sie immaterielle Güter (Gesundheit, Arbeitsfähigkeit) produziert. Diese Dienstleistung ist nicht wie ökonomische Sachgüter (Waren) lagerfähig und wird im Interaktionsprozess zwischen Dienstleister/Betriebsarzt und Kunde/Klient hergestellt und zugleich konsumiert (Uno-actu-Prinzip). Personale Dienstleistungsarbeit und daher auch betriebsärztliche Tätigkeit weist im Vergleich zur Industriearbeit nur geringe Rationalisierungspotenziale über Technisierung und Organisationsentwicklung auf, da sie wesentlich aus der Interaktion mit den Kunden/Klienten besteht. Dennoch sind für die Anbieter betriebswirtschaftliche Logiken der Effizienz und der Effektivität ebenso zu beachten wie bei anderen ärztlichen Arbeitsprozessen, z. B. in der Klinik.¹ Dies gilt auch für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung, deren Bedeutung für die ambulante und stationäre medizinische Bedeutung unbestritten ist, während die theoretische und empirische Klärung von „Evidence Based (Occupational) Medicine“ weitgehend ungeklärt zu sein scheint.

Für die Nachfrage gilt, dass Betriebsmedizin von Unternehmen (Management) in derselben Weise wie andere eingekaufte Dienstleistungen angesehen und bewertet wird. Unternehmen benötigen externe Dienstleistungen für unterschiedliche Bedarfe, so zum Beispiel Rechtsfragen, Steuerentscheidungen, Personal- bzw. Organisationsentwicklung und Technologieentwicklung. Teilweise werden die Dienstleistungen auf Grund gesetzlicher Auflagen eingekauft, z. B. für Jahresabschlussprüfungen durch Wirtschaftsprüfer. In dieser Hinsicht stellt auch die per Gesetz vorgeschriebene betriebsärztliche Dienstleistung keine Ausnahme dar. Das Angebot bzw. die konkreten Leistungen werden von den Nachfragern nach Kosten-Nutzen-Aspekten bewertet. Wirtschaftlichkeitskalkulationen des Verhältnisses von Kosten und Nutzen können

monetär oder hinsichtlich von Nutzwert und Wirksamkeit auch nicht monetär kalkuliert werden. Dies hat Auswirkungen auf die Angebotsstruktur, also das Dienstleistungsangebot der Arbeitsmedizin, da es sich um eine reziproke Beziehung handelt, deren marktökonomische Ausgestaltung allerdings durch außerökonomische rechtliche Vorgaben des staatlichen Arbeitsschutzrechts beeinflusst wird.

Die betriebsärztlichen Leistungen, ob über arbeitsmedizinische Zentren oder über einzelne angestellte Ärzte oder selbständige Betriebsärzte, werden marktorientiert angeboten und abgerufen und dementsprechend auf der Angebots- wie Nachfrageseite kalkuliert. Nicht zuletzt wegen dieser Situation wird zunehmend seitens der Betriebsmedizin das vom Gesetz vorgeschriebene Dienstleistungspaket um Dienstleistungen zur Personalpflege und -entwicklung, zum Gesundheitsmanagement bzw. zur Gesundheitsförderung auch unter demografischen Gesichtspunkten (Alterung/Gender, work life balance) erweitert. Diese Ausweitung klassischer betriebsärztlicher Dienstleistung entspricht auf der Nachfrageseite in gewisser Weise dem ökonomischen Interesse der Unternehmen an der Sicherung einer qualifizierten und leistungsfähigen Belegschaft, wobei allerdings betriebswirtschaftliche Handlungsalternativen in Bezug auf personelle und qualifikatorische Personalengpässe zu beachten sind (Zuwanderung, technische Rationalisierung).

Gesundheit in Unternehmen: „Public Health in Private Company“

Die über das rechtlich bestimmte Maß hinaus erweiterte Nachfrage nach arbeitsmedizinischen Dienstleistungen beruht auf einem sich wandelnden Verständnis von Arbeit und Gesundheit im Rahmen eines veränderten Verständnisses von Produktivität innerhalb einer kapitalistischen, sozialstaatlich/sozialpolitisch gerahmten Wirtschaftsordnung. Erwerbsarbeit und Gesundheit stehen fundamental in einem Wechselverhältnis. Individuelle und kollektive Wohlfahrt basiert auf Ausbildung und Pflege des Arbeitsvermögens als Teil des Humanvermögens (vgl. Kaufmann 2009). Gesundheit ist somit als in-

Gesundheit ist produktives Potential

Gesundheit als personales und öffentliches Gut

Arbeitsmedizinische Dienstleistung entzieht sich den Grenzen betriebswirtschaftlicher unternehmerischer Handlungsmuster

Gesundheit kann nicht auf die Leistungsfähigkeit in Arbeitstätigkeiten reduziert werden

dividuelles, öffentliches und betriebliches produktives Potenzial zu verstehen und praktisch werden zu lassen. In dieser dreifachen Perspektive ist Gesundheit Gegenstand der sozialen und politischen Auseinandersetzung über die soziale Sicherung der (Erwerbs-)Bevölkerung. Für öffentliche Güter gilt, dass sie nicht als Wirtschaftsgüter über Marktprozesse zu realisieren sind, sondern der öffentlichen Bereitstellung und des gesamtwirtschaftlichen Denkens und Handelns bedürfen. Dieser Doppelaspekt der Gesundheit, nämlich ein personales und zugleich öffentliches Gut zu sein, macht die Grundauffassung von Public Health aus (vgl. Larisch et al. 2010: 167 ff.). Die historische Entwicklung des Arbeitsschutzes kann daher verstanden werden als die politische Durchsetzung von „Public Health in Private Company“, also die Feststellung von öffentlicher sozialstaatlicher Verantwortung im privatwirtschaftlichen Betrieb. Dies berührt die arbeitsmedizinische Dienstleistungsarbeit unmittelbar, ist sie doch im Hinblick auf ihre rechtliche Verankerung Bestandteil der öffentlichen sozialstaatlichen Verantwortung und somit Teil des „Public Health“ und des damit verbundenen Gesundheitsbegriffs. Insoweit entzieht sich arbeitsmedizinische Dienstleistungsarbeit auch marktökonomisch strukturierten Beziehungen und den Begrenzungen betriebswirtschaftlich dominierter unternehmerischer Handlungsmuster.

„Gesundheit als Befähigung der Person in ihren psychosozialen und leiblichen Dimensionen zur Lösung gesellschaftlicher Aufgaben in verschiedenen sozialen Rollen und Positionen im Laufe des Lebens kann nicht auf die Leistungsfähigkeit in Arbeitstätigkeiten reduziert werden, sondern hat die Daseins- und Sozialkompetenz zur Teilhabe an allen Feldern des gesellschaftlichen Lebens wie Familie, Elternschaft, zivilgesellschaftliches und politisches Engagement zu beachten. Arbeit – hier als Erwerbsarbeit verstanden – und Gesundheit wird über eine leibzentrierte Subjektivität erfahren und praktiziert. Zu den alltagsweltlichen Erfahrungen gehört, dass individuelles leibliches Selbstgefühl als Basis der Identität mit seinen Mustern von innerer und sozialer Kohärenz durch gesundheitliche Krisen und/oder instrumentalisierende risikohaf-

te Arbeitsformen gefährdet werden kann und wird. In den politischen Auseinandersetzungen um das gute Leben wurde Gesundheit als emanzipatorisches Konzept entfaltet. Gesundheit wird als Fähigkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe im Lebensverlauf in den je konkreten lebens- und arbeitsweltlichen Situationen verstanden“ (Larisch et al. 2010: 168 f.).

Gegenüber einer Verengung der gesellschaftlichen Bedeutung der Arbeit auf die Erwerbsarbeit ist der kulturelle Aspekt jeglicher Arbeitstätigkeit, also auch der nicht erwerbstätigen Arbeitsformen wie der ehrenamtlichen Tätigkeiten, der häuslichen Tätigkeiten oder der Sorgearbeit, zu betonen. Diese gesellschaftliche Bestimmung des Arbeitsbegriffs berührt alle Institutionen, Organisationsprinzipien, Beziehungsstrukturen und Wertorientierungen und ist verknüpft mit der Würde des Menschen (vgl. Negt 2001). Die menschliche Würde ist nach Kant die Nichtverrechenbarkeit des Menschen. Was „über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat Würde“ (Kant 1983[1785]: 68). Im deutschen Grundgesetz von 1949 heißt es im Art. 1 Abs. 1: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Die Verknüpfung von Menschenrechten und menschlicher Würde ist nach dem Zweiten Weltkrieg zu einer weltweiten Position geworden (Menke/Pollman 2007). Im theologischen Kontext misst sich die Würde der Arbeit an der Person des Arbeitenden. Als personales Wesen besitzt der arbeitende Mensch Würde. „Die Subjektivität verleiht der Arbeit die ihr eigene Würde, die es verbietet, sie als bloße Ware oder als unpersönlichen Bestandteil des Produktionsprozesses zu betrachten“ (Johannes Paul II 2006 [1981]). Die Verantwortung für die Beachtung von Menschenrecht und Menschenwürde hat der Staat, aber ebenso der Personenkreis, der im Unternehmen bzw. Betrieb verantwortlich handelt.

Entwicklung und Perspektiven der Arbeitsmedizin

Arbeits- bzw. Betriebsmedizin als Teil des Arbeitnehmerschutzes ist historisch im Kontext der Entwicklung der staatlichen

Arbeitsmedizin dient dem Schutz des Arbeitnehmers ebenso wie den Interessen der Unternehmen

In den medizinischen Fakultäten wurde der Arbeitsmedizin im deutschsprachigen Raum bis heute kein angemessener Platz eingeräumt

Sozialpolitik in Europa als gesetzlich geregelte Dienstleistung zu verorten und damit als Teil von Public Health legitimiert. Eine Sozialgeschichte der Arbeitsmedizin bzw. Betriebsmedizin (vgl. Labisch 1984) hat neben dieser sozialstaatlichen Traditionslinie, nämlich Schutz vor Gefährdung und Schädigung von Gesundheit durch Arbeitsbedingungen, die durch die EU in den letzten Jahrzehnten einen besonders starken Schub erhalten hat, ebenso die Interessen und Motive der Unternehmen auf Sicherung und Steigerung der Produktivität und Profitabilität in den Blick zu nehmen. Im Zuge der Industrialisierung seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts wurde in der naturwissenschaftlichen, klinischen kurativen Medizin beim Management von Großbetrieben des Bergbaus, des Hüttenwesens und der Chemieindustrie eine Dienstleistung gesehen, um arbeitsbedingte Unfälle, Vergiftungen und chronische Erkrankungen (siehe Liste der Berufskrankheiten) über Fabrikärzte anzugehen. Dennoch sind die Defizite unübersehbar. In den medizinischen Fakultäten wurde der Arbeitsmedizin im deutschsprachigen Raum bis heute kein angemessener Platz eingeräumt. Besonders defizitär ist die institutionelle Absicherung der Betriebs- bzw. Arbeitsmedizin aktuell in Österreich. In Deutschland schwindet gegenwärtig die Zahl der arbeitsmedizinischen Lehrstühle in den medizinischen Fakultäten. Konzeptionen zur gesundheitlichen und sozialen Sicherung von Erwerbstätigen, wie sie der Wiener Sozialmediziner Ludwig Teleky schon 1906 im Geist von „Public Health“ an der Universität Wien zum Thema machte und als erster deutscher Landesgewerbearzt (1921–1933) in Düsseldorf praktizierte, blieben ebenso unterentwickelt (vgl. Milles 1994). Der Facharzt für Arbeitsmedizin wurde in der Bundesrepublik Deutschland erst 1976 und in Österreich mit dem Beitritt zur EU 1995 eingeführt.

Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, was denn die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin und der Verband Deutscher Betriebsärzte und Werksärzte in ihrem Positionspapier vom 21.10.2004 „Zukunft der Arbeitsmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung“ meinten, wenn sie dort feststellen: „Arbeitsmedizinische Prävention ist

mehr als eine kundenorientierte Dienstleistung: Sie dient dem Grundanliegen jedes Unternehmens und jedes Arbeitnehmers, sie ist unabhängig und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.“ (<http://www.dgaum.de/index.php/publikationen/positionspapiere/146-zukunft>. Zugriff: 1.12.2010).

Welche forschungstheoretischen und betriebspraktischen Konsequenzen sind aus der Feststellung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin im „Positionspapier zur arbeitsmedizinischen Forschung“ vom 24.09.2004 zu ziehen, wenn dort konstatiert wird: „Die auf den Menschen orientierte arbeitsmedizinische Forschung ist hierbei

- **grundlagenwissenschaftlich** und **klinisch**,
- **interdisziplinär** (verschiedene medizinische, natur-, ingenieur- und sozialwissenschaftliche Disziplinen vernetzend) und
- **transdisziplinär** (vorgenannte Disziplinen einerseits sowie öffentliche Gesundheit, Vorstellungen der Sozialpartner, der Zahlenden [Arbeitgeber, Beitragszahler, Steuerzahler] und der Politik andererseits vernetzend).“ (<http://www.dgaum.de/index.php/publikationen/positionspapiere/301-arbmedforschung>. Zugriff: 1.12.2010).

Wird das „Mehr“ in dem Verständnis von Public Health bzw. dem öffentlichen Gut „Gesundheit“ gesehen? In dem Positionspapier wird zur arbeitsmedizinischen Forschung ausgeführt: „Bei den inter- und transdisziplinären arbeitsbezogenen Forschungsansätzen sollte der Arbeitsmedizin jedoch eine zentrale Rolle zukommen.“ Es wäre zu belegen, dass die Arbeitsmedizin über tragfähige theoretische und methodologische Modelle und Konzeptionen zur Gesundheitssicherung sowohl in der Analyse wie auch in der konkreten Gestaltung in der Doppelperspektive von Gesundheit als individuellem und öffentlichem Gut verfügt und hier auf entwickelte Forschungsinstitutionen und Traditionen betriebsärztlicher Praxis verweisen kann. Eine „Weiterentwicklung der eigenen Kompetenz des fachspezifischen arbeitsmedizinischen Methodeninventars“ kann nicht hegemonial auf klinische Medizin, Physiologie, Toxikologie und Epidemiologie

Eine Weiterentwicklung des arbeitsmedizinischen Methodeninventars müsste Methoden der Sozialwissenschaften und der Psychologie berücksichtigen

Rückgang der Bedeutung der Arbeitsmedizin als Public Health

Eine Umstellung von der klinischen Individualmedizin auf betriebsärztliches Denken und Handeln verlangt eine starke Neuorientierung

Folgen für das Selbstverständnis des Faches

reduziert werden. Es sind Theoreme und Methoden der Sozialwissenschaften einschließlich der Psychologie zu integrieren. Hier stellen sich allerdings schwerwiegende erkenntnistheoretische und methodische Probleme, abgesehen von der Frage, wie solche breiten Fähigkeiten und Fertigkeiten in die medizinische Ausbildung zu integrieren wären.

Zu fragen ist ebenfalls nach den derzeitigen in der Aus- und Weiterbildung genannten Bestandteilen des fachspezifischen Wissenskanons und danach, welche fachlichen Handlungsroutrinen und Interventionsformen praktiziert werden. Wie ist es um die Methodenkompetenz der Betriebsärzte/-ärztinnen bestellt? Betriebsärzte und Betriebsärztinnen sind als Ärzte ausgebildet und haben in der Klinik ihre berufliche und professionelle Sozialisation erfahren. Die klinische naturwissenschaftliche Medizin ist theoretisch konzeptionell auf Krankheit (Pathogenese) und nicht auf Gesundheit (Salutogenese) ausgerichtet. Der „klinische Blick“ nimmt in Diagnostik und Therapie das Individuum in den Fokus. Die ärztlichen Orientierungen und Handlungsroutrinen und damit das professionelle Selbstverständnis sind auf den einzelnen Patienten, die einzelne Patientin abgestellt. Prävention und Gesundheitsförderung sind in der Ausbildung und in der beruflichen Erfahrung als klinisch tätige Ärzte randständig.

Eine Umstellung von der klinischen Individualmedizin auf betriebsärztliches Denken und Handeln verlangt eine starke Neuorientierung theoretisch wie auch konkret praktisch. So stellt sich zentral die Frage nach der Identifizierung von Kunden/Klienten und der Zielgruppe für die arbeitsmedizinische betriebsärztliche Dienstleistung. Was bedeutet das zitierte „mehr als eine kundenorientierte Dienstleistung“ für die arbeitsmedizinische Prävention und damit die Professionalisierung der Betriebsärzte/-ärztinnen? Eine solche Neuorientierung verlangt eine stärkere wissenschaftliche, theoretische und methodologische Diskussion, als sie in den beiden angesprochenen Positionspapieren zum Ausdruck kommt. Allerdings erfordert es eine stärkere institutionelle Verankerung dieser Diskussion in medizinischen Fakultäten, wissenschaftlichen Einrichtungen und in den berufs-

politischen fachinternen Auseinandersetzungen. Dabei sind die aktuellen sozialen, politischen und ökonomischen Kontextbedingungen für die Weiterentwicklung des Faches Arbeits- bzw. Betriebsmedizin wahrzunehmen. Die beobachtbaren Entwicklungen lassen die These als gut begründet erscheinen, dass Arbeitsmedizin als Public Health an Relevanz im Betrieb und eben auch in der öffentlichen bzw. politischen Zuschreibung verliert. Die Betriebsmedizin unterliegt einer Deregulierung und Vermarktlichung, betriebswirtschaftliche Kalküle gewinnen an Vorrang. Dies ist auch politisch so gewollt und entspricht ebenso geänderten betrieblichen Problemlagen, die wie folgt charakterisiert werden können:

- Zunahme psychosozialer Beanspruchungen,
- Komplexität betrieblicher Handlungsfelder,
- Grenzen extern normativer Regulierung für Präventionsdienste im betrieblichen Sektor,
- stärkere Externalisierung von Leistungsgewandelten bzw. chronisch Kranken,
- Spaltung der Belegschaften in Kernbelegschaft und Randbelegschaft,
- Zunahme der zeitlichen und örtlichen Flexibilisierung,
- Verdichtung der Arbeitsanforderung grade unter einer verschärften Zeitökonomie.

Fazit

Arbeitsmedizin ist zusammenfassend als eine spezialisierte Dienstleistungsarbeit für Unternehmen anzusehen, die als Wirtschaftsgut marktökonomisch angeboten und nachgefragt wird. Zugleich ist Arbeitsmedizin als Teil von Public Health sozialpolitisch legitimiert und der Gesundheit der Beschäftigten im Sinne eines öffentlichen Gutes verpflichtet. Allerdings verringert sich angesichts erhöhten Deregulierungsdrucks und geänderter betrieblicher Problemlagen die nationalstaatlich und über die EU intendierte Public-Health-Relevanz des Faches und der professionellen Tätigkeit. Dies hat erhebliche Folgen für das Selbstverständnis einer sich entwickelnden Profession, die sich einerseits dem ärztlichen Habitus verpflichtet weiß, sich andererseits aber

deutlich über dessen Grenzen hinaus zu entwickeln hat. Arbeits-/Betriebsmedizin hat ihr Selbstverständnis hin zu einer medizinisch (evidenz-)basierten Sicherung und Entwicklung der Beschäftigungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit von Belegschaften im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu entwickeln und auf eine Kooperation mit anderen wissenschaftlich gestützten Disziplinen der Sozialwissenschaft aktiv einzustellen.

Anmerkung

¹ Vgl. zum Health Technology Assessment (HTA), welches immer eine ökonomische, d.h. auch betriebswirtschaftliche Bewertung einschließt, Hart/Franke 2006; Hart 2001.

Literatur

- Behrens, J., Müller, R. (1994). Sicherung der Gesundheit von Arbeitnehmern durch arbeitsmedizinische Betreuung. Fiktion oder Möglichkeit? In: Müller, R., Schulz, Th. (Hg.). BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politik. Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz. Bremerhaven. S. 221–227.
- Freidson, E. (1979). Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart.
- Hart, D. (2001). Health Technology Assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung. MedR. S. 1–8.
- Hart, D., Francke, R. (2006). HTA in den Entscheidungsprozessen des IQWiG und G-BA: Bestandsaufnahme und aktuelle Fragen der gesundheitsrechtlichen Regulierung. Bundesgesundheitsblatt. S. 241–250.
- Hugentobler, W., Winterhalter, A. (2007). Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. In: Schaufelbühl, K., Hugentobler, W., Blattner, M. (Hg.). Betriebswirtschaftslehre für Bachelor. Zürich: Orell Füssli Verlag. S. 33–73.
- Johannes Paul II (2006 [1981]). Enzyklika *Laborem exercens* 1981. Päpstlicher Rat für Gerechtigkeit und Frieden. Kompendium der Soziallehre der Kirche. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag. S. 207–217.
- Kant, I. (1983 [1785]). Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Kant: Schriften zur Ethik und Religionsphilosophie. Band 6. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Kaufmann, F.-X. (2009). Humanvermögen: Eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie. In: Obinger, H., Rieger, E. (Hg.). Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien: Herausforderungen, Reformen und Perspektiven. Festschrift für Stephan Leibfried. Frankfurt/New York: Campus. S. 95–117.
- Labisch A. (1984). Zur Sozialgeschichte der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Übersicht. In: Müller, R., Milles, D. (Hg.). Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland. Bremerhaven. S. 27–45.
- Larisch, J., Ritter, W., Müller, R. (2010). „Decent Work“ durch Organisationslernen im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Ansätze und Problemfelder. In: Becke, G., Bleses, P., Ritter, W., Schmidt, S. (Hg.). „Decent Work“. Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 165–184.
- Menke, C., Pollman, A. (2007). Philosophie der Menschenrechte. Hamburg: Junius Verlag.
- Milles, D. (1994). Gewerbehygienische Aufgaben in der Geschichte arbeitsmedizinischer Professionalisierung. In: Müller, R., Schulz, Th. (Hg.). BetriebsärztInnen im Handlungsfeld betrieblicher Politik. Chancen und Dilemmata beim Gesundheitsschutz. Bremerhaven. S. 9–61.
- Müller, R. (1989). Die Professionalisierung von Betriebsärzten durch den Staat. Vor und nach dem ASiG 1974. www.zes.uni-bremen.de/homepages/rmueller/downloads/-1989/1989.
- Negt, O. (2001). Arbeit und menschliche Würde. Göttingen: Steidl Verlag.
- Schöpe, T. (2009). Studienfächer als Dienstleistungskategorien. Wiesbaden: Gabler.
- Töpfer, A. (2007). Betriebswirtschaftslehre: Anwendungs- und prozessorientierte Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

KURZBERICHT: MARATHONSTUDIE

INA LUKAS¹,
ELISABETH

PONOCNY-SELIGER²,
ROBERT WINKER¹

1. INSTITUT FÜR
ARBEITSMEDIZIN
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
WÄHRINGER GÜRTEL
18–20, A-1090 WIEN
2. INSTITUT FÜR
PSYCHOLOGIE
SIGMUND FREUD PRIVAT-
UNIVERSITÄT
SCHNIRCHGASSE 9A,
A-1030 WIEN

**20 % der Westeuropäer
sind 60 Jahre oder älter**

**Marathonstudie soll
Aussagen über einen
langfristigen Einfluss
von Ausdauertraining
auf die kognitive
Leistungsfähigkeit
im Alter liefern**

**Hinweise auf Verbesse-
rung der kognitiven
Leistungsfähigkeit
durch regelmäßiges
körperliches Training**

Hintergrund des Projekts

Aufgrund des außergewöhnlichen Altersprozesses, dem unsere Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten unterworfen sein wird, rücken der ältere Arbeitnehmer und seine Gesundheit in den Fokus der Arbeitsmedizin.

Derzeit sind in Westeuropa etwa 20 % der Bevölkerung 60 Jahre und älter (Lutz et al., 2008). Dieser Anteil wird sich bis 2050 voraussichtlich beinahe verdoppeln. Diese Prognose lässt, nicht zuletzt aufgrund von gesellschaftsökonomischen Überlegungen, auf die hohe Relevanz einer möglichst langen Aufrechterhaltung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit schließen (Rüdiger, 2003). Als ausschlaggebender Faktor für das Ausscheiden aus dem Berufsleben gilt – unter anderem – die kognitive Leistungsfähigkeit (Ilmarinen, 2001). Aus diesem Grund rückten im Rahmen der beschriebenen Studie der Verlauf der kognitiven Leistungsfähigkeit und dessen Beeinflussbarkeit in den Mittelpunkt unseres Interesses.

Einige Autoren vermuten, dass der altersgemäße Abbau einzelner kognitiver Funktionen (Verarbeitungsgeschwindigkeit und Arbeitsgedächtnis) bereits in der dritten Lebensdekade beginnt, während andere kognitive Leistungen sich weiterentwickeln und bis in das hohe Alter erhalten bleiben (semantische Wissensinhalte) (Baltes & Singer, 2001; Caserta et al., 2009; West, 1996).

Für die Arbeitsmedizin stellt sich die Aufgabe, Maßnahmen zu entwickeln und zu evaluieren, die zur Aufrechterhaltung bzw. Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit beitragen, um dadurch positive Effekte auf die Arbeitsfähigkeit zu erzielen.

In diesem Zusammenhang gibt es bereits erste Hinweise darauf, dass sich regelmäßiges körperliches Training positiv auf die Leistungsfähigkeit des Gehirns auswirken könnte. In Tierstudien wurde eine verbesserte Vaskularisierung (McAuley et al., 2004) sowie eine vermehrte Ausschüttung von BDNF (brain-derived neurotrophic factor) und IGF-1 (insulinlike growth factor 1) bei regelmäßiger kör-

perlicher Aktivität beobachtet (Neeper et al., 1996). Diese humoralen Wachstumsfaktoren unterstützen die Bildung von Synapsen und Nervenzellen sowie die Stärkung der Widerstandsfähigkeit des Hirngewebes gegenüber schädlichen Einflüssen (z. B. Cotman & Engesser-Cesar, 2002). Bei der Unterdrückung von BDNF kam es hingegen in der Studie von Kesslak et al. (2003) zu einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit.

Einige Untersuchungen an Menschen sprechen für eine Verbesserung oder Stabilisierung kognitiver Fähigkeiten unter Ausdauertraining (z. B. Britton et al., 2008) sowie für positive Einflüsse auf den Verlauf pathologischer Alterserscheinungen, wie Demenzerkrankungen (Heyn et al., 2004) oder Schlaganfall (z. B. Endres et al., 2003), während andere diese Resultate nicht bestätigen konnten (z. B. Verghese et al., 2003). Insbesondere die Rolle der Trainingsintensität und -länge hinsichtlich möglicher positiver Beeinflussung der kognitiven Leistungsfähigkeit erwies sich bislang als fraglich (Angevaren et al. 2007; Colcombe & Kramer, 2003).

Durch Untersuchung einer Extremgruppe (MarathonläuferInnen) erwarten sich die AutorInnen, nach Abschluss der prospektiven Kohortenstudie zuverlässige Aussagen über den Einfluss von Trainingsdauer und -intensität auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter treffen zu können. Da die beschriebene Studie vor kurzem zur Publikation bei der Wiener Klinischen Wochenschrift angenommen wurde, möchten die AutorInnen an dieser Stelle eine kurze Darstellung der Querschnittsdaten liefern (Winker et al., 2010).

Ersterhebung der prospektiven Kohortenstudie

Ziele der Studie

Die Literaturrecherche zu dem Thema „Ausdauertraining und kognitive Leistungsfähigkeit im Alter“ veranlasste die Forschungsgruppe dazu, folgende Ziele zu formulieren (siehe auch Abbildung 1):

Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit als Globalziel

114 Probanden in die Auswertung der Querschnittsdaten einbezogen

- **Globalziel:** Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit in einer alternden Bevölkerung
- **Grobziel:** Evaluierung der Maßnahme „Ausdauertraining“ zur Vorbeugung bzw. Verzögerung kognitiver Beeinträchtigungen und deren Folgen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Morbidität, geringere Lebensqualität, Abhängigkeit)
- **Feinziel:** Untersuchung der Auswirkung von intensivem Ausdauertraining (Marathonlaufen bzw. -radfahren) auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter. Diesbezüglich wurden zwei Haupthypothesen aufgestellt:
 1. **Hypothese:** Ausdauertraining führt, über eine Durchblutungssteigerung, zu einer Verminderung des Risikos für vaskuläre Demenz sowie zu einer Verzögerung des kognitiven Altersabbaus bzw. des Krankheitsverlaufes von Alzheimer-Demenz. Die Operationalisierung erfolgt über neuropsychologische Untersuchungen.
 2. **Hypothese:** Im Zuge von Ausdauertraining reichern sich die Botenstoffe BDNF und IGF-1 an und haben günstige Auswirkung auf die Gehirnentwicklung (Komulainen et al., 2008; Ploughman, 2008). Die Operationalisierung erfolgt über Blutuntersuchungen.



Abb. 1: Untersuchungsziele

Signifikant bessere Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen

Methoden und Studiendesign

Im Rahmen der Untersuchung wurden MarathonläuferInnen ab 60 Jahren mit

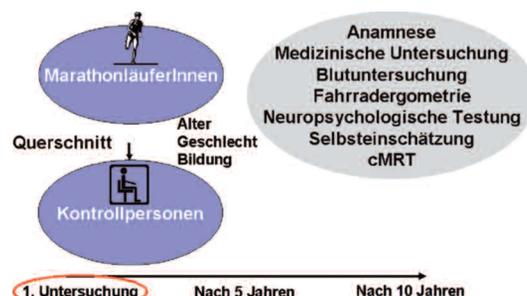


Abb. 2: Studiendesign

Kontrollpersonen verglichen, die nicht regelmäßig Sport betreiben (siehe Abbildung 2). Die beiden Gruppen wurden nach Alter, Geschlecht und Bildung parallelisiert.

Nach Ausschluss von 22 Personen wurden 56 MarathonläuferInnen und 58 Kontrollpersonen in die Auswertung der Querschnittsdaten einbezogen. Nach der Ersterhebung 2009 sind zwei Follow-Up-Untersuchungen im 5-Jahres-Abstand geplant.

Pro Tag wurde ein Teilnehmer bzw. eine Teilnehmerin zur Untersuchung mit konstantem Ablauf gebeten. Dadurch wurde versucht, den Einfluss des zirkadianen Rhythmus auf die kognitive Leistungsfähigkeit und auf die Konzentration der humoralen Wachstumsfaktoren konstant zu halten (Haus et al., 2001; Schaaf et al., 2000).

Nach Erhebung der medizinischen Anamnese und des Status präsens erfolgte eine Blutuntersuchung (Analyse von Blutbild, vaskulären Risikofaktoren, wie Cholesterin, und humoralen Wachstumsfaktoren BDNF und IGF-1). Danach wurde im Rahmen einer Fahrradergometrie die körperliche Leistungsfähigkeit objektiviert. Eine umfangreiche neuropsychologische Testung verfolgte das Ziel, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen sowie sprachliche und visuokonstruktive Fähigkeiten einzuschätzen. Die Ergebnisse der darauffolgenden Fragebogenbatterie wurden zur Einschätzung des subjektiven körperlichen, psychischen und kognitiven Befindens herangezogen. Das abschließende MRT diente dem Ausschluss hirnorganischer Auffälligkeiten.

Ergebnisse

1. **Hypothese:** Die Untersuchungsgruppe erreichte ausschließlich in einem neuropsychologischen Test zur Erhebung der Exekutivfunktionen signifikant bessere Leistungen. Ein weiterer Test, dessen Bearbeitung Aufmerksamkeits- und Exekutivkomponenten fordert, wurde von den MarathonläuferInnen tendenziell besser gelöst (siehe Abbildung 3).

2. **Hypothese:** Es zeigte sich keine Beeinflussung der humoralen Wachstumsfaktoren durch körperliches Training. Interes-

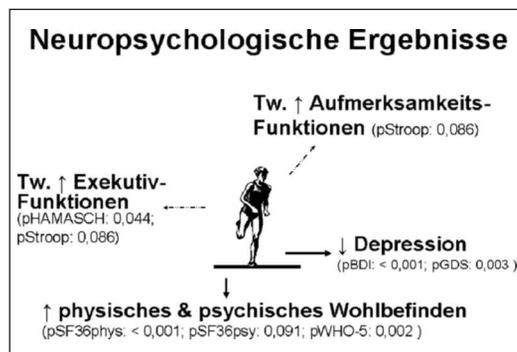


Abb.3: Neuropsychologische Ergebnisse

Mehrfach belegte positive Wirkung auf Lebensqualität, Wohlbefinden und körperliche Gesundheit

Möglicher positiver Einfluss auf kognitive Leistungsfähigkeit

Keine Beeinflussung der humoralen Wachstumsfaktoren durch Ausdauertraining

santerweise waren bei Vorliegen einer Demenzerkrankung in der Familie niedrigere BDNF-Werte und höhere ApoE₄-Werte (Apolipoprotein Epsilon 4) bei gleichzeitigem Erhalt der kognitiven Fähigkeiten zu beobachten.

Schlussfolgerungen

1. Hypothese: Körperliches Ausdauertraining könnte den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen, sich positiv auf die Gehirnentwicklung auswirken (erhöhte, länger anhaltende Zellproliferation, Neurogenese im Hippocampus, Verbesserung der synaptischen Plastizität; Van Praag et al., 1999) oder durch Bildung einer kognitiven Reserve einen Schutzmechanismus für das Gehirn bereitstellen (Swain et al., 2003). Durch Verminderung der vaskulären Risikofaktoren könnte ein positiver Einfluss auf Entstehung und Verlauf von vaskulärer sowie Alzheimer-Demenz ausgeübt werden (z. B. Liu-Ambrose et al., 2010). Einzelne Ergebnisse der Ersterhebung sprechen für diese Annahmen. Für kausale Interpretationen sind jedoch Längsschnittdaten heranzuziehen.

2. Hypothese: Humorale Wachstumsfaktoren zeigen sich, den Ergebnissen der Querschnittserhebung zufolge, unbeeinflusst von Trainingsintensität und -dauer. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu jener Literatur, in der ein positiver Zusammenhang zwischen Ausdauertraining und humoralen Wachstumsfaktoren bei Tieren postuliert wurde (z. B. Berchtold et al., 2010). Die Aussagen anderer Autoren (z. B. Schiffer et al., 2009) bestätigen wir durch unser Ergebnis. Das Nebenergebnis der Ersterhebung (erniedrigte BDNF-Werte bei Demenzerkrankung in der Familie) könnte darauf hindeuten, dass

reduzierte BDNF-Werte zukünftigen kognitiven Defiziten vorausgehen (Peng et al., 2005). Auch diesbezüglich sind die Daten der Follow-up-Untersuchungen vonnöten.

Es bedarf weiterer Forschung, um die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die kognitive Leistungsfähigkeit einschätzen zu können. Mit ihrer mehrfach bestätigten positiven Wirkung auf Lebensqualität, Wohlbefinden und körperliche Gesundheit würde sie damit ein besonders breites Spektrum an Faktoren abdecken, die zu einem erfolgreichen Alternprozess beitragen. Die AutorInnen werden über den weiteren Verlauf dieser prospektiven Kohortenstudie informieren.

Danksagung

Diese Arbeit wurde durch den Jubiläumsfonds der Nationalbank gesponsert (AP12979). Die AutorInnen danken für die Unterstützung. Zusätzlich möchten wir an dieser Stelle ganz herzlich all jenen Personen danken, die an dem Projekt mitgewirkt haben, insbesondere Thomas Perkmann^a; Helmut Haslacher^a; Johann Lehrner^b; Dimiter Tscholakoff^c und Peter Dal-Bianco^b.

^a Abteilung für Labormedizin
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

^b Abteilung für Neurologie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

^c MR-CT Zentrum Hernalts
Jörgerstraße 52, A-1170 Wien

Literatur

- Angevaren, M., Vanhees, L., Wendel-Vos, W., Verhaar, H.J., Aufdemkampe G, Aleman A et al. (2007). Intensity, but not duration, of physical activities is related to cognitive function. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 14, 825–830.
- Baltes, P. B., Singer, T. (2001). Plasticity and the ageing mind: An exemplar of the bio-cultural orchestration of brain and behaviour. *European Review*, 9, 59–76.
- Berchtold, N. C., Castello, N., Cotman, C. W. (2010). Exercise and time-dependent benefits to learning and memory. *Neuroscience*, 167, 588–597.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A., Martmot, M. G. (2008). Successful aging. The contribution of early-life and midlife risk factors. *J Am Geriatr Soc*, 56, 1098–1105.

- Caserta, M. T., Bannon, Y., Fernandez, F., Giunta, B., Schoenberg, M. R., Tan, J. (2009). Normal brain aging clinical, immunological, neuropsychological, and neuroimaging features. *Int Rev Neurobiology*, 84, 1–19.
- Colcombe, S. J., Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults. A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125–130.
- Cotman, C. W., Engesser-Cesar, C. (2002). Exercise enhances and protects brain function. *Exerc Sport Sci Rev*, 30, 75–79.
- Endres, M., Gertz, K., Lindauer, U., Katchanov, J., Schultze, J., Schrock, H. (2003). Mechanisms of stroke protection by physical activity. *Annals of Neurology*, 54, 582–590.
- Haus, E., Dumitriu, L., Nicolau, G. Y., Bologa, S., Sackett-Lundeen, L. (2001). Circadian rhythms of basic fibroblast growth factor (bFGF), epidermal growth factor (EGF), insulin-like growth factor-1 (IGF-1), insulin-like growth factor binding protein-3 (IGFBP-3), cortisol, and melatonin in women with breast cancer. *Chronobiol Int*, 18, 709–727.
- Heyn, P., Abreu, B. C., Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training in elderly persons with cognitive impairment and dementia. A meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 1694–1704.
- Ilmarinen, J. E. (2001). Aging workers. *Occup Environ Med*, 58, 546–452.
- Kesslak, J. P., Chuang, K. R., Berchtold, N. C. (2003). Spatial learning is delayed and brain-derived neurotrophic factor mRNA expression inhibited by administration of MK-801 in rats. *Neuroscience Letter*, 353, 95–98.
- Komulainen, P., Pedersen, M., Hanninen, T., Bruunsgaard, H., Lakka, T. A., Kivipelto, M. et al. (2008). BDNF is a novel marker of cognitive function in ageing women: the DR's EXTRA Study. *Neurobiol Learn Mem*, 90, 596–603.
- Liu-Ambrose, T., Eng, J. J., Boyd, L. A., Jacova, C., Davis, J. C., Bryan, S. et al. (2010). Promotion of the mind through exercise (PROMoTE): a proof-of-concept randomized controlled trial of aerobic exercise training in older adults with vascular cognitive impairment. *BMC Neurol*, 10, 14.
- Lutz, W., Sanderson, W., Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, 451, 716–719.
- McAuley, E., Kramer, A., Stanley, J., Colombe, J. (2004). Cardiovascular fitness and neurocognitive function in older adults. A brief review. *Brain, Behaviour and Immunity*, 18, 214–220.
- Neeper, S. A., Gomez-Pinilla, F., Choi, J., Cotman, C. W. (1996). Physical activity increases the mRNA for brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor in rat brain. *Brain Res*, 726, 49–56.
- Peng, S., Wu, J., Mufson, E. J., Fahnstock, M. (2005). Precursor form of brain-derived neurotrophic factor and mature brain-derived neurotrophic factor are decreased in the pre-clinical stages of Alzheimer's disease. *J Neurochem*, 93, 1412–1421.
- Ploughman, M. (2008). Exercise is brain food: the effects of physical activity on cognitive function. *Dev Neurorehabil*, 11, 236–240.
- Rüdiger, H. W. (2003). Challenges to occupational medicine in a changing world of labour. *Int Arch Occup Environ Health*, 76, 171–173.
- Schaaf, M. J., Duurland, R., de Kloet, E. R., Vreugdenhil, E. (2000). Circadian variation in BDNF mRNA expression in the rat hippocampus. *Brain Res Mol Brain Res*, 75, 342–344.
- Schiffer, T., Schulte, S., Hollmann, W., Bloch, W., Struder, H. K. (2009). Effects of strength and endurance training on brain-derived neurotrophic factor and insulin-like growth factor 1 in humans. *Horm Metab Res*, 41, 250–254.
- Swain, R. A., Harris, A. B., Wiener, E. C., Dutka, M. V., Morris, H. D., Theien, B. E. et al. (2003). Prolonged exercise induces angiogenesis and increases cerebral blood volume in primary motor cortex of the rat. *Neuroscience*, 117, 1037–1046.
- Van Praag, H., Kempermann, G., Gage, F. H. (1999). Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. *Nat Neurosci*, 2, 266–270.
- Vergheze, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G. et al. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med*, 348, 2508–2516.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychol Bull*, 120, 272–292.
- Winker, R., Lukas, I., Perkmann, T., Haslacher, H., Ponocny, E., Lehrner, J., Tscholakoff, D., Dal-Bianco, P. (2010). Cognitive function in elderly marathon runners. Cross-sectional data from the marathon trial (APSOEM). *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122.



EDITH GRÜNSEIS-
PACHER
CLUB MOBIL
ANTON-MAURER-
GASSE 5
4770 ANDORF
TEL.: +43-664-
2133042
E-MAIL: GRUENSEIS-
PACHER@CLUB
MOBIL.AT

Anpassung der gängigen verkehrspsychologischen Testverfahren an die Defizite der Zielgruppe

Abklärung der Fahrfähigkeit nach neurologischen Akutereignissen im Vorfeld der Behörde

Angst vor Führerscheinabnahme

SICHER MOBIL MIT HANDICAP

Vertrauliche Fahreignungsprüfung im Vorfeld der Behörde

1. Einleitung

Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Parkinson ... Jedes Jahr erleiden mindestens 40.000 Österreicherinnen und Österreicher eine dieser „Erkrankungen“. Nach Wiedererlernen grundlegender Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags steht an erster Stelle der Wunsch, wieder selbst am Steuer eines Fahrzeuges zu sitzen.

Um den Erwartungen zahlreicher Personen mit gesundheitlichen bzw. neurologischen Defiziten gerecht zu werden und ihnen nach Möglichkeit wieder zu aktiver Mobilität im Straßenverkehr zu verhelfen, rief Edith Grünseis-Pacher, Gründerin des CLUB MOBIL und selbst in Folge eines Verkehrsunfalls körperbehindert, eine neue Initiative ins Leben: SICHER MOBIL MIT HANDICAP.

Dieses innovative Projekt umfasst eine vertrauliche Abklärung der Fahrfähigkeit nach neurologischen Akutereignissen im Vorfeld der Behörde und überbrückt somit den derzeit bestehenden Leerraum zwischen Gesetz und Realität. Das österreichische Gesetz beruht in diesem Fall nämlich auf dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit: Nach Auftreten einer körperlichen und/oder psychischen Einschränkung sollen Führerscheinbesitzer diese Veränderung der zuständigen Behörde mitteilen, damit ihnen im Falle einer Polizeikontrolle oder eines Unfalls weder rechtliche noch versicherungstechnische Nachteile entstehen können. Aus Angst vor der Führerscheinabnahme wird dieser Meldeempfehlung gegenüber der Behörde jedoch kaum nachgekommen.

Also galt es, ein völlig neues Konzept basierend auf absoluter Vertraulichkeit der Ergebnisse zu entwickeln: Da im Rahmen der hier beschriebenen Studie die Resultate nicht an die zuständigen Behörden weitergeleitet werden mussten, wurde den Teilnehmern die Angst vor dem Behördenweg genommen und zugleich an das Verantwortungsbewusstsein der Betroffenen appelliert. Probanden, deren

Fahreignung im Projekt bestätigt wurde, konnten sich jedoch im Hinblick auf eine Validierung ihrer Lenkberechtigung mit den Ergebnissen an die Führerscheinebehörde wenden.

Eine große Herausforderung lag in der Anpassung der derzeit üblichen verkehrspsychologischen Testverfahren an die Defizite der Zielgruppe und in der Erhebung einer ausreichenden Normstichprobe für die verkehrspsychologische Ergebnisinterpretation bei behinderten Menschen. Bisher beruhte die Urteilsbildung auf denselben gesetzlichen Grenzwerten wie z. B. für Personen, die aufgrund von exzessivem Alkoholgebrauch zu einer verkehrspsychologischen Untersuchung vorgeladen werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse, inwieweit diese Gleichheit der Grenzwerte gerechtfertigt ist, fehlten aber bisher. Dies ist insofern von Bedeutung, als Anforderungen an eine Person mit körperlicher Behinderung durch technische Adaptierungen kompensiert werden können. In Zusammenarbeit mit den Firmen FACTUM OHG/INFAR Wien und SCHUHFRIED GmbH konnte ein wesentlicher Beitrag zur Lösung dieser Probleme erarbeitet werden.

Eine weitere Neuerung im Vergleich zu weit verbreiteten Testmethoden besteht auch darin, dass die praktischen Fahrttests nicht an einem Simulator durchgeführt werden, sondern in Echtsituationen im täglichen Straßenverkehr. Außerdem können dank der Expertise eines ÖAMTC-Fahrsicherheitsinstructors die Beobachtungsfahrten mit den jeweils von den Teilnehmern benötigten Fahrhilfen durchgeführt werden. Dies trägt zusätzlich dazu bei, angemessene Testbedingungen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen herzustellen.

Zwischen Mai 2007 und Mai 2009 wurde die Fahrtauglichkeit von 208 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen vor allem auf Grund von neurologischen Akutereignissen vertraulich im Vorfeld der Behörde getestet. Die Überprüfung fand an 24 Terminen in 2 ÖAMTC-Fahrsicher-

80 % der Teilnehmer mit negativem Testergebnis waren trotz unzureichender Fahrtauglichkeit aktiv im Straßenverkehr unterwegs

Die adaptierten Testverfahren sind valide bei der Beurteilung der vorgeschriebenen Fähigkeitsdimensionen

Je älter ein Teilnehmer, desto wahrscheinlicher eine negative Beurteilung

heitszentren statt und betraf die Führerscheinklasse 1, Pkw.

Die Ergebnisse brachten sehr aufschlussreiche, jedoch zum Teil auch besorgniserregende Erkenntnisse. 80 % aller Teilnehmer mit negativem Testergebnis waren vor der Überprüfung trotz unzureichender Fahrtauglichkeit aktiv im Straßenverkehr unterwegs. Dies lag daran, dass 98 % der nicht fahrfähigen Personen der Meinung waren, nach Änderung der gesundheitlichen Verfassung noch immer die notwendigen Voraussetzungen für eine aktive Straßenverkehrsteilnahme zu besitzen.

Im Rahmen dieses Projektes sollte daher in einem ersten Schritt eben diese Lücke gefüllt werden. Hierfür wurden Adaptierungen ausgewählter Testverfahren vorgenommen. Die vorliegenden Befunde zeigen, dass die neu adaptierten Tests und die ursprünglich bei gesunden Erwachsenen verwendeten Testversionen strukturäquivalent sind. Dies bedeutet, dass mit den speziell für Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen entwickelten Verfahren die gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Fähigkeitsdimensionen erfasst werden können wie mit den ursprünglich nur bei gesunden Erwachsenen einsetzbaren Versionen dieser Tests.

Aus den Ergebnissen dieses Forschungsprojektes lässt sich in verkehrspsychologischer Hinsicht zusammenfassend festhalten, dass die Probanden in der Testung mehrheitlich Schwächen aufwiesen, die ohne Fahrverhaltensbeobachtung zu einer Ablehnung geführt hätten. Die Fahrprobe führte in vielen Fällen zu dem Schluss, dass eine Eignung – zumindest mit Einschränkungen – dennoch gegeben ist und nur sehr selten kam es vor, dass die Testung positiv verlief, dagegen die Fahrprobe zu dem Schluss führte, dass die Fahreignung nicht gegeben ist. Unabhängig von Geschlecht, Bildungsgrad und Art der Beeinträchtigung zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter der Klienten und der abschließenden Fahreignungsbeurteilung: Je älter ein Teilnehmer, desto wahrscheinlicher wird eine negative Beurteilung. Wie die Regressionsanalysen zur Prognose der Gesamtbeurteilung zeigen, liefert die Beurteilung des Fahrverhaltens aus der Fahrprobe den größten Erklärungsbeitrag zur Gesamtbeurteilung, gefolgt vom Er-

gebnis des Tachistoskopischen Verkehrsauffassungstests (Überblicksgewinnung), dem aus der Exploration resultierenden Globalurteil über die Selbstkritikfähigkeit und den Reaktionsleistungen. Daraus lässt sich ableiten, dass bei dieser Klientengruppe nur die Kombination aller drei diagnostischen Verfahren der 1. (adaptierten) Leistungstests, 2. Fahrverhaltensbeobachtung in einem adaptierten Fahrzeug und 3. Exploration eine faire und valide Eignungsbeurteilung ermöglicht.

Zusammenfassend betrachtet sprechen die vorliegenden Studienergebnisse somit für die Validität des hier angewandten Begutachtungsansatzes und der hierfür eingesetzten diagnostischen Instrumente unter dem Gesichtspunkt der Verkehrssicherheit. Neben diesem wissenschaftlichen und praktisch höchst relevanten Erkenntnisgewinn zeichnen sich bereits weitere positive Auswirkungen des Projektes ab:

Im Anschluss an die vertrauliche Begutachtung sowohl mit eigens für diese Zielgruppe adaptierten und validierten diagnostischen Instrumenten als auch durch standardisierte Fahrproben mit einem für den Probanden adaptierten Fahrschulfahrzeug nehmen nach Absprache mit den Fachleuten und einem Angehörigen sowie ausführlicher Beratung nur mehr 6 % der Probanden mit negativem Ergebnis aktiv am Straßenverkehr teil. Diese persönliche Entscheidung wurde freiwillig auf Basis der erlangten Erkenntnisse getroffen und nicht durch eine behördliche Führerscheinabnahme.

Edith Grünseis-Pacher erhielt für ihr Projekt SICHER MOBIL MIT HANDICAP bereits hohe Auszeichnungen (Staatspreis Verkehr, Sozial Marie ...) und sie konnte diese weltweite Innovation auf internationalen Kongressen erfolgreich vorstellen.

Dank des unermüdlichen Einsatzes der Organisatorin konnte die Weiterführung des Projektes sichergestellt werden; somit wird nicht nur ein Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit auf der Straße geleistet, sondern es wird auch vielen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Möglichkeit einer sicheren aktiven Teilnahme am Straßenverkehr geboten. (Anmerkung: Seit November 2009 können weitere 250 Personen an diesem Forschungsprojekt teilnehmen.)

Untersuchung zu den Voraussetzungen für das Lenken eines Kraftfahrzeuges bei physisch oder kognitiv beeinträchtigten Personen

Interessensgegensatz zwischen der Forderung nach größtmöglicher Mobilität des Individuums und jener nach Sicherheit im Straßenverkehr

Eigenverantwortlichkeit

2. Aktuelle Ausgangslage

In diesem Forschungsprojekt geht es darum, die Voraussetzungen für physisch oder kognitiv beeinträchtigte Personen zum Lenken eines Kraftfahrzeuges zu untersuchen.

Wie Tabelle 1 zeigt, besteht hier ein klarer Interessensgegensatz zwischen der Forderung nach größtmöglicher Mobilität des Einzelnen, um sich z. B. selbst versorgen zu können, und jener nach Sicherheit im Straßenverkehr, die theoretisch durch Personen mit körperlicher und/ oder kognitiver Behinderung beeinträchtigt wird, wenn sie trotz mangelnder Fahrtauglichkeit ein Fahrzeug lenken.

2.1 Gesetzliche Vorschriften über den Fahrzeugverkehr

Kraftfahrrechtliche Vorschriften enthalten Bestimmungen darüber, welche Voraussetzungen eine Person erfüllen muss, um **körperlich und geistig** zum Lenken eines Kraftfahrzeuges geeignet zu sein.

2.1.1 Straßenverkehrsordnung

Die Straßenverkehrsordnung (StVO) legt fest, welche allgemeinen Voraussetzungen ein Lenker von Fahrzeugen erfüllen muss.

§ 58 Abs. 1 Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO 1960) besagt sinngemäß, dass ein Fahrzeug nur lenken darf, wer sich in einer solchen körperlichen und geistigen Verfassung befindet, in der er ein Fahrzeug zu beherrschen und die beim Lenken eines Fahrzeuges zu beachtenden Rechtsvorschriften zu befolgen vermag.

Daraus ergibt sich die Eigenverantwortlichkeit eines jeden aktiven Teilnehmers am öffentlichen Straßenverkehr.

Folglich sollten Führerscheinbesitzer nach Auftreten einer körperlichen und/ oder psychischen Einschränkung diese Veränderung der zuständigen Behörde mitteilen, damit eine Überprüfung der gesundheitlichen Eignung veranlasst werden kann und daher im Falle eines Unfalls oder einer Polizeikontrolle weder rechtliche noch versicherungstechnische Nachteile entstehen können. Aus Angst vor der Führerscheinabnahme wird dieser Meldeempfehlung gegenüber der Behörde jedoch kaum nachgekommen.

2.1.2 Führerscheingesetz – Gesundheitsverordnung

Die Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (FSG-GV) normiert die allgemeinen Bestimmungen über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen.

§ 3 Abs. 1 FSG-GV lautet: „Als zum Lenken von Kraftfahrzeugen einer bestimmten Fahrzeugklasse im Sinne des § 8 FSG gesundheitlich geeignet gilt, wer für das sichere Beherrschen dieser Kraftfahrzeuge und das Einhalten der für das Lenken dieser Kraftfahrzeuge geltenden Vorschriften

1. die nötige körperliche und psychische Gesundheit besitzt,
2. die nötige Körpergröße besitzt,
3. ausreichend frei von Behinderungen ist und
4. aus ärztlicher Sicht über die nötige kraftfahrspezifische Leistungsfähigkeit verfügt.“

Um die gesundheitliche Eignung nachzuweisen, ist der Behörde ein ärztliches Gutachten gem. § 8 Führerscheingesetz (FSG) vorzulegen.

Tabelle 1: Gesellschaftliche Forderungen hinsichtlich Mobilität und Verkehrssicherheit und individuelle Forderungen im Falle kognitiver Behinderungen

Gesellschaft verlangt:	Individuum verlangt (Bedürfnisse):
Kognitiv behinderte Personen sollen so weit wie möglich ein selbständiges Leben führen können (humanistische Motive, Ersparnisse bei Versorgungskosten).	Unabhängigkeit und akzeptable Standards bei den Mobilitätsvoraussetzungen: Führerschein, Hilfen zum Lenken von Kfz (Technologie etc.)
Durch das Lenken von Kfz darf keine Gefährdung für andere entstehen – Voraussetzungen zum sicheren Lenken von Kfz sind sicherzustellen (siehe Kapitel 2.1.1–2.1.3.).	Mobilitätsvoraussetzungen (Fahrzeugbesitz, Führerschein, Infrastruktur Gehen & Radfahren, öffentlicher Verkehr)
	Notwendige Hilfen (Spezialtransporte)

2.1.3 Führerscheinggesetz

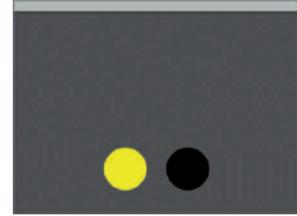
Bei Menschen mit Handicap wird das erforderliche ärztliche Gutachten gemäß § 8 FSG zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeuges ausschließlich durch den Amts- oder Polizeiarzt teilweise unter Einbeziehung von fachärztlichen Stellungnahmen, verkehrspsychologischen Stellungnahmen bzw. einer Beobachtungsfahrt erstellt. Das ärztliche Gutachten spricht abschließend eine Beurteilung der Fahreignung („geeignet“, „bedingt geeignet“, „beschränkt geeignet“ oder „nicht geeignet“) aus.

3. Verkehrspsychologische Überprüfung

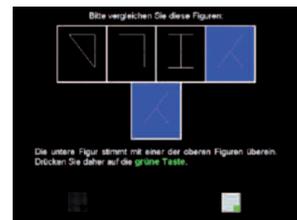
Alle Untersuchungsteilnehmer haben eine standardisierte Testbatterie zur Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit zu bearbeiten. Die Überprüfung der kraftfahrerspezifischen Leistungsfähigkeit mittels Laptop nimmt pro Person ca. zweieinhalb Stunden in Anspruch. Die sieben Testverfahren werden in einer vordefinierten und gleich bleibenden Reihenfolge vorgegeben. Die Probanden werden von den Psychologen zunächst über den testdiagnostischen Ablauf instruiert und zum selbstständigen Arbeiten aufgefordert. In diesem Zusammenhang werden die Teilnehmer auf die wesentlichen Kriterien wie Geschwindigkeit und Genauigkeit (möglichst schnelles, aber auch genaues Arbeiten) aufmerksam gemacht und darüber informiert, dass sie an ihre persönliche Leistungsgrenze stoßen werden, jedoch nicht aufgeben sollen. Fragen seitens der Klienten sind in diesem Projekt jederzeit erlaubt; Hilfestellungen werden jedoch nur während der Instruktionsphase bzw. vor Beginn des jeweiligen Testdurchganges geboten. Dies sind Beispiele der Testverfahren:

RT/S3 – WAHLREAKTION GELB/TON: Im Rahmen der Testvorgabe werden den Probanden Farbreize und/oder akustische Signale vorgegeben. Die Probanden erhalten die Instruktion, die Reaktionstaste nur bei Darbietung relevanter Reize (gelber Farbreiz plus akustisches Signal) zu drücken und anschließend den Finger sofort wie-

der auf die Ruhetaste zurückzulegen. Die Verwendung von Kopfhörern garantiert eine ungestörte Reizdarbietung.



GOG/S11 – Figurensatz 1, freie Bearbeitungszeit, Kurzform: Es ist Aufgabe des Probanden, eine abstrakte Figur mit der Vorlage zu vergleichen und hinsichtlich Identität zu beurteilen.



TAVTMB/S1 – Kurzform Screening: Den Probanden werden kurz Bilder von Verkehrssituationen dargeboten. Nach jedem Bild soll angegeben werden, was darauf zu sehen war. Dabei kann aus fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gewählt werden.



4. Möglichkeiten zum Ausgleich von Bewegungseinschränkungen

Im Gegensatz zu vielen gesundheitlichen Einschränkungen lassen sich beinahe alle körperlichen Defizite durch Fahrhilfen ausgleichen.

Der CLUB MOBIL besitzt das erste und einzige adaptierte Leih-Fahrschulfahrzeug Österreichs mit Automatikgetriebe und VEIGEL-Fahrhilfen, mit denen 98 % aller körperlichen Einschränkungen ausgeglichen werden können. Damit Fahrhilfen in ein Auto eingebaut werden können, ist so gut wie immer Automatikgetriebe Voraussetzung. Alle Fahrhilfen können in Sekunden ohne Werkzeug abgenommen oder weggeklappt werden. Die meist benötigten Fahrhilfen sind:

Ca. 2 1/2 Stunden pro Test

Körperliche Defizite lassen sich durch Fahrhilfen ausgleichen

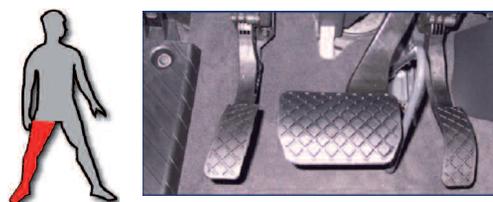
4.1 Handbediengerät für Gas und Bremse



Zum Gasgeben wird der ergonomisch geformte Handgriff in Uhrzeigerichtung gedreht. Ein leichter Druck nach vorne aktiviert die Bremse.

4.2 Elektronisches Linksgas

Durch Umlegen eines Schalters am Armaturenbrett wird das aktive Gaspedal gewechselt.



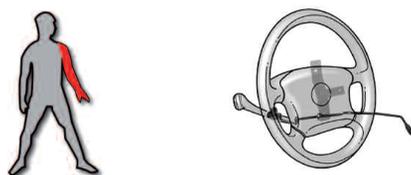
4.3 Lenkhilfen

4.3.1 Lenkradknopf



4.4 Hebelverlegung

4.4.1 Blinkerhebelverlegung nach rechts



4.4.2 Scheibenwischerhebelverlegung nach links



5. Praxisfahrt im Schonbereich der Straße

Nach Feststellung des benötigten Fahrzeuges (Schalt- oder Automatikgetriebe, eventuelle Fahrhilfen) wird ungeachtet der Ergebnisse der verkehrspsychologischen Überprüfung mit allen Teilnehmern für die Dauer von 20 Minuten eine standardisierte Beobachtungsfahrt auf einem dem Straßenverkehr abgewandten Platz in einem ÖAMTC-Fahrsicherheitszentrum durchgeführt.

Bei dieser ersten Beobachtungsfahrt geht es darum, von einem Fachmann (Fahrlehrer, FSG § 108-Gutachter, technischer Sachverständiger) unter verkehrlosen stressfreien Bedingungen für die Teilnahme am aktiven Straßenverkehr grundlegende Fähigkeiten überprüfen zu lassen.

Da die Voraussetzung für die Fahrt im Straßenverkehr eine positive Beurteilung der Praxisfahrt am Platz ist, werden alle Probanden der Fairness halber vom selben Fahrlehrer getestet.

6. Beobachtungsfahrt im Straßenverkehr

Die Beobachtungsfahrt auf der Straße erfolgt mit Hilfe der Methode der Wiener Fahrprobe. Diese Form der Beobachtung dauert 45 bis 60 Minuten und erstreckt sich über ca. 30 km, unterteilt in 40 bis 50 Abschnitte. Zwei Beobachter füllen einen Beobachtungsbogen mit etwa 70 Variablen aus (Beobachter 1, Codierer) bzw. registrieren unvorhersehbare Ereignisse wie schwere Delikte, Verkehrskonflikte und Kommunikationsprozesse mit anderen Verkehrsteilnehmern (Beobachter 2, freier Beobachter). Aus Gründen der Sicherheit und weil zu testende Personen manchmal keinen Führerschein mehr besitzen, wird die Wiener Fahrprobe routinemäßig in einem Fahrschulauto mit Fahrlehrer durchgeführt. Am Ende der Fahrprobe einigen sich die beiden Beobachter und der Fahrlehrer auf eine Gesamtbeurteilung der Fahrt vergleichbar einer österreichischen Schulnote (von 1 bis 5).

Detaillierte Nachbesprechung mit einer Gesamtempfehlung bezüglich der künftigen Teilnahme am Straßenverkehr

40 % der Teilnehmer wurden als nicht geeignet, 31 % als „beschränkt“ geeignet für die Teilnahme am Straßenverkehr beurteilt

7. Exploration

Am Ende des Überprüfungstages findet ein ausführliches Gespräch zwischen dem Psychologen, jedem einzelnen Teilnehmer und deren Angehörigen statt. Neben einem Rückblick über den vergangenen Tag geht es hauptsächlich darum, die aktuellen Fahrgewohnheiten der Klienten sowie die Selbstwahrnehmungsfähigkeit hinsichtlich eigener Leistungseinbußen und deren Umgang damit, im Speziellen bezogen auf die aktive Teilnahme am Straßenverkehr, zu erheben. Neben diesen Hauptvariablen werden auch der Grund der Untersuchung, die ursprünglich erworbenen Führerscheinklassen, die Fahrerfahrung, die Verkehrsvorgeschichte sowie medizinische und soziodemografische Daten erfasst.

Anschließend erfolgt eine detaillierte Besprechung der Testergebnisse sowie der Beobachtungsfahrt. Die Bewertung aller Daten bildet die Grundlage für die Gesamtempfehlung hinsichtlich künftiger Teilnahme am Straßenverkehr. Da im Falle einer negativen Absolvierung der verkehrspsychologischen Untersuchung während der Fahrt im Straßenverkehr beobachtet wird, ob das unzureichende Testergebnis durch das Fahrverhalten kompensiert werden kann, werden Trainingsverfahren für kognitive Leistungsdefizite vor allem bei jüngeren Teilnehmern thematisiert. Bei Personen mit eingeschränkter oder negativer Fahreignung geht es vor allem darum, Gefahren einer aktiven Teilnahme am Straßenverkehr aufzuzeigen und gemeinsam mit den Angehörigen nach Möglichkeiten alternativer Mobilitätsstrategien zu suchen.

8. Endgespräch

In einem ausführlichen Endgespräch zwischen Edith Grünseis-Pacher und jedem einzelnen Teilnehmer und dessen Angehörigem wird auf der Eigenverantwortlichkeit im Bereich aktiver Verkehrsteilnahme insistiert. Die Probanden mit positiver oder beschränkter Fahreignung werden neuerlich dazu angehalten, ihre gesundheitlichen Einschränkungen der Behörde bekannt zu geben.

Sind die Ergebnisse der Fahreignungsüberprüfung negativ, geht Edith Grünseis-

Pacher eingehend auf die großen Risiken einer aktiven Verkehrsteilnahme ein und zeigt Alternativen zum Autofahren auf. An diesem Gespräch beteiligen sich sowohl die Probanden als auch ihre Begleitpersonen sehr intensiv und interessiert, da die Ratschläge der Organisatorin der eigenen Erfahrung entstammen.

9. Ergebnisse SICHER MOBIL MIT HANDICAP I

9.1 Gesundheitliche Einschränkungen

Die gesundheitlichen Einschränkungen von mehr als 60 % der Probanden resultierten aus einem Schlaganfall bzw. einer unfallbedingten Gehirnblutung mit Schädel-Hirn-Trauma. Fast alle Personen, die ihre Fahreignung nach einer Amputation überprüfen ließen, leiden an internistischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, koronarer Herzerkrankung, etc. 13 % der Teilnehmer am Forschungsprojekt haben Erkrankungen des Nervensystems (MS, ALS und Parkinson). Die Anzahl der Personen mit einer Behinderung seit Geburt bzw. einer altersbedingten Einschränkung hielten sich mit 4 bzw. 5 % beinahe die Waage. 2 % der Teilnehmer ließen in Folge einer Tumoroperation oder eines Karzinoms ihre Fahreignung testen (siehe Abbildung 1).

9.2 Benötigte Fahrzeuge

Bei 68 % aller Teilnehmer wurde das CLUB MOBIL-Fahrschulauto eingesetzt, das mit Adaptierungen der Firma VEIGEL ausgerüstet ist und vor Ort den individuellen Bedürfnissen angepasst wird. 32 % der Probanden benötigten lediglich ein herkömmliches, bei Partnerfahrschulen gemietetes Fahrschulfahrzeug mit Schaltgetriebe.

9.3 Gesamtergebnis

Die Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Ein relativ großer Anteil der untersuchten Personen (ca. 40 %) wurde als nicht geeignet für die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beurteilt; 31 % mit Einschränkungen, d. h. „beschränkt“ geeignet („Keine Fahrten

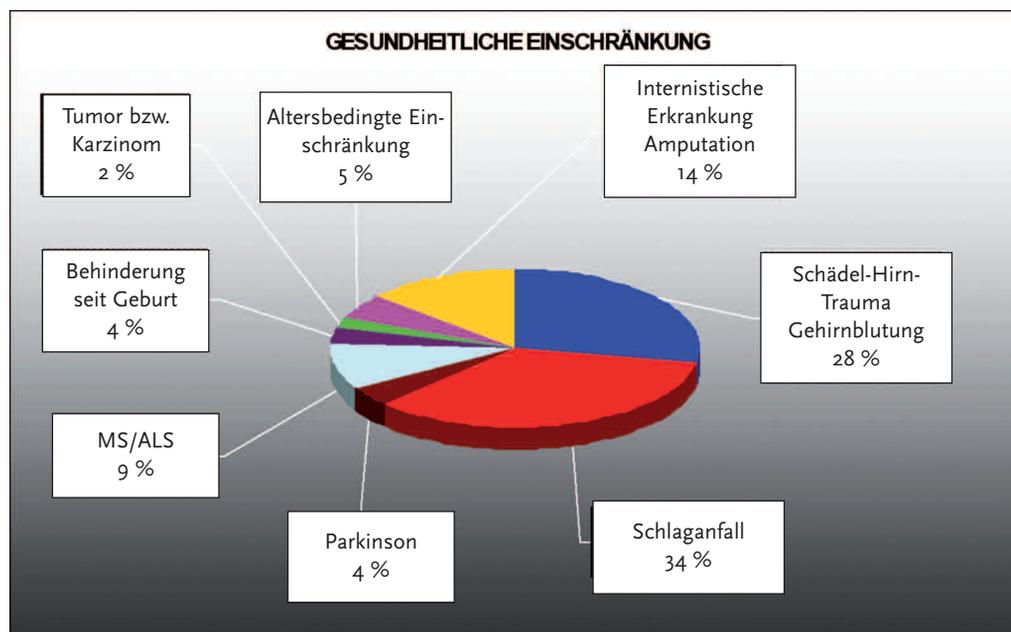


Abb. 1: Gesundheitliche Einschränkung

auf Autobahnen“, „Umkreisbeschränkungen“, „Tagfahrten“ ...) und 29 % als geeignet, d. h. positiv fahrtauglich.

eine aktive Verkehrsteilnahme verzichtet. Diese persönliche Entscheidung wurde freiwillig auf Basis der erlangten Erkenntnisse getroffen und nicht durch eine behördliche Führerscheineabnahme.

9.4 Auswirkung auf die Teilnahme im Straßenverkehr

Die Personen, deren Fahreignung im Zuge des Projektes I bis Mai 2009 SICHER MOBIL MIT HANDICAP vertraulich überprüft wurden, wären nicht bereit gewesen, sich ohne vorherige vertrauliche Abklärung ihrer Fahrfähigkeit an die Behörde zu wenden.

87 % der Teilnehmer mit positivem bzw. beschränktem Überprüfungsergebnis haben sich im Anschluss an die Überprüfung bei SICHER MOBIL MIT HANDICAP mit ihren Privatgutachten an die zuständige Behörde gewendet, um die entsprechenden Schritte im Hinblick auf eine validierte Lenkberechtigung einleiten zu lassen.

Vor der Überprüfung waren wie bereits unter Punkt 1 erwähnt 80 % aller Teilnehmer mit negativem Testresultat aktiv im Straßenverkehr unterwegs. Wahrscheinlich lag es daran, dass 98 % der nicht fahrfähigen Personen der Meinung waren, nach Änderung der gesundheitlichen Verfassung noch immer die notwendigen Voraussetzungen für eine aktive Straßenverkehrsteilnahme zu besitzen. Von den Teilnehmern mit negativem Testergebnis haben nach der Überprüfung 94 % nach Absprache mit den Fachleuten und einem Angehörigen sowie ausführlicher Beratung durch Edith Grünseis-Pacher auf

10. Diskussion und Schlussfolgerung

Im Rahmen dieser Studie wurde die Fahrtauglichkeit von Personen mit gesundheitlichen Defiziten vor allem nach neurologischen Akutereignissen überprüft. Hierzu wurden Personen, die größtenteils eine gültige Fahrerlaubnis besitzen, mit Hilfe eines umfassenden verkehrspsychologischen Untersuchungsdesigns überprüft, das dem aktuellen Stand der Wissenschaft im Bereich der verkehrspsychologischen Diagnostik entspricht. Damit wollten die Durchführenden der Studie aufzeigen, wie wichtig ein derartiger kompetent durchgeführter diagnostischer Prozess ist, um Aussagen über die Fahrtauglichkeit von Personen mit gesundheitlichen bzw. neurologischen Defiziten treffen zu können.

Obwohl das Projekt SICHER MOBIL MIT HANDICAP voll und ganz der Aufgabe entspricht, die sich der CLUB MOBIL und seine Gründerin Edith Grünseis-Pacher gestellt haben, war es eine große Herausforderung, bestehende Gesetzeslücken im Sinne des Gesetzgebers zu überbrücken und gleichzeitig so intensiv an das Verantwortungsbewusstsein betroffener Führerscheinebesitzer zu appellieren, dass sie sich freiwillig dazu bereit

87 % der Teilnehmer mit positivem bzw. beschränktem Testergebnis wendeten sich mit ihrem Gutachten an die zuständige Behörde

94 % der negativ Getesteten verzichteten im Anschluss freiwillig auf aktive Verkehrsteilnahme

Kraftfahrerspezifische Testung alleine nicht ausreichend für eine Prognose des Verkehrsverhaltens

Krankheitseinsicht von Personen mit neurologischen Erkrankungen muss gesteigert werden

Vertrauliche Alternativen zur amtlichen Überprüfung können zur Sicherheit im Straßenverkehr beitragen

erklärten, sich einer vertraulichen Abklärung ihrer Fahreignung zu unterziehen.

Testverfahren zur Abklärung des kraftfahrerspezifischen Leistungsvermögens sind alleine nicht ausreichend, um eine Prognose des Verkehrsverhaltens zu stellen. Diese liefern den höchsten Erklärungsbeitrag auf der operationellen Ebene der Verhaltensmerkmale vor Ort, z. B. in kritischen Situationen. Im Sinne einer fairen Begutachtung sind Kompensationsmöglichkeiten sowohl im Bereich der praktischen Fahrleistungen (antizipatorisches/vorausschauendes Fahren, Kommunikation mit anderen Verkehrsteilnehmern, Risikominimierung) als auch der Verkehrsanpassungsbereitschaft (Entscheidungen vor Fahrtantritt) mit einzubeziehen. Neben dem Ausmaß des kraftfahrerspezifischen Leistungsvermögens ist nicht zuletzt entscheidend, wie jemand seine Leistungsfähigkeit einsetzen will und wie hoch die Bereitschaft und die persönlichen Möglichkeiten sind, sich in einem sozialen Geschehen zu integrieren. Eine Fahrverhaltensbeobachtung z. B. in Form der Wiener Fahrprobe bietet auf der taktischen Ebene die besten Abklärungsmöglichkeiten an: Kommunikative und vorausschauende Verhaltensaspekte der Klienten können erhoben werden, die in keiner standardisierten Leistungstestbatterie im Labor prüfbar sind.

Die Bereitschaft zur Verkehrsanpassung auf strategischer Ebene wird in der verkehrspsychologischen Untersuchung erfassbar durch:

- Gespräche: Anamnese und Exploration,
- durch die Vorgabe spezieller standardisierter Testverfahren: Einstellungs- und Persönlichkeitsfragebögen.

Eine standardisierte und verkehrspsychologisch kompetent entwickelte Anamnese und Exploration sowie testdiagnostische Daten aus verkehrsrelevanten und validierten Persönlichkeitsinventaren ergänzen einander optimal bei der Beurteilung von verkehrsrelevanten Persönlichkeits- und Einstellungsmerkmalen.

Bei zukünftigen Arbeiten sollten daher unterschiedliche Maße zur Erfassung der strategischen Ebene des Fahrverhaltens stärker mit einbezogen und hinsichtlich ihrer Relevanz und Gütekriterien kritisch diskutiert werden. Dies gilt vor allem für die Weiterentwicklung und zunehmende Verbesserung von Standards für Anamne-

se und Exploration. Auf Grund der Erfahrungen, die im vorliegenden Forschungsprojekt gemacht wurden, ergeben sich bereits einige Anhaltspunkte für derartige Optimierungen.

Zum Beispiel ist zu empfehlen:

- der Selbstwahrnehmungsfähigkeit eigener Leistungseinbußen großen Raum zu geben. Je realistischer eine Person die eigene Leistungsfähigkeit einschätzen kann, desto bessere Entscheidungen können auf der strategischen Ebene des Fahrverhaltens getroffen werden.
- alternative Mobilitätsstrategien zu diskutieren und mit den Klienten zu erarbeiten – insbesondere dann, wenn sicheres Führen eines Kraftfahrzeuges nicht mehr möglich ist.

Tatsächlich ist es für die Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr grundlegend, die Krankheitseinsicht von Personen mit neurologischen Erkrankungen zu steigern und ihr Bewusstsein dahingehend zu bilden, dass sie der gesetzlichen Meldeempfehlung hinsichtlich der Änderung ihres Gesundheitszustandes freiwillig nachkommen. Da die Angst vor einer Führerscheinabnahme auf dem normalen Behördenweg jedoch nie zur Gänze abgebaut werden wird, scheint es uns – wie die Erfahrung mit dem Projekt SICHER MOBIL MIT HANDICAP gezeigt hat – wünschenswert, eine vertrauliche kostengünstige Alternative zur herkömmlichen amtlichen Überprüfung anzubieten.

Eine vertrauliche, multimethodisch angelegte Fahreignungsüberprüfung basierend auf dem neuesten Stand der Wissenschaft als fester Bestandteil des österreichischen Behindertenwesens könnte sicher auch für die Volkswirtschaft unter der Bedingung von großem Nutzen sein, dass die Auflagen für die Vergabe von Förderungen neu definiert werden. Die derzeitige Förderlage ist insofern bedenklich, als Unterstützungen zum Ankauf von adaptierten Fahrzeugen bzw. Fahrhilfen ohne jeglichen Nachweis der Fahrtauglichkeit und Eintragung in den Führerschein gewährt werden.

Außerdem hat das Projekt SICHER MOBIL MIT HANDICAP aufgezeigt, dass die behördlich bestätigte Pflegebedürftigkeit bei der Gewährung einer Förderung für Fahrhilfen nicht in Betracht gezogen wird. So kommt es regelmäßig vor, dass Pflege-

Das Thema Fahrfähigkeit nach neurologischen Erkrankung darf nicht länger tabuisiert werden

geldbezieher der Stufen 6 und 7 (Rund-um-die-Uhr-Pflege, künstliche Ernährung ...) von anderen Sozialabteilungen Förderungen zum Umbau ihres Fahrzeuges beziehen, damit sie wieder selber aktiv am Straßenverkehr teilnehmen können. Auch für die aktive Teilnahme am Straßenverkehr von Personen, denen vom Gericht ein Sachwalter beigelegt wird, fehlen sämtliche Richtlinien. Sehr häufig wird den Betroffenen in allen Bereichen des täglichen Lebens die Verantwortung entzogen. Da eine Sachwalterschaft vom Gericht der Führerscheinbehörde nicht bekannt gegeben wird, behalten sie jedoch die Verantwortung, die das Lenken eines Kraftfahrzeuges mit sich bringt, obwohl sie für entstandene Sach- und/oder Personenschäden nicht zur Rechenschaft gezogen werden können.

Diesen wirtschaftlichen Missständen und der Gefahr, die aktive Straßenverkehrsteilnehmer mit gravierenden Leistungsdefiziten in Folge gesundheitlicher bzw. neurologischer Defizite für die Allgemeinheit darstellen, kann nur durch frühzeitige intensive und regelmäßige Sensibilisierung der Betroffenen entgegen gewirkt werden. Das Thema „Fahrfähigkeit nach neurologischen Erkrankungen“ darf nicht länger tabuisiert werden, sondern muss bereits im Frühstadium der Erkrankung unter Einbeziehung der Familie in Spitälern und Reha-Zentren angesprochen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass sich die Einstellung der Betroffenen zur aktiven Straßenverkehrsteilnahme trotz gesundheitlicher Einschränkungen zum Positiven ändert.

Literatur

American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological assessment*. Washington DC: American Psychological Association.

Arendasy, M., Hornke, L.F., Sommer, M., Häusler, J., Wagner-Menghin, M., Gittler, G., Bognar, B. & Wenzl, M. (2004). *Manual Intelligence-Structure-Battery (Version 24.00)*. Mödling: Schuhfried GmbH.

Arendasy, M., Hergovich, A. & Sommer, M. (2008). Investigating the 'g'-saturation of various stratum-two factors using automatic item generation. *Intelligence*, 36, 574–583.

BAST (2000). *Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung*. Bergisch Gladbach: BAST.

Biehl, B. (1996). *Manual Tachistoscopic Traffic Perception Test (TAVTMB)*. Mödling: Schuhfried GmbH.

Brunnauer A., Laux G. & Geiger E. (2004). Fahrtüchtigkeit und psychische Erkrankung. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 15. Jg., Heft 3.

Buchardt, I. (2007). *Grundriss Fahrerlaubnisrecht für Verkehrspsychologen und Verkehrsmediziner*. Bonn: Kirschbaum Verlag.

Bukasa B., Christ R., Potocny-Seliger E., Smuc M. & Wenninger U. 2003, Validitätsprüfung verkehrspsychologischer Leistungstests für die Fahreignungsbegutachtung. ZVS 49 S. 191–197, TÜV-Verlag, Köln.

Bukasa, B. & Piringer, A. (2001). Validierungsstudien zur Überprüfung der Aussagekraft von Leistungstests für die Fahreignungsbegutachtung. *Psychologie in Österreich*, 21 (3), 187–194.

Burgard, E. (2005). *Fahrkompetenz im Alter: Die Aussagekraft diagnostischer Instrumente bei Senioren und neurologischen Patienten*. Dissertation LMU München: Medizinische Fakultät.

Burgard E., Sick C.D., Hippel B. & Kiss M. (2004). Fahreignung nach Hirnschädigung. Erfahrungen aus der klinischen Praxis der Begutachtung und Beratung, ZVS 3, 145–150.

Chaloupka, Ch.; & Risser, R. (1995). Don't wait for accidents – possibilities to assess risk in traffic by applying the „Wiener Fahrprobe“. *Safety Science*, 19, 137–147.

Golz, D., Huchler, S., Jörg, A., Küst, J. (2004). Beurteilung der Fahreignung. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 15, 157–168.

Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (1998). *Standards für pädagogisches und psychologisches Testen*. Supplementum 1/1998 der Diagnostica und der Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie.

Haenggi, D. (1989). Differential aspects of visual short- and long-term memory. *European Journal of Cognitive Psychology*, 1, 285–292.

Häusler, J., Sommer, M. (2005). *Vergleichende Simulationsstudien zu Methoden der statistischen Urteilsbildung*. Vortrag gehalten auf der 7. Tagung der Fachgruppe für Methoden und Evaluation (28. September. bis 1. Oktober). Münster: Deutschland.

Häusler, J., Sommer, M., Chroust, S. (2007). Optimizing technical precision of measurement in computerized psychological assessment on Windows platforms. *Psychology Science*, 49, 116–131.

Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3–38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hambleton, R. K., Patsula, L. (1998). Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research*, 45, 153–171.

Hambleton, R. K., Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1, 1–30.

Hannen, P., Hartje, W., Skeczek, W. (1998). Beurteilung der Fahreignung nach Hirnschädigung. *Nervenarzt*, 69, 864–872.

MEDIZINISCHE BEWERTUNG VON FEINSTAUB

Erhöhte Lungenkrebs- sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung durch Feinstaub- belastung

Asbestose war in Österreich schon vor 1888 bekannt

Schwebstaub ist primär nach den Teilchengrößen zu beurteilen, die Einatemwahrscheinlichkeit, Einatemtiefe, Deposition und Clearance bestimmen. Dazu kommen Form, Oberflächeneigenschaften und Lungenlöslichkeit bzw. -persistenz. Für viele fibrogene und/oder karzinogene Stäube spielen die Bildung von Sauerstoff- und Hydroxylradikalen und die Überforderung der Makrophagen und Radikalfänger eine entscheidende Rolle.

Abbildung 1 zeigt, dass die Entstehung einer Lungenfibrose und eines Malignoms zwei voneinander unabhängige Vorgänge sind, die allerdings beide auf einer chronischen Entzündung durch lungenpersistente Stäube wie Quarz, Asbest oder Dieselruß beruhen und sich daher parallel entwickeln können.

Die Asbestose war österreichischen Pathologen schon vor 1888 bekannt¹ und vielleicht auch der Lungenkrebs durch Asbest, wenngleich der erste als Berufskrankheit anerkannte Fall erst 1943 registriert wurde.² 1960 wurde das maligne Pleuramesotheliom durch Blauasbest in Südafrika entdeckt, aber erst 1979 gelang es in einer Prospektivstudie, auch die lungenkrebsfördernde Wirkung nichtfaserförmiger Stäube nachzuweisen, die bis dahin

nur als fibrogen oder überhaupt als inert gegolten hatten.²

Abbildung 2 zeigt die zu einem späteren Zeitpunkt schon signifikant erhöhte Sterblichkeit von Metall-, Glas-, Keramik-, Stein- und anderen Staubarbeitern gegenüber einer Kontrollkohorte mit gleichem Alter, Geschlecht, Beobachtungsbeginn, Wohnort (Wien) und Raucherstatus.

Die U.S. Cancer Society Study hat schließlich die Erhöhung der Lungenkrebssterblichkeit auch für die Feinstaubbelastung der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen.⁴ Mit der Langzeitbelastung durch PM_{2.5} stieg das relative Risiko für Lungenkrebs pro 10 µg/m³ auf 1.14 (1.04–1.23), für kardiopulmonale Sterbefälle auf 1.09 (1.03–1.16) und für die Gesamtsterblichkeit auf 1.06 (1.02–1.11), wobei kein Hinweis auf eine Wirkungsschwelle gefunden wurde. Mit der Reduktion der PM_{2.5}-Belastung stieg die Lebenserwartung⁵ um 0,6 Jahre pro Reduktion um 10 µg/m³.

Die Messtechnik in Europa hinkt medizinischen Erkenntnissen hinterher. In Österreich musste sich die umweltmedizinische Bewertung bis in die 1990er Jahre mit Konzentrationswerten von Gesamtschwebstaub (TSP) und Feinstaub-Surro-

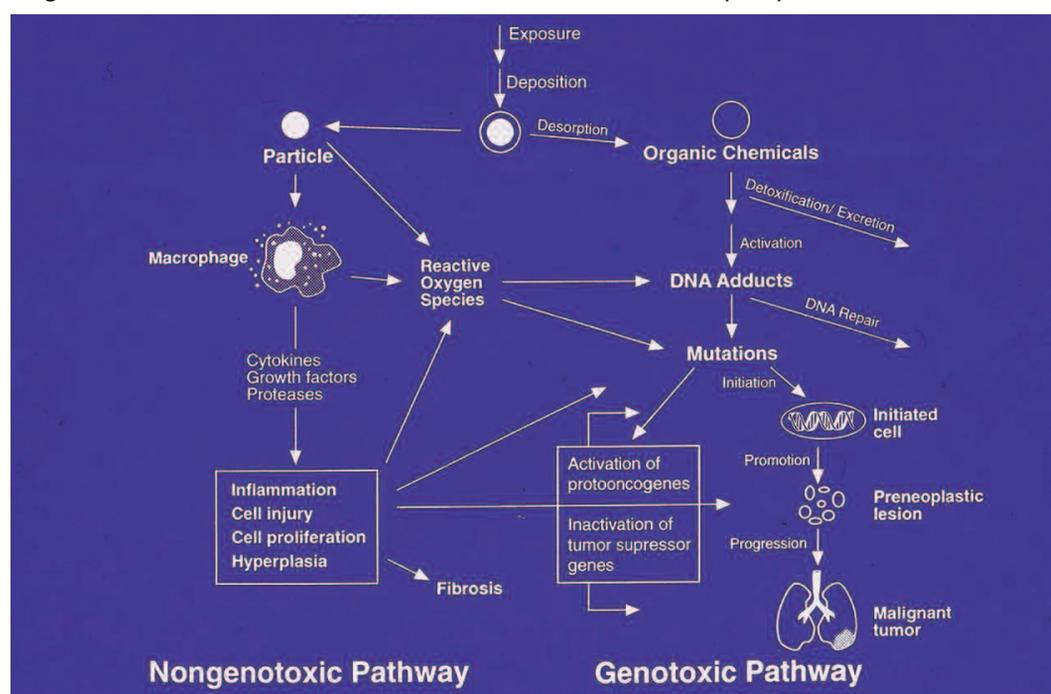
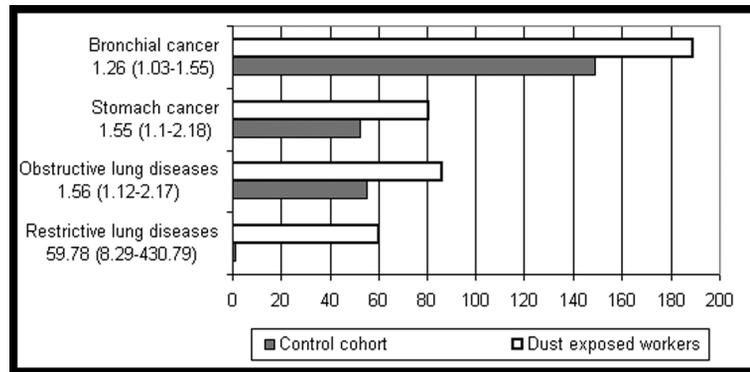


Abb. 1: Pathomechanismen lungenpersistenter Stäube

Abb. 2: Übersterblichkeit von Staubarbeitern an Lungen- und Magenkrebs sowie chronischen Lungenkrankheiten, im Vergleich zu Nicht-Staub-exponierten mit gleichen Rauchgewohnheiten³



gaten wie SO_2 und NO_2 begnügen. Danach wurde PM_{10} und erst in den letzten Jahren auch $\text{PM}_{2.5}$ – die eigentliche Feinstaubfraktion – überwacht, durch die das kardiovaskuläre Risiko viel stärker erhöht wird als durch die Grobfraktion (PM_{10} minus $\text{PM}_{2.5}$).

Epidemiologische Studien in den größten Städten Österreichs zeigten stärkere gesundheitliche Auswirkungen von NO_2 als von PM_{10} , was auf die Bedeutung von KFZ- und Dieselabgasen für die kardiopulmonale Morbidität und Mortalität hinweist⁶. Möglicherweise sind noch engere Zusammenhänge mit Nanopartikeln aus Verbrennungsaerosolen (Dieselruß, Holzrauch etc.) zu entdecken, die mit NO_2 korrelieren⁷.

In Österreich wurden bisher nur akute Auswirkungen von Feinstaub auf die Allgemeinbevölkerung untersucht, von denen nur Risikogruppen (kranke und vorgeschädigte Menschen) betroffen sind.

Abbildung 3 zeigt die Zunahme kardiovaskulärer Notfälle mit der täglichen Feinstaubbelastung, die im Stadtgebiet von Linz 2000–2007 einen Rettungseinsatz auslösten (case-referent study).

Abbildung 3 zeigt die Zunahme kardiovaskulärer Notfälle mit der täglichen Feinstaubbelastung, die im Stadtgebiet von Linz 2000–2007 einen Rettungseinsatz auslösten (case-referent study).

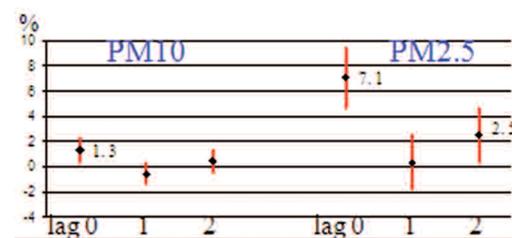


Abb. 3: Prozentuale Veränderung kardiovaskulärer Notfälle in Linz mit PM_{10} und $\text{PM}_{2.5}$ pro $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Mittlerer Schätzwert (%) und 95 % Konfidenzintervall am Ereignistag (lag 0) sowie am nächsten (lag 1) und übernächsten Tag (lag 2).

Die angegebenen Prozentsätze beziehen sich auf die Fallfrequenzen an Tagen mit gleicher Temperatur in einem Zeitfenster von 7–21 Tagen vor bzw. nach dem Ereignistag. Pro $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wurden am Tag der Feinstaubbelastung 1,3 % mehr Fälle registriert, wenn PM_{10} als Expositionsindikator verwendet wurde, und 7,1 % mehr Fälle bei $\text{PM}_{2.5}$ als Indikator. Am Folgetag waren keine signifikanten Abweichungen mehr zu

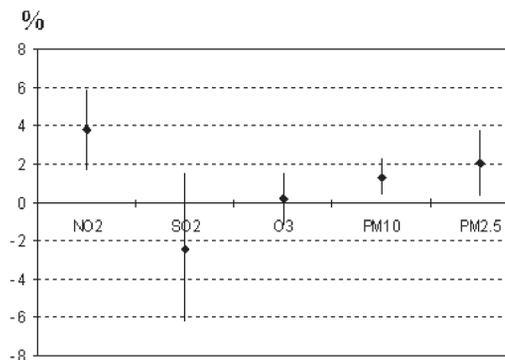
beobachten, was für einen leichten Harvesting-Effekt spricht (Abschwächung der Wirkung nach Wegfall der empfindlichsten Personen). Aber nach einer Latenz von 2 Tagen zeigte sich für $\text{PM}_{2.5}$ noch eine Zunahme von 2,5 %. Ähnliche Veränderungen waren für respiratorische und gemischt kardiopulmonale Notfälle am Ereignistag und übernächsten Folgetag signifikant. Diesen Ergebnissen entsprechen auch die Zunahmen der Spitalsaufnahmen in Linz, Graz und Wien^{8, 9}, die für kardiovaskuläre (Entlassungs-)Diagnosen und für die feinste Staubfraktion ($\text{PM}_{1.0}$) pro $\mu\text{g}/\text{m}^3$ am ausgeprägtesten waren⁹, gefolgt von $\text{PM}_{2.5}$ und PM_{10} .

Für akute und subakute (bis 14 Tage Latenz) Anstiege der Sterblichkeit erwies sich neben $\text{PM}_{2.5}$ das NO_2 als guter Prädiktor der Gesamtmortalität und kardiopulmonaler Todesursachen wie Herzinfarkt oder COPD^{8, 10}. Die stärksten Anstiege pro $\mu\text{g}/\text{m}^3$ waren bei Todesfällen an Lungenerkrankungen durch $\text{PM}_{2.5}$ zu beobachten und bei Todesfällen an Herzerkrankungen durch NO_2 , das zusammen mit Ultrafeinstäuben aus dem Dieselabgas auftritt.

Abbildung 4 zeigt die Zunahme von Todesfällen an ischämischen Herzkrankheiten in Linz (1990–2007) mit der täglichen NO_2 -, $\text{PM}_{2.5}$ - und PM_{10} -Belastung. So wie in Wien¹⁰ analysierten wir die Zeitreihen mittels General Additive Models (GAM). Dargestellt sind die kumulativen Feinstaubwirkungen mit Latenzen bis zu 7 Tagen.

Bei Beschränkung der Analyse auf den Zeitraum von 2000 bis 2007, in dem PM_{10} nicht aus TSP modelliert, sondern gemessen wurde, erhöhte sich der Mortalitätsanstieg pro $\mu\text{g}/\text{m}^3$ in Wien, Linz und Graz; ebenso bei Berücksichtigung von latenten Wirkungen bis zu 14 Tagen¹⁰, wobei die Wirkung von $\text{PM}_{2.5}$ erwartungsgemäß immer stärker war als die von PM_{10} , und das obwohl $\text{PM}_{2.5}$ -Messwerte nur

Abb. 4: Veränderung (%) von Sterbefällen an ischämischen Herzkrankheiten mit einer Schadstoffbelastung von $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Mittlerer Schätzwert und 95 % Konfidenzintervall für Latenzen bis zu 7 Tagen (GAM mit polynomisch verteilten Latenzen, lag 0-7).



Übersterblichkeit an Tagen mit erhöhter Feinstaubkonzentration

SO₂ und Ozon hatten keinen messbaren Einfluss auf die Mortalität

Die höchsten Fein- und Ultrafeinstaubbelastungen in verrauchten Lokalen und Autos

von wenigen Stationen und erst seit kurzem zur Verfügung standen.

In allen 3 Städten war das Ausmaß latenter bzw. kumulativer Wirkungen bei kardiovaskulären Sterbefällen so groß, dass über je 2 Wochen kein „Harvesting“ beobachtet werden konnte. Die Übersterblichkeit an Tagen mit erhöhten NO₂- bzw. Feinstaubkonzentrationen war auch außerhalb der Heizsaison nachweisbar, was ein Hinweis auf die Bedeutung des KFZ-Verkehrs (in Linz auch der Stahlindustrie) ist.

SO₂ hat seit seiner erfolgreichen Reduktion in Österreich seine Bedeutung als Indikator urbaner und industrieller Luftverunreinigungen weitgehend verloren. Aber auch Ozon hatte in keiner der drei Städte einen messbaren Einfluss auf die Mortalität (auch nicht in den Sommermonaten und bei separater Analyse respiratorischer Todesursachen), wohl aber die Hitze. Dagegen könnte der Einfluss von Feinstaub und von NO₂, das mit Ultrafeinstäuben aus Kraftfahrzeugen (vor allem aus Dieselmotoren) assoziiert ist, noch unterschätzt worden sein, weil wir die Wirkung von Klimaeinflüssen abgezogen haben, das Wetter und die Schadstoffbelastung aber nicht unabhängig voneinander sind.

Das Hauptaugenmerk der Lufthygiene wird sich in Zukunft auf den KFZ-Verkehr, Offroad-Motore, Holzrauch aus dem Hausbrand¹¹ und die Verunreinigung von Innenräumen durch Tabakrauch¹² richten müssen. Die höchsten Fein- und Ultrafeinstaubbelastungen fanden wir in verrauchten Lokalen und Autos. Dieses frisch generierte Aerosol stellt für den Passivraucher nicht nur ein chronisches, sondern im Falle von Vorschädigungen auch ein akutes Gesundheitsrisiko dar, das vor allem das kardiovaskuläre System betrifft. Einen Berufskrebs in der Gastronomie wird man bei einem Niemalsraucher erst nach mindestens 8-jähriger Exposition und 20-jähriger

Latenz ab Expositionsbeginn anerkennen können, aber bei Vorgeschiedigten können akute Wirkungen des Passivrauchens auf Blutgerinnung und Endothelfunktion den Eintritt eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls um mehr als ein Jahr vorverlegen und somit ebenfalls eine Entschädigung als Berufskrankheit nach § 177 Abs. 2 ASVG begründen.

Literatur

1. Bergmann, L. (1998). The construction of the Neues Burgtheater in Vienna and the problem of asbestos in rooms – a historical look back. *Zbl Arbeitsmed* 39: 9–11.
2. Neuberger, M. (1979). Neue Wege zur Risikobewertung von Luftschadstoffen. *Facultas*, Wien 1979 (ISBN 3 85076 079 0). Part 2: Asbestos: epidemiological contributions to risk evaluation, *Facultas*, Vienna 1981 (ISBN 3 85076 104 5).
3. Neuberger, M., Westphal, G., Bauer, P. (1988). Long term effect of occupational dust exposure. *Japanese Journal of Industrial Health* 30 (5): 362–70.
4. Pope, C. A. et al. (2002). Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. *J Am Med Assoc* 287: 1132–41.
5. Pope, C. A., Ezzati, M., Dockery, D. W. (2009). Fine- particulate air pollution and life expectancy in the United States. *N Engl J Med* 360: 376–86.
6. Neuberger, M., Moshhammer, H. (2011). Akute Auswirkungen der Luftverunreinigungen in Graz, Linz und Wien. *Atemw Lungenkrht* (im Druck).
7. Neuberger, M. (2007). Umweltepidemiologie und Toxikologie von Nanopartikeln (Ultrafeinstaub) und Feinstaub. In: Gázdó, A., Greßler, S., Schiemer, F. (eds). *Nano – Chancen und Risiken aktueller Technologien*. Springer, Wien – New York, 181–97.
8. Neuberger, M. et al. (2004). Acute effects of particulate matter on respiratory diseases, symptoms and functions. *Epidemiological results of the Austrian Project on Health Effects of Particulate Matter (AUPHEP)*. *Atmos Environ* 38: 3971–81.
9. Neuberger, M. et al. (2008). Feinstaub und Spitalsaufnahmen in Graz, Linz und Wien. *Atemw Lungenkrht* 34: 387–90.
10. Neuberger, M., Rabczenko, D., Moshhammer, M. (2007). Extended effects of air pollution on cardiopulmonary mortality in Vienna. *Atmos Environ* 41: 8549–56.
11. Moshhammer, H., Neuberger, M. (2009). Abschätzung gesundheitlicher Auswirkungen unterschiedlicher Emissionsszenarien für Oberösterreich. *Heizung Lüftung Klimatechnik* 9: 62–7.
12. Neuberger, M. (2009). Nichtraucherschutz: Jahrzehnt der verpassten Chance. *Universum Innere Medizin, Sonderausgabe* 2009, 90–91.

PETER PART
AMZ ARBEITS- UND
SOZIALMEDIZINI-
SCHES ZENTRUM
MÖDLING GESMBH,
A 2351 WIENER
NEUDORF,
RATHAUSPLATZ 3
TEL.: +43(0)2236/
22914
FAX: +43(0)2236/
22914-5
E-MAIL:
PETER.PART@AMZ.AT

**Erkrankungen des
Muskel- und Skelett-
systems stehen bei
gesundheitlichen
Problemen bei der
Arbeit ganz oben**

**„Formetric 3D/4D“
ermöglicht schnelle,
berührungslose,
strahlungsfreie und
großflächige Ver-
messung des Rückens
und der Wirbelsäule**

Abb. 1: Proband etwa 2 m
vor dem Gerät

FRÜHERKENNUNG VON HALTUNGS- SCHÄDEN DURCH DAS BERÜHRUNGSLOSE MESSSYSTEM FORMETRIC®

Erste Ergebnisse des Screenings im betrieblichen Bereich

Die Notwendigkeit arbeitsmedizinischer Untersuchungen und Beratungen von Beschäftigten ergibt sich nicht allein aus abstrakten Gefährdungen, sondern aus dem Zusammenhang zwischen bestimmten Belastungen und den gesundheitlichen Störungen und Schäden der Beschäftigten, die ihre Arbeits- oder Beschäftigungsfähigkeit einschränken können. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stehen zumeist auf dem ersten Rang der Häufigkeit gesundheitlicher Probleme bei der Arbeit.

Körperliche Belastungen gehören zu den gesundheitsfördernden Voraussetzungen des Arbeitslebens, soweit sie die individuelle Belastbarkeit nicht auf Dauer überfordern. Dabei sind dispositionsspezifische Unterschiede der Belastbarkeit ebenso wie die altersbedingten Veränderungen der Belastbarkeit und die Entstehung von Komorbiditäten zu berücksichtigen (Spallek M. et al., 2005).

Das Ziel der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung ist eine zusammenfas-

sende Einordnung und Bewertung der Beschwerden und Befunde im Hinblick auf

- die aktuelle Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit,
- den ursächlichen Anteil der Arbeit an den Beschwerden und Befunden,
- ein mögliches Gesundheitsrisiko beim Verbleib in der Tätigkeit,
- den therapeutischen oder rehabilitativen Behandlungsbedarf.

Die Wirbelsäulenmessung „Formetric 3D/4D“ ermöglicht eine schnelle, berührungslose, strahlungsfreie und großflächige optische Vermessung des menschlichen Rückens und der Wirbelsäule (Abbildung 1). Das Verfahren erfolgt nach dem Prinzip der Rasterstereografie. Dabei wird ein auf den Rücken projiziertes Streifenmuster von einer Videokamera gefilmt und vom Computer berechnet (Abbildung 2). Als Ergebnis werden dreidimensional die komplette Form der untersuchten Wirbelsäule und die Stellung des Beckens abgebildet.



Ablauf

Die Vermessung wird von unserem qualifizierten Team, bestehend aus Arbeitsmediziner, Sportwissenschaftler und DGKS, durchgeführt. Der/die TeilnehmerIn steht, in einem Abstand von ca. 2 m von der Messanlage entfernt, in lockerer Haltung vor einem schwarzen Samtvorhang mit dem Rücken zur Kamera.

Im Nacken müssen die Haare mit geeigneten Mitteln (Haarklammer, Haarbänder etc.) zusammengebunden werden, so dass der Hals bis zum Haaransatz zu sehen ist. Ringe, Uhren und vor allem Halsketten müssen abgelegt werden, um keine Reflexionen der Lichtlinien sowie keine künstlichen Veränderungen (Kette am Hals stellt Erhöhung dar) zu erzeugen.

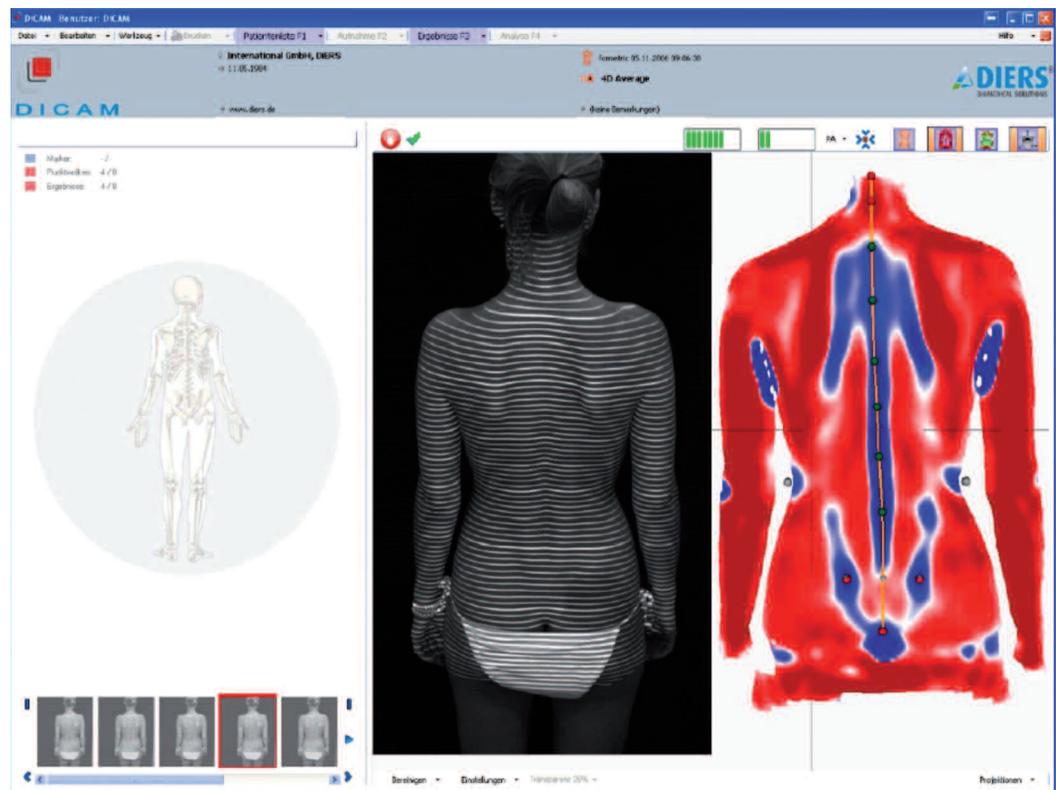


Abb. 2: Rekonstruktion einer 4D Average-Vermessung

Für den Messvorgang muss der/die TeilnehmerIn den Oberkörper entkleiden und gegebenenfalls den BH ablegen, da dieser ansonsten eine Rückenerhebung darstellt. Während der eigentlichen Messung soll der gesamte Rücken vom Nacken bis zur oberen Gesäßhälfte frei sein (Handbuch Formetric III).

Was kann beurteilt werden?

- Rückenform
- Haltung
- Wirbelsäulenstatik
- Deformitäten
- Beckenstellung

Das Gerät liefert allerdings keine Diagnose und es können auch keine Aussagen über innere Strukturen getroffen werden.

Bisherige Anwendungen im AMZ®:

- „Gesundheitsbus“ (BGF-Projekt der NÖ-Arbeiterkammer)
- Gesundheitstage in Betrieben zur Schaffung der „Awareness“ für Bewegung und körperliche Aktivität

Der Teilnehmer erhält nach der Messung ein Bewertungsblatt (Abbildung 3), an Hand dessen Präventionsempfehlungen abgeleitet werden. Bei Vorliegen von Be-

schwerden und Werten deutlich außerhalb des Normbereiches erfolgt die Empfehlung zum Arztbesuch.

- Projektbezogen in verschiedenen Betrieben (Screening und Intervention)

Eingangs erhalten die Teilnehmer einen Fragebogen, den sie zur Messung mitbringen. Dieser beinhaltet neben den üblichen Fragen zu Körpergröße, Gewicht, Alter, Geschlecht auch u. a. Art der körperlichen Tätigkeit, Freizeitsport sowie Angabe der Schmerzregion und VAS.

Nach der Messung erfolgt die Befundbesprechung mit einem Arzt, eine Untersuchung und Beratung über weitere diagnostische Untersuchungen bzw. Therapie.

Optional demonstriert ein Sportwissenschaftler für den Einzelnen geeignete Übungen, händigt diese aus und berät zur Teilnahme an Sportprogrammen, die dann individuell, oder in Gruppen in- oder außerhalb des Betriebes durchgeführt werden (Diplomarbeit T. Heckmann).

Ebenso erfolgt eine Begehung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitsmediziner, falls sich Hinweise auf eine problematische Situation am Arbeitsplatz ergeben.

Die statistische Auswertung erfolgt anonym (Abbildung 4).

Als Ergänzung steht auch eine Vermessung der Halswirbelsäule zur Verfügung.

Keine Aussagen über innere Strukturen

Abb. 3: Bewertungsblatt
Abbildungen 1–3 mit
freundlicher Genehmigung
der Firma Triaflex

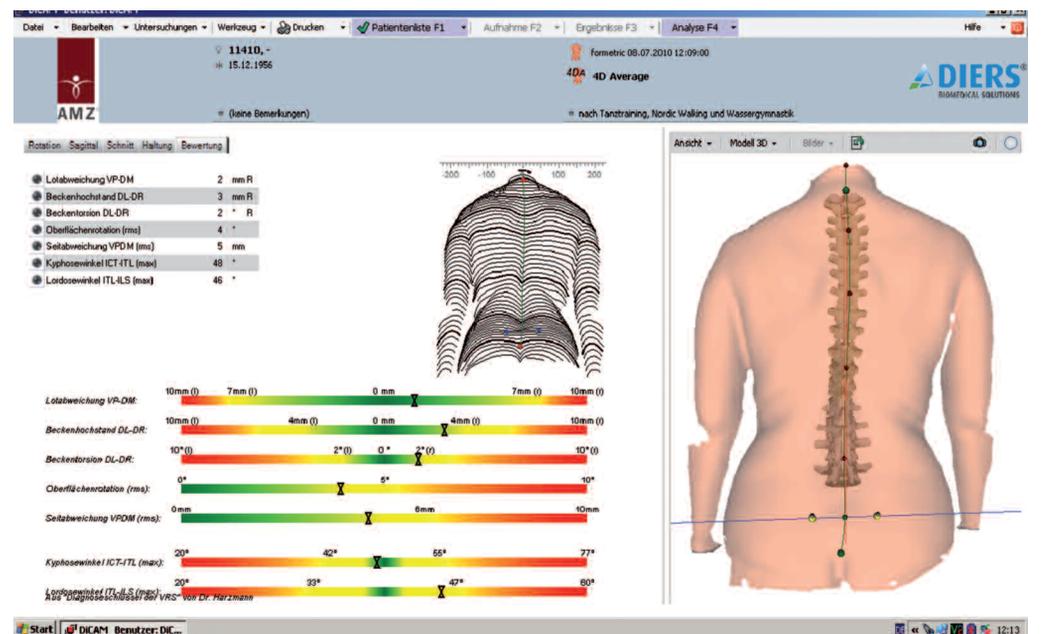
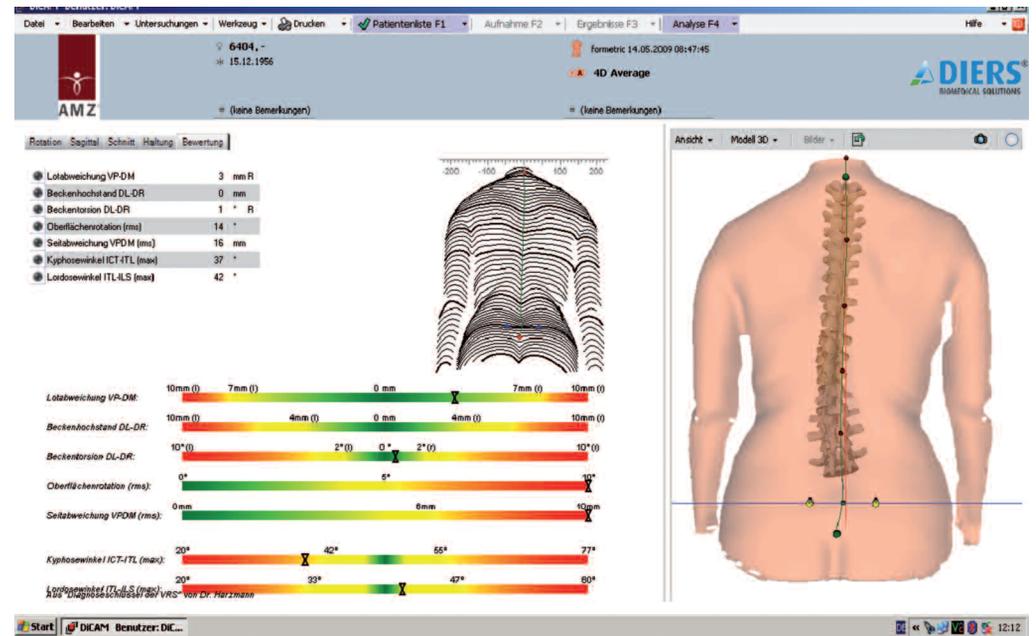
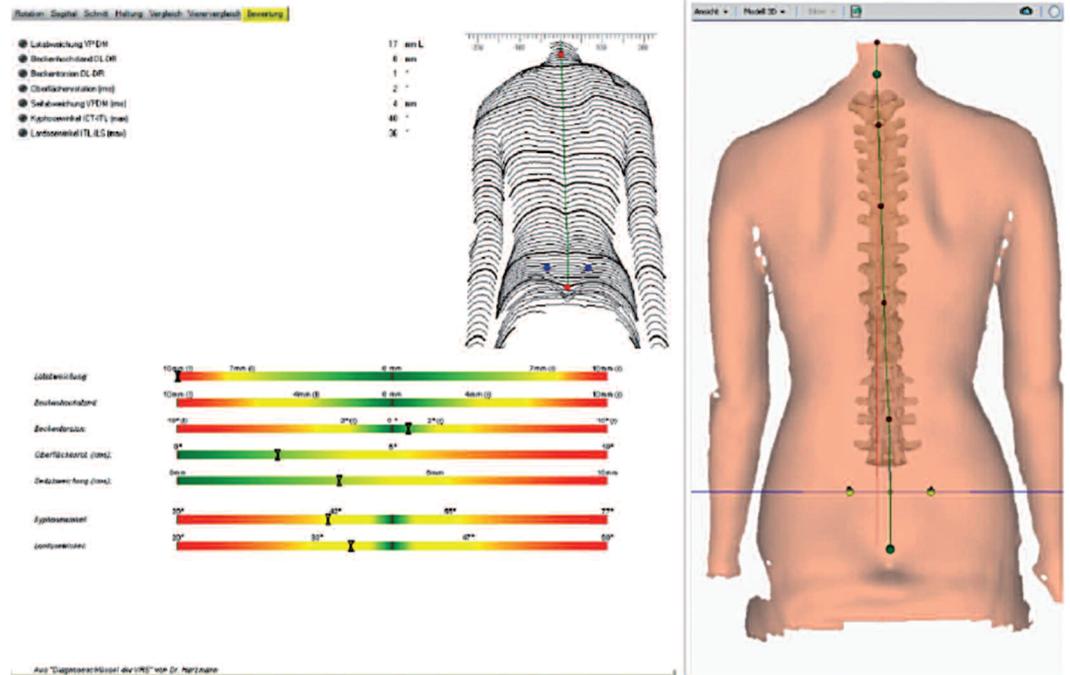


Abb. 4: Vergleich 2009/2010
nach Therapie und Training

Formetric ermöglicht die Früherkennung von Fehlhaltungen und muskulären Dysbalancen

Diese erfolgt in Bewegung, wobei Inklination/Reklination, Lateralflexion und Rotation in beiden Richtungen aufgezeichnet, gemeinsam mit dem Teilnehmer betrachtet und erklärt werden.

Fazit

Mit Formetric steht eine wissenschaftlich fundierte Messmethode zur Verfügung, mit der sich schnell, ohne Strahlenbelastung, bestehende Winkelverhältnisse der Wirbelsäule feststellen lassen.

Damit werden Fehlhaltungen und muskuläre Dysbalancen vorzeitig erkannt, mit entsprechender Therapie und konsequent durchgeführtem Training gebessert und dadurch manifeste Schäden im Muskel- und Skelettbereich verhindert.

Literatur

- Drerup, B., Ellger, B., Meyer zu Bentrup, F., Hierholzer, E. (2001). Rasterstereographische Funktionsaufnahmen. *Orthopädie*, 30: 242–250.
- Handbuch Formetric III 3D/4D, Fa, Diers®.
- Heckmann, T. (2008). Analyse der Körperhaltung bei Jugendlichen mit Hilfe der Videorasterstereographie der Diers Formetric 3D unter Berücksichtigung der Prävalenz des Rückenschmerzes und der körperlichen Aktivität. Diplomarbeit an der Universität Wien.
- Spallek, M., Kuhn, W., Schwarze, S., Hartmann, B. (2005). Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Belastungen des Muskel-Skelett-Systems. Teil 2: Funktionsorientierte körperliche Untersuchung (fokus©) des Bewegungsapparates in der Arbeitsmedizin. *Arbeitsmed.Sozialmed. Umweltmed.* 40, 4, 244–253.

DOROTHEA
HASLINGER
PRUNNERSTRASSE 14
A-4600 WELS
TEL.: 07242/
26459
MOBIL: 0650/
9000262
E-MAIL: PHYSIO.
HASLINGER@
HOTMAIL.COM
WWW.ERGOPHYS.
COM

**Ungünstig gestaltete
Arbeitsplätze beein-
flussen Motivation der
MitarbeiterInnen**

**Rasche und objektive
Erfassung von
Schwachstellen am
Arbeitsplatz**

**Aktive und selbstver-
antwortliche Beteili-
gung der Klienten**

DIE EFFIZIENTE ERGO-PLUS-ARBEITS- PLATZANALYSE NACH HASLINGER

Der wachsende Facharbeitermangel und das steigende Dienstalter der ArbeitnehmerInnen werfen in den Fertigungshallen der Industrie, aber auch in den Bereichen der Büroarbeitsplätze, der Gastronomie und der Pflege ihre Schatten voraus: Ungünstig gestaltete Arbeitsplätze beeinflussen die Motivation der MitarbeiterInnen und führen zu längeren Krankenstandstagen vorwiegend aufgrund von Schmerzen des Bewegungsapparates. Diese Situation stellt für ArbeitsmedizinerInnen und UnternehmerInnen gleichermaßen eine Herausforderung dar.

Die ERGO-PLUS-Arbeitsplatzanalyse schafft neue Möglichkeiten, Schwachstellen an den Arbeitsplätzen eines Betriebes rasch und objektiv zu erfassen. Mit einem einfachen Fragebogen im Ampelsystem wird es der geschulten medizinischen Fachkraft möglich, die Qualität von Arbeitsplätzen zu bewerten und Mängel zu definieren. Somit ist es möglich, die Qualität des Arbeitsplatzes gezielt zu erhöhen. Diese Maßnahmen haben direkten Einfluss auf die Gesundheit und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen eines Betriebes. Mit dieser Analyse ist es auch möglich, für ArbeitnehmerInnen mit bestehenden gesundheitlichen Problemen optimale Arbeitsplätze im Betrieb aufzuspüren. Ältere DienstnehmerInnen und ihr Know-how bleiben den Unternehmen somit länger erhalten.

Auftrag

Lange Krankenstände und mehrere Betriebsunfälle riefen in einem metallverarbeitenden Betrieb in Oberösterreich die Arbeitsmedizinerin und die Physiotherapeutin mit ErgoPhysConsult-Ausbildung, Dorothea Haslinger, auf den Plan. Im Verlauf mehrerer Monate entwickelte Haslinger den ERGO-PLUS-Analysebogen, ein Medium, das es geschulten PhysiotherapeutInnen und ArbeitsmedizinerInnen ermöglicht, die ergonomische Qualität aller Arbeitsplätze jedes Betriebes, von der Be-

triebshalle bis zu den Büroarbeitsplätzen, rasch und nach einem standardisierten Fragenkatalog zu bewerten. Die Erhebung der Daten erfolgt nach einem einfachen Ampelschema. Dadurch ist es auch möglich, bestehende Schwachstellen und deren Verbesserung auf einen Blick zu erfassen. Der ERGO-PLUS-Analysebogen wurde nach vielversprechender Testphase zum European Good Practice Award 2007 eingereicht, wurde dort unter die besten 20 Einreichungen gereiht und von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (OSHA) empfohlen.

Aufbau und Einsatz des ERGO-PLUS-Erhebungsbogens

Die Analyse wird vor Ort, also am Arbeitsplatz, unter Einbeziehung des Arbeitnehmers durchgeführt.

Der Arbeiter steht im Mittelpunkt. – Diese „Schnittstelle Mensch“ ist der Angelpunkt aller Maßnahmen. Veränderungen der Arbeitssituation werden immer mit den Betroffenen erörtert.

Werden Mängel am Arbeitsplatz behoben, kommt es in der Folge zu verbesserter Motivation: Der Dienstnehmer verspürt Mitspracherecht und durch die Anpassung des Arbeitsplatzes an seine Bedürfnisse eine besondere Wertschätzung, die sich nach gesetzten Maßnahmen in erhöhter Leistungsfähigkeit und -bereitschaft zeigt. Die präventiven Maßnahmen, die nach einer Analyse nach Haslinger folgen, zielen auf eine aktive und selbstverantwortliche Beteiligung der KlientInnen ab. Der Dialog zwischen Betroffenen und Professionisten (Präventivkräfte) ist notwendig. Der Mensch in der Arbeitswelt wird nachhaltig unterstützt.

Nach gesetzten Maßnahmen wird die Analyse erneut durchgeführt und die neue Situation wieder dokumentiert.

Ziel ist es, den Arbeitsplatz mit optimalen ergonomischen Bedingungen, den „Ergo-Plus-Arbeitsplatz“ zu erarbeiten.

Ergonomische Mängel am Arbeitsplatz

Analyse nach Ampelsystem

ERGOpus Arbeitsplatz ermöglicht sicheres, gesundes, motiviertes Arbeiten

Beschreibung des Analysebogens nach Haslinger

Der Analysebogen erhebt vier Faktoren:

- Physische Belastungen
- Psychische Belastungen
- Umgebungseinflüsse
- Arbeitssicherheit

Die Analysephase dauert einen Arbeitstakt oder bis zu einem Arbeitstag. Die Physiotherapeutin beobachtet die Handlungsabläufe und dokumentiert die Arbeitsbelastung nach einem Punkteschema. Dabei werden Bewegungen ebenso dokumentiert wie Lärm, Licht, Bodenbelag und andere Umwelteinflüsse.

Pro Beurteilungspunkt werden die Noten 1–3 erteilt. Diese Daten werden anschließend in eine Excel-Datei übertragen. Beim Eintrag in die Excel-Datei erscheint pro Note eine Farbe (1, 2, 3) und die dazugehörige Punkteanzahl.

Jede Note hat eine Prioritätszahl, mit der sie multipliziert wird. Die möglichen Prioritätszahlen liegen zwischen 0 bis 10 (0 = keine Bedeutung, 10 = hohe Priorität).

Am Ende des Beurteilungsbogens erhält man eine Zahlensumme, die dann nach Farbe und Punkteanzahl das Beurteilungsergebnis erkennen lässt.

grün: 144–152 Punkte: der ERGO-PLUS-Arbeitsplatz (optimal)

gelb: 153–336 Punkte: der ergonomische Arbeitsplatz (ausreichend)

rot: 337–432 Punkte: der belastende Arbeitsplatz (mangelhaft)

Beschreibung:

ERGO-PLUS-Arbeitsplatz

Dieser Arbeitsplatz ist ein sicherheitstechnisch und ergonomisch nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und Gesetzen eingerichteter Arbeitsplatz, der zusätzlich so abgestimmt ist, dass bestimmte Arbeitsgruppen wie Frauen, ältere ArbeitnehmerInnen, WiedereinsteigerInnen nach längerer Krankheit und „ArbeitsstarterInnen“ dort ohne übermäßige körperliche Überlastung lange Zeit eingesetzt werden können.

Dieser ERGOplus Arbeitsplatz ist im Betrieb jener Arbeitsplatz, der in Zukunft den Arbeitern und Arbeiterinnen oder Angestellten während ihres Wirkens im Betrieb ein sicheres, gesundes, motiviertes und leistungsstarkes Arbeiten ermöglicht.

Ergonomischer Arbeitsplatz

Dieser Arbeitsplatz ist ein nach sicherheitstechnischen und ergonomisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Gesetzen eingerichteter Standard, an dem der Großteil der Belegschaft eingesetzt wird.

Der belastende Arbeitsplatz

Dieser Arbeitsplatz ist jener, der den gesetzlichen und sicherheitstechnischen Vorgaben durchaus entspricht, welcher aber beim Arbeitnehmer aufgrund ergonomischer Mängel physiologische und psychische Probleme hervorrufen kann.

Dieser Arbeitsplatz hat daher im Betrieb oberste Umgestaltungspriorität.

Nach der mehrjährigen Testphase an verschiedensten Arbeitsplätzen ergab sich im ERGO-PLUS-Analysebogen nach Haslinger ein Instrument, das sich in der Praxis an Industrie-, aber auch an Büroarbeitsplätzen, im Pflegebereich und der Gastronomie sehr bewährt hat.

Der Auftraggeber, das Unternehmen, erhält eine genaue Analyse der untersuchten Arbeitsplätze, die dazu verwendet wird, gezielte Maßnahmen im Bereich der Ergonomie zu setzen.

Nach gesetzten Maßnahmen ergeben sich ERGO-PLUS-Arbeitsplätze, an denen

- ArbeitnehmerInnen ergonomisch und wirtschaftlich arbeiten können;
- verringerte Arbeitsausfallszeiten erkennbar sind;
- ältere ArbeitnehmerInnen oder krankheitsbedingt beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen eingesetzt werden können;
- ArbeitnehmerInnen nach längerer Krankheit oder nach Mutterschutz wieder eingegliedert werden.

Die Anwendung des ERGO-PLUS-Analysebogens erfordert spezifische Methodenkompetenz, die in mehrtägigen Kursen erlernbar ist.

Fazit

Mängel im Bereich der Ergonomie an beliebigen Arbeitsplätzen zu erkennen und diese effektiv zu beseitigen bedarf fachlich kompetenter Personen und eines Analyseinstruments, das nachhaltig effektive Lösungen ermöglicht.

PhysiotherapeutInnen, Arbeitsmediziner und ErgotherapeutInnen kennen ge-

Oft sind es bereits geringe Veränderungen, die große Verbesserungen bewirken

sundheitliche Probleme, die durch Arbeitssituationen verursacht werden können, und besitzen die notwendigen biomechanischen Kenntnisse für eine individuell angepasste Beratung. Mit dem ERGO-PLUS-Analysebogen nach Haslinger wird ihnen ein passendes Werkzeug in die Hand gegeben, das einfach zu handhaben und objektiv anzuwenden ist. Mit dem ERGO-PLUS-Analysebogen nach Haslinger kann die Veränderung zugunsten der Ergonomie in einem Betrieb langfristig und mit geringem Aufwand dokumentiert werden.

Oft sind es bereits geringe Veränderungen an Arbeitsplätzen, die große Verbesserungen bewirken. Eine veränderte Anordnung von Werkzeugen kann etwa die häufige Rotation des Rumpfes herabsetzen, ein Anheben der Arbeitsplatte entsprechend der Körpergröße des Arbeitnehmers kann Rückenproblemen vorbeugen. Notwendig für diese Veränderungen ist allerdings das geschulte Auge. Der Arbeitnehmer nimmt ungünstige Situationen oft aus Gewohnheit oder Unwissenheit in Kauf.

Kontakt

Dorothea Haslinger

Physiotherapeutin

ErgoPhysConsult

Prunnerstraße 14

A-4600 Wels

E-Mail: physio.haslinger@hotmail.com

Web: www.ergophys.com

Fortbildungstermine für die ErgoPlusAnalyse nach Haslinger

Frühjahr, Herbst 2011 – genaue Termine finden Sie auf der Homepage von Dorothea Haslinger.

ELSBETH HUBER
ABTEILUNG
ARBEITSMEDIZIN UND
ARBEITSHYGIENE
SEKTION VII – ARBEITS-
RECHT UND ZENTRAL-
ARBEITSINSPEKTORAT
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, SOZIALES
UND KONSUMENTEN-
SCHUTZ
A-1040 WIEN,
FAVORITENSTRASSE 7
TEL.: +43 (01)
71100-6381
MOBIL: +43 664
1028291
FAX.: +43 (01)
7189470-2593
E-MAIL:ELSBETH.
HUBER@BMASK.GV.AT
HTTP://WWW.ARBEITS
INSPEKTION.GV.AT
HTTP://WWW.BMASK.
GV.AT

Moderiertes Lern-Spiel zu Arbeit und Gesund- heit

Abb. 1

Arbeitslust und Arbeitsfrust bei den Wettergottheiten

Das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ – ein moderiertes Lernspiel zu den Themen Arbeit und Gesundheit, Fehlbelastungen und Vorbeugemaßnahmen – wurde im Rahmen der **Österreichischen Arbeitsschutzstrategie** von der humanware GmbH im Auftrag des BMASK und der AUVA entwickelt. Dieses Lernspiel wurde im letzten Halbjahr schon bei verschiedenen Veranstaltungen und Workshops in ganz Österreich vorgestellt und mit diversen MultiplikatorInnen in der Praxis erprobt.

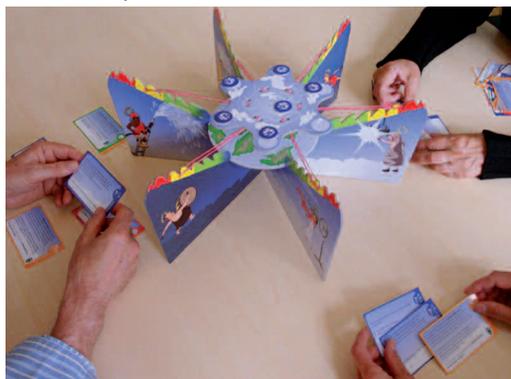
Die Arbeitsbedingungen im Wetterhimmel

Das Tragen der schweren Donnertrommel führt zu Rückenschmerzen, dauernde Nässe in der Wolkenküche macht krank und zu kurzfristige Regenaufträge verursachen Konflikte in der Firma Prima Klima GmbH. Aber das Seminar „Ergonomisch Blitze schleudern“ hat die Arbeit in der Blitzabteilung deutlich verbessert.

Die Wettergöttinnen und -götter mit den Abteilungen Donner, Blitz, Wolken, Regen, Sonne und Wind arbeiten miteinander an der Wettererzeugung. Sie erleben dabei verschiedene positive und negative Arbeitsbedingungen, die sich als Anspannung oder Entspannung (Gummiringe) auf ihr Befinden, die Gesamtorganisation und die Wetterlage auswirken.

Bei diesem moderierten Lernspiel geht es darum, am Beispiel der Arbeitsbedingungen im Wetterhimmel zu den Themen Arbeit und Gesundheit

- ins Gespräch zu kommen,



- Problembewusstsein zu schaffen,
- Fehlbelastungen und deren Auswirkungen zu zeigen,
- Vorbeugemöglichkeiten kennen zu lernen
- und all das auch auf die reale Arbeitswelt zu übertragen.

Die AUVA und das BMASK als HerausgeberInnen bieten Ihnen dazu als MultiplikatorInnen im Bereich Arbeit und Gesundheit (z. B. ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte, ArbeitspsychologInnen, BetriebsrätInnen/PersonalvertreterInnen, Sicherheitsvertrauenspersonen) drei Werkzeuge an:

1. Mit dem Lernspiel „Prima Klima GmbH“ können Sie Information und Diskussion zu den Themen Arbeit und Gesundheit auf kreative Weise anregen.
2. Die „Prima Klima-Moderationsanleitung“ unterstützt Sie als MultiplikatorIn bei der Organisation und Durchführung einer moderierten Gruppenrunde zu den Themen Arbeit, Gesundheit und Prävention.
3. Darüber hinaus werden auch einige Kurztrainings im Zuge der „Prima Klima-Moderationspraxis“ angeboten, in deren Rahmen Sie sich mit der praktischen Gruppenmoderation vertraut machen können.

Wenn Sie auf dem Gebiet Arbeit und Gesundheit als MultiplikatorIn tätig sind, können Sie hier **bis Ende 2010** das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ bestellen bzw. sich zu einem der angebotenen Kurztrainings „Prima Klima-Moderationspraxis“ anmelden.

Mehr dazu und eine Online-Bestellmöglichkeit finden Sie unter:
www.prima-klima-gmbh.at.

Wer steckt hinter dem Konzept „Prima Klima GmbH“?

HerausgeberInnen: Die Entwicklung des Konzeptes zur „Prima Klima GmbH“ er-

Problembewusstsein durch spielerischen Zugang schaffen

Neue und kreative Möglichkeit für die Informations- und Präventionsarbeit

Lernen geschieht nicht auf „Anordnung“

folgte im Auftrag des BMASK und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in Kooperation mit dem ÖGB und der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Rahmen der Österreichischen Arbeitsschutzstrategie 2007–2010.

Umsetzung: Mit der Ausarbeitung und Umsetzung des Konzeptes der „Prima Klima GmbH“ wurde die humanware GmbH (Arbeitspsychologin Martina Molnar) beauftragt, die dabei mit dem Grafikdesigner Viktor Solt-Bittner zusammengearbeitet hat.

Warum ist die Idee „Prima Klima GmbH“ entstanden?

Information allein ändert das Verhalten nicht: Praktische Erfahrungen zeigen immer wieder, wie schwierig es ist, Problembewusstsein für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Präventionsmaßnahmen bei betroffenen Personen zu schaffen. Hinweise auf Gefahren bzw. Belastungen und damit verbundene Empfehlungen zur Prävention stoßen bei Beschäftigten oft auf Unverständnis und Widerstand. Für derartige Informationen und Präventionsmaßnahmen zuständige Fachkräfte erleben ihre Rolle diesbezüglich daher häufig als schwierig.

Der spielerische Zugang über die Arbeitswelt der Wettergöttinnen und Wettergötter ist mit der Annahme verbunden, damit weniger Widerstand bei der Vermittlung dieses spröden Themas bei der Zielgruppe auszulösen. Es wird davon ausgegangen, dass durch den entspannten Spielzugang die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitswelt höher sein könnte, als dies durch andere Formen der Informationsvermittlung der Fall ist.

Freiwilligkeit und Mitwirkung sind Erfolgsfaktoren für Veränderungen: Veränderung von bisherigem Wissen und bestehenden Einstellungen ist Lernen. Lernen geschieht nicht auf „Anordnung“, sondern dann, wenn sich Personen freiwillig und aktiv mit Lerninhalten auseinandersetzen wollen. Aus der Forschung ist bekannt, dass der Erfolg von Veränderungsinterventionen von einigen Faktoren beeinflusst wird:

- Freiwilligkeit an der Teilnahme (Hignett, S. et al. 2005),
- Mitwirkungsmöglichkeiten (Bamberg, E., Busch, C., Ducki, A. 2009) und

- Teilnahme an Entscheidungen (Heaney, C. et al. 1995; Badura, B. und Ritter, W. in Bamberg et al. 1998).

In der partizipativen Ergonomie wird daher davon ausgegangen, dass die ArbeitnehmerInnen selbst bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen die ExpertInnen sind und daher bei Gestaltungsmaßnahmen eingebunden werden sollen (Bamberg, E. und Metz, A.-M. in Bamberg, E. et al. 1998). Eine moderierte Gruppensituation, deren Ausgangspunkt das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ ist, soll dies gewährleisten.

Moderations-Tools für MultiplikatorInnen: MultiplikatorInnen werden daher mit dem Lernspiel „Prima Klima GmbH“ und einem Moderationsleitfaden (sowie auch durch Moderationstrainings) dabei unterstützt, eine partizipative, transparente und aktive Mitwirkung der betroffenen Personen bei der Problemsammlung und Lösungsfindung zu arbeitsbedingten Belastungen für eine Gruppe von MitarbeiterInnen gestalten zu können.

Warum sind Sie als MultiplikatorIn unsere Ansprechperson?

Als ArbeitsmedizinerIn, Sicherheitsfachkraft, Arbeitspsychologen, Sicherheitsvertrauensperson, Betriebsrat/rätin/PersonalvertreterIn etc. sind Sie mit den Themen Arbeit und Gesundheit befasst. Das Spiel „Prima Klima GmbH“ bietet Ihnen eine neue und kreative Möglichkeit dazu, Informations- und Präventionsarbeit zu betreiben.

Wie kann Sie das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ als MultiplikatorIn unterstützen?

Das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ kann als Werkzeug verwendet werden, mit dem eine aktive Diskussion und Auseinandersetzung zum Thema Arbeit und Gesundheit – vor allem unter dem Gesichtspunkt der Prävention und Gesundheitsförderung – angeregt wird. Sie finden damit einen spielerischen Zugang, um mit Beschäftigten oder auch mit SchülerInnen/Lehrlingen zu diesen Themen ins Gespräch zu kommen.

Das Lern-Spiel als Instrument im Umgang mit verschiedensten Zielgruppen und Problemfeldern

Für welche Zielgruppe/n können Sie das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ einsetzen?

Das Spiel wendet sich potenziell an alle Beschäftigten in allen Branchen, wobei der Einsatz und die Vermittlung des Lernspiels in erster Linie über Sie als MultiplikatorIn erfolgen soll. Mögliche Zielgruppen sind vielfältig:

- betriebliche Fachkräfte in Ausbildung wie z. B. Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen, ArbeitspsychologInnen, Sicherheitsvertrauenspersonen, BGF-KursteilnehmerInnen etc.,
- MitarbeiterInnen einer oder mehrerer Abteilungen in einem Betrieb,
- spezielle Beschäftigtengruppen in einem Betrieb oder auch betriebsübergreifend,
- Gruppen von Betriebsrätinnen/-räten oder SVPs,
- TeilnehmerInnen an einer BGF-Gruppe, z. B. im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitszirkels und anderer Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- spezifische Zielgruppen wie Lehrlinge, jugendliche ArbeitnehmerInnen und BerufseinsteigerInnen,
- SchülerInnen an Berufsschulen oder berufsbildenden Schulen.

Was können Ziele der moderierten „Prima Klima GmbH“-Spielrunden sein?

Das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ soll Ihnen dabei helfen, in einer Gruppe von Personen einen Gesprächseinstieg zum Thema Arbeit und Gesundheit zu finden. Sie können dieses Lernspiel für unterschiedliche Zwecke und Anliegen nutzen. Hier sind einige Beispiele:

- als Ausgangsbasis für eine Analyse von Gefahren und Belastungen am Arbeitsplatz unter Mitwirkung der betroffenen Beschäftigten;
- als Einstieg in einen BGF-Zirkel, um die Spielinhalte auf die eigene Arbeitssituation zu übertragen;
- als Diskussionsbasis für Lehrlinge/SchülerInnen, um über die Qualität von Arbeitsbedingungen sprechen zu können;
- als Möglichkeit, soziale Prozesse und

Rollen in der Gruppe der SpielerInnen zu thematisieren.

Welche Unterlagen gibt es für MultiplikatorInnen von „Prima Klima GmbH“?

Das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ wird in begrenzter Stückzahl erzeugt und kann deshalb nicht von einzelnen Beschäftigten, sondern nur von MultiplikatorInnen (eine Person pro Betrieb) bestellt werden, die das Lernspiel mehrfach einsetzen. Sie erhalten als MultiplikatorIn folgende Werkzeuge:

1. das Lernspiel „Prima Klima GmbH“ samt Spielanleitung,
2. die „Prima Klima-Moderationsanleitung“ zum Download für MultiplikatorInnen unter www.prima-klima-gmbh.at.

Evaluierungsstudie

Die praktischen Erfahrungen und Effekte bei der Nutzung des Lernspiels „Prima Klima GmbH“ werden im Rahmen von zwei Diplomarbeiten von Frau Eva Wiesmüller und Frau Evelyn Schlegel unter wissenschaftlicher Betreuung von Herrn Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Universität Wien, Fakultät für Psychologie) derzeit untersucht.

Literatur

- Hignett, S., Wilson, J. R., Morris, W. (2005). Finding ergonomic solutions – participatory approaches. *Occupational Medicine* 55, 200–207.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte (Hrsg.), Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2009). Stressmanagement und Personalentwicklung – Ein Diskussionsbeitrag zum Status Quo. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 40, 85–101.
- Heaney, C., Price, R. & Rafferty, J. (1995). Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of organizational behavior*, 16, 335–352.

Hilfe für Gesprächseinstieg zum Thema Arbeit und Gesundheit

BRIGITTE SCHIGUTT
ÄRZTIN FÜR ARBEITS-
MEDIZIN UND
UMWELTMEDIZIN/
ARBEITSINSPEK-
TIONSÄRZTIN
E-MAIL: BRIGITTE.
SCHIGUTT@AON.AT

**„Unsichtbarkeit“:
Ein grundlegendes
Problem bei der
betriebsärztlichen
Tätigkeit**

**Verbesserung durch
Aufbau von Netz-
werken**

„VIEL KOMPETENZ IM RAUM“

Bereits zum dritten Mal trafen einander ArbeitsmedizinerInnen aus Krankenhäusern zum Gedankenaustausch.

Ursprünglich als Workshop zur Jahrestagung der Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGA) geplant, hat sich das Treffen inzwischen verselbstständigt. Die Gleichzeitigkeit mit der ÖGA-Tagung wurde beibehalten.

Souverän moderiert wurde das Treffen von Rainer Müller und Brigitte Eichinger, Letzterer leider beim dritten Workshop nicht dabei. Prof. Müller brachte in seiner Doppelrolle als Sozialwissenschaftler und Arbeitsmediziner noch zusätzlich andere Sichtweisen und originelle Fragen ein.

Bei den ersten beiden Zusammenkünften wurde ein grobes Raster entwickelt, in dem sich ArbeitsmedizinerInnen im Krankenhaus finden – oder gerne finden würden.

Damals wurden Überlegungen angestellt, wie sich die KollegInnen selbst sehen, wie sie von anderen (Vorgesetzten, KollegInnen, Pflegenden) wahrgenommen werden.

Was bedeutet es, Gesundheitsgefährdungen vorbeugen zu wollen, in einer Organisation, die nicht nur selbst Gesundheit „produziert“ – oder zumindest gerne möchte, – sondern die vor allem auch dieselbe Profession wie der vermeintliche Profi ausübt?

Braucht eine Ärztin überhaupt einen anderen Arzt, um ihren Arbeitsplatz, ihre Arbeitsumgebung richtig zu gestalten? Trifft Beratung in der Klinik auf offene Ohren? Eine Kollegin brachte es dieses Jahr auf den schönen Punkt: „Heißt das nicht ‚dem Gärtner Gurken verkaufen‘?“

Kann der „Notfall“ als tägliches und vorhersehbares Ereignis im Krankenhausalltag (besser) organisiert werden und welche Rolle spielen die ArbeitsmedizinerInnen dabei? Welche Tätigkeiten dominieren die arbeitsmedizinische Routine, welche Bereiche verschwinden dahinter, obwohl sie mehr Beachtung bräuchten (Stichwort „Titerkontrollen vs. Gespräche mit der Kollegialen Führung“)? Diese und ähnliche Fragen beherrschten die Treffen in Eisenstadt 2008 und Linz 2009.

Beim diesjährigen Workshop in Villach, an dem ungefähr 20 Personen teilnahmen, gab es nach einer üblichen kurzen Vorstellungsrunde unter anderem eine intensive Diskussion über die Bedeutung der (überlangen) Arbeitszeiten und ihre Auswirkung, vor allem auch in Hinblick auf das zunehmende Alter der Beschäftigten. Wie schaffen es die KollegInnen, ihre Fachkunde – eventuelle Vorbehalte – einzubringen, auf welche Widerstände stoßen sie dabei? Sind Regelungen wie in Deutschland mit Untersuchungspflicht ab 50 zielführend(er)?

Auch die Bedeutung von Belastung/Beanspruchung und Ermüdung/Erholung in diesem Kontext wurde hervorgehoben und die notwendige arbeitsmedizinische Beratung.

Ein grundlegendes Problem betriebsärztlicher Tätigkeit wurde mit den verkürzten Sätzen „es gibt mich (?)“ und „wie kommt man rein?“ subsummiert. Dies bedeutet, dass der Widerspruch zwischen selbst wahrgenommenem Arbeitspensum und „Unsichtbarkeit“ bei den Beschäftigten manche KollegIn frustriert. Der Aufbau von Netzwerken und die professionelle institutionalisierte Kontaktpflege innerhalb des Hauses (Hygiene, SFK, Betriebsrat/Personalvertretung, Kollegiale Führung, Sonstige) könnten hier eventuell Verbesserung herbeiführen. Das Reizvolle des Workshops ist das Zusammentreffen von KollegInnen aus unterschiedlichsten Bereichen mit entsprechend unterschiedlichen Erfahrungen. Auch die Strukturen der Häuser (verschiedene Rechtsträger und Größe, Pflegeheime, Schulen etc.) erfordern differenzierte Herangehensweisen. So bietet sich für jede/n TeilnehmerIn die Möglichkeit, andere Dinge „mitzunehmen“, einzubringen oder auch nur andere Ansichten und Wahrnehmungen zur Kenntnis zu nehmen. Oder wie Rainer Müller es im unnachahmlichen soziologischen Jargon ausdrückte. „Hier ist so viel Kompetenz im Raum.“

Später setzte sich geplanterweise – der schon im letzten Jahr eingeforderte – „Organisationsprozess“ durch:

**Halbjährliche Treffen
und elektronische
Vernetzung zum
Erfahrungsaustausch**

Was kann und soll ein Workshop für ArbeitsmedizinerInnen im Krankenhaus leisten?

Was erwarte ich mir als TeilnehmerIn?

Welche Ressourcen kann und will ich als Teilnehmende/r beibringen?

Wie könnte ein Netzwerk aussehen, wie das „Netzwerken“ gelingen?

Naturgemäß gestaltete sich Basisdemokratie schwierig und die Erkenntnis reifte, dass auch moderne Elektronik nicht den persönlichen Kontakt ersetzen kann und soll (aber auch nicht umgekehrt).

Schließlich erschien den Teilnehmenden ein Mittelweg als gangbar:

- Konkrete arbeitsmedizinische Themen aus dem KH-Bereich bei persönlichen Treffen in halbjährigen Abständen
- Elektronische Vernetzung dazwischen, um „im geschützten Raum“ allen TeilnehmerInnen die Möglichkeit zu geben, jederzeit alles fragen und/oder Fragen beantworten zu können

Inzwischen ist dieser Raum tatsächlich noch sehr „geschützt“ (und daher auch in der Lage, weitere DiskutantInnen aufzunehmen), nichtsdestotrotz sehr rege.

Vereinbarungsgemäß bleibt das eher dilettantisch* aufgebaute Netz (E-Mail an alle und retour) bestehen, bis sich entweder seine Wiederauflösung oder seine Professionalisierung ergibt.

Für das Jahr 2011 wurde ein Treffen rund um die „Linzer Lunge“ (WS Lunge, Umwelt, Arbeitsmedizin am 4. und 5. 3. in Linz) vereinbart, mit einem Schwerpunkt „Arbeitsstoffe im Krankenhaus“, und ein weiteres für die nächste Jahrestagung (diesmal erst vom 3.–5. 11. 2011!) mit dem Schwerpunkt Mutterschutz.

Falls KollegInnen noch Lust an der Teilnahme im elektronischen Netzwerk haben, bitte melden:

brigitte.schigutt@aon.at

*) Wikipedia: Ein **Dilettant** (*ital. dilettare* aus *lat. delectare* „sich erfreuen“) ist ein Nicht-Fachmann, *Amateur* oder Laie. Der Dilettant übt eine Sache um ihrer selbst Willen aus, also aus privatem Interesse oder zum Vergnügen. Dabei mag er durchaus vollendete Kenntnisse und Fähigkeiten erlangt haben. Solange er aber die Tätigkeit nicht professionell ausübt, um also seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, oder eine entsprechende, anerkannte Ausbildung absolviert hat, gilt er als Dilettant. (Anm. BS: Für eine Dilettantin gilt sinngemäß dasselbe).

CHRISTINE
KALLENBERG
STELLVERTRETENDE
LANDESVORSITZEN-
DE WÜRTTEMBERG
VDBW
VETTER-PHARMA-
FERTIGUNG
SCHÜTZEN-
STRASSE 87
88212 RAVENSBURG
CHRISTINE.KALLEN-
BERG@VDBW.DE

**Erfolgreiche Wiederein-
gliederung erfordert
geeignete Rahmen-
bedingungen**

**BEM in Betriebsverein-
barung verankert**

Integrationsteam

WAS HEISST HIER BEM? BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGS- MANAGEMENT IN DEUTSCHLAND

Erfahrungen aus der Sicht der Arbeitsmedizin

Als Arbeitsmedizinerin und Betriebsarzt kennen Sie die anspruchsvolle Aufgabe, Beschäftigte nach längerer Erkrankung am Arbeitsplatz wiederenzugliedern. Um diesen Prozess professionell im Unternehmen zu etablieren, sind Rahmenbedingungen erforderlich, die eine erfolgreiche Wiedereingliederung ermöglichen.

Im Jahr 2004 wurden in Deutschland die Vorschriften zur Prävention im Sozialgesetzbuch (SGB) IX § 84 erweitert und das Betriebliche Eingliederungsmanagement – genannt BEM – eingeführt. Sein Ziel ist es, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz des betroffenen Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin zu erhalten.

SGB IX § 84 (2)

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich wird der Arbeitsmedizinische Dienst hinzugezogen.

Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen.

Eine wichtige Rolle im Prozess spielt das Integrationsteam, dessen Mitglieder verschiedene Aufgaben übernehmen. Darin vertreten sind Personalabteilung, Betriebs-

rat, Schwerbehindertenvertretung, Arbeitsmedizin und gegebenenfalls weitere Vertretungen. Das Integrationsteam tagt regelmäßig, setzt Maßnahmen um und überprüft sie auf ihre Wirksamkeit.

Der folgende Projektablauf hat sich bewährt, wenn ein Unternehmen den Prozess BEM einführen möchte:

1. Geschäftsleitung/Personalabteilung/
Betriebsrat
Soll das System eingeführt werden? ja
2. Erste Information an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
3. Personelle Besetzung des Integrations-
teams
4. Zweite Information an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Prozessab-
lauf
5. START
6. Schulung des Integrationsteams
7. Integrationsteam tagt regelmäßig,
zeitlicher Abstand nach Aufwand
8. Erstes Resümee nach einem Jahr

In vielen Unternehmen in Deutschland wurde eine Betriebsvereinbarung erarbeitet und von der Geschäftsführung und vom Betriebsrat unterzeichnet. Darin werden die Einzelheiten der betrieblichen Umsetzung geregelt und eine betrieblich angepasste Vorgehensweise ermöglicht.

In ihren Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (1) haben die Integrationsämter Köln und Münster bereits 2005 folgende Prozesskette publiziert (siehe Abbildung 1).

Wir können die Relevanz des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aus verschiedenen Blickwinkeln sehen:

1. Relevanz des BEM für die Unternehmerin/den Unternehmer

Es geht um die Wiedereingliederung und Weiterbeschäftigung von bewährten, qualifizierten, häufig langjährig beschäftigten Leistungsträgerinnen

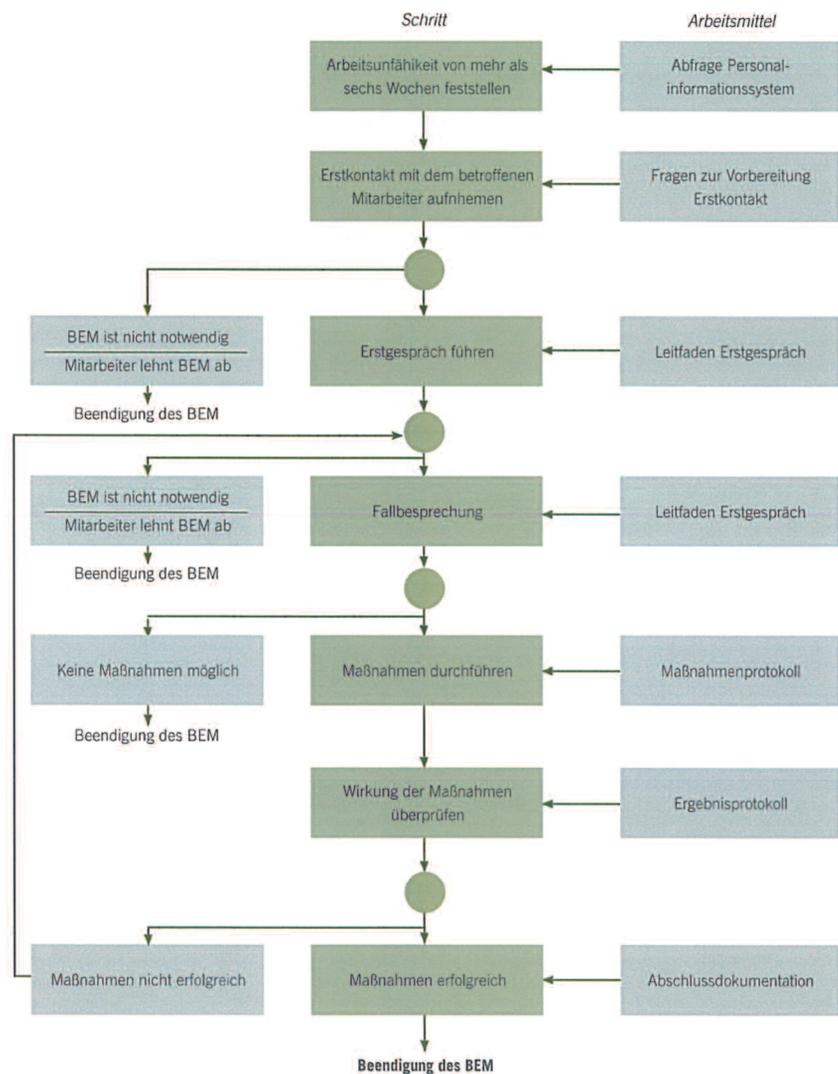


Abb. 1: Die Prozesskette. Der Verfahrensablauf im Überblick

BEM als Kompensationsmechanismus gegen den steigenden Mangel an qualifizierten Fachkräften

Erhalt der wirtschaftlichen und sozialen Existenz

und Leistungsträgern. BEM ist ein Kompensationsmechanismus gegenüber dem zunehmenden Mangel an qualifizierten Fachkräften infolge des demografischen Wandels. Das Unternehmen zeigt seine soziale Verantwortung und Unternehmenskultur für den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin erfahrbar in einer persönlich schwierigen Zeit. Krankheitskosten werden reduziert durch möglichst frühzeitige Rückführung in den Arbeitsprozess. Last not least können rechtliche Aspekte eine Rolle spielen, denn ohne die Implementierung und das Angebot eines Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements ist durch den Arbeitgeber eine Kündigung aus gesundheitlichen Gründen vor dem Arbeitsgericht nicht Erfolg versprechend.

2. Relevanz des BEM für die oder den Beschäftigten

Für die Beschäftigten geht es um den Erhalt des Arbeitsplatzes und die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz und des erreichten Lebensstandards.

Außerdem bedeutet das Wiedereinsteigen nach längerer oder schwerer Krankheit an den alten Arbeitsplatz den Erhalt eines wesentlichen Teils der sozialen Existenz.

3. Relevanz des BEM für die Träger der Sozial- und Krankenversicherung

Sie profitieren durch die rasche gesundheitliche Wiederherstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und vom dauerhaften Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit möglichst bis Eintritt des gesetzlichen Rentenalters. Damit wird Erwerbsunfähigkeit vermieden und die Kosten für Therapie und Krankengeld werden reduziert.

Folgende Informationsquellen für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (2) stehen innerhalb des betrieblichen Geschehens zur Verfügung:

- aktuelle betriebliche Daten über Arbeitsunfähigkeitsdauer und -häufigkeit durch die Personalverantwortlichen,
- Informationen über Veränderungen im Leistungs- und Sozialverhalten durch

direkte Vorgesetzte oder Arbeitnehmervertretung,

- Mitteilung des Rehabilitationsträgers an die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber über die Genehmigung einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme,
- Anfragen und Hinweise der Krankenkasse oder des MDK an die behandelnde Ärztin oder den Arzt, an Arbeitsmedizin oder Unternehmerin/Unternehmer,
- Empfehlungen der Rehabilitationsklinik zum Leistungsvermögen im Reha-Abschlussbericht,
- Atteste und Verordnungen der behandelnden Haus- oder Fachärztinnen und -ärzte,
- Verordnungen über eine stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell.

Wenn wir Informationen zum Umsetzungsstand des BEM in Deutschland suchen, stoßen wir auf die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Jahr 2008 in Auftrag gegebene Studie zur Umsetzung des BEM von Frau Prof. Niehaus (3).

An der bundesweiten Onlinebefragung zur betrieblichen Prävention und Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements haben 630 Personen teilgenommen, erwartungsgemäß zum größten Teil (68 %) aus Großbetrieben.

Ein ähnliches Bild ergibt sich in der Befragung in der Zeitschrift ZB Behinderte Menschen im Beruf.

Die Expertinnen und Experten in den Intensivinterviews berichten sowohl aus Großunternehmen wie auch aus Mittel- und Kleinbetrieben.

Auswertbar sind unter anderem die Angaben aus den Unternehmen mit erfolgreicher versus erfolgloser Wiedereingliederung, um gute Lösungen für die Betroffenen wie das Unternehmen herauszukristallisieren.

Erfolgsfaktoren für eine gelungene berufliche Wiedereingliederung sind in dieser Studie der vertrauliche Umgang mit Daten, eine gelebte Präventionskultur und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, eine vertrauensvolle Unternehmenskultur, Kooperationen und Unterstützungsnetzwerke, konkrete betriebliche Integrationsmaßnahmen und externe Unterstützung z. B. durch Integrationsamt, Krankenkasse und Berufsgenossenschaften.

Die Integrationsämter haben eine BIH Online Akademie gegründet, die neben zahlreichen Praxisbeispielen in ihrer Bibliothek Möglichkeiten zur Beratung und zur Diskussion bietet.

Bei der Lektüre der zahlreichen Erfahrungsberichte gefiel mir die Präsentation der Stadt Bochum besonders gut, da sie mit meinen eigenen langjährigen Erfahrungen im Umgang mit BEM korrespondierte.

In der Stadt Bochum wurde 2005/2006 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, aus der sich das Integrationsteam und die Einrichtung einer Clearance-Stelle entwickelten. Nach Etablierung des Verfahrens wurde im Jahr 2006 das BEM gestartet und die Ergebnisse in einer Präsentation aus dem Jahr 2008 festgehalten.

Dort wurden drei Hauptgruppen betroffener MitarbeiterInnen klassifiziert:

1. Erkrankte, die langzeitkrank oder mehrfach erkrankt waren, z. B. nach schwerem Unfall, schwerer Krankheit, schwerem sozialem Problem, oft erstmalig längerer Ausfall (ca. 65 %)
2. Erkrankte mit schweren und/oder chronischen Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen mit psychischer Komponente, Erkrankte mit mehreren Ärztinnen und Ärzten, PsychotherapeutInnen und BehandlerInnen (ca. 25 %)
3. Erkrankte mit medizinisch und/oder psychosozial unklarem Hintergrund und nicht immer nachvollziehbarer Krankengeschichte (ca. 10 %)

Generell hat sich in den Gesprächen als wichtig erwiesen,

1. dass die Betroffenen beim Erstkontakt Vertrauen fassen und ihnen glaubwürdig deutlich gemacht wird, dass BEM eine Hilfe für sie ist und kein zusätzlicher Druck;
2. dass die Betroffenen nicht von Instanz zu Instanz geschickt werden;
3. dass konkrete Lösungen mit den Betroffenen und Vorgesetzten besprochen, entwickelt und erprobt werden;
4. dass auf vorsichtige, aber deutliche Art Klartext gesprochen wird und die Betroffenen ihre Situation realistisch sehen und sich offensiv damit auseinandersetzen.

Auslöser für BEM sind oft:

1. Druck in den Ämtern und Dienststellen wegen Budgetierung, weniger Tole-

**Hohe Präsenz der
Arbeitsmedizin hilft**

**Psychische Krankheit
bzw. Probleme spielen
zunehmende Rolle**

**Erstmalig wird kontinu-
ierlich, systematisch
und koordiniert mit
Kranken und Krankheit
umgegangen**

**Zusammenarbeit mit
externen Stellen ist
wichtig**

ranz und Verständnis gegenüber früher geduldeten „Sozialfällen“

2. Weniger Verständnis für Beschäftigte mit schwierigem sozialem Hintergrund oder nicht normgerechter Arbeitseinstellung
3. Einstellung beim Vorgesetzten: „Jetzt gibt es ja das BEM, da kann ich die Sache delegieren“
4. Unterentwickelte Kultur beim Thema Fehlzeiten und hinsichtlich Kommunikation allgemein (wer sollte wann mit wem reden)

Das Fazit aus Bochum lautete:

Die praktischen Probleme und Schwerpunkte liegen ganz woanders, als bei der Erstellung des Konzeptes vor einem Jahr gedacht. Psychische Krankheit bzw. schwere psychische Probleme spielen beim BEM eine zunehmende Rolle (etwa 25 % der BEM-Fälle sind in psychotherapeutischer Behandlung). BEM ist eine Chance und bewirkt einen langsamen, aber spürbaren Veränderungsprozess. BEM kann bewirken, dass Krankheit ganzheitlich gesehen wird.

Erstmalig wird kontinuierlich, systematisch und koordiniert mit Kranken und mit Krankheit umgegangen, ohne dass es dabei um eine Erhöhung des Druckes auf sie geht.

Viele BEM-Betroffene wollen kurzfristig die Stelle wechseln, weil sie glauben, so besser mit ihrer Arbeit zurechtzukommen (viele Wünsche, wenig Tauschmöglichkeiten).

BEM soll zunächst helfen, den jetzigen Arbeitsplatz zu behalten.

Im BEM-Prozess muss den Beschäftigten klargemacht werden: Bei einem Stellenwechsel ist der Erhalt des finanziellen Ist-Zustandes oft nicht möglich, besonders bei höher Besoldeten erzeugt dies oft Probleme.

Der BEM-Prozess ist bei geringer Qualifizierten besonders schwierig, weil es in ihrem Bereich oft wenig Beeinflussungsmöglichkeiten und Alternativstellen gibt.

Persönliche Zusammenarbeit mit externen Stellen ist wichtig, um erfolgreich zu sein.

Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte hat unter seinen Mitgliedern im Jahr 2010 eine Umfrage zur Umsetzung des BEM und der Rolle der Arbeitsmediziner und Arbeitsmedizinerinnen

durchgeführt. Noch ist die Befragung nicht ausgewertet, die Ergebnisse werden mit Spannung erwartet. Der Verband engagiert sich seit Jahren zum Thema BEM und hat unter Federführung seines Vizepräsidenten Detlef Glomm zahlreiche Arbeitsmaterialien und Leitfäden zum Thema Wiedereingliederung entwickelt, die von der Homepage des Verbandes unter www.vdbw.de abrufbar sind.

Nach den bisherigen Erfahrungen gelingt die Umsetzung des BEM in mittleren und Großbetrieben besser als in Kleinbetrieben. Eine hohe Präsenz der Arbeitsmedizin hilft bei der erfolgreichen Umsetzung. In einigen Betrieben fungiert die Arbeitsmedizin als Case Manager und steuert den Prozess. Sie erhält dabei Unterstützung von der Gesundheits- und Sozialberatung.

Es zeigt sich, dass das BEM innerhalb des Betrieblichen Gesundheitsmanagements neben den Unterstützungsnetzwerken im Betrieb eine wichtige Rolle spielt und die Unternehmen mit zunehmend professionellen Kommunikationsstrukturen auch schwierige BEM-Aufgaben im Team lösen lernen.

Literatur

- (1) Handlungsempfehlungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (Hrsg.): Landschaftsverband Rheinland Integrationsamt Köln und Landschaftsverband Westfalen-Lippe Integrationsamt Münster 2005.
- (2) Eingliederungs- und Disabilitymanagement: Kompaktkurs für Betriebsärzte zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Dresden 2008, Detlef Glomm Vizepräsident des VDBW.
- (3) Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Auftraggeber Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008, Projektleitung: Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus.
- (4) BIH Online Akademie der Integrationsämter 2010, Bibliothek Präsentation Stadt Bochum.

Dr. Christine Kallenberg
Ärztin für Arbeitsmedizin
Stellvertretende Landesvorsitzende
Baden-Württemberg des VDBW

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Österr. Gesellschaft für Arbeitsmedizin, AMD Linz
Kaplanhofstraße 1, A-4020 Linz

Redaktion:

DI Alexander Pilger (Chefredakteur)
Doz. Dr. Robert Winker (Stv. Chefredakteur)
Dr. Silvia Lee

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