Österreichisches Forum

Arbeitsmedizin

Arbeitswelt und psychische Erkrankungen

02/07

Inhalt

Editorial 3
W. Osterode

Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft – Problembeschreibung und Handlungsoptionen für die Arbeitsmedizin 4
A. Weber

Die AUVA informiert

Entwicklung der Arbeitsunfälle in Österreich 18
B. Mayer

Seminare der AUVA 23

Die Arbeitsinspektion informiert

Europäisches Jahr der Chancengleichheit für alle 2007 31
Folder zu Mutterschutzbestimmungen in anderen Sprachen 32
Schwerpunkt der Arbeitsinspektion zu „Alter(n)sgerechtem Arbeiten", 2007–2008 32
Spezifische Ergebnisse der zweiten Schwerpunktaktion in Alten- und Pflegeheimen 32
E. Huber

Kongresse und Tagungen 34

Aus der Abteilung für Arbeitsmedizin an der Medizinischen Universität Wien

Medizinische Aspekte betrieblicher Gesundheitsförderung 35
H. W. Rüdiger

Titelbild: Alexander Pilger

Wolf Osterode

Still alive

Die Arbeitsmedizin an der Universitätsklinik für Innere Medizin II der Medizinischen Universität Wien

Rückwirkend seit dem 1.1.2007 gibt es die Klinische Abteilung für Arbeitsmedizin im Zuge der Neustrukturierung der Medizinischen Universität Wien nicht mehr. In der PRESSEMAPPE (13.2.2007) der MedUni Wien findet man, dass sie jetzt mit ihrer „Expertise" an der Universitätsklinik für Innere Medizin II angesiedelt ist:

> „Die Universitätsklinik für Innere Medizin II stellt eine **organbezogene** Klinik mit dem Schwerpunkt Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen dar und wird um die Expertise der Arbeitsmedizin ergänzt. Die Arbeitsmedizin wird nicht mehr als bettenführende Klinische Abteilung, sondern – bei Erhalt ihres Leistungsspektrums – als ambulanter Sektor mit Belegbetten betrieben werden."

Von ihrem Selbstverständnis ist die Arbeitsmedizin kein organbezogenes Fach und ihre „Expertise" wird weiterhin schwerpunktmäßig in der Prävention liegen, die von einem „ganzheitlichen" Ansatz der personen-/patientenbezogenen Betrachtungsweise ausgeht.

Die Arbeitsmedizinischen Ambulanzen am AKH werden an der Medizinischen Universität Wien für Innere Medizin II zu finden sein, in denselben Räumlichkeiten und mit denselben Telefonnummern. Die einzige Telefonnummer, die sich ab 1. Oktober 2007 voraussichtlich ändern wird, ist die von Prof. Rüdiger, der dann emeritiert sein wird.

Prof. Dr. H.-W. Rüdiger war dann seit dem 1. Juni 1992 der einzige Ordinarius für Arbeitsmedizin in Österreich. Die seit damals eingeführten und inzwischen etablierten Einrichtungen, wie regelmäßige, wöchentlich stattfindende Journal-Clubs, wissenschaftliche Abende, die praxisnah zu aktuellen arbeitsmedizinischen Themen etwa 4- bis 5-mal im Semester stattfinden, das Wiener Forum Arbeitsmedizin, das seit zehn Jahren einmal jährlich im Alten Rathaus in Wien organisiert wurde, sind Belege für die Aktivitäten der Arbeitsmedizin in Österreich, die im Wesentlichen von Prof. Rüdiger initiiert wurden. Unter anderem war es auch ein Ziel dieser Aktivitäten, ein Gesprächsforum und eine Kooperationsbasis mit Arbeitsmedizinern und den praktizierenden Betriebsärzten zu schaffen, um so unkomplizierter aufeinander zugehen zu können und praxisbezogene und vielleicht zu sehr universitär ausgerichtete Fragen und Problemstellungen annähern zu können. Unter diesem Aspekt ist auch unsere Initiative zu sehen, dass in regelmäßigen Abständen (cum granum salis) Betriebsbesichtigungen durchgeführt werden. Der Kontakt mit den Betriebsärzten war und ist unserer Abteilung stets eine Herausforderung und Anliegen, wie auch dadurch entstandene gemeinsame wissenschaftliche Projekte gezeigt haben. Auch für arbeitsmedizinische Ad-hoc-Anfragen werden wir selbstverständlich weiterhin bereitstehen. Womit der ‚Link' zu den **nicht** geänderten Telefonnummern – trotz geändertem offiziellen Namen der Arbeitsmedizin – wieder hergestellt ist.

Wertet man den Rückgang der klassischen Arbeitsbelastungen durch toxische Stoffe in Betrieben als einen Erfolg der Arbeitsmedizin, so wird in Zukunft ein größeres Augenmerk auf psychoemotionale Belastungen am Arbeitsplatz zu richten sein. Diesem Thema widmet sich der erste Artikel von Herrn Prof. Weber in dieser Ausgabe des ÖFAM, während der Beitrag von Prof. Rüdiger grundsatzmäßig die medizinischen Aspekte der Arbeitsmedizin formuliert, warum ich auch nicht näher auf die „Expertise" der Arbeitsmedizin einzugehen brauchte.

Andreas Weber
Facharzt für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin – Umweltmedizin
Wissenschaftlicher Geschäftsführer Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR GmbH)
Sürther Str. 171
D-50999 Köln
weber@iqpr.de

Frauen sind nahezu doppelt so häufig betroffen wie Männer

Psychische Erkrankungen im Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft – Problembeschreibung und Handlungsoptionen für die Arbeitsmedizin

Psychische Erkrankungen – die Epidemie des 21. Jahrhunderts?

Nach den Aufsehen erregenden Ergebnissen einer Umfrage des Gallup-Institutes aus dem Jahre 2006 arbeiten lediglich 13 % der deutschen Erwerbstätigen noch engagiert, 68 % leisten Dienst nach Vorschrift, 19 % haben bereits innerlich gekündigt. Auch in anderen hoch entwickelten Staaten der westlichen Welt ist die emotionale Bindung der Beschäftigten an ihre Arbeit bzw. ihren Arbeitgeber seit Jahren ähnlich schlecht. Würde man in einer großstädtischen Fußgängerzone berufstätige Menschen zu ihrer Arbeit befragen, wären folgende spontane „O-Töne“ häufig vertreten: „Ich bin permanent im Stress, ... total ausgebrannt, ... mein Akku ist leer ..., ich fühle mich ständig überfordert ..., am liebsten möchte ich alles hinschmeißen! ...“ Wie sind derartige Umfragewerte bzw. arbeitsbezogene Statements zu bewerten? Spiegeln sie lediglich den Zeitgeist einer modernen „24/7-Stand-by-Gesellschaft“ wider, sind sie vielleicht Ausreden „übersensibler“, freizeitorientierter Leistungsverweigerer oder aber ernst zu nehmende Hinweise auf eine beeinträchtigte psychische Gesundheit bzw. abklärungsbedürftige Symptome einer psychischen Erkrankung? [38]

Psychische und Verhaltensstörungen im Sinne der Diagnosegruppe F-ICD 10 sind komplexe, multifaktorielle Erkrankungen, deren Manifestationen auf der Ebene der Neurobiologie, der Kognition, der Affekte sowie des motorischen und sozialen Verhaltens erfolgen können. Bei Bezugnahme auf die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys aus 1998/99 wird nahezu jeder zweite Deutsche im Laufe seines Lebens wenigstens einmal an einer psychischen Gesundheitsstörung erkranken, jeder dritte wird aus diesem Grunde mindestens einmal professionelle Hilfe in Anspruch nehmen [1, 33, 41]. In Deutschland wurde die Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Erkrankungen noch bis in die 1990er Jahre unterschätzt. Nach den aus dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Teil des Bundes-Gesundheits-Surveys 1998/99) gewonnenen Erkenntnissen zur 12-Monats-Prävalenz sind Angst- (14,5 %), affektive (11,9 %), somatoforme (11 %) und Schmerzstörungen (8,1 %) die häufigsten psychischen Erkrankungen unter deutschen Erwachsenen (18- bis 65-Jährige). Frauen sind bei allen Störungsbildern nahezu doppelt so häufig betroffen wie Männer. Bezüglich der Einzelheiten darf auf *Tabelle 1* verwiesen werden [12, 27]. Innerhalb der erwachsenen (18- bis 65-Jährige) EU-Bevölkerung beträgt nach einer neueren Metaanalyse

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland

	Gesamt	Frauen	Männer
Angststörungen	14,5 %	19,8 %	9,2 %
Affektive Störungen	11,9 %	15,4 %	8,5 %
Somatoforme Störungen	11,0 %	15,0 %	7,1 %
Schmerzstörung	18,1 %	11,4 %	4,9 %

[aus Bundes-Gesundheitssurvey – 1998/99, Zusatzsurvey„Psychische Störungen“ Allgemeinbevölkerung – 18–65 Jahre – n = 4.181, modifiziert nach Jacobi et al. 2004]

Weltweit ca. 450 Millionen Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen

Zunehmende Bedeutung depressiver Störungen

Neben biologischen und genetischen Faktoren, die Gesundheitsstörungen verursachen, werden vermehrt Stressoren aus Gesellschaft und Arbeitswelt diskutiert

von *Wittchen* und *Jacobi* (2005) die 12-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen ca. 27 %, wobei Angst-, affektive und somatoforme Störungen sowie Suchtleiden die häufigsten Erkrankungen darstellen [41]. Weltweit leiden nach Schätzungen der WHO etwa 450 Millionen Menschen an einer psychischen Gesundheitsstörung, davon ca. 120 Millionen an einer Depression. In den Industrienationen kommt depressiven Störungen als Ursache einer eingeschränkten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie krankheitsbedingter Fehlzeiten und eines vorzeitigen Berufsausstieges (Disability) wachsende Bedeutung zu. Darüber hinaus finden depressive Störungen auch als Begleiterkrankungen (Komorbidität) bei primär organischen Leiden (z. B. ischämische Herzerkrankungen, Diabetes mellitus) mit Prävalenzraten von bis zu 70 % in Forschung und Praxis zunehmende Beachtung. Die „Burden of Illness Study" von WHO und Weltbank geht davon aus, dass Depressionen im Jahre 2020 weltweit den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen einnehmen werden [27, 38].

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen somit schon allein wegen ihrer Häufigkeit heute für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen eine Herausforderung dar. Dies betrifft die Prävention ebenso wie Intervention/Versorgung (Case- und Disease-Management), Begutachtung, Rehabilitation (Disability Management) sowie Reintegration/Teilhabe an Arbeitsleben und Gesellschaft. Dabei kommt insbesondere nichtpsychotischen, psychosomatischen Leiden (F30–48) mit initial stabiler Erwerbsbiografie (z. B. depressiven Störungen, Burnout [Erschöpfungssyndrome], Angsterkrankungen, Belastungsreaktionen und somatoformen Störungen) erhebliche sozial- und arbeitsmedizinische sowie gesundheitsökonomische Relevanz zu [1, 22, 27, 33]. Hinsichtlich möglicher Risiken für die Entstehung und Manifestation derartiger Gesundheitsstörungen werden neben biologischen/genetischen Faktoren in letzter Zeit vermehrt auch Stressoren aus Gesellschaft und Arbeitswelt diskutiert. Eine wesentliche Rolle wird dabei neben gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen (z. B. Primat der Ökonomie, anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit, diskontinuierliche Erwerbskarrieren), schwierigen individuellen Lebenslagen (z. B. schwere körperliche Erkrankungen, pflegebedürftige Angehörige, Scheitern/Instabilität von Beziehungen) insbesondere psychosozialen Belastungen im Beruf (u. a. chronischer Stress bei defizitärer sozialer Unterstützung, Arbeitsverdichtung, Betriebsklima, Konflikte, fehlende soziale Kompetenz von Führungskräften, ständige Erreichbarkeit, gestörte Work-Life-Balance) zugeschrieben [25, 26, 35]. Neuere methodisch valide Längsschnittuntersuchungen legen einen Zusammenhang zwischen negativem chronischem beruflichen Stress und dem Auftreten psychischer Störungen, insbesondere depressiver Erkrankungen, nahe [23, 26, 28, 29, 40]. Unabhängig von der Klärung möglicher Ursachen richtet sich das öffentliche Interesse derzeit vor allem auch auf potenzielle *soziale Folgen* psychischer und psychosomatischer Erkrankungen wie krankheitsbedingte Fehlzeiten, Verlust des Arbeitsplatzes mit sozialem Abstieg (Arbeitslosengeld II-/Sozialhilfebezug) oder Frühberentung (weit vor Erreichen gesetzlicher Altersgrenzen) mit erheblichen Konsequenzen für die Volkswirtschaft (hohe Belastungen der Sozialsysteme) und das Individuum (eingeschränkte finanzielle Ressourcen). Finanznot, Verschuldung, Zerbrechen von Familien/Partnerschaften, Suchtentwicklung und vorzeitiger Tod durch Suizid oder Begleiterkrankungen sind in dieser „Abwärtsspirale" gewissermaßen die „Endstrecke" [2, 38]. Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren auf die sozial- und arbeitsmedizinisch wesentlichen Aspekte psychischer Erkrankungen wie *Krankenstand, Frühinvalidität*, *berufliche psychosoziale Belastungen* und mögliche *Handlungsoptionen,* bei denen auch arbeitsmedizinische Kompetenz gefragt ist.

Krankenstand und psychische Erkrankungen

Entgegen dem allgemeinen Trend eines sinkenden Krankenstandes ist in Deutschland seit etwa einem Jahrzehnt in allen Kassenarten ein kontinuierlicher Anstieg an Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) infolge psychischer Erkrankungen (Diagnosegruppe F-ICD 10) zu verzeich-

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen ist steigend

nen, der sich seit 2004 auf einem konstanten Niveau einzupendeln scheint (siehe hierzu auch *Abbildung 1)*. So nahm der Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1997 und 2006 von 4,2 % auf 3,3 % ab (jeweils Jahresdurchschnittswerte), während im gleichen Zeitraum z. B. bei berufstätigen Versicherten der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen um 70 % zunahmen [1, 4, 7, 27]. Unter dem Begriff Krankenstand ist in diesem Zusammenhang der Anteil der kranken Beschäftigten an allen Beschäftigten an einem Stichtag zu verstehen. Die Anzahl der AU-Tage (bezogen auf Versichertenjahre) gibt an, wie viele Kalendertage ein durchschnittliches Krankenkassenmitglied arbeitsunfähig erkrankt war [17]. Bei allen großen gesetzlichen Krankenkassen hat der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitunfähigkeitstagen berufstätiger Versicherter zugenommen, wobei er kassenunabhängig zum einen bei Frauen höher als bei Männern, zum anderen bei Arbeitslosen höher als bei Berufstätigen ist. Darüber hinaus bedingen derartige Leiden in der Regel auch eine mehrwöchige Dauer von Arbeitsunfähigkeit. Die Verteilung der Diagnosegruppen (nach ICD 10) unter den zu Arbeitsunfähigkeit führenden psychischen Gesundheitsstörungen wird in *Abbildung 2* anhand der Versicher-

Affektive und neurotische Störungen sind dominant

Krankenstand – GKV – Bund – Jahresdurchschnitt in %

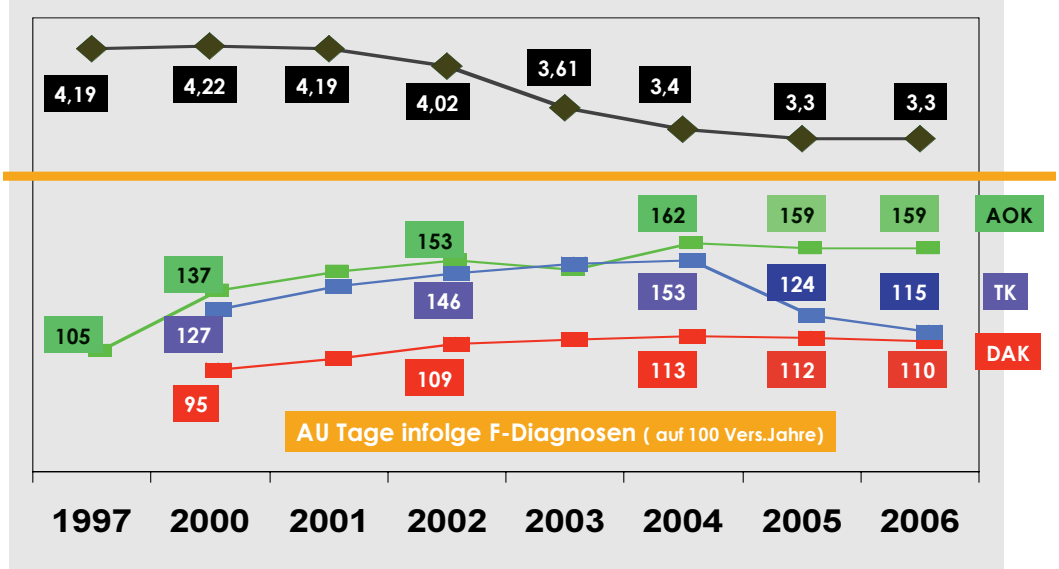


Abb. 1: Krankenstand und psychische Erkrankungen in Deutschland

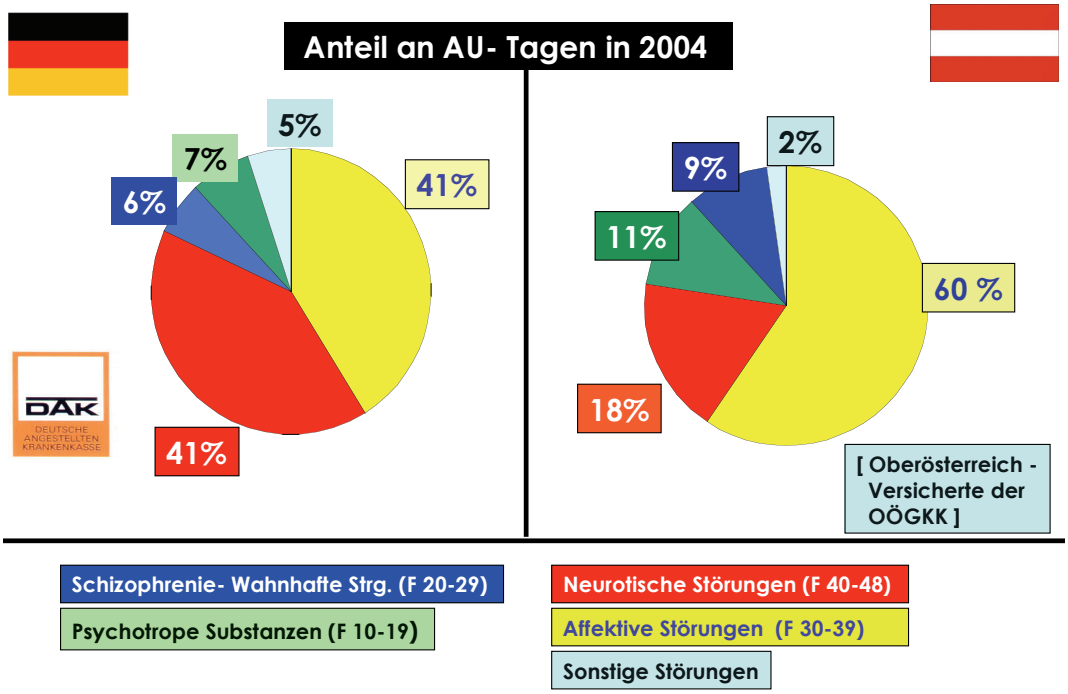


Abb. 2: Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen – Diagnosegruppen

Erkrankungen, die mit wiederholten und längeren Fehlzeiten assoziiert sind, führen zum vorzeitigen Berufsausstieg

Überdurchschnittlich hohe Ausfälle im Gesundheits- und Sozialwesen, in öffentlichen Verwaltungen, bei Organisationen, Verbänden, Versicherungen, Banken sowie im Bildungs-, Kultur- und Medienbereich

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stehen in Deutschland an erster Stelle bei Frühberentungen

ten der Deutschen Angestellten Krankenkasse den Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für das Jahr 2004 gegenübergestellt. Das Morbiditätsspektrum wird demnach in beiden Ländern von affektiven (F30–39) und neurotischen Störungen (F40–48) beherrscht, wobei die Prävalenz neurotischer Störungen unter deutschen Versicherten mehr als doppelt so hoch war, während in Oberösterreich affektive Störungen deutlich häufiger als AU-Diagnose dokumentiert wurden [5, 7, 38]. Bezogen auf die Berufstätigkeit bzw. die verschiedenen Branchen finden sich auf der Grundlage der Gesundheitsberichte verschiedener deutscher Krankenkassen überdurchschnittlich viele AU-Tage wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen *im Gesundheits- und Sozialwesen, in öffentlichen Verwaltungen, bei Organisationen, Verbänden, Versicherungen, Banken sowie im Bildungs-, Kultur- und Medienbereich* [27, 38]. Interessant ist in diesem Kontext auch eine Studie des MdK Sachsen-Anhalt. Hier wurden 4.069 Arbeitsunfähigkeitsbegutachtungen bei psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen), die im Zeitraum von 2001–2003 durchgeführt wurden, einer sozialmedizinischen Evaluation unterzogen. 36,7 % der Fälle betrafen affektive Störungen. Das Intervall zwischen erstmaliger Attestierung von Arbeitsunfähigkeit, die in 63 % der Fälle durch Hausärzte erfolgte, und Begutachtung betrug im Median 119 Tage. 97 % der Erkrankten waren zum Zeitpunkt der AU-Begutachtung nicht stationär behandelt worden. In 13,3 % der Fälle hielten die MdK-Gutachter Arbeitsfähigkeit für gegeben, bei 40 % sahen sie dagegen eine erhebliche Gefährdung oder bereits bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit [13]. Somit verwundert es nicht, dass Erkrankungen, die zu wiederholten und längeren krankheitsbedingten Fehlzeiten führen, im Weiteren auch einen vorzeitigen Berufsausstieg bedingen und somit eine führende Rolle im Prozess der Frühinvalidisierung spielen.

Frühinvalidität und psychische Erkrankungen

Der Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen an der krankheitsbedingten Frühinvalidität in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) hat im letzten Jahrzehnt kontinuierlich zugenommen, wobei die relative Häufigkeit derartiger Gesundheitsstörungen bei Frauen durchwegs (zwischen 9 und 13 Prozentpunkten) höher lag als bei Männern (siehe hierzu auch *Abbildung 3*) [8, 31, 38]. Nach der Rentenzugangsstatistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erfolgte im Jahr 2005 fast ein Drittel (32 %) der 163.960 Frühberentungen aufgrund des Vorliegens einer psychisch bedingten Erwerbsminderung. Im Morbiditätsspektrum der für eine Frühberentung wesentlichen Gesundheitsstörungen nahmen psychische und psychosomatische Erkran-

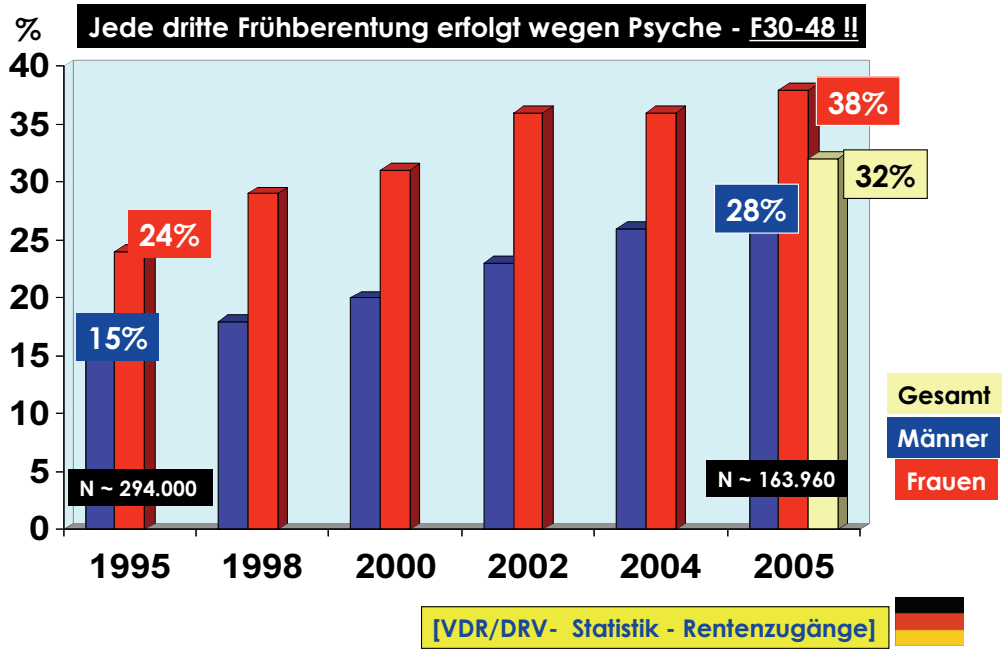


Abb. 3: Frühinvalidität wegen psychischer Erkrankungen (F-ICD 10)

Bei beamteten Lehrkräften geht krankheitsbedingte Dienstunfähigkeit besonders häufig auf psychische Gesundheitsstörungen zurück

Rund 50% der wegen psychischer Leiden Frühberenteten sind zwischen 40 und 50 Jahre alt

kungen damit den ersten Rangplatz ein. Psychisch Kranke schieden zudem fast 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze (im Regelfall das vollendete 65. Lebensjahr) bzw. fast 13 Jahre vor dem tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalter (derzeit: 60,4 Jahre) aus dem Erwerbsleben aus. Frauen waren zum Zeitpunkt der Frühberentung durchschnittlich 47,8 Jahre, Männer 47 Jahre alt. Der monatliche Rentenzahlbetrag liegt dabei im Bereich von 600,– bis 800,– Euro [8, 16, 38]. Bezüglich der Bedeutung psychischer Erkrankungen für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf ist die Situation in Österreich mit der deutschen annähernd zu vergleichen. Von den fast 31.000 Rentenneuzugängen in 2005 in Österreich erfolgten 24 % wegen einer psychischen Gesundheitsstörung. 1992 hatte dieser Anteil noch bei 13 % gelegen. Die relative Häufigkeit war in 2005 bei Frauen im Vergleich zu Männern um 11 Prozentpunkte höher. Rund 50 % der wegen psychischer Leiden Frühberenteten waren zwischen 40 und 50 Jahre alt. Im berentungsrelevanten Morbiditätsspektrum nahmen psychische Leiden in Österreich allerdings nach Muskel- und Skeletterkrankungen (34 %) erst den zweiten Rangplatz ein (siehe auch *Abbildung 4*) [11]. Sozial- und arbeitsmedizinisch bislang noch weniger beachtet, aber volkswirtschaftlich von erheblicher Problematik sind psychische und psychosomatische Erkrankungen darüber hinaus auch in der deutschen Beamtenversorgung. Die relative Häufigkeit einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit als Grund für einen Berufsausstieg vor Vollendung des 65. Lebensjahres ist zwar seit 2001, im Wesentlichen bedingt durch Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (Versorgungsabschläge, vermehrte Inanspruchnahme von Altersteilzeit), rückläufig [6]. So schieden im Jahr 2005 rund 8.600 Beamte in Deutschland aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Berufsleben aus, der Anteil psychischer Erkrankungen an diesen Frühpensionierungen hat aber (wie in der Rentenversicherung) zugenommen. Im Jahre 2000 lag einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit bei Beamten im öffentlichen Dienst in 39 % der Fälle eine psychische Erkrankung zugrunde, im Jahr 2003 dagegen bereits in 50 % der Fälle. Noch größer ist die Bedeutung im Frühpensionierungsgeschehen bei beamteten Lehrkräften: In dieser Berufsgruppe wurde eine krankheitsbedingte Dienstunfähigkeit im Jahr 2000 in 45 % der Fälle auf eine psychische Gesundheitsstörung zurückgeführt, im Jahr 2003 gaben dagegen schon fast zwei Drittel (65 %) wegen einer derartigen Erkrankung vorzeitig ihren Beruf auf. Auch im Bereich der Beamtenversorgung ist die Prävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern, dies gilt auch für Lehrkräfte, wobei wissenschaftliche Untersuchungen hier keine Abhängigkeit von Schularten oder ausgeübten Funktionen objektivieren konnten [6, 31, 37].

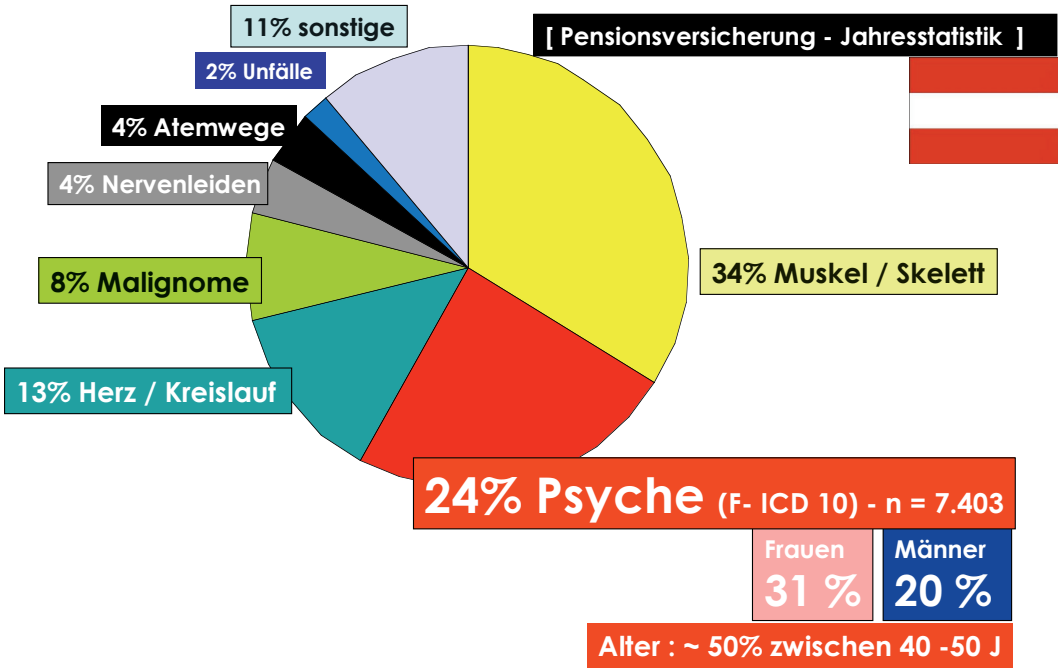


Abb. 4: Frühinvalidität in Österreich 2005 (n = 30.880)

Die moderne Arbeitswelt – ein Gesundheitsrisiko?

Ursachen sind nicht nur von akademischem Interesse

Bei den dargestellten erheblichen sozialmedizinischen und volkswirtschaftlichen Folgen sind mögliche Ursachen für die wachsende Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen nicht nur von akademischem Interesse. Hierzu liegen gegenwärtig mehrere Hypothesen vor, von denen drei der am häufigsten genannten – *Zunahme beruflicher psychosozialer Belastungen, Diagnostik-/Gesundheitsmarkt-Effekte, [Fehl-]Interpretation von Statistik* – im Folgenden diskutiert werden:

Zunahme beruflicher psychosozialer Belastungen

Mobbing – ein internationales, transkulturelles Phänomen

Während für Psychosomatiker, Psychotherapeuten und Psychiater mehrheitlich nach wie vor frühkindliche Konflikte, genetische und/oder biologische Einflussfaktoren in der Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen maßgeblich sind, messen immer mehr Sozial-/Arbeitsmediziner und Medizinsoziologen ungünstigen Lebensbedingungen (z. B. Arbeitslosigkeit) und/oder psychischen Belastungen der Arbeitswelt (z. B. chronischer Stress) in der Ätiopathogenese und Manifestation wesentliche Bedeutung zu [10, 21, 24, 33, 36]. Hinsichtlich arbeitsbezogener Gefährdungen der psychischen Gesundheit lassen sich *psychosoziale* von *psychomentalen Belastungen* abgrenzen. Psychosoziale Belastungen resultieren aus zwischenmenschlichen Beziehungen in der Arbeit („Schnittstelle Mensch – Mensch", z. B. Konflikte, Mobbing) und werden u. a. durch Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation, sozialen Kontext und gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst. Psychomentale Belastungen entstehen aus der Auseinandersetzung des Beschäftigten mit der Arbeitsaufgabe („Schnittstelle Mensch – Arbeit", z. B. Überforderung, Unterbrechungen) [20]. Neuere Befragungen von Erwerbstätigen (u. a. BIBB/BauA-Befragung) in Deutschland zeigen, dass sich viele Beschäftigte erheblich psychisch belastet fühlen (siehe *Abbildung 5)* [1]. In der betriebsärztlichen Praxis sind Themen wie arbeitsbedingter Stress, Burnout/arbeitsbezogene Depression, Mobbing, Konflikte/Gewalt, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Angst am Arbeitsplatz, Schicht-/Nachtarbeit an der Tagesordnung. Dabei handelt es sich keineswegs nur um nationale Probleme „verwöhnter Sozialstaaten". So leiden ca. 41 Mio. Beschäftigte in der EU unter arbeitsbedingtem Stress [38]. Auch Mobbing ist mittlerweile ein internationales, transkulturelles Phänomen. In Abhängigkeit von Definition, diagnostischen Kriterien, kulturellen Unterschieden in der Wahrnehmung und Bewertung sowie divergierenden rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen finden sich in der allgemeinen Arbeitnehmerschaft relative Häufigkeiten von 1–15 % (bezogen auf die Gesamtzahl der Erwerbstätigen). In der EU wird die 12-Monats-Prävalenz derzeit mit 5–10 % geschätzt. In Deutschland ging man auf der Grundlage eines repräsentativen Mobbingreportes im Jahr 2000 von ca. 3 % Betroffenen aus (bezogen auf 38 Mio. Beschäftigte). Aus Österreich wurden bereits Mitte der 1990er Jahre Prävalenzraten von bis zu 8 % mitgeteilt [34]. In *Abbildung 6* sind wissenschaftlich gesicherte, länder- und branchenübergreifen-

Arbeitsbezogene Gefährdungen der psychischen Gesundheit durch psychosoziale und psychomentale Belastungen

Ich fühle mich belastet durch …	
Arbeiten an Leistungsgrenze	69 %
Termin-/Leistungsdruck	60 %
Störungen/Unterbrechungen	60 %
Kleine Fehler – große finanzielle Verluste	45 %
Nicht Erlerntes verlangt	40 %
Wenig Handlungsspielraum	30 %
Multitasking	27 %

Abb. 5: Psychische Belastungen im Beruf

[BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung – n = 20.000 – 2005/2006]

• **Geringe soziale Unterstützung (> Männer)**
• **Führungsverhalten/Managementfehler**
• **„Ungerechtigkeit“ im Unternehmen**
• **Interpersonelle Konflikte (Mobbing)**
• **Fehlende Kotrolle/Fremdbestimmung**
• **Arbeitsüberlastung (Zeitdruck – Multitasking)**
• **Lange Arbeitszeiten (> Frauen)/Monotonie**
• **Arbeitsplatzunsicherheit**
• **konkurrierende berufliche/private Anforderungen**

Abb. 6: Seelische Gesundheit – berufliche Risikofaktoren

[nach Michie/Williams, 2003 und Härmä et al., 2006]

de arbeitsbezogene Risikofaktoren für die seelische Gesundheit zusammengefasst [10, 21]. Vor diesem Hintergrund interpretieren viele Sozial- und Arbeitsmediziner die eingangs beschriebenen Phänomene als reale Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Diese Einschätzung wird im Weiteren auch damit begründet, dass derartige Leiden in nahezu allen „globalisierten“ Dienstleistungsgesellschaften – unabhängig vom jeweiligen System der Gesundheitsversorgung und sozialen Sicherung – erheblich an Bedeutung zugenommen haben. Zudem wird auch aus „Boomstaaten“ mit einem schnellen ungehemmten Wirtschaftswachstum, wie z. B. China, eine Zunahme depressiver Störungen und Angsterkrankungen mitgeteilt [15]. Dabei wird dem tiefgreifenden Wandel von Gesellschaft und Arbeitswelt als Auslöser oder zumindest manifestationsfördernden Faktor (insbesondere für depressive Störungen) wesentliche Bedeutung beigemessen („zu viel oder auch keine Arbeit zu haben, macht gleichermaßen krank“) [33, 35]. Potenziell gesundheitsgefährdende Veränderungen der Arbeitswelt können heute nicht mehr isoliert von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beurteilt werden, was die Beurteilung potentieller Risiken noch komplexer werden lässt. An für Gesundheit und soziale Sicherheit relevanten gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten drei Jahrzehnte sind in diesem Kontext u. a. zu nennen: Demografische Entwicklung, Individualisierung/Singularisierung mit veränderter Bedeutung/Zusammensetzung von Familie, entpersönlichte Kommunikation, Anonymität/Schwinden traditioneller Unterstützungssysteme insbesondere in Ballungsräumen, Massen-/Langzeitarbeitslosigkeit, Verlust von materieller und statusbedingter Sicherheit, Finanzkrise öffentlicher Haushalte und sozialer Sicherungssysteme, Informationsüberflutung, abnehmende Bedeutung tradierter Sinn und Geborgenheit stiftender Rituale und Institutionen, Migration, Werteverschiebungen, Bildungsexpansion, Zeitmangel/Mehrfachbelastungen, Virtualisierung von Erlebniswelten etc. [38]. Als zwei wesentliche, gleichsam übergeordnete Bedingungen, die derzeit Gesellschaft und Arbeitswelt maßgeblich bestimmen, sind in diesem Zusammenhang das ***Primat der Ökonomie*** („McKinsey-Gesellschaft“) und die ***Instabilität*** (in nahezu allen Lebenswelten) anzuführen. „McKinsey-Gesellschaft“ beinhaltet, dass jeder Lebensbereich nach ökonomischen Prinzipien ausgerichtet wird, wobei Effizienz die oberste Maxime darstellt. Die gesamte Gesellschaft ist gewissermaßen ein Unternehmen, Managerverhalten wird zum Rollenideal [19, 39]. Der Wunsch nach Stabilität zählt zu den ureigensten des Menschen, was nicht damit gleichzusetzen ist, dass Veränderungen a priori abgelehnt werden. Menschen wünschen sich vor allem Klarheit, Zielorientierung und Sicherheit, dies gilt für den Beruf genauso wie für das Privatleben. Die Alltagsrealität am Anfang des 21. Jahrhunderts sieht allerdings oft gänzlich anders aus. Die „neue, globalisierte Arbeitswelt“ lässt sich u. a. mit folgenden Schlagworten charakterisieren: Dienstleistungs-/Informationsgesellschaft („24/7-Stand-by-Gesellschaft“: d. h. 24 Stunden, 7 Tage pro Woche in Dauerbereitschaft), perma-

„McKinsey-Gesellschaft“

Zu viel oder auch keine Arbeit zu haben, macht gleichermaßen krank

Die Forderung nach Flexibilität kann zum Gesundheitsrisiko werden

nenter Wettbewerb, wachsender Konkurrenzdruck, Verlust von Solidarität, hohe Flexibilität/Mobilität, wachsende Anforderungen an die soziale Kompetenz, Arbeitsplatzunsicherheit, „hire and fire"-Mentalität, ständige Erreichbarkeit, wechselnde und/oder überlange Arbeitszeiten. Dabei verwischen die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben zunehmend. Flexibilität wird zum Gesundheitsrisiko, wenn sie gleichgesetzt wird mit Arbeitszeiten ohne Rücksicht auf soziale oder kulturelle Traditionen bis hin zur Selbstausbeutung (pathologischer Anwesenheitsdrang, Präsentismus-Problematik, Erholungsunfähigkeit). Arbeitsverdichtung (steigendes Arbeitsvolumen bei sinkendem Personalstand, wobei „Verschlankung" wiederum Überlastung, Zeitdruck und chronischen Stress nach sich zieht). Erosion des Normalarbeitsverhältnisses (befristete Arbeitsverträge, „Generation Praktikum", Abbau des Kündigungsschutzes, diskontinuierliche Erwerbskarrieren mit wechselnden Zeiten von Arbeitslosigkeit und Beschäftigung, häufiger Arbeitsplatz-/Wohnortwechsel, Zeit-/Leiharbeit). Zunehmende „Nicht-mehr-Planbarkeit" der beruflichen Zukunft lässt es auch im Privatleben immer schwerer werden, „Wurzeln zu schlagen" oder eine Familie zu gründen, was angesichts der demografischen Entwicklung fatal ist [27, 38]. Niemals in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland scheint der individuelle Freiraum größer und gleichzeitig der Leistungsdruck höher gewesen zu sein. („Macht was ihr wollt, aber seid profitabel".) Für den „Vater der sozialen Marktwirtschaft", *Ludwig Erhard,* war es selbstverständlich, dass „*... jeder wirtschaftliche Erfolg, wo immer er entsteht, dass jeder Vorteil aus der Rationalisierung* [heute ließe sich ergänzen: und Globalisierung] *dem Wohle des* ***ganzen Volkes*** *nutzbar gemacht wird ...* " (aus „Wohlstand für alle", 1957) [9]. Heute scheint in den Wirtschafts-, Wissenschafts- und Politikeliten „soziale Gerechtigkeit" bestenfalls noch als „historisches Bonmot" vorzukommen. Aus der sozialen Marktwirtschaft ist nicht nur für „Sozialromantiker" oder „Die Linke" eine „neoliberale Ellbogenwirtschaft" geworden [38, 39]. Die dargestellten massiven Veränderungen von Arbeitswelt und Gesellschaft ziehen für die Befürworter der These einer *realen Zunahme psychosozialer Belastungen* in vermehrtem Ausmaß psychische und psychosomatische Erkrankungen (insbesondere depressive und Angststörungen) nach sich, so dass derartige Leiden berechtigterweise als „Epidemie des 21. Jahrhunderts" bezeichnet werden können [27, 33].

Negativer Stress durch hohe Anforderungen bei gleichzeitig geringem Handlungsspielraum

Auf welche Weise können nun berufsbedingte psychische Belastungen zu einer Erkrankung führen? Die zahlreichen Hypothesen zur Pathogenese lassen sich aus sozial- und arbeitsmedizinischer Sicht auf drei wesentliche Modelle „verdichten":

a) Die „Makroebene" betont die Verhältnisse am Arbeitsplatz. Die Belastungs-/Beanspruchungsperspektive steht im Vordergrund. Entscheidend sind hohe Anforderungen bei gleichzeitig niedrigem Handlungsspielraum (Demand-Control-Modell), aus denen negativer Stress resultiert, der bei chronischer Einwirkung und defizitären Kompensationsmechanismen (u. a. Coping, Social support, Regeneration) u. a. auch psychosomatische Störungen nach sich zieht [10, 14, 20].

Hoher persönlicher Einsatz, aber fehlende Belohnung

b) Die „Mikroebene" fokussiert dagegen auf das individuelle Verhalten. Maßgeblich wird hierbei ein Missverhältnis zwischen persönlichem Einsatz und fehlender Belohnung (Effort-Reward-Imbalance oder Gratifikationskrisenmodell), dessen Bedeutung in der Entstehung stressassoziierter Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychosomatischer Leiden u. a. auch von dem Düsseldorfer Medizinsoziologen Johannes Siegrist nachgewiesen werden konnte. Weltweit findet dieses Konzept derzeit breite Zustimmung [24, 38].

Sind die individuellen Fähigkeiten und Erwartungen im Einklang mit den Anforderungen?

c) Das dritte Modell, gewissermaßen die „Mesoebene", stellt die „Passung" zwischen Individuum und Arbeitsplatz, zwischen Fähigkeiten und Anforderungen sowie individuellen Erwartungen und organisationellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt.

„Person-Environment-Fit". In diesem Konzept amerikanischer Arbeitspsychologen, das bereits aus den späten 60er Jahren des letzten Jahrhunderts stammt, aber in Deutschland gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle spielt, werden die Wechselwirkungen zwischen Gruppe und Individuum wesentlich für die Entstehung

Wechselwirkungen zwischen Gruppe und Individuum sind maßgeblich für die Entstehung von Stress

von „Stress“ bzw. stressassoziierten Erkrankungen [18, 36, 38] .

Diagnostik/„Gesundheitsmarkt“-Effekte

Gibt es Belege für eine echte Zunahme psychischer Erkrankungen?

Weit verbreitet ist auch die Auffassung, dass es sich **nicht** um eine echte Zunahme psychischer Erkrankungen handelt, sondern um Folgen „diagnostischer Verzerrungen“ bzw. von „Markteffekten“ [33]. Zum einen werde heute über psychische Probleme offener gesprochen, zum anderen sei die Bevölkerung über derartige Störungsbilder besser informiert, symptomaufmerksamer und könne sich diesbezüglich adäquater mitteilen. Dies gelte insbesondere für Frauen. In Verbindung mit einer verbesserten ärztlichen Erkennung führe diese „Enttabuisierung“ dann dazu, dass psychische Leiden leichter als Diagnose akzeptiert werden und im Vergleich zu früheren Jahren auch häufiger in den Arbeitsunfähigkeits- und Rentenzugangsstatistiken auftauchen [27]. Im Weiteren wird auch die Validität von „Psycho- Diagnosen“ in Frage gestellt. Insbesondere bei einigen in jüngerer Zeit häufiger diagnostizierten psychischen Störungen (z. B. Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung) handle es sich um typische „Modediagnosen“, die nicht selten als „Alibi“ für „Leistungsverweigerer“ oder „Übersensible“ dienen. Darüber hinaus würden zwischenmenschliche und/oder soziale Probleme in Arbeitswelt und Gesellschaft zunehmend „psychologisiert“ und „medikalisiert“, was dazu führe, dass psychische Störungen in gesundheitsbezogenen Statistiken „überdokumentiert“ und überbewertet würden. Überlagert werde die Thematik zudem noch durch das stetig wachsende Angebot an professionellen Helfern („Angebot schafft Nachfrage“). So habe in den letzten zehn Jahren nicht nur die Anzahl „seriöser“, vertragsärztlich tätiger ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten zugenommen, auch die Coaching-Szene und der „graue Bereich“ der „Guru-“ und „Esopsychosomatik“ sei mittlerweile kaum mehr überschaubar. Darüber hinaus seien auch Hausärzte aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung heute eher bereit, ihren Patienten bei primär beruflichen Schwierigkeiten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit einer „Psycho-Diagnose“ auszustellen. Aus diesen Gegebenheiten resultiere dann u. a. eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen beim Krankenstand, dies gelte insbesondere in großstädtischen Ballungsräumen, wo es zudem noch eine höhere „Anbieterdichte“ gäbe [38].

Fragliche Validität von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen

Werden psychische Aspekte „überdokumentiert“?

(Fehl)Interpretation von Statistik

Die Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken muss auch Faktoren berücksichtigen, die nicht primär mit Gesundheit oder Krankheit zusammenhängen

Da in Deutschland epidemiologische Längsschnittstudien, die einen „echten Zuwachs“ (Inzidenzzunahme) psychischer Erkrankungen zweifelsfrei belegen könnten, bislang fehlen, verweisen Befürworter dieser Hypothese gerne auf die Schwächen routinemäßig anfallender Versorgungs- und Sozialdaten für die Gesundheitsberichtserstattung bzw. die generelle Problematik von Sekundärdatenanalysen, die wissenschaftlich seriöse Aussagen zur psychischen Morbidität derzeit nicht zuließen. Aufgrund der schon genannten Verzerrungen und fraglichen Validität von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen wird davon ausgegangen, dass die sozialmedizinische Relevanz psychischer Erkrankungen mit Hilfe der Medien „aufgebauscht“ wird. Somit stellt sich die Frage, ob aus Krankenstands-/Arbeitsunfähigkeitstagen oder Rentenzugangsstatistik wirklich eine zunehmende Gefährdung der seelischen Gesundheit abgeleitet werden kann [22, 27, 33]. Maßgeblich für die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit (AU) im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind neben krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen und der verrichteten Berufstätigkeit in der Tat zahlreiche Faktoren, die nicht primär durch Gesundheit oder Krankheit bestimmt werden. Anzuführen ist bei derzeitiger Wirtschaftslage als Erstes der Arbeitsmarkt (Angst vor Entlassung verhindert zwar AU, aber macht sie deshalb auch „gesünder“?), dann Gesetzgebung (u. a. Regelungen zur Lohnfortzahlung), Unternehmenskultur (Betriebsklima, Verhalten von Führungskräften) oder auf individueller Ebene beruflicher Status, familiäres/soziales Umfeld (soziale Unterstützung). Bei der Interpretation von AU-Daten der Krankenkassen ist ferner zu berücksichtigen, ob es ein spezielles Kassenklientel gibt (z. B. hoher Frauenanteil) oder ob nur Berufstätige erfasst

Routinemäßig werden nur Hauptdiagnosen dokumentiert, sodass Aussagen zur psychischen Komorbidität in der Regel nicht möglich sind

werden. Darüber hinaus werden routinemäßig nur Hauptdiagnosen dokumentiert, so dass Aussagen zur psychischen Komorbidität in der Regel nicht möglich sind [17]. Auch im Frühinvalidisierungsgeschehen kommt neben medizinischen Faktoren krankheitsunabhängigen Rahmenbedingungen eine wichtige Bedeutung zu. Zu nennen sind diesbezüglich u. a. die finanzielle Lage (künftiges Einkommen), Arbeitsbelastung/Arbeitszufriedenheit oder das private Umfeld (Alter/Gesundheit des Lebenspartners). Nichtsdestotrotz bleibt eine (zumeist chronische) Gesundheitsstörung mit rentenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens maßgeblich, mit anderen Worten: Ohne Erkrankung keine Frühverrentung, wobei die Validität der Diagnosen in den Rentenzugangsstatistiken weitgehend außer Frage steht. Zum einen erfolgt eine Rentenbegutachtung bei psychischen Erkrankungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte, zum anderen liegen aufgrund der meist längeren Vorgeschichte im Regelfall einschlägige Vorbefunde vor [31, 38].

Bedeutung sozialer Einflussfaktoren

Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Utopie oder Notwendigkeit?

Trotz der aus wissenschaftlicher Sicht bestehenden Limitationen lässt sich heute mit „ausreichender Evidenz" Handlungsbedarf begründen. Die „Alltagsrealität" in Arbeitswelt, Gesundheits- und Sozialsystemen verlangt darüber hinaus – unabhängig von der noch lange nicht abgeschlossenen Diskussion möglicher Ursachen – nach zeitnahen Lösungen [22, 27]. Bei derzeitigem Erkenntnisstand ist davon auszugehen, dass Art und Ausmaß der psychischen Morbidität mehr oder weniger durch alle oben genannten Faktoren beeinflusst werden, es sich also um ein multidimensionales und multifaktorielles Geschehen handelt [38]. Dementsprechend ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit heute als eine interdisziplinäre, gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Diese schließt Betroffene, Gesundheits-/Sozialpolitik, Wissenschaft/Forschung, Versorgungssystem/soziale Sicherung und Arbeitswelt gleichermaßen ein [22, 27, 30, 38]. Von Seiten der Wissenschaft sollten neben der weiteren Klärung ätiologischer und pathogenetischer in verstärktem Ausmaß auch *salutogenetische* Faktoren erforscht werden. Darüber hinaus ist es in Zeiten begrenzter Ressourcen von Wichtigkeit, dass gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse breit und zeitnah in die Praxis transferiert werden, um überflüssige Untersuchungen oder Irrwege zu vermeiden. Entsprechend einem umfassenden Gesundheitsverständnis, das nicht nur durch die körperliche und seelische, sondern auch durch die soziale Dimension gekennzeichnet ist, kommt der Teilhabe an gesellschaftlichen und/oder beruflichen Aktivitäten nicht nur wegen ökonomischer Zwänge besondere Bedeutung zu. Bereits *Sigmund Freud* definierte lange vor der Finanzkrise sozialer Sicherungssysteme und der Demografiediskussion Gesundheit als *Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können*. Psychosoziale Gesundheit im Beruf, ein Terminus, der heute (noch) nicht einheitlich verwendet wird, beinhaltet im Sinne des bio-psycho-sozialen Leitbildes der ICF somit die Fähigkeit, (psychosoziale) Belastungen des (Berufs-)Alltages zu bewältigen und an Arbeitsleben und Gesellschaft teilzuhaben [35, 38]. Im Weiteren bleibt zu berücksichtigen, dass nach den vorliegenden Daten aus epidemiologischen Erhebungen und Statistiken der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Prävalenz ein Geschlechterunterschied besteht, der im Übrigen auch international zu beobachten ist. Ob dieser primär biologisch („sex"- z. B. XX-Chromosom, geschlechtsdifferente Serotoninspiegel, hormonelle Unterschiede) oder sozial („gender"-Doppelbelastungen, Rollenverhalten) bedingt bzw. Folge einer „Unterdiagnostik" bei Männern ist, wird unverändert kontrovers diskutiert. Unabhängig von ätiopathogenetischen Erwägungen erscheint es notwendig, bei psychischen Erkrankungen die Gender-Perspektive stärker in künftige Handlungsoptionen einzubeziehen [22, 27, 38]. Aufgrund der hohen Prävalenz einiger psychischer Gesundheitsstörungen (wie z. B. Depressionen oder Angsterkrankungen) mit erheblichen direkten und indirekten Krankheitskosten, einer deutlich geminderten Lebensqualität und Teilhabe drängen sich präventive Maßnahmen prak-

Es gibt ausreichende Evidenz für einen Handlungsbedarf

Gender-Perspektive erscheint wichtig

Kognitive, emotionale und motivationale Aspekte sind wesentlich für die seelische Gesundheit

Unüberschaubare Vielfalt an berufsbezogenen Coaching- und Supervisionsangeboten

Eine ausschließliche Beschränkung auf Individualprävention ist zu wenig

tisch auf. Neben den bekannten Präventionsansätzen (Verhaltens-/Verhältnisprävention) und -ebenen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) lässt sich hier weiter differenzieren in: *universelle* (beinhaltet die Durchführung großer Kampagnen, z. B. am Arbeitsplatz oder in Schulen), *selektive* (erfasst bestimmte Subgruppen unter Risiko, z. B. Arbeitslosigkeit, hoher arbeitsbedingter Stress), *indizierte* (ist auf Symptomträger ausgerichtet, z. B. Schlafstörungen, chronische Müdigkeit) oder *behandlungsbedürftige Prävention* (zielt auf Komorbidiät und die Vermeidung von Folgen) [27, 30]. Mittlerweile ist die Vielfalt an berufsbezogenen Coaching- und Supervisionsangeboten, zumeist für Beschäftigte höherer Bildungs- und Einkommensschichten, nicht mehr überschaubar, wobei auf diesem Feld keineswegs nur seriöse ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten tätig sind. Anzumerken bleibt auch, dass die ausschließliche Beschränkung auf verhaltensbezogene Maßnahmen (Individualprävention) bei Bezugnahme auf das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell und das Postulat der Nachhaltigkeit zu kurz greift [30, 38]. Primärpräventiv wird heute allgemein der Setting-Ansatz favorisiert. Dabei sehen Experten im „Setting-Arbeitsplatz" ein bisher noch zu wenig genutztes präventives Potential. Dies trifft insbesondere auch für die Umsetzung des Salutogenesemodells zu. Obwohl der Sense of Coherence (SOC), das Verstehen eines sinnvollen Zusammenhanges der Lebens- und Erlebnisvorgänge, wesentlich für die seelische Gesundheit ist, finden sich allenfalls rudimentäre Ansätze, die maßgeblichen Elemente Comprehensibility (Verstehbarkeit), Manageability (Handhabbarkeit) und Meaningfulness (Bedeutsamkeit) in Konzepte zur beruflichen Gesundheit einzubeziehen.

Abbildung 7 zeigt, wie eine salutogenetische Unternehmensausrichtung im Sinne einer SOC-Stärkung aussehen könnte [38]. Hinsichtlich federführender Akteure in der arbeitsplatzbezogenen Prävention psychischer Erkrankungen bieten sich prinzipiell mehrere Optionen an. Diesbezüglich wird in Deutschland der konventionelle Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), repräsentiert durch Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik, aufgrund seiner historischen Bindungen an „Paragrafen und Technik" sowie tatsächlichen oder unterstellten Wissenslücken im psychosozialen Bereich (so gibt es derzeit nur in rund 25 % der arbeitsmedizinisch betreuten Unternehmen Gefährdungsbeurteilungen für psychische Belastungen, obwohl sie das Arbeitsschutzgesetz aus 1996 ausdrücklich vorsieht) als unzureichend angesehen. Defizite können hier in der Tat nicht geleugnet werden. Betriebsärzte sind zwar schon seit Jahren aufgrund ihrer praktischen Anforde-

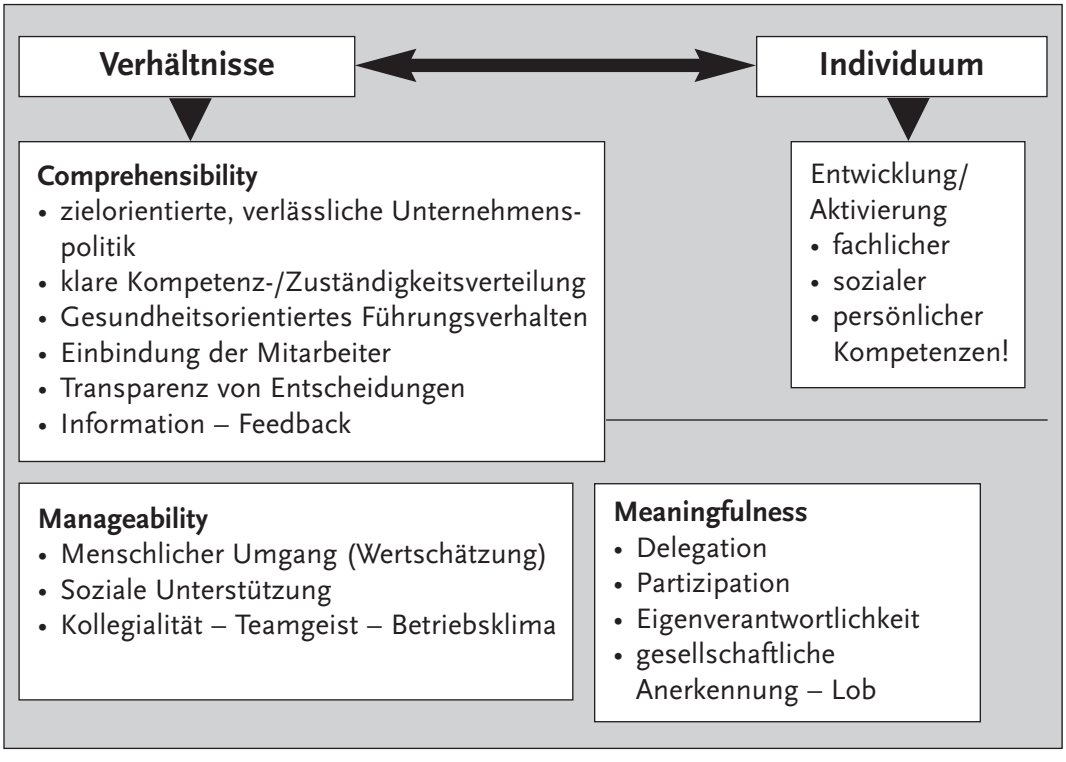


Abb. 7: Salutogenese und Arbeitswelt

Verhaltensbezogene Maßnahmen überwiegen in der betrieblichen Praxis

Krankenstand ist kein geeigneter Leitparameter für den Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement

Psychosoziale Aspekte waren bislang für die betriebliche Gesundheitsförderung kein Hauptthema

rungen an Fragen der arbeitsbezogenen psychosozialen Gesundheit und sozialen Einflussfaktoren interessiert bzw. mit deren Folgen konfrontiert. Eine diesbezügliche breitere Unterstützung durch die akademische Arbeitsmedizin bleibt jedoch bis heute „überschaubar", sei es, dass sich die universitäre Arbeitsmedizin mit derartiger „soft science" im Zeitalter der molekularen Medizin nicht abgeben wollte, sei es, dass sie bestimmte Entwicklungen „schlichtweg verschlafen" hat [38]. Dabei hat die Arbeitsmedizin durchaus auch soziale Wurzeln. Der gebürtige Wiener *Ludwig Teleky,* der von 1921–1933 als preußischer Landesgewerbearzt in Düsseldorf wirkte, kann gewissermaßen als Protagonist einer gesellschaftsbezogenen Ausrichtung der Arbeitsmedizin angesehen werden, die gleichermaßen sozial- und arbeitsmedizinische und -hygienische Kompetenzen vereint hat [42]. In diesem Sinne kann Arbeitsmedizin als angewandte *Soziale Medizin* aufgefasst werden, die die soziale Dimension als einen zentralen Faktor der arbeitsbezogenen Gesundheit bewertet und nicht nur auf Wettbewerbsaspekte fokussiert. Humanitäre, ethische und soziale Bezüge finden Berücksichtigung. Im Mittelpunkt stehen dabei Mitarbeiter, zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeitsorganisation und Gerechtigkeit im Beruf mit einer menschengerechten, gesundheitsorientierten Arbeitsgestaltung („soziale Arbeitsmedizin"). Maßnahmen der Verhältnisprävention rücken stärker in den Vordergrund, was nicht bedeutet, dass individuelles Fehlverhalten ausgeklammert wird [38]. Ein derartiger Ansatz zur Prävention berufsbedingter psychosozialer Belastungen und stressassoziierter psychischer Erkrankungen erscheint derzeit jedoch vielen als eine nicht „sozialromantische oder retrosozialistische Phantasie". Große Erwartungen setzen Politik, Krankenkassen und Unternehmen dagegen in die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bzw. deren systematische und zielgerichtete Weiterentwicklung, das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), wobei man sich insbesondere eine Reduktion arbeitsassoziierter psychischer Probleme wie Stress, Mobbing oder Burnout erhofft [3]. Bislang standen allerdings auch in der BGF/im BGM psychosoziale Aspekte nicht unbedingt im Vordergrund. Obgleich das BGM definitionsgemäß die Entwicklung und Implementierung betrieblicher Strukturen und Prozesse beinhaltet, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von *Arbeit und Organisation* sowie die *Befähigung zu gesundheitsförderlichem Verhalten* der Mitarbeiter zum Ziel haben, bleibt festzustellen, dass in der betrieblichen Praxis verhaltensbezogene Maßnahmen („Individualisierung betrieblicher Gesundheit") bei Weitem überwiegen [38]. So wird der Anteil an verhältnispräventiven Maßnahmen derzeit auf lediglich 6 % geschätzt. Auch die Frage des Erreichens von Zielgruppen, der Auswahl geeigneter Indikatoren oder der Effektivität und Effizienz im Hinblick auf die Vermeidung psychischer Erkrankungen, die Förderung seelischer Gesundheit bzw. die Verbesserung der Arbeitsleistung von Mitarbeitern ist (noch) weitgehend ungeklärt. Dass der Krankenstand in Zeiten „historischer Tiefstände" aufgrund ökonomischer Rahmenbedingungen (Angst vor Arbeitsplatzverlust) kein hinreichend geeigneter Leitindikator für den Erfolg von BGF/BGM mehr sein kann, dürfte mittlerweile unstrittig sein. Zudem ist dieser „Defizitparameter" eher negativ besetzt und damit konträr zu einer ressourcenorientierten, positiven Sicht von betrieblicher Gesundheit [38]. Für die Intervention wird insbesondere der Verbesserung der hausärztlichen Kompetenz im Hinblick auf Früherkennung und zeitgerechte Therapieeinleitung Bedeutung beigemessen. Krankenkassenexperten und Gesundheitspolitiker versprechen sich darüber hinaus Verbesserungsmöglichkeiten durch eine Stärkung integrierter Versorgungsmodelle und einen Ausbau von Case- und Disease-Management-Programmen [1, 7, 22]. Hierbei sollten – insbesondere bei drohendem Arbeitsplatzverlust – Betriebs- und Werksärzte allerdings ausreichend eingebunden werden, was derzeit (noch) nicht der Fall ist. Da berentete psychosomatische Gesundheitsstörungen nach wie vor als inkurabel gelten können, kommt der Optimierung der Rehabilitation („Prävention und Rehabilitation vor Rente") eine Schlüsselrolle zu [2, 16]. Auch psychotherapeutische Angebote müssen sich heute Fragen der Qualität, Effektivität und Effizienz stellen. Die Weiterentwicklung neuer, berufsbezogener Therapieansätze und die Verzahnung der Schnittstelle Rehabilitation/Berufsfeld stellen weitere aktuelle Optionen für Reha-Forschung und Praxis dar. In

diesem Zusammenhang könnte das in Deutschland im SGB IX § 84 Abs. 2 verankerte Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) als Teil eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements neue Möglichkeiten eröffnen [2, 38]. Nach umfangreichen eigenen Erfahrungen (mit dienstunfähigen Lehrkräften) und Untersuchungen von Sozialmedizinern bei deutschen Rentenversicherungsträgern haben psychisch kranke Arbeitnehmer (zumal wenn sie über 50 Jahre alt sind) nicht einmal im Staatsdienst, geschweige denn auf dem gewerblichen Arbeitsmarkt, eine Chance auf Reintegration und Teilhabe am Arbeitsleben [16, 32]. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit zunehmend alternden Belegschaften und Fachkräftemangel erscheint ein kollektives Umdenken im Sinne eines „Disability Mainstreaming“ in Politik, Gesellschaft, Unternehmen und Medizin überfällig. Bei den volkswirtschaftlich erheblichen Aufwendungen, die Frühverrentungen nach sich ziehen, ist „Geldmangel“ hier kein wirklich überzeugendes Argument, sondern es geht vielmehr um die Frage, ob eine Gesellschaft ihre Ressourcen lieber für Rentenzahlungen oder soziale Unterstützungsleistungen (Ausgrenzung) oder für die Förderung der Gesundheit und Teilhabe von Menschen (Prävention und Eingliederung) einsetzt. Dies umso mehr, da ohne gesunde und leistungsfähige Menschen keine gesunde Wirtschaft möglich ist. Zwischenmenschliche Beziehungen sind und bleiben entscheidend für das Gelingen von Arbeit, für ein erfülltes und zufriedenes Leben. Menschen sind wandlungsfähig und -willig, man muss sie nur „mitnehmen“. Wo Profitkultur und Marktfundamentalismus gelebt wird, die den Menschen auf „Humankapital“ reduziert („Mittel statt Mittelpunkt“), finden sich innere Kündigung, hohe Krankenstände, Frühverrentungen und psychosomatische Erkrankungen als vermeintliche Auswege. In diesem Sinne ist die Wiederentdeckung der Solidarität und Humanität („Motivation durch Menschlichkeit“) eine derzeit (leider) noch unterschätzte multiprofessionelle Herausforderung des kommenden Jahrzehnts.

Umdenken erscheint notwendig

Zwischenmenschliche Beziehungen sind und bleiben bestimmend für das Gelingen von Arbeit

Motivation durch Menschlichkeit

Literatur

[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Gesundheitsmonitor Bayern – Psychische Gesundheit, Ausgabe 1, 2007.

[2] BKK – Bundesverband und Familien-Selbsthilfe-Psychiatrie (Hrsg.): Psychisch krank im Job. Was tun?, Siebengebirgsdruck, Bad Honnef, 2006.

[3] Braun M, Kliesch G, Iserloh B: Wertorientierte Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements mittels Balanced Scorecard, Zbl Arbeitsmed (2007), 57; 174–182.

[4] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung – Ergebnisse der GKV-Statistik- KM 1-Bonn, 2006.

[5] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Mental Health in Austria, Wien, 2003.

[6] Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Dritter Versorgungsbericht der Bundesregierung – das wichtigste in Kürze, Berlin, 25.05.2005.

[7] Deutsche Angestelltenkrankenkasse – Versorgungsmanagement (Hrsg.): DAK-Gesundheitsreport 2006, Hamburg, 2006.

[8] Deutsche Rentenversicherung Bund: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rentenversicherung in Zeitreihen, 2006.

[9] Erhard L: Wohlstand für alle, Econ, Düsseldorf, 1957.

[10] Härmä M, Kompier M, Vahtera J: Work-related stress and health – risks, mechanisms and countermeasures, ScandJWorkEnvironHealth (2006), 32; (6-special issue) 413–419.

[11] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pensionsversicherung – Jahresstatistik, 2005.

[12] Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U: Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage, Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz (2004), 47; 736–744.

[13] Keitel C, Hufnagel K, Rösler N, Bucher H: Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung bei psychischen Erkrankungen, Gesundheitswesen (2005), 67; 514.

[14] Kivimäki M, Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG: Organisational justice and change in justice as predictors of employee health: The Whitehall II study, J Epidemiol Community Health (2004), 58; 931–937.

[15] Knab B: Mit Laotse und Skinner – Psychotherapie in China, Psychologie Heute (2007); 34–37.

[16] Kobelt A, Hesse B, Grosch E, Gebauer E, Krähling M, Gutenbrunner C: Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2007. DRV Schriften, Band 72, 314– 316.

[17] Kuhn J: Der Krankenstand: Epidemiologische und betriebswirtschaftliche Bedeutung, Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed (2005), 40; 646–651.
[18] Kulik C, Oldham GR, Hackman JR: Work Design as an approach to Person-Environment Fit, Journal of Vocational Behavior (1987), 31; 278–296.
[19] Kurbjuweit D: Unser effizientes Leben – die Diktatur der Ökonomie und ihre Folgen, 3. Auflage, Rowohlt, Reinbek, 2004.
[20] Landau K (Hrsg.): Arbeitsgestaltung – Best Practice im Arbeitsprozess, 1. Auflage, Gentner, Stuttgart, 2007.
[21] Michie S, Williams S: Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review, OccupEnvironMed (2003), 60; 3–9.
[22] Pawils S, Koch U (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung, Schattauer, Stuttgart, 2006.
[23] Sanderson K, Andrews G: Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social Epidemiology, Can JPsychiatry (2006)51; 63–75.
[24] Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R: The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons, Social Science & Medicine (2004), 58; 1483–1499.
[25] Stadler P, Spiess E: Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren; Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed (2005), 40; 384–390.
[26] Stansfeld S, Candy B: Psychosocial work environment and mental health- a meta-analytic review, ScandJWorkEnvironHealth (2006); 32 (6-special issue) 443–462.
[27] Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? – Bestandsaufnahme und Perspektiven, Springer, Berlin- Heidelberg, 2006.
[28] Tennant C: Work-related stress and depressive disorders, Journal of Psychosomatic Research (2001), 51; 697–704.
[29] Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aroma A, Lönnqvist J: Work Stress, mental health and antidepressant medication: findings from the Health, 2000 Study, Journal of Affective Disorders (2007) 98; 189–197.
[30] Weber A: Lehrergesundheit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept, Gesundheitswesen (2002), 64; 120–124.
[31] Weber A, Weltle D, Lederer P: Frühinvalidität im Lehrerberuf: sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte, DtschAerztebl. (2004), 101; A 850–859.
[32] Weber A, Weltle D, Lederer P: „They'll never come back"... – Anspruch und Wirklichkeit der beruflichen Reintegration, dienstunfähiger Lehrkräfte, Gesundheitswesen (2004), 66; 667–673.
[33] Weber A, Hörmann G, Köllner V: Psychische und Verhaltensstörungen – die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Dtsch Aerztebl (2006), 103; A 834–841.
[34] Weber A, Hörmann G, Köllner V: Mobbing – eine arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr der Dienst-Leistungs-Gesellschaft? Gesundheitswesen (2007), 69; 267–276.
[35] Weber A: Begutachtungsprobleme bei Arbeitslosigkeit – Krankheit – Gesundheit: Gegenwärtiger sozialmedizinischer Erkenntnisstand zu gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, MedSach (2007), 103; 5–12.
[36] Weber A, Jaekel-Reinhard A: Burnout-Syndrome – a disease of modern societies? Occup. Med. (2000), 50; 512–517.
[37] Weber A, Weltle D, Lederer P: Ill health and early retirement among school principals in Bavaria, IntArchOccupEnvironHealth (2005), 78; 325–331.
[38] Weber A, Hörmann G (Hrsg.): Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft, Gentner, Stuttgart, 2007.
[39] Weiss H, Schmiederer E: Asoziale Marktwirtschaft, 2. Auflage, Kiepenheuer & Witsch, Köln, 2005.
[40] Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Bonde JP: Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce, ScandJWorkEnvironHealth (2005) 31; 343–351.
[41] Wittchen HU, Jacobi F (2005):; Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 Studies, European Neuropsychopharmacology 15; 357–376.
[42] Wulf A: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872–1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin, Mabuse, Frankfurt/Main, 2001.

BEATE MAYER
ABTEILUNG STATISTIK, ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT, WIEN, ÖSTERREICH

Entwicklung der Arbeitsunfälle in Österreich

Einleitung

„Der Versicherte wurde beim Einschlagen eines Metallbolzens durch einen von der Holzstütze rutschenden Schiffskran erdrückt." So lapidar liest sich der Text auf einer Unfallmeldung, das Opfer überlebte diesen Unfall nicht. 2006 gab es 111.827 Arbeitsunfälle im engeren Sinn mit insgesamt über 1,6 Millionen darauf folgenden Krankenstandstagen, 65.291 dieser Unfälle wurden als meldepflichtig bewertet. Mit anderen Worten: Vier von hundert Personen erleiden in Österreich einen Arbeitsunfall im Jahr. Fast 300 Tote in Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in einem so kleinen Land – das sind die einfachsten Informationen, die uns die Statistik aus ihren Zahlen bietet.

Jährlich erleiden vier von hundert Personen in Österreich einen Arbeitsunfall

Betrachtet man die Entwicklung der Arbeitsunfälle der AUVA der letzten fünf Jahre, sieht man, dass nur die Absolutzahl der anerkannten Arbeitsunfälle leicht steigt, während die Zahl der meldepflichtigen (also der Teil der anerkannten, die zu völliger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit für mehr als drei Tage führten oder tödlich endeten) konstanter ist bzw. zwischen 2004 und 2005 sogar sank (vgl. Abbildung 1).

Laut Sozialversicherungsgesetzen werden in Österreich Arbeitsunfälle und „diesen gleichgestellte", womit alle Wegunfälle subsummiert sind, von allen Unfallversicherungsträgern anerkannt. Es ist zunächst irrelevant, ob ein Arbeitsunfall zu einer Arbeitsunterbrechung führt, wenn sich jemand (im Allgemeinen der Dienstgeber) die Mühe macht, eine Unfallmeldung zu erstatten. Dann wird dieser Arbeitsunfall in dem Jahr, in dem uns die Meldung erreicht, anerkannt, wenn es nicht ganz offensichtlich ist, dass die sogenannte doppelte Kausalität (einfach ausgedrückt: arbeitsbedingt und bei der Arbeit passiert) nicht gegeben ist. International vergleichbar ist dieser Wert nicht – nicht einmal national, wenn man genau hinsieht: Grundsätzlich ist die Meldung für Unfälle, die weniger als drei Krankenstandstage verursachen, ja freiwillig. Die Meldefreude der Klein- und Mittelbetriebe hat sich in den letzten Jahren durch verschiedene Betreuungsmaßnahmen und gesetzliche Änderungen in anderen Bereichen aber deutlich erhöht. Für die Prävention entstehen somit mehr Informationen, Erfolgsmeldungen über sinkende Unfallzahlen waren in den letzten Jahren daher nur bedingt möglich.

EU-weit werden meist nur meldepflichtige Arbeitsunfälle im engeren Sinn (d. h. keine Wegunfälle) verglichen und damit

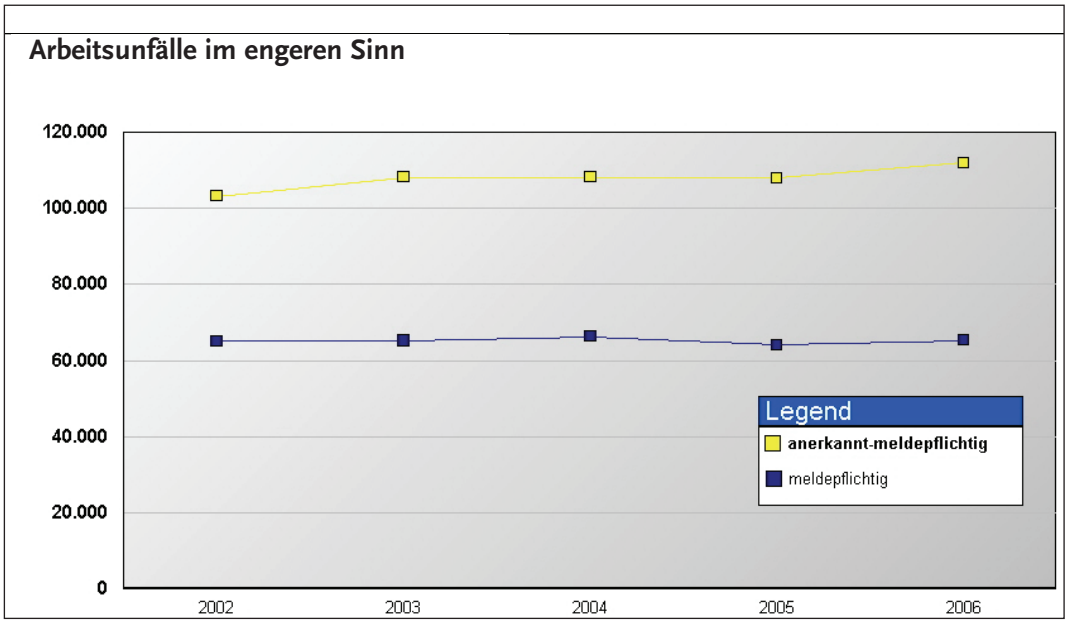


Abb. 1: Entwicklung der Absolutzahlen der Arbeitsunfälle 2002–2006

Sinnvolle Vergleiche sind nur über die Angaben von Unfallsraten möglich

wird gleichzeitig auch von einer gewissen „Mindestschwere“ ausgegangen. Um überhaupt sinnvolle Vergleiche ziehen zu können, ist die Ermittlung einer Inzidenz- bzw. Unfallrate (Abbildung 2) unabdingbar.

Bedauerlicherweise ist es gar nicht so einfach, die Versicherten der Unfallversicherung zu ermitteln. Prinzipiell sind in der AUVA Unselbständige und Selbständige vertreten, eine Zusammenführung aller Versichertenstände (also etwa auch der Bauern) zu statistischen Zwecken sowie aller Versichertenstände nach weiteren Kriterien (also etwa regionalen oder wirtschaftlichen) ist geplant.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von codierten Informationen, die die Statistik wieder „lesbar“ machen kann. Im Folgenden wird anhand einzelner Kriterien untersucht, ob bzw. wo innerhalb der letzten fünf Jahre echte Verschiebungen zu erkennen sind.

Unfallursachen

Warum und wobei ist etwas passiert? Diese wichtigen Fragen, die sich bei jedem Unfall stellen, werden in Österreich derzeit noch durch zwei Hauptangaben beantwortet. Man versucht, eine objektive Unfallursache zu ermitteln und zu sagen, was das Opfer in dem Augenblick des Unfalls gerade getan hat. EU-weit zielt man hingegen auf genauere Angaben. Man will sich nicht mehr mit den sehr unscharfen Kriterien Ursache und Tätigkeit zufrieden geben. Vielmehr soll danach gefragt werden, was die verunfallte Person (anders) gemacht hat, was mit dem beteiligten Unfallgegenstand (vorher) passiert ist – und worin die Abweichung vom normalen Geschehen lag. Bei den Schülerunfällen kann die AUVA-Statistik bereits jetzt mehr Angaben in diese Richtung machen, denn hier wird zumindest der Unfallgegenstand getrennt von der Unfallursache verschlüsselt. Langfristig sind sogar sechs Aussagen geplant: Was hat das Opfer genau zum Unfallzeitpunkt getan? Womit? Womit ist es in Kontakt geraten? Wodurch hat es sich verletzt? Und was war „anders“ als geplant? Welcher Gegenstand war daran allenfalls beteiligt?

Allerdings lassen sich auch aus unseren derzeitigen Unfallursachen sehr detaillierte Informationen gewinnen.

„Sturz und Fall“ stehen unangefochten auf Platz 1 der Unfallursachen

Unfallursache Nummer eins ist seit Jahren unangefochten „Sturz und Fall“. Von über 110.000 Arbeitsunfällen im engeren Sinn ist 2006 bei 31.431 „Sturz und Fall“ als Ursache angegeben, das sind über 28 % aller Unfälle. Im selben Jahr waren davon 28 tödlich, das entspricht 23 % der tödlichen Arbeitsunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle), und von diesen 28 Personen war die Hälfte bereits zwischen 45 und 54 Jahre alt.

In den meisten Fällen reicht schon ein Sturz auf ebenem Boden, dramatisch wird es vor allem bei einem Sturz vom Dach, von Laufbrettern oder von Gerüsten, beim Fall in einen Schacht oder in einen Brunnen. In den letzten fünf Jahren starben 144 Menschen bei solchen Stürzen.

Unfallrate und durchschnittlicher Ausfall

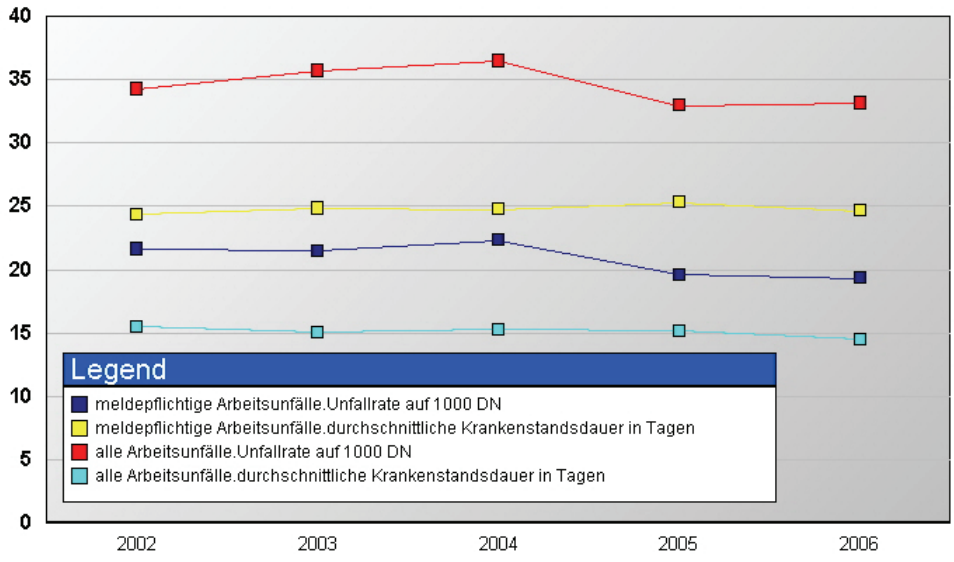


Abb. 2: Unfallraten und durchschnittliche Ausfallstage

Tabelle 1: Häufigste Unfallursachen

	2000	2002	2004	2006	*Diff 2006–2000*	*2006 als % von 2000*
Sturz und Fall von Personen	30.430	27.048	29.147	31.431	*1.001*	*103,29 %*
Scharfe und spitze Gegenstände	16.570	14.915	15.362	14.967	*-1.603*	*90,33 %*
Maschinelle Betriebseinrichtungen	14.716	12.933	12.698	13.178	*-1.538*	*89,55 %*
Handwerkzeuge und einfache Geräte	9.721	8.700	9.421	9.532	*-189*	*98,06 %*
Anstoßen	8.804	8.587	9.500	9.452	*648*	*107,36 %*
Herab- und Umfallen von Gegenständen, Einsturz	9.347	8.028	8.038	8.399	*-948*	*89,86 %*
Förderarbeiten (Transport und Hand)	8.172	6.905	7.500	8.567	*395*	*104,83 %*
Übrige Unfallursachen	6.448	5.891	5.976	5.827	*-621*	*90,37 %*
Fahrzeuge u. a. Beförderungsmittel	5.718	5.422	5.857	5.876	*158*	*102,76 %*
Einklemmen	4.794	4.615	4.602	4.598	*-196*	*95,91 %*
Unfallursache	**114.720**	**103.044**	**108.101**	**111.827**	***-2.893***	***97,48 %***

Größter Rückgang bei Unfällen mit maschinellen Betriebseinrichtungen

Die größte Verringerung konnte erfreulicherweise bei den Unfällen mit maschinellen Betriebseinrichtungen erzielt werden. Im Detail sieht man hier etwa Reduktionen um fast ein Drittel bei den Metallbearbeitungsmaschinen oder um ein Fünftel bei der Holzbearbeitung. Weniger erfreulich ist die Entwicklung bei etlichen Fahrzeugarten sowie einigen Detailbereichen von Sturz und Fall.

Berufsgruppen

Schlosser und Bauarbeiter sind am meisten gefährdet

In den letzten fünf Jahren erlitt die Berufsgruppe der Schlosser alleine über 50.000 Arbeitsunfälle im engeren Sinn – mit weit über 500.000 daraus resultierenden Krankenstandstagen und über 1.600 Versehrtenrenten. Zusammen mit den Bauarbeitern zählt diese Berufsgruppe zu den am meisten gefährdeten. Schlosser arbeiten in den unterschiedlichsten Wirtschaftsklassen. Neben allen mit Metall und Maschinenbau zusammenhängenden Erwerbsverhältnissen, in denen insgesamt ungefähr 25.000 Schlosser verunfallten, passierten etwa 5.000 dieser Unfälle auch jeweils im Bauwesen bzw. in Leiharbeit und ca. 2.500 in Kfz-Werkstätten.

Mehr als 10 % dieser Arbeitsunfälle führten zu Knochenbrüchen (Abbildung 3), generell sind die Hände am meisten betroffen, gefolgt von Kopf, Beinen und Armen. Betrachtet man die Hände noch genauer, können wir angeben, wie viele Finger, Daumen rechts oder links oder wie oft mehrere Finger zu Schaden kamen. Bei den Beinen wiederum ist es möglich aufzuschlüsseln, wie viele Verletzungen zum Beispiel auf die Knie, auf Ober- und Unterschenkel, auf die Knöchel oder auf die Gelenke entfielen.

Bei den Berufen spiegeln die höchsten Steigerungen natürlich auch wider, welche Wirtschaftsklassen generell mehr Dienstnehmer beschäftigen. Am meisten erhöhten sich die absoluten Unfallzahlen bei den Fremdenverkehrsberufen, den Verkäufern von Metallwaren, den Berufslenkern und den Mechanikern. Am meisten gesunken sind erfreulicherweise die Unfallzahlen in den klassisch gefährlichen Bauberufen und bei den Holzverarbeitern.

Wirtschaftsklassen, Unfallraten

Insbesondere für Firmen ist meist auch aufschlussreich, wie gut oder schlecht sie im Vergleich zu den anderen derselben oder zumindest verwandter Branchen dastehen. Die Statistik bietet hier Unfallraten für Österreich bis hinunter zur Ebene der vierstelligen Wirtschaftsklassenangabe nach ÖNACE (vgl. Tabelle 2). Diese Norm ist an die internationale an-

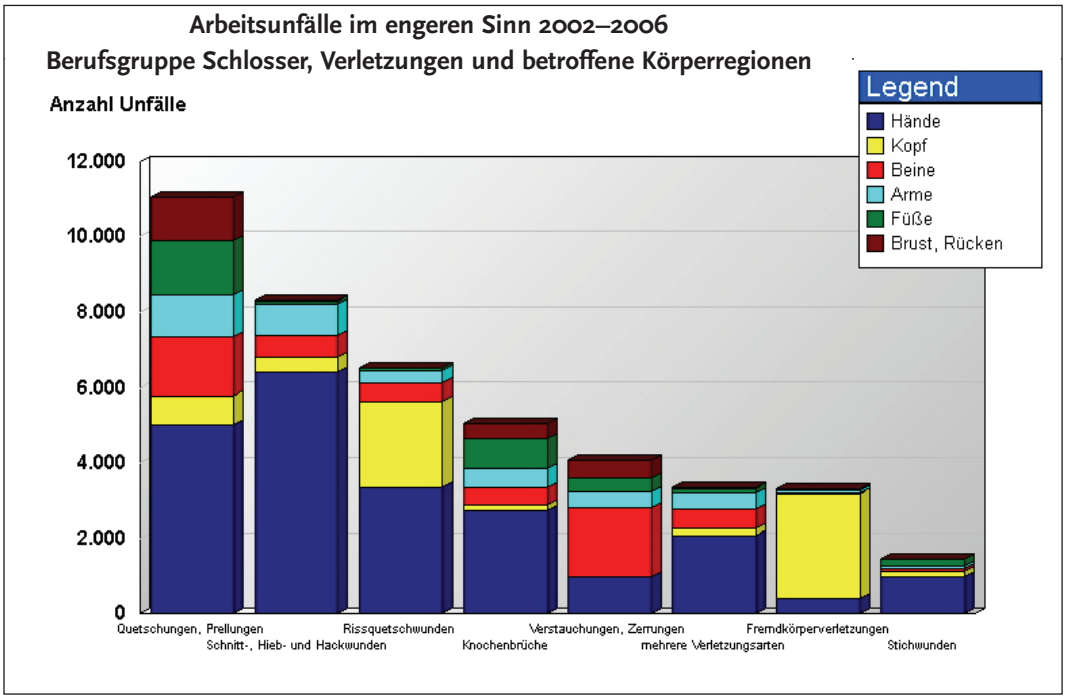


Abb. 3: Verletzungen und betroffene Körperregionen bei Schlossern

Abb. 4: Mitarbeiter der Wirtschaftklasse 4541 – Verputzerei

Branchenspezifische Unfallraten

gepasst – EU-weit können 9 größere Gruppen, in denen sich auch alle Hauptgruppen wiederfinden, betrachtet werden. Es seien hier nur einige Titel angeführt, die auf Anfrage ebenfalls von uns ermittelt werden können:

- Unfälle bei der Arbeit nach wirtschaftlicher Tätigkeit, nach dem Geschlecht, Alter und nach Jahren, EU-15, mit mehr als drei Krankenstandstagen;
- Unfälle bei der Arbeit nach wirtschaftlicher Tätigkeit, nach dem Geschlecht, Alter und nach Jahren, EU-15, tödliche Unfälle, beinhaltet Verkehrsunfälle und Unfälle in einem Transportmittel auf dem Weg zur Arbeit;
- standardisierte Unfallrate nach wirtschaftlicher Tätigkeit und Alter, mit mehr als drei Krankenstandstagen.

In Österreich gibt es übrigens noch eine zweite Zusammenfassung der Wirtschaftsklassen, die zu 26 Übergruppen führt und die derzeit ebenfalls in Veröffentlichungen des Hauptverbands und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit verwendet wird.

Tabelle 2: Unfallraten auf 4-stelliger Wirtschaftsklassenebene

Wirtschaftsklasse = Ausbau- und Bauhilfsgewerbe		2000		2002		2004		2006	
		Unfälle	Unfallrate auf 1000 DN	Unfälle	Unfallrate auf 1000 DN	Unfälle	Unfallrate auf 1000 DN	Unfälle	Unfallrate auf 1000 DN
4541	**Stuckaturgewerbe, Gipserei und Verputzerei**	220	67	205	68	230	77	226	71
4542	**Bautischlerei und Bauschlosserei**	432	45	494	55	584	67	741	76
4543	**Fußboden-, Fliesen- und Plattenlegerei**	629	44	581	45	650	51	636	47
4544	**Malerei und Anstreicherei**	1.319	55	1.090	49	1.191	55	1.189	53
4545	**Sonstiges Ausbau- und Bauhilfsgewerbe**	52	40	97	65	190	101	229	103
	Ausbau- und Bauhilfsgewerbe	**2.652**	**50**	**2.467**	**51**	**2.845**	**59**	**3.021**	**59**

Andere Kennzahlen und Kriterien der AUVA Statistik

Unfälle an Wochenenden und Feiertagen sowie während der Nachtstunden nehmen zu

Für unsere Bestände sind neben den Absolutwerten der Arbeitsunfallzahlen auch die Krankenstandstage, die Anzahl der jeweiligen Dienstnehmer, die Anzahl der entsprechenden Arbeitsstätten wichtige Grundlagen, die wir von der AUVA-Statistik nach allen verfügbaren und Sinn machenden Kriterien splitten können.

Wir haben in den letzten Jahren zwei Wege gefunden, die Kosten zu analysieren. Einerseits sind die Buchhaltungsdaten mit den Rentendaten verknüpft, wir wissen welche Rentenbeträge und Leistungen auf Grund welcher Ursachen und Verletzungen gebühren. Andererseits können wir auch die aus der Unfallfolgekostenrechnung stammenden Beträge, die weit mehr als unsere Rentenleistungen – nämlich alle betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten sowie alle Leistungen der AUVA – beinhalten, wiederum nach fast allen bisher zitierten Blickwinkeln einschränken und auswerten.

Unfallbedingte Krankenstandszeiten gingen stärker zurück als die Unfallzahlen erwarten ließen

Ein weiteres nicht zu vernachlässigendes Kriterium ist das Geschlecht der Verunfallten. Generell beträgt der Anteil der Frauen ungefähr ein Fünftel aller Arbeitsunfälle im engeren Sinn, die Zahl der weiblichen Opfer stieg allerdings seit dem Jahr 2000 um 3,7 %, während die der männlichen um 4 % sank.

Betrachtet man die zeitliche Lagerung, fällt auf, dass insbesondere an den Wochenenden und an Feiertagen Erhöhungen ablesbar sind, genauso wie die Unfälle während der Nachtstunden zwar nur wenig, aber doch zunahmen.

Die Verletzungen lassen nicht wirklich einen Trend erkennen. Sowohl leichtere, wie etwa Hautabschürfungen, als auch schwerere, wie zum Beispiel Knochenbrüche, nahmen zu. Genauso finden wir Reduktionen in beiden Bereichen – hier seien die Stichwunden und die Quetschungen und Prellungen angeführt. Interessant in diesem Zusammenhang: Die unfallbedingten Ausfallstage (i. e. die Dauer der entsprechenden Krankenstände) nahmen generell deutlicher ab, als es die Reduktion der Unfallzahlen hätte erwarten lassen.

Kontakt

Sollten Sie sich für Auswertungen aus den Datenbeständen der AUVA interessieren – ein E-Mail an HST@auva.at genügt.

Seminare der AUVA

Fachseminar „Verordnung Lärm und Vibrationen (VOLV)“

IN 31

Dauer: 1 Tag

Ziele des Seminars:
Am 25. Jänner 2006 ist die Verordnung über Lärm und Vibrationen (VOLV) in Kraft getreten. In dieser Verordnung zum ASchG sind eine Reihe von Änderungen gegenüber der alten Rechtslage festgeschrieben, so wird z. B. zwischen Grenzwerten und Auslösewerten unterschieden, werden neue bzw. andere Grenzwerte vorgeschrieben und muss im Sinne der Evaluierung im Falle einer möglichen Lärm- oder Vibrationsbelastung ein Maßnahmenprogramm durchgeführt und dokumentiert werden. Im Seminar werden neben den notwendigen Grundlagen vor allem die Neuerungen auf Grund der Verordnung behandelt.

Zielgruppe:
- Sicherheitsfachkräfte
- Sicherheitsvertrauenspersonen
- Unternehmer und leitende Angestellte

Seminarinhalte:
- Rechtsgrundlagen
- Lärmbelastungen – Maßnahmen dagegen und Evaluierung
- Vibrationen – Maßnahmen dagegen und Evaluierung
- Praxisbeispiele und Demonstrationen
- vorbeugender Lärm- und Vibrationsschutz

Termine:
8. Seminar: 04.12.2007
9. Seminar: 24.06.2008

Orte:
8. Seminar: Hotel Hauser, Bäckergasse 7, 4600 Wels
9. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar: „Ausbildung zum/zur Sicherheits- und Gesundheitsmanagement-Beauftragten“

IN 28-2

Dauer: 4 Tage

Ziele des Seminars:
Anleitung zu Aufbau, Einführung und Weiterentwicklung von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen (SGM) nach AUVA-SGM, OHSAS 18001, SCC/SCP und deren Integration in andere Managementsysteme.

Zielgruppe:
Führungskräfte, Qualitäts- und Umweltbeauftragte sowie Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsvertrauenspersonen, die in Organisationen ein Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem einführen wollen bzw. die ein bestehendes System um Sicherheits- und Gesundheitsinhalte erweitern wollen.

Seminarinhalte:
- Wesentliche Elemente von Managementsystemen mit Schwerpunkt Sicherheit und Gesundheit
- Überblick über Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme
- Einbindung von SGM in andere Managementsysteme
- Praxisbeispiele zu Aufbau und Umsetzung
- Leistungsangebot der AUVA bei der Einführung eines Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystems
- Erfahrungsaustausch

Termine:
4. Seminar: 14.01.–17.01.2008
5. Seminar: 09.06.–12.06.2008

Orte:
4. Seminar: CD – City Art Hotel Salzburg, Sterneckstraße 21, 5020 Salzburg
5. Seminar: Rogner’s Ernst Fuchs Palast, Prof.-Ernst-Fuchs-Platz 1, 9300 St. Veit/Glan

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Seminar „Heiße Eisen im Arbeitnehmerschutz“

IN 22-02

Dauer: 1 Tag

Ziel: Den Teilnehmern soll zu erfahrungsgemäß heiklen und schwierigen Themen im Arbeitnehmerschutz Information vermittelt werden. Das Seminar ist so konzipiert, dass ausreichend Zeit für Diskussion und Behandlung zusätzlicher Problemkreise bleibt bzw. können Schwerpunkte individuell definiert werden. Themen wie Alkohol im Betrieb und Unterweisung werden von zwei Seiten, der rechtlichen und der psychologischen, beleuchtet.

Zielgruppe: Unternehmer, Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner, Sicherheitsvertrauenspersonen.

Themenschwerpunkte:
- Alkohol am Arbeitsplatz – was tun?
- Nichtraucherschutz
- Verantwortungs- und Haftungsfragen
- Koordinationspflicht, Überlassung, Entsendungen
- Unterweisung – wie machen und wie dokumentieren?
- allgemeine Dokumentationspflichten nach dem ASchG
- Stand der Technik, Risikoanalyse und ähnliche kryptische Begriffe

Termine:
13. Seminar: 29.11.2007
14. Seminar: 01.04.2008

Orte:
13. Seminar: Hotel ‚Zur Post‘, 3053 Laaben/NÖ
14. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfergürtel 8–10, 8010 Graz

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Seminar „Gesetzeskonforme und effiziente Durchführung der Arbeitsplatzevaluierung“

IN 12

Dauer: 1 Tag

Ziel des Kurses: Der Teilnehmer soll in die Lage versetzt werden, die Evaluierung von Arbeitsplätzen im Betrieb durchzuführen.

Zielgruppe: Unternehmer, Betriebsleiter, Evaluierungsbeauftragte, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner, Sicherheitsvertrauenspersonen, Betriebsräte

Seminarinhalte:
- Rechtsgrundlagen der Evaluierung
- Voraussetzungen im Betrieb, Systematik
- Inhalte und Möglichkeiten der Dokumentation
- Evaluierung spezieller Gefahrenarten (z. B. Gefahrstoffe, Maschinen)

Wissensvermittlung durch:
- Vorträge im rechtlichen Bereich
- Vorstellung des Evaluierungskonzeptes der AUVA
- Übungen an Fallbeispielen

Termine:
82. Seminar: 18.09.2007
84. Seminar: 10.06.2008
83. Seminar: 15.01.2008

Orte:
82. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz
83. Seminar: Hotel Mercure, Bayerhamerstraße 14, 5020 Salzburg
84. Seminar: Hotel ‚Zur Post‘, 3053 Laaben/NÖ

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Praktikum für Arbeitsmediziner: „Bewegungsprogramme im Betrieb“

AMED 07

Dauer: 1 Tag (09.00–17.00 Uhr)

Referent:
Dr. Paul Scheibenpflug
Sport- und Kommunikationswissenschafter, Bewegungsexperte

Zielsetzungen:
- ArbeitsmedizinerInnen sollen einen kompakten Überblick erhalten,
- was sie im Betrieb leisten können und wo ihre Grenzen sind,
- was bei der Implementierung von Bewegungsprogrammen zu berücksichtigen ist,
- mit praktischen Tipps zum Weitergeben.

Inhalte:
- Zielsetzungen, Grundlagen und Ansätze der Bewegungsergonomie
- Expertenorientierte und partizipatorische Methoden und Zugänge
- Praktische Beispiele zum Selbsterleben und Weitergeben
- Erfolgsfaktoren und Stolpersteine
- Anhand ausgewählter Beispiele aus verschiedenen Branchen

Methodik:
Vortrag, garniert mit praktischen Tipps
Gruppen- und Einzelarbeit

Termine/Orte: Auf Anfrage.

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Seminar „Pack’s leichter an – Beschwerdefreiere Lastenhandhabung“

IN06-04

Dauer: 1 Tag (09.00–17.00 Uhr)

Referent:
Dr. Paul Scheibenpflug
Sport- und Kommunikationswissenschafter, Bewegungsexperte

Zielgruppe: Zuständige für Humanressourcen im Betrieb (Präventivfachkräfte, Personalchefs, Weiterbildungsleiter, Betriebsräte).

Zielsetzung: Nach sieben Jahren stellt die Europäische Woche 2007 wieder die Belastungen des Bewegungs- und Stützapparates in den Mittelpunkt. Die Kampagne „Lighten the Load“ (deutscher Slogan „Pack’s leichter an“) reagiert auf alarmierende Studienergebnisse, dass etwa 25 % aller Arbeitnehmer in Europa an Rückenschmerzen leiden, 22 % klagen über Muskelbeschwerden. Damit führen muskelskelettale Beschwerden die Liste der arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme in Europa an.

Die TeilnehmerInnen:
- Erhalten einen Überblick über erfolgreiche Vorgangsweisen
- Lernen arbeitsplatzorientierte Methoden zur Vermittlung des richtigen Umganges mit Lasten kennen
- Lernen mit den Leitmerkmalsmethoden eine anerkannte Methode zur Beurteilung einschlägiger Gefährdungen kennen und anwenden
- Erarbeiten Schritte zur Implementierung im (eigenen) Betrieb

Inhalte:
- Inhaltliche, technische und organisatorische Erfolgsfaktoren für optimalen Umgang mit Lasten
- Viele Beispiele aus der Praxis
- Leitmerkmalsmethoden als Methode der Erhebung und Ausgangspunkt für die Suche nach Lösungen
- Richtig heben, tragen, umschlichten und handhaben von Lasten
- Branchen- und berufsgruppenspezifische Lösungen
- Erfahrungsaustausch und Gruppenarbeit

Termine:
1. Seminar: 13.09.2007
3. Seminar: 24.01.2008
2. Seminar: 27.11.2007
4. Seminar: 25.02.2008

Orte:
1. Seminar: Hotel ‚Zur Post‘, 3053 Laaben/NÖ

2. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz
3. Seminar: Hotel Mercure, Bayerhamerstraße 14, 5020 Salzburg
4. Seminar: Hotel Exel, Alte Zeile 14, 3300 Amstetten

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 1)

IN 03-01

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Der Teilnehmer muss während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Der Teilnehmer soll grundlegende Kenntnisse der angewandten Psychologie (insbesondere Betriebspsychologie) erlangen, wobei auch entsprechende Möglichkeiten zur Selbsterfahrung gegeben werden.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Grundlagen der Arbeitszufriedenheit und der sie bestimmenden Faktoren
- Selbsterfahrung des eigenen Verhaltens im sozialen Umfeld
- Einführung in die Kommunikationspsychologie – praktische Übungen
- Einstellung und deren Veränderung – Auswirkung auf das Verhalten
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (I)
- Ursachen menschlichen Verhaltens (I)

Termine:
43. Fachseminar: 16.10.–18.10.2007
44. Fachseminar: 13.11.–15.11.2007

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 2)

IN 03-02

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Absolviertes Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 1). Der Teilnehmer muss während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Aufbauend auf den Grundkurs werden in diesem Teil moderne Führungstechniken und Kenntnisse der praktischen Verhaltenssteuerung vermittelt. Neben der theoretischen Wissensvermittlung wird dem Teilnehmer die Möglichkeit zur praktischen Handhabung psychologischer Techniken durch Training gegeben.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Grundlagen menschlichen Verhaltens (II) (Verhaltensanalyse)
- Theorien zur Verhaltensänderung (Lerntheorien, kognitive Theorien)
- Zwischenmenschliche Interaktion und Problemlösungstraining
- Erkenntnisse der modernen Motivationspsychologie und ihre praktische Anwendung
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (II)

Termin:
32. Fachseminar: 4.12.–6.12.2007

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 3)

IN 03-03

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Absolvierte Fachseminare „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 1 + 2). Die Teilnehmer müssen während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Aufbauend auf die Seminare Teil 1 und Teil 2 sollen die modernen Führungstechniken und Kenntnisse der praktischen Verhaltenssteuerung weiter perfektioniert werden. Neben der theoretischen Wissensvermittlung soll dem Teilnehmer die Möglichkeit zur praktischen Handhabung psychologischer Techniken gegeben werden. Die Erreichung der Zielsetzung wird durch Video-Feedback, Gruppenarbeiten und Rollenspiele unterstützt.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (III)
- Theorien zur Verhaltensänderung, Konfliktanalyse und Konfliktlösungstraining
- Aufbau und Training adäquaten Redeverhaltens
- Das Arbeiten in Gruppen

Termin:
23. Fachseminar: 15.01.–17.01.2008

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 4)

IN 03-04

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Absolvierte Fachseminare „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teile 1–3). Die Teilnehmer müssen während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Auffrischung, Vertiefung und Ergänzung des in den Seminaren 1–3 erworbenen psychologischen Fachwissens. Möglichkeit der Aufarbeitung bisheriger Erfahrungen, welche die Teilnehmer bei der Um-

setzung der Seminarinhalte 1–3 im konkreten Berufsalltag sammeln konnten.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (IV)/mentales Training
- Sozialpsychologie der Gruppe (II)
- Erstellung bzw. Supervision psychologisch fundierter Sicherheitsaktionen
- Einführung in die (Berufs-)Eignungsdiagnostik (Probleme und neueste psychologische Erkenntnisse/Ergopsychometrie)
- Aufarbeitung von Teilnehmererfahrungen

Termin:
21. Fachseminar: 26.02.–28.02.2008

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 5)

IN 03-05

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Absolvierte Fachseminare „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teile 1–4). Die Teilnehmer müssen während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Auffrischung, Vertiefung und Ergänzung des in den Seminaren 1–4 erworbenen psychologischen Fachwissens. Möglichkeit der Aufarbeitung bisheriger Erfahrungen, welche die Teilnehmer bei der Umsetzung im konkreten Berufsalltag sammeln konnten.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (V)/mentales Training
- Sozialpsychologie der Gruppe (III)
- Erstellung bzw. Supervision psychologisch fundierter Sicherheitsaktionen (II)
- Erweiterung der Kenntnisse in der (Berufs-)Eignungsdiagnostik (Probleme und neueste psychologische Erkenntnisse/Ergopsychometrie)
- Aufarbeitung von Teilnehmererfahrungen

Termin:
13. Fachseminar: 15.04.–17.04.2008

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fachseminar „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teil 6)

IN 03-06

Trainer:
Ass.-Prof. Dr. Paul WEINGARTEN
Dr. Johanna PREISINGER
Institut für angewandte Psychologie und Beratung, Wien

Dauer: 3 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:
Absolvierte Fachseminare „Praktische Psychologie im Berufsleben“ (Teile 1–5).

Die Teilnehmer müssen während der gesamten Seminardauer anwesend sein. Eine „beobachtende“ Teilnahme ist ausgeschlossen. Unter den Teilnehmern sollen keine hierarchischen Abhängigkeiten (Vorgesetztenverhältnisse) bestehen.

Ziele des Kurses:
Auffrischung, Vertiefung und Ergänzung des in den Seminaren 1–5 erworbenen psychologischen Fachwissens. Möglichkeit der Aufarbeitung bisheriger Erfahrungen, welche die Teilnehmer bei der Umsetzung der Seminarinhalte 1–5 im konkreten Berufsalltag sammeln konnten.

Zielgruppe:
Sicherheitsfachkräfte, Ingenieure und Mitarbeiter, die mit den Agenden der Sicherheit betraut sind; Vorgesetzte der mittleren und gehobenen Führungsebene (Meister, Abteilungsleiter, Fachdirektoren etc.), die entsprechend viele Mitarbeiter zu ihrem Einwirkungsbereich zählen.

Spezielle Seminarinhalte:
- Psychoregulative Selbststeuerungsmechanismen (VI)/mentales Training
- Sozialpsychologie der Gruppe (IV)
- Erstellung bzw. Supervision psychologisch fundierter Sicherheitsaktionen (III)
- Erweiterung der Kenntnisse in der (Berufs-)Eignungsdiagnostik (Probleme und neueste psychologische Erkenntnisse/Ergopsychometrie)
- Aufarbeitung von Teilnehmererfahrungen

Termin:
4. Fachseminar: 27.05.–29.05.2008

Ort: Hotel Marienhof, Hauptstraße 71–73, 2651 Reichenau/Rax

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Seminar „StRess.Moderator – Stressoren Ressourcen Moderation“

IN 05

TrainerIn:
Mag. Christine G. HAIDEN
Arbeits- und gesundheitspsychologische Dienstleistungen
Dr. Herbert FRIESENBICHLER
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Dauer: 3 Tage, max. 15 TeilnehmerInnen

Ziel des Seminars: Am Ende des Seminars haben die SeminarteilnehmerInnen die Anwendung des StRess.Moderator anhand eines „erdachten“ Unternehmens praktisch erfahren. Sie sind in der Lage (in Abhängigkeit der Vorkenntnisse), kleinere Gesundheitsprojekte mit dem StRess.Moderator im eigenen Betrieb zu entwickeln und (bei Bedarf mit Unterstützung z. B. Coaching) durchzuführen.

Ziegruppe: An Gesundheit und Sicherheit im Betrieb interessierte und dafür verantwortliche Personen.

Die TeilnehmerInnen sollen in die Lage versetzt werden:
- Das Vorgehensmodell im StRess.Moderator nachvollziehen und anpassen zu können
- Den StRess.Moderator im eigenen Unternehmen einzusetzen
- Arbeitsbedingte Stressoren und Ressourcen zu verstehen
- Kriterien für erfolgreiche Veränderungen im Betrieb zu erfahren
- Die persönliche Stressbelastung und die persönlichen Reaktionsmuster zu reflektieren
- Die Rolle und die Aufgaben des Moderators/der Moderatorin kennen zu lernen

Methoden: Arbeiten in Kleingruppen, paarweise und Einzelarbeit, Impulsreferate, Moderation, Präsentation, Rollenspiel, Gruppendiskussion, Feedback.

Termin:
11. Seminar: 23.04.–25.04.2008

Ort: Hotel Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien

Kostenbeitrag: € 480,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Intensivkurs „Die Datenbank ‚ArbeitnehmerInnenschutz expert' noch effizienter verwenden"

IN 33

Dauer: 1 Tag

Referenten:
Joe Püringer, AUVA
Günther Kittel, ppm Forschung und Beratung

Zielgruppe: Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen und andere Personen, die mit dem ArbeitnehmerInnenschutzrecht konfrontiert sind.

Voraussetzung für die Teilnahme: Die TeilnehmerInnen sollen bereits selbst mit der CD-ROM „ArbeitnehmerInnenschutz *expert*" praktisch gearbeitet haben. Sie sind eingeladen, ihre konkreten Fragestellungen in den Kurs einzubringen.

Seminarinhalte:
- Gliederung und Inhalt der Datenbank, Aufbau des österreichischen ArbeitnehmerInnenschutzrechts
- Funktionen der Datenbank, besondere Hilfsmittel und Tricks
- Nutzung der Inhaltsverzeichnisse
- rasches Aufrufen von Rechtsvorschriften
- Die Möglichkeiten der Volltextsuche, Suchstrategien
- Einschränken der Suche, Trefferliste, besondere Suchfunktionen
- Daten chemischer Arbeitsstoffe gezielt finden
- von den KursteilnehmerInnen gewünschte Schwerpunkte

Termine:
1. Seminar: 07.11.2007
2. Seminar: 16.04.2008

Orte:
1. Seminar: Hotel ‚Zur Post', 3053 Laaben/NÖ
2. Seminar: CD – City Art Hotel Salzburg, Sterneckstraße 21, 5020 Salzburg

Kostenbeitrag: € 120,– (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Auskunft/schriftliche Anmeldung:
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Hauptstelle, Abteilung für Unfallverhütung und Berufskrankheitenbekämpfung (HUB)
Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien
Tel.: 01/33 1 11/413
Fr. Kessler
mailto: karin.kessler@auva.at
Tel.: 01/33 1 11/572
Fr. Uhl
mailto: gabriele.uhl@auva.at
Tel.: 01/33 1 11/395
Fr. Radosztics
mailto: herta.radosztics@auva.at
Fax: 01/33 1 11/876

Anmeldung auch **online** über **www.auva.at/kursbuchung** möglich!

Elsbeth Huber

Ziele: Sensibilisierung der Bevölkerung für Chancengleichheit und Vielfalt sowie Bereitstellung von Informationen über die Rechte von Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind

Europäisches Jahr der Chancengleichheit für alle 2007

Das Jahr 2007 wurde von der Europäischen Union zum **Europäischen Jahr der Chancengleichheit für alle** erklärt.

Zielsetzungen:

- Sensibilisierung für das Recht auf Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung unabhängig von Geschlecht, „Rasse", ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Orientierung
- Stärkung einer besseren Teilhabe von unterrepräsentierten Gruppen an der Gesellschaft
- Betonung der Vorteile von Vielfalt aufgrund des Geschlechts, der „Rasse", der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, Behinderung, des Alters oder der sexuellen Orientierung
- Sensibilisierung für gute Beziehungen zwischen allen gesellschaftlichen Gruppierungen, insbesondere zwischen jungen Menschen

Um diesen Zielen gerecht zu werden, sollen die Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene Maßnahmen durchführen. Zu diesem Zweck erhält jeder Mitgliedstaat von der Europäischen Kommission einen bereits festgelegten Finanzierungsbetrag für seine Maßnahmen, der bis zu 50 % der Finanzierung des gesamten Maßnahmenpakets abdeckt. Der Finanzierungsbeitrag der Europäischen Kommission für Österreich beträgt € 215.250,–.

In den Aktivitäten der Mitgliedstaaten sollen sich folgende Schlüsselthemen widerspiegeln:

- **Rechte:** Sensibilisierung der öffentlichen Meinung im Hinblick auf das Recht auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung sowie auf die Problematik der Mehrfachdiskriminierungen.
- **Vertretung:** Anreize zu einer Debatte über die Möglichkeiten zur besseren gesellschaftlichen Einbindung von Gruppen mit Diskriminierungsopfern sowie zu einer ausgewogenen Beteiligung von Frauen und Männern.
- **Anerkennung:** Erleichterung und Würdigung von Vielfalt und Gleichbehandlung.
- **Achtung:** Förderung einer toleranteren und solidarischeren Gesellschaft.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit hat sich im Rahmen des Europäischen Jahres dafür entschieden, den Schwerpunkt einerseits auf die Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die Akzeptanz von Vielfalt und Chancengleichheit und gegen Diskriminierung zu legen, andererseits sollen die Rechte und deren Durchsetzung, die für von Diskriminierung Betroffene wichtig sind, in der Öffentlichkeit verstärkt transportiert werden.

Aus diesem Grund führt das BMWA eine **Informationskampagne** durch, die aus einem TV-Spot, Hörfunkspots, einer Broschüre zur Chancengleichheit und einem Flyer sowie einer eigenen Internetseite (http://www.chancen-gleichheit.at/) besteht.

Auch auf der **Webseite der Arbeitsinspektion** finden sich Informationen zu arbeitsschutzrechtlichen Belangen von behinderten ArbeitnehmerInnen: **http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Personengruppen/Behinderte/behinderte020.htm**.

Weiters wurden von der Arbeitsinspektion 2 Folder zu den Themen **Geschlechtergerechter Sprachgebrauch in der Arbeitsinspektion** und **Gender Mainstreaming in der Tätigkeit der Arbeitsinspektion** veröffentlicht, der auf der Webseite **http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/ Service/Publikationen/default.htm** zum Downloaden zur Verfügung steht.

Folder zu Mutterschutzbestimmungen in anderen Sprachen

Der bekannte AI-Folder zu den Mutterschutzbestimmungen steht nun auch in türkisch, serbisch, kroatisch und bosnisch zum Downloaden zur Verfügung: http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Service/Publikationen/default.htm

Schwerpunkt der Arbeitsinspektion zu „Alter(n)sgerechtem Arbeiten", 2007–2008

Erkenntnisse aus dem arbeitswissenschaftlichen Modell der Arbeitsbewältigung werden in hohem Maße berücksichtigt

Von der AI wird in den Jahren 2007 und 2008 eine Schwerpunktaktion zum Thema „Alternsgerechtes Arbeiten" durchgeführt. Dabei werden die Erfahrungen und Erkenntnisse der nordischen Länder (insbesondere das arbeitswissenschaftliche Modell der Arbeitsfähigkeit von Finnland) in hohem Maße berücksichtigt.

Im Jahr 2007 liegt der Schwerpunkt auf der Schulung und Kompetenzerweiterung der ArbeitsinspektorInnen, danach werden Betriebe informiert, beraten und schließlich im Jahr 2008 überprüft, ob und wie sie das Thema alternsgerechtes Arbeiten bei der Evaluierung (Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen und Festlegung von Maßnahmen, gem. § 4 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG) berücksichtigt haben.

Was bedeutet die Zunahme an älteren Beschäftigten für den jeweiligen Betrieb?

In der ersten Phase geht es vor allem darum, bewusst zu machen, was die Zunahme der älteren Beschäftigten für den jeweiligen Betrieb bedeutet. Dies soll mittels einer **Altersstrukturanalyse** erfolgen und darauf aufbauend sollen alterskritische Tätigkeiten erfasst und Maßnahmen z. B. Adaptierung der Lichtverhältnisse an Ältere, größere Beschriftungen, verstärkter Einsatz technischer Hebehilfen, Anpassung der Arbeitsplätze an den individuellen Aktionsradius z. B. des Schulter- und Hüftgelenkes, Reduktion von Hitze- oder Kältearbeitsplätzen, Tätigkeits- und Belastungswechsel, Reduktion der Nachtschichten, verstärkte Arbeit in „gemischten" Teams, festgelegt werden.

Im Rahmen der Schwerpunktaktion wird es einen eigenen Folder geben.

Allgemeine Informationen zum Thema „alter(n)sgerechte Arbeitswelt" gibt es bereits jetzt auf der Webseite der AI (**http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Allgemeines/default.htm**) und unter http://www.arbeitundalter.at/, der Webseite der Sozialpartner.

Auch bei der im Jahr 2006 von der Arbeitsinspektion in Alten- und Pflegeheimen durchgeführten Schwerpunktaktion wurde bei der Überprüfung der Evaluierung erhoben, inwiefern das Alter der Beschäftigten dabei berücksichtigt wurde, z. B. durch organisatorische Maßnahmen wie Arbeitszeitänderungen oder Teamarbeit, technische Hilfsmittel beim Heben, Tragen und Schieben, neue Hebetechniken wie z. B. Kinästhetik.

Spezifische Ergebnisse der zweiten Schwerpunktaktion in Alten- und Pflegeheimen

Während der ersten Schwerpunktaktion im Jahr 2004 hat die Arbeitsinspektion in 348 Betrieben und bei der Wiederholung im Jahr 2006 in 407 Betrieben insbesondere die Situation der Evaluierung der Belastungen der Beschäftigten beim Heben, Tragen und Bewegen überprüft.

Belastungen beim Heben und Tragen sowie in Bewegung

Nach einer intensiven Schulung der beteiligten ArbeitsinspektorInnen wurde unter anderem mittels einer Checkliste das Vorhandensein folgender spezifischer Präventivmaßnahmen überprüft:

- technische Hilfsmittel (höhenverstellbare Betten, fahrbare Lifter, Pflegestühle, höhenverstellbare Badewannen, fahrbare Hebestühle, höhenverstellbare Untersuchungsliegen) und Verwendung von kleinen Hebe- und Tragehilfen (Rutschbrett, Rollboard, Drehscheiben, Halte- und Hebegürtel, Bettleiter, gleitende Hebekissen),
- Anwendung spezifischer Hebetechniken (Bobath-Konzept und Kinästhetik),
- arbeitsorganisatorische Maßnahmen (Pausengestaltung, Arbeiten im Team, ausreichende Unterweisung im Umgang mit Hebehilfen).

Kleine Hebe- und Tragehilfen (Rutschbrett, Rollboard, Drehscheibe etc.)

Diese entlasten, neben den technischen Hilfsmitteln, ganz wesentlich die Wirbelsäule und den Muskel-Sehnen-Apparat der ArbeitnehmerInnen bei der pflegerischen Tätigkeit. Bei der ersten Schwerpunktaktion im Jahre 2004 wurde festgestellt, dass gerade die kleinen Hebehilfen nur wenig im Einsatz waren. Häufige Ursachen für das Nichtverwenden sind die mangelnde Sensibilisierung, die fehlende praktische Einschulung, geringe Motivation und Überschätzung der eigenen Körperkräfte. Eine gründliche Bedarfserhebung durch die Führungskräfte in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und eine Praxisbegleitung in der Erprobungsphase helfen ganz wesentlich dabei, die Akzeptanz zu erhöhen.

Häufige Gründe für die Ablehnung von Hebe-und Tragehilfen: mangelnde Sensibilisierung, fehlende Einschulung, geringe Motivation und Überschätzung der eigenen Körperkräfte

Im Rahmen der zweiten Schwerpunktaktion im Jahre 2006 wurden deshalb insbesondere die Durchführung und Methoden der Evaluierung der Hebe- und Tragetätigkeiten sowie die Beteiligung der Präventivfachkräfte und weiters die Unterweisung und die tatsächliche Verwendung kleiner Hebe- und Tragehilfen überprüft.

In nur 42 % der Betriebe gab es eine zufriedenstellende Evaluierung der manuellen Lastenhandhabung. In nur 36 % waren Sicherheitsfachkräfte und in nur 34 % ArbeitsmedizinerInnen an der Erstellung der Evaluierung beteiligt. Bezüglich der Methoden, die bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefährdung angewendet wurden, wurde nur in vier Betrieben die Leitmerkmalmethode, in den meisten anderen Heimen hingegen Schulungen und Unterweisungen (vor allem im Rahmen der Anwendung von spezifischen Hebetechniken und Hebe- und Tragehilfen), MitarbeiterInnen-Befragungen, Pflege- und Fotodokumentationen, Beobachtungen der Präventivfachkräfte oder PhysiotherapeutInnen, betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte oder Teamgespräche angegeben.

Bei den kleinen Hebe- und Tragehilfen kommen offensichtlich am häufigsten der Halte- und Hebegürtel (42 %), die Drehscheibe (41 %) und das Rutschbrett (40 %) zum Einsatz. Weit weniger praxisrelevant scheinen das Rollboard (10 %), die Bettleiter (8 %) und das gleitende Hebekissen (10 %) zu sein.

Eine Unterweisung zur Handhabung der Hebehilfen wurde nach Angabe der Verantwortlichen bereits in 85 % der Heime durchgeführt.

Schonende Arbeitstechniken

Beim **Bobath-Konzept** wird durch die Aktivierung der Bewegungsfähigkeit der BewohnerInnen die Belastung der Pflegefachkräfte vermindert. Auch **Kinästhetik**, ein handlungsorientiertes Bewegungskonzept, hat zum Ziel, die Bewegungs-, Berührungs- und Wahrnehmungsfähigkeit der BewohnerInnen zu verbessern. Die Pflegefachkräfte sollen lernen, sich mit den zu Pflegenden über die körperliche Berührung zu verständigen und die eigene Körperbewegung zu nutzen, um so die zu Pflegenden zu bewegen.

Bereits in 82 % der Heime werden kinästhetische Arbeitstechniken angewendet

Die Überprüfung der Arbeitsinspektion ergab, dass erfreulicherweise bereits in 82 % der Heime kinästhetische Arbeitstechniken und in 60 % das Bobath-Konzept bekannt sind und angewendet werden.

Arbeitsorganisatorische Maßnahmen

Als häufigste arbeitsorganisatorische Maßnahme wurden in den überprüften Heimen das Arbeiten im Team (90 %), eine Unterweisung zur Handhabung der Hebehilfen (85 %) und ein Tätigkeits- bzw. Belastungswechsel (63 %) angegeben. Zusätzliche Erholpausen gibt es nur in 39 % der Betriebe.

Die Schwerpunktaktion hat gezeigt, dass in einigen der überprüften Pflegeheime bereits zahlreiche, verschiedenartige Maßnahmen zur Reduzierung der Belastungen des Muskel-Skelett-Apparates der Beschäftigten umgesetzt wurden. Die Ergebnisse der Arbeitsinspektion zeigen jedoch auch, dass eine weitere intensive Beschäftigung, auch der PFK, mit diesem Thema erforderlich ist, damit auch die Beschäftigten in Pflegeheimen ihre Gesundheit länger erhalten können.

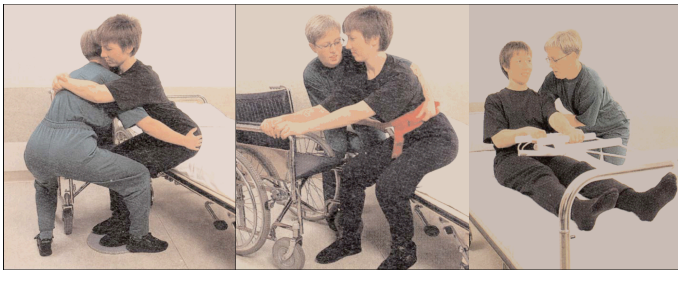


Abb. 1

Quelle: Leitfaden „Schwere Arbeit – leicht gemacht“, BMWA, 2006

Kongresse und Tagungen

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin
22.–24.11.2007 Salzburg
Infos unter www.gamed.at

7th International Symposium on Biological Monitoring in Occupational & Environmental Health
10.–12.09.2007 Peking
Deadline: 29.05.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.isbm2007.org

The European Cancer Conference
23.–27.09.2007 Barcelona
Deadline: 18.04.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.fecs.be

2. Deutscher Allergie-Kongress
26.–29.09.2007 Lübeck
Deadline: 15.06.2007
Anmeldeschluss: 10.09.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.allergie-kongress.de

Eurotox
07.–10.10.2007 Amsterdam
Deadline: 15.04.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.eurotox2007.org

19th International Conference on Epidemiology in Occupational Health
09.–12.10.2007 Banff, Kanada
Deadline: 31.03.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.epicoh2007.ca

17th Conference of the International Society of Exposure Analysis
14.–18.10.2007 Durham, South Carolina
Deadline: 30.04.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter
http://secure.awma.org/events/ISEA

World Allergy Congress
02.–06.12.2007 Bangkok, Thailand
Deadline: 10.05.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.wac2007.com

The new Globally Harmonised System of Classification and Labelling of Chemicals
25.–26.02.2008 Marseille
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter http://research.prevention.issa.int

48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
12.–15.03.2008 Hamburg
Deadline: 14.10.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www-dgaum.med.uni-rostock.de

American Association for Cancer Research
12.–16.04.2008 San Diego, USA
Deadline: 28.11.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.aacr.org

Workshop Prävention von Hauterkrankungen im Gesundheitswesen
16.–18.04.2008 Dresden
Infos unter www.sgarm.ch/de/fortbildung_2007/skin-work07.pdf

27th Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology
07.–11.06.2008 Barcelona, Spanien
Deadline: 20.11.2007
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.eaaci.net

2. Burnout Kongress
29.05.2008 Belp bei Bern
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.kmsbern.ch

XVIII. World Congress on Safety and Health at Work
29.06.–02.07.2008 Seoul, Korea
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.safety2008korea.org

5th World Congress of the Society of Environmental Toxicology and Chemistry
03.–07.08.2008 Sydney, Australien
Deadline: 15.01.2008
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.setac2008.com

29th International Congress on Occupational Health
22.–27.03.2009 Kapstadt, Südafrika
Infos und Online-Anmeldung im Internet unter www.icoh2009.co.za

Hugo Rüdiger,
Abteilung Arbeitsmedizin,
Medizinische Universität Wien

Aus der Abteilung für Arbeitsmedizin

Medizinische Aspekte betrieblicher Gesundheitsförderung

Es geht um einen erweiterten Gesundheitsbegriff

Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, so die Definition der WHO. Obwohl viel geschmäht, ist die Aussage in einem Punkt doch ganz klar: Gesundheit ist nicht nur Aufgabe von Medizin. Dazu gehört dann auch:

- ein gutes soziales Umfeld, Familie, Freunde, gute Wohnbedingungen;
- ein Beruf, der befriedigt und ausfüllt;
- ein gutes Arbeitsumfeld: konfliktarmer Betrieb, eigene Gestaltungsmöglichkeiten, Karrierechancen, zufriedenstellendes Einkommen;
- Zeit haben für sich selbst, kulturelle Interessen, Hobbys, Urlaub, Muße.

Gesundheit ist nicht nur Aufgabe von Medizin

Alle diese Bedingungen sind eng mit der medizinischen körperlichen und geistigen Gesundheit, mit Leistungsfähigkeit und Freisein von Krankheit, mit geistiger Frische, Motivation und Weltoffenheit verwoben. Medizinische Gesundheit bereichert nicht nur das soziale Leben und macht es überhaupt erst möglich, umgekehrt hält soziales Wohlbefinden auch medizinisch gesund. Gesundheit ist etwas sehr Komplexes!

Auch betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Ziel, berufliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zu stärken, zu erhalten und – mit Einschränkungen – auch wiederzugewinnen, muss von einem erweiterten, ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgehen. Dieser Gesundheitsbegriff ist wahrscheinlich sogar noch breiter anzusetzen als jener der WHO, weil er auch die Arbeitskompetenz mit einbezieht. „Das Haus der Arbeitsfähigkeit vereinigt viele Faktoren unter einem Dach“, schrieb Ilmarinen 2001, was er damit gemeint hat, verdeutlicht die Abbildung 1.

Prävention wird wieder wichtig

Auch die klinische Medizin beginnt zart mit einer erweiterten Auffassung von

Das Haus der Arbeitsfähigkeit vereinigt viele Faktoren unter einem Dach

J. Ilmarinen 2001

Arbeit
Arbeitsinhalte, Arbeitsumgebung
Gemeinschaft, Organisation
Management und Führung

Werte
Einstellungen, Motivation

Kompetenz
Kenntnisse, Fähigkeiten

Gesundheit
funktionelle Kapazität
(körperlich und geistig)

Abb. 1: „Das Haus der Arbeitsfähigkeit vereinigt viele Faktoren unter einem Dach“ (J Ilmarinen 2001)

Kurative Medizin dominant im Vergleich zur präventiven Medizin

Vorbeugen ist nicht nur besser als Heilen, sondern auch billiger

Die Gesundheitsförderung kämpft gegen eine geringe Motivation der Zielgruppe

Hohe Kosten auch durch nicht eingebrachte Leistungen ohne Inanspruchnahme von Krankenständen

Gesundheit. Man geht nicht mehr ausschließlich von Krankheiten aus, die beseitigt, gebessert – und vorher auch diagnostiziert – werden müssen. Nicht **frei sein von etwas**, von Krankheit oder Leiden, sondern **frei sein zu etwas**, d. h. optimal die eigenen Möglichkeiten leben zu können. Dieses Umdenken der Medizin, das langsam einsetzt, basiert weniger auf neuer wissenschaftlicher Erkenntnis, sondern hat primär einen anderen Grund. In zweieinhalbtausend Jahren Medizin (Abbildung 2) hat sich das Verhältnis von präventiver zu kurativer Medizin immer stärker in Richtung kurative Medizin verschoben, in dem Maße, wie die Möglichkeiten – diagnostisch und therapeutisch – gewachsen sind, die sie anzubieten hat. Heute setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass wir damit in eine ökonomische Sackgasse geraten sind, weil die Ausschöpfung aller Möglichkeiten nicht mehr finanzierbar ist. Über diesen Umweg kommt nun wieder die vorbeugende Gesundheitsförderung ins Spiel, Vorbeugen ist nicht nur besser als heilen, es ist vor allem auch billiger.

Gesundheitsförderung rechnet sich für den Betrieb

Der ökonomische Aspekt ist es, der in erster Linie den Ruf nach mehr Prävention treibt, auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Da gibt es inzwischen Berechnungen zuhauf, wie viel ein einzelner Krankenstandstag ein Unternehmen kostet und dass beispielsweise die Senkung der Krankenstände um nur 1 % sich für ein mittelständisches Unternehmen mit 500 Beschäftigten auf etwa € 330.000 Ersparnis pro Jahr addiert (SUGA-Report 2005). Eher noch dramatischer lesen sich Berechnungen über die Kosten, die einem Betrieb durch nicht eingebrachtes Leistungspotential der Beschäftigten entstehen, ohne dass Krankenstände in Anspruch genommen werden (sog. Präsentismus), verursacht beispielsweise durch innere Kündigung. Demotivation oder Alkoholkrankheit. Eine Berechnung der VOEST-Alpine GmbH in Linz kommt für 8700 Beschäftigte und bei einem Anteil von 5 % Alkoholikern auf Lohnausfallkosten durch nicht erbrachte Leistung von € 4,6 Millionen pro Jahr. Diese und ähnliche Zahlen sind ein starkes Argument für den Arbeitgeber, in betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren. Es muss nicht das einzige Motiv sein: Betriebliche Gesundheitsförderung steigert auch allgemein die Attraktivität eines Unternehmens nach innen und nach außen, nach der Devise: zufriedene Mitarbeiter – zufriedene Kunden.

Auf die Motivation der Beschäftigten kommt es an

Ganz anders als für die Betriebsführung sieht das Problem der Motivation zur Gesundheitsprävention für die Mitarbeiter aus, denen die Prävention ja gilt. **Das Problem jeder Gesundheitsförderung (Prävention) ist – im Gegensatz zur kurativen Medizin –, dass die Zielgruppe primär nicht intrinsisch motiviert ist**. Eine Krankheit, gleichgültig, ob Bauchschmerzen, Zahnweh oder Luftnot, treibt die Betroffenen dazu, ärztliche Hilfe zu suchen, ohne dass es dazu langer Überredung bedarf. Die Betroffenen sind intrinsisch motiviert. In der Prävention dagegen sind alle gesund oder fühlen sich zumindest so, und deshalb ist Motivation zur Prävention Bringschuld dessen, der sie macht!

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind keine Krankheiten, machen keine Beschwerden, sind häufig nicht offensichtlich, werden in der Regel unterschätzt, sind fast immer beeinflussbar. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Hypertonus, Hypercholesterinämie, Bewegungsmangel, Adipositas, Suchtmittel (darunter

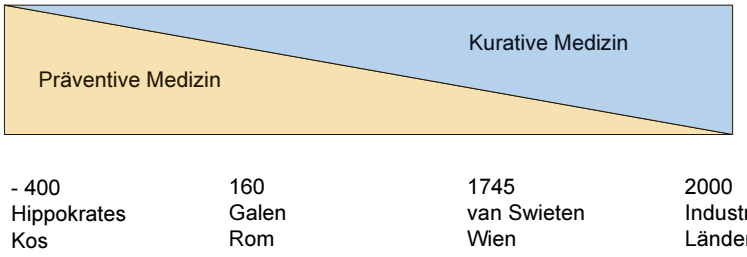


Abb. 2: Das Verhältnis von präventivem und kurativem Ansatz in der Medizin hat sich über zweieinhalbtausend Jahre stark zugunsten der kurativen Medizin verschoben.

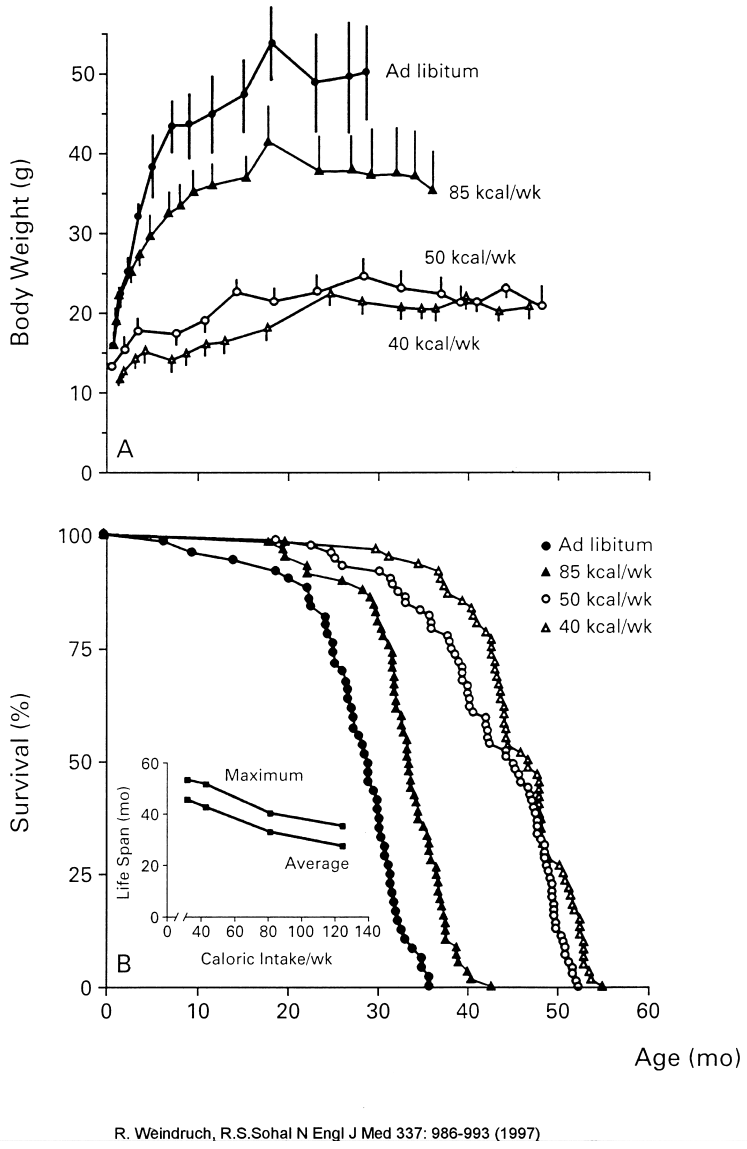
Ca. 40% der Österreicher sind zu dick

Gewichtsreduktion ist nur durch die Kombination von Ernährungsumstellung und Bewegung erfolgreich

vor allem Rauchen und Alkohol). Was das praktisch bedeutet, soll am Beispiel Bewegungsmangel und Adipositas kurz dargestellt werden: Adipositas ist in Österreich der wohl verbreitetste Risikofaktor, ca. 40 % sind zu dick. Dies hat bedeutende gesundheitliche Implikationen, die man nicht oft genug betonen kann:

1. Durch Fettleibigkeit kommt es zu einer drastischen Abnahme der Lebenserwartung, dies belegen sowohl Tierversuche als auch epidemiologische Daten der Framingham-Studie. Bereits ein Bodymass-Index über 25 reduziert die Lebenserwartung bei Männern um 3,1, bei Frauen um 3,3 Jahre, ein BMI > 30 bei Männern um 5,8, bei Frauen sogar um 7,1 Jahre, verglichen mit normgewichtigen Probanden (Abbildung 3).
2. Ein BMI > 35 erhöht das Diabetesrisiko bei Männern bis zum 40-fachen, bei Frauen bis zum 90-fachen, verglichen mit einem BMI < 22 (Abbildung 4).
3. Eine Follow-up-Studie über 14 Jahre an über 100.000 Krankenschwestern zeigt, dass das Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen bei Adipösen mit einem BMI > 35 etwa 90-mal größer ist als bei Personen mit einem BMI < 22.

Diese Zahlen illustrieren das enorme präventive Potential, das alleine in der Beeinflussung von Risikofaktoren liegt. Gewichtsreduktion als präventive Maßnahme gelingt selten durch Kalorienreduktion alleine, sondern ist nur erfolgreich durch die Kombination von Ernährungsumstellung und Bewegung. Das liegt daran, dass bei jedem Fasten der Organismus bestrebt ist, auf einen Energiesparmodus umzuschalten, so dass sich, wenngleich auf einem niedrigeren Niveau, das Gleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr und Kalorienverbrauch wieder einstellt. Außerdem führt der Abbau von Körpersubstanz durch Fasten (dadurch kommt es ja zu der gewünschten Gewichtsabnahme) im Ruhezustand



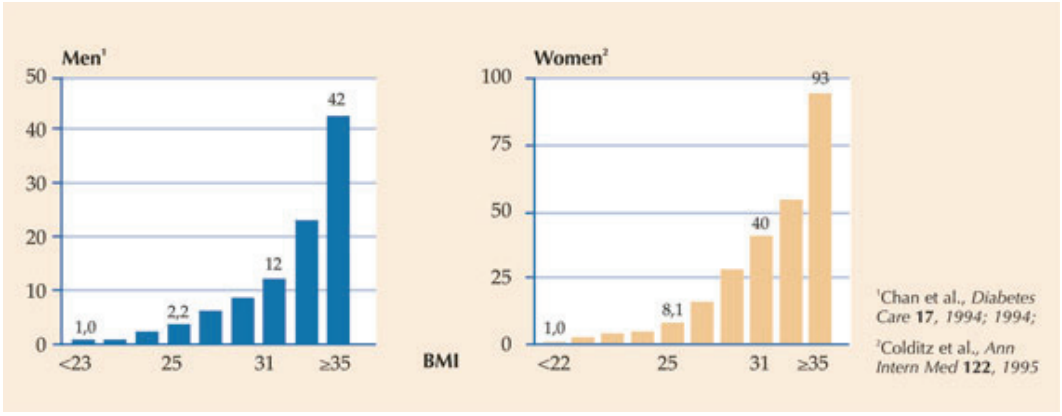
R. Weindruch, R.S.Sohal N Engl J Med 337: 986-993 (1997)

Abb. 3: Übergewicht vermindert die Lebenserwartung. Im Tierversuch konnte das an Mäusen gezeigt werden, die unterschiedlich kalorienreich ernährt wurden (obere Grafik). Dabei kommt es bei den übergewichtigen Mäusen zu einer Reduktion der mittleren Lebenserwartung von 4 Jahren auf 2,8 Jahre (untere Graphik). Die epidemiologischen Daten aus der Framingham-Studie belegen, dass dies in ähnlicher Weise auch für den Menschen zutrifft.

Drastische Abnahme der Lebenserwartung bei Fettleibigkeit im Tierversuch (Maus)
Beim Menschen:
BMI > 25 reduziert die Lebenserwartung
M: 3,1 F: 3,3 Jahre
BMI >30 M: 5,8 F: 7,1

Daten nach Framingham-Studie

Adipositas und Diabetes Risiko



Adipositas und Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankung

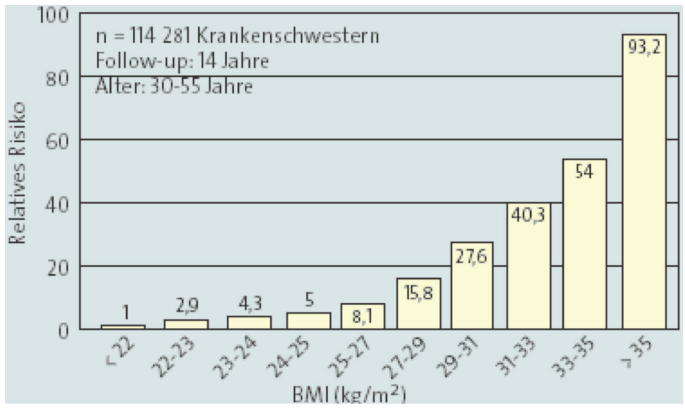


Abb. 4: Adipositas erhöht dramatisch das Risiko für die Entwicklung eines Diabetes Mellitus und für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

dazu, dass nicht nur Fett, sondern auch Eiweiß abgebaut wird, im Wesentlichen durch Reduktion der Muskelmasse. Dieses vermindert den Energiebedarf dann langfristig, man nimmt nach Beendigung des Fastens umso schneller wieder zu. Diätetische Maßnahmen und körperliche Bewegung sind also in der Prävention des bedeutenden Risikofaktors Übergewicht als Tandem zu betrachten.

Körperliches Training stärkt aber nicht nur die Muskeln, sondern hat einen intensiven ganzheitlichen gesundheitssteigernden Effekt:

- Anstieg der Gehirndurchblutung (bei Joggern zwischen 20–25 %)
- Anreicherung von Botenstoffen im Gehirn, dadurch Zunahme von Lernfähigkeit, Gedächtnis, Reaktionsvermögen und Kreativität.
- Zunahme von Herzkraft, Blutdruck, Abnahme der Blutviskosität
- Zunahme der Insulinsensitivität
- Zunahme von Libido und Potenz
- Zunahme der neuronalen Vernetzung
- Verbesserung der Lungenfunktion
- Verbesserung der Immunabwehr
- Zunahme von Muskelkraft und Fettabbau

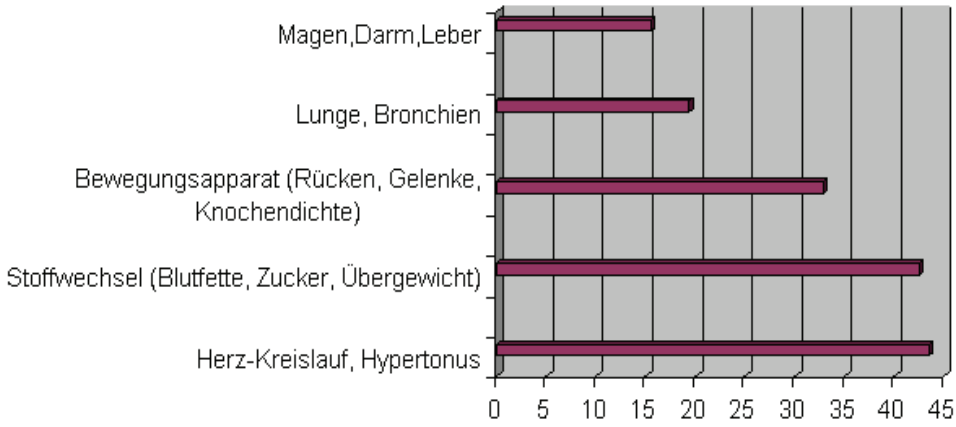
Großes Präventionspotential in Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Betriebliche Gesundheitsförderung muss an vielen Stellen ansetzen

Weitere Beispiele für wichtige Felder betrieblicher Gesundheitsförderung als **Primärprävention** sind Suchtprävention und Raucherentwöhnung; Strategien zur Stressbewältigung; Integration von Arbeitsschutz und Gesundheitsschutz in betriebliche Abläufe; Schutzimpfungen; Unfallverhütung; oder rückenschonende Hebetechniken. Dazu gibt es inzwischen viele gute praxisorientierte Anleitungen, und aus diesem Grunde soll darauf an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden.

Ein großes Präventionspotential liegt in Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Diese sogenannte **Sekundärprävention** muss sich sinnvollerweise an Krankheiten orientieren, die häufig sind (Abbildung 5), und sollte nicht nur Morbidität, sondern auch Mortalität berücksichtigen (Abbildung 6). In Todesursachenstatistiken nehmen die bösartigen Neubildungen inzwischen den zweiten Platz ein. Dies spricht dafür, auch die Krebsvorsorge mit den Schwerpunkten Haut, Dickdarm, Brust, Prostata und Magen in die innerbetrieblichen Vorsorgeprogramme mit einzubeziehen.

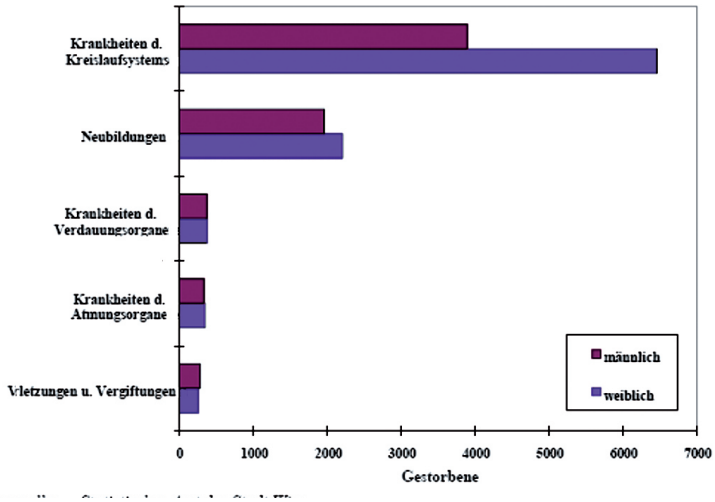
Diagnosehäufigkeiten in Allgemeinphasen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt BRD

Abb. 5: Bei Patienten in der Allgemeinpraxis stehen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Hypertonus an erster Stelle.

Die fünf häufigsten Todesursachengruppen im Alter von über 45 Jahren, Wien 1997



Datenquelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

Abb. 6: In der Todesursachenstatistik Wien nehmen bösartige Erkrankungen zahlenmäßig den zweiten Platz ein.

Rehabilitation und Reintegration in den Arbeitsprozess werden gelegentlich auch als **tertiäre Prävention** bezeichnet. MitarbeiterInnen, die nach schweren Krankheiten manchmal monatelang ausfallen, verlieren leicht den Anschluss. Das kann betriebliche Gründe haben, weil der konkrete Arbeitsplatz längst mit jemand anderem besetzt ist, oft sind es aber die „inneren Gründe“: Während längerer Abwesenheit haben sich viele innerlich von ihrer Arbeit verabschiedet. Dieser Prozess setzt schon nach etwa zwei Monaten Abwesenheit ein. Es kommt also entscheidend darauf an, dass mit der Reintegration so früh wie möglich begonnen wird, wenn es darum geht, einen Mitarbeiter im Betrieb an seinem Arbeitsplatz zu halten. Anzustreben sind sechs Wochen nach dem Beginn des Krankenstandes.

Betriebliche Gesundheitsförderung in einer gewandelten Arbeitswelt

Arbeitskosten bewegen sich auf einem historischen Höchststand

Die Arbeitskosten in Österreich, wie auch in anderen Industrieländern, sind seit Jahren auf einem historischen Höchststand. Dies hat zu zwei Entwicklungen geführt:

1. Arbeitskräfte werden eingespart, wo immer das möglich ist. Das heißt, gleiche oder steigende Produktivität verteilt sich auf immer weniger Personen.
2. Ersatz sogenannter einfacher Tätigkeiten durch Automatisierung. Übrig bleiben Tätigkeiten, die gar nicht oder ökonomisch nicht zu automatisieren sind, im Wesentlichen Dienstleistungsberufe, verantwortliche Tätigkeiten und Leitungsaufgaben sowie Steuer- und Überwachungstätigkeit.

Reintegration muss so früh wie möglich einsetzen

Diese Entwicklung führt neben der stark gestiegenen Jobunsicherheit, der Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse, ei-

Hoher Leistungsdruck und allgemein härteres Arbeitsklima

nem Auseinanderklaffen der Lohn- und Gehaltsschemata, auch zu gestiegenem Leistungsdruck und allgemein härterem Arbeitsklima. Gleichzeitig sehen wir uns in der Arbeitswelt einer weiteren säkularen Herausforderung gegenüber, nämlich einer Veränderung der Alterspyramide (Abbildung 7). Durch den Rückgang der Geburtenrate bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung nimmt der Anteil der Jüngeren im Arbeitsprozess ständig ab, bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils an über Fünfzigjährigen. Aus diesem Missverhältnis wurde fälschlicherweise gefolgert, dass ein Arbeitskräftemangel zu erwarten ist, und dass dieser dann nur durch Erhöhung der Lebensarbeitszeit ausgeglichen werden könne. Die Befürchtung dürfte aber unbegründet sein. Das Problem ist nicht, dass uns junge Arbeitskräfte ausgehen, so dass deswegen auf die Alten zurückgegriffen werden muss („res venit ad triarios"), sondern dass der Generationenvertrag nicht mehr funktioniert, weil zu wenige Arbeitende zu viele Rentner unterhalten müssen. Der einzige politische Ausweg aus diesem Dilemma, der ja auch beschritten wird, besteht in einem Heraufsetzen der Lebensarbeitszeit. Jedes Jahr, das jemand länger arbeitet, zählt in dieser Hinsicht ja doppelt: einmal, weil er weiter in den Rententopf einzahlt, und zweitens, weil er in dieser Zeit aus dem Topf nichts entnimmt.

Mehr ältere Arbeitnehmer stellen die betriebliche Gesundheitsförderung vor Herausforderungen

Hier erwächst nun der betrieblichen Gesundheitsförderung eine besondere Aufgabe: Wie stellen wir sicher, dass in einer härter werdenden Arbeitswelt die Menschen länger leistungsfähig und arbeitsfähig bleiben als bisher?

Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit vermindert sich physiologisch ab etwa dem 25. Lebensjahr, bis irgendwann die magische 50 %-Grenze erreicht wird, die allgemein als der Beginn einer generellen Arbeitsunfähigkeit angesehen wird (Abbildung 8). Die Leistungsreserve, also der Abstand zwischen tatsächlicher Leistungsfähigkeit und der kritischen Leistungsfähigkeit von 50 %, wird im Laufe des Lebens immer geringer. Wann die kritische Grenze erreicht wird, hängt allerdings entscheidend von zwei Gegebenheiten ab:

1. der Höhe des Sockels, von dem aus der physiologische Abbau einsetzt und
2. von den Maßnahmen, die ergriffen werden, das **körperliche, geistige und soziale Leistungsniveau** zu erhalten. Ab etwa dem 50. Lebensjahr werden die aktiven Maßnahmen zur Pflege und zur Stärkung der eigenen Ressourcen zur entscheidenden Größe. Dann ist man nur noch so gesund, so fit und so leistungsfähig, wie man selber bereit ist, etwas dafür zu tun. Die Wege dazu sind zahlreich (Tabelle 1).

Ca. ab dem 50. Lebensjahr werden aktive Maßnahmen zur Pflege und Stärkung der eigenen Ressourcen entscheidend

Krankenstände als Erfolgskontrolle der betrieblichen Gesundheitsförderung?

Wege und Irrwege einer Erfolgskontrolle betrieblicher Gesundheitsförderung

Beliebt, aber problematisch als Erfolgskontrolle betrieblicher Gesundheitsförderung sind Veränderungen der Krankenstände. Krankenstände sind sowohl in Deutschland wie auch in Österreich seit Jahren rückläufig, die Arbeitsunfähigkeits-

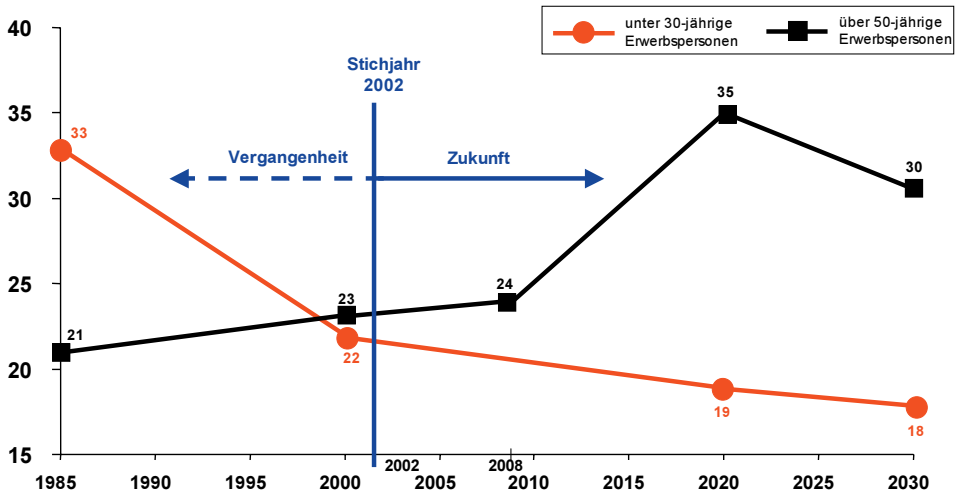


Abb. 7: Aufgrund der veränderten Alterspyramide sinkt der Anteil der Beschäftigten unter 30 Jahre unter den Anteil der Beschäftigten, die älter als 50 Jahre sind. Diese Entwicklung wird in den kommenden Jahrzehnten eher noch zunehmen.

Quelle: A. Köchling, GfAH Dortmund, 2004

Tabelle 1: Verschiedene Möglichkeiten des körperlichen, geistigen und sozialen Trainings

Körperliches Training	**Geistiges (intellektuelles) Training**
Wandern	Besuch von:
Joggen	Theater
Radfahren	Ausstellungen
Schwimmen	Konzerten
Reiten	Vorträgen
Walking	Musizieren
Kraftsport	Malen
Rudern	Basteln
Bergsteigen	Lesen
Tennisspielen	Lernen von Sprachen
Golfen	Auswendiglernen
Tanzen	Schachspielen
Gartenarbeit	berufliche Weiterbildung
Stiegensteigen	
	Soziales Training
	Freundschaften pflegen
	auf Menschen zugehen

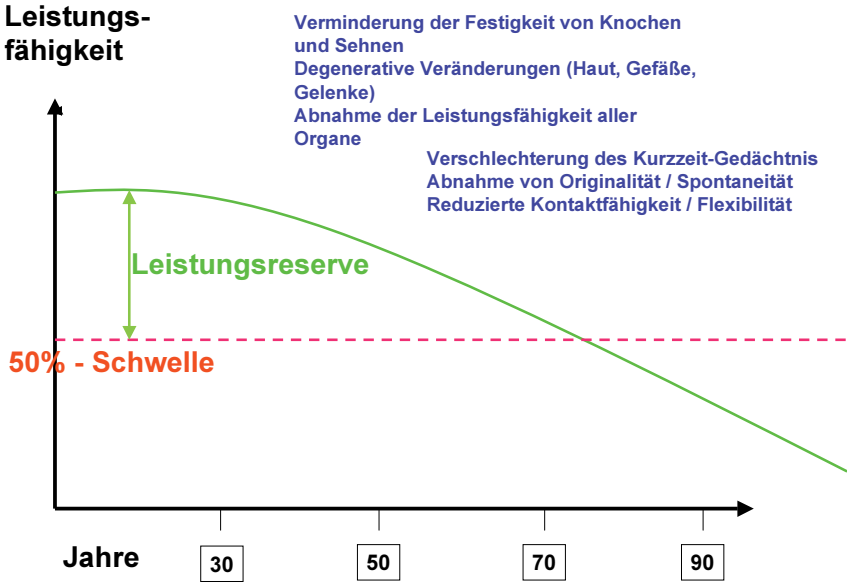


Abb. 8: Mit steigendem Alter kommt es physiologisch zu einem Rückgang der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Wenn dadurch die Leistungsfähigkeit unter 50 % sinkt, gilt die Leistungsreserve als aufgebraucht und eine generelle Arbeitsfähigkeit als nicht mehr gegeben.

Krankenstandszahlen werden von vielen Faktoren beeinflusst

tage in Österreich sind von 12,1 Tagen im Jahr 2005 auf 11,6 Tage 2006 gesunken und betrugen in Deutschland laut DAK-Report 2007 11,0 Tage im Jahr 2006. Diese Zahlen sind aber vieldeutig:

Healthy worker effect? Mit diesem Ausdruck bezeichnet man in der Arbeitsmedizin das häufig zu beobachtende Phänomen, dass gerade an besonders belastenden Arbeitsplätzen, wie bei Nachtschichtarbeit beispielsweise, die Krankenstände besonders niedrig sind. Grund für diesen überraschenden Befund ist sicher nicht, dass die Arbeit besonders gesundheitsfördernd wäre, sondern dass solche Menschen, welche die geforderten Belastungen nicht aushalten, entweder eine solche Arbeit gar nicht erst aufnehmen oder sich bald wieder daraus verabschieden. Im Grunde genommen, handelt es sich um eine Art „survival of the fittest".

Beschäftigtenabbau und Frühpensionierung? Mitarbeiter, die durch solche Maßnahmen vorzeitig aus dem Betrieb und vielleicht sogar überhaupt aus dem Arbeitsleben ausscheiden, sind sicher nicht die besonders gesunden und leistungsfähigen, aber ihr Ausscheiden verbessert selbstverständlich die Krankenstandsstatistik des Unternehmens.

Sorge um den Arbeitsplatz? Das Risiko, arbeitslos zu werden, und die allgemeine Jobunsicherheit dürften viele veranlassen, auch bei gesundheitlichen Problemen weiter zu arbeiten, ohne einen Krankenstand in Anspruch zu nehmen.

Healthy hire effect? Dieser Begriff bezeichnet die inzwischen vor allem bei größeren Unternehmen übliche Praxis, bei neu einzustellenden Mitarbeitern eine gründliche Gesundheitsuntersuchung durchführen zu lassen, um sicherzustel-

len, dass diese uneingeschränkt belastungsfähig sind.

Änderung der Personalstruktur? Ein „Healthy worker effect" ist deutlicher bei weiblichen und bei noch nicht lange Beschäftigten und auch wesentlich stärker ausgeprägt bei den höher qualifizierten. Letzteres ist vermutlich besonders durchschlagend, denn in fast allen Betrieben sind höher qualifizierte Tätigkeiten auf dem Vormarsch (job enrichment).

Nicht jede gut aussehende Gesundheitsstatistik hat positiv zu bewertende Ursachen

Konkret beobachtbare Krankenstände werden von sehr vielen Faktoren beeinflusst, und nicht jede freundlich aussehende Gesundheitsstatistik hat positiv zu bewertende Ursachen, zu denen etwa gute arbeitsmedizinische Gesundheitsüberwachung und Prävention zählen. Krankenstände sind zwar leicht zu messen (deshalb werden sie ständig erhoben), aber schwer zu interpretieren.

Nutzen und Probleme des Work Ability Index

Die Beurteilung älterer Arbeitnehmer nach dem Arbeitsbewältigungsindex ist nur unter Vorbehalten möglich

Ein anderes häufig verwendetes Maß zur Feststellung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit ist der Work Ability Index (deutsch: Arbeitsbewältigungsindex). Hierbei handelt es sich um einen ärztlich zu erhebenden und auszuwertenden Fragenkatalog mit 7 Grundfragen (Tabelle 1). Diese 7 Parameter wurden vor etwa 20 Jahren von Ilmarinen aus einer großen Zahl sonstiger häufig verwendeter Parameter herausgefiltert, weil in Evaluationsuntersuchungen diese 7 das größte diskriminatorische Potential zur Beurteilung der individuellen Arbeitsfähigkeit aufwiesen. (Ilmarinen J, Tuomi K. Past present and future of work ability. In: Ilmarinen J & Lehtinen S. Past present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2004, S. 1–25). Aus den Antworten zu den gut standardisierten und inzwischen in viele Sprachen übersetzten Fragen wird individuell ein Punkte-Score ermittelt. Dabei ist der Bereich zwischen 43 und 49 Punkten als exzellent, zwischen 36 und 43 als gut, zwischen 27 und 36 als mäßig und unter 27 als schlecht klassifiziert.

Tabelle 2: Die 7 Grundfragen des Work Ability Index

Work Ability Index
7 Items

- Current work ability compared with the lifetime best
- Work ability in relation to the demands of the job
- Number of current diseases diagnosed by physician
- Estimated workimpairment due to diseases
- Sick leave during the past year (12 months)
- Own prognosis of work ability two years from now
- Mental resourses

Lea Katajarinne
Finnish Institute of Occupational Health

Der WAI hat den Nachteil, dass er sehr stark auf die physische Fitness und Gesundheit abhebt und dass der Bewertungsscore an einem Alterskollektiv zwischen 35 und 55 Jahren entwickelt wurde. Aufgrund der letztgenannten Tatsache sind gerade Beurteilungen älterer Arbeitnehmer über 55 Jahre, die für die hier angesprochene Problematik besonders wichtig sind, nach dem WAI nur unter Vorbehalten möglich.

Der WAI stellt ganz auf das individuelle Leistungsvermögen ab. Das ist einerseits seine Stärke, weil eine Beurteilung von Leistungsfähigkeit ja nur unter Einbeziehung der persönlichen Ressourcen erfolgen kann, die für die Arbeitsbewältigung zur Verfügung stehen. In dieser Individualisierung liegt aber auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr. Der Betrieb könnte auch versucht sein, sich vorzugsweise von solchen Mitarbeitern zu trennen, deren WAI ein Punktescore von mäßig oder schlecht aufweist, statt die erwünschte Folgerung zu ziehen, diese Mitarbeiter zu einer besonderen Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung zu machen. In der Hand des Arbeitsmediziners und unter Beachtung von Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht ist der WAI aber ein nützliches und bewährtes Instrument, um überhaupt einmal einen Eindruck über den Status quo von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter des von ihm betreuten Betriebes zu gewinnen, Instrumente der Gesundheitsförderung individuell einzusetzen und auch deren Erfolg kontrollieren zu können.

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:
Abteilung Arbeitsmedizin der Med. Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Österr. Gesellschaft für Arbeitsmedizin, AMD Linz
Kaplanhofstraße 1, A-4020 Linz

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

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

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

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz