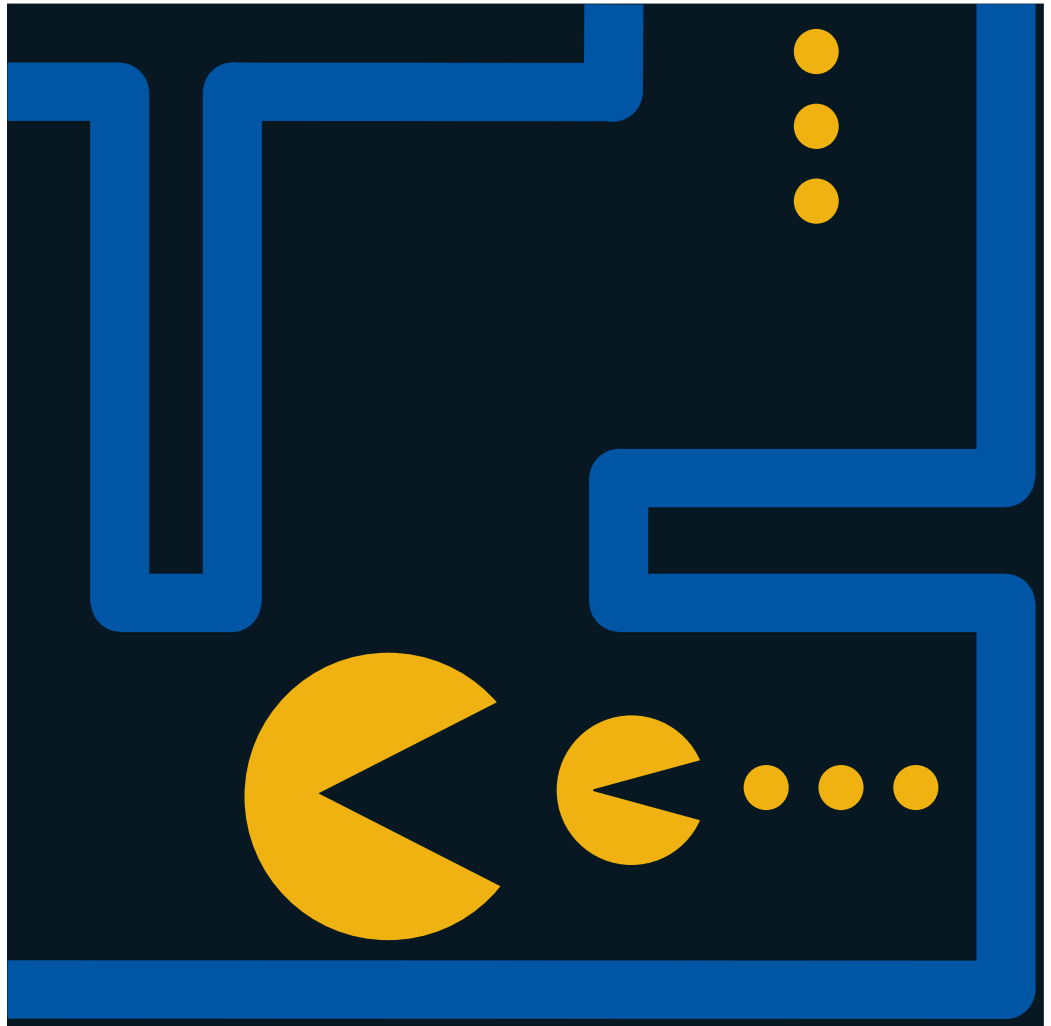


ÖSTERREICHISCHES FORUM ARBEITSMEDIZIN



MERGER-SYNDROM

Inhalt

Editorial 3

Ch. Klien

Chronische Rückenbeschwerden:

Wie gelingt die Rückkehr zur Arbeit? 4

B. Danuser

Mergers und Acquisitions

Eine neue Herausforderung für Arbeitswissenschaft,
Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin 11

A. Barth

New Work – Neue Anforderungen und Belastungen
in der Büroarbeit 15

Ch. Klien

Die AUVA informiert

AUVA-Sicherheits- und Gesundheitsmanagement:
Erfolgsrezept für jedes Unternehmen 19

W. Friedl

Kampagne „Baba und fall net!“ 20

Seminare der AUVA 22

Die Arbeitsinspektion informiert

Neues Webfeature der Arbeitsinspektion zu Muskel- und
Skeletterkrankungen 26

Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit
am Arbeitsplatz 2007–2012 – Umsetzung in Österreich 26

Die Umsetzung der REACH-Verordnung in Österreich 28

Nanotechnologie – das Projekt NanoCap 29

ENETOSH – European Network Education and Training
in Occupational Safety and Health – Europäisches Netzwerk
Aus- und Weiterbildung in Sicherheit und Gesundheitsschutz 29

E. Huber

Veranstaltung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin 30

Titelbild: Alexander Pilger



DR. CHRISTINE
KLIEN,
FACHÄRZTIN FÜR
ARBEITSMEDIZIN,
ÄRZTLICHE LEITERIN
DES ARBEITSMEDIZI-
NISCHEN ZENTRUMS
VORARLBERG,
AMECO HEALTH PRO-
FESSIONALS GMBH
RHEINSTRASSE 61
6900 BREGENZ
CHRISTINE.KLIEN@
AMECO.AT

EDITORIAL

Neuwahl des Vorstandes und der Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Im Rahmen der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, die vom 22–24.11.2007 im Kongresshaus Salzburg stattfand, wurde von der Generalversammlung der Gesellschaft der Vorstand für die nächsten vier Jahre neu gewählt.

Ich freue mich sehr, mich Ihnen an dieser Stelle als neue Präsidentin der Gesellschaft für Arbeitsmedizin vorstellen zu dürfen.

Die Wahl zur Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin ist mir eine sehr große Freude. Ich bin mir der wichtigen Aufgaben dieses Ehrenamtes bewusst und hoffe, – gemeinsam mit dem Vorstand – zukunftsweisende Schwerpunkte für die Arbeitsmedizin in Österreich setzen zu können.

Bedanken möchte ich mich bei Dr. Reinhard Jäger, der die Gesellschaft acht Jahre lang als Präsident bestens geführt hat und mir weiterhin unterstützend zur Seite stehen wird. Unter seiner Präsidentschaft konnte die Mitgliederzahl auf 600 nahezu verdoppelt werden. Die von ihm initiierte Homepage **www.gamed.at** dient als Informationsplattform und soll weiter ausgebaut werden.

Die Arbeitsmediziner und Arbeitsmedizinerinnen des Vorstands sind als Leiter und Leiterinnen von Arbeitsmedizinischen Zentren, im Universitätsbereich, im Zentralarbeitsinspektorat, in der freien Praxis oder in Großunternehmen tätig.

Die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin hat die Aufgabe, gesundheitliche Gefährdungen und Schädigungen, die bei menschlicher Arbeit entstehen, zu erforschen und aufzuzeigen, um daraus entsprechende Maßnahmen für den vorbeugenden Schutz der Gesundheit abzuleiten.

Um diese Aufgabe erfüllen zu können, werden wir uns verstärkt in der Öffentlichkeit zu aktuellen Themen bezüglich Arbeit und Gesundheit fachlich positionieren.

Die Förderung von Aus- und Weiterbildung mit besonderem Fokus auf Facharztausbildung ist uns ein großes Anliegen.

Die guten Kontakte und der fachliche Austausch mit Organen der Wirtschaft, den Sozialpartnern, den Ministerien, der AUVA, dem Zentralarbeitsinspektorat, der Ärztekammer, den Universitäten und anderen für die Arbeitsmedizin wichtigen Institutionen werden wir weiterhin pflegen.

Ich werde die bereits bestehende konstruktive Kooperation mit den arbeitsmedizinischen Gesellschaften in Deutschland und der Schweiz weiterführen, unsere internationalen Kontakte intensivieren sowie neue Kontakte fördern.

Unsere Ziele und Visionen für die Zukunft

- Arbeitsmedizin als medizinische Fachdisziplin ist selbstverständlich.
- Der praktische Nutzen der Arbeitsmedizin ist für die Wirtschaft – Unternehmen – Führungskräfte – MitarbeiterInnen klar verständlich, die Arbeitsmedizin ist aktiv ins Arbeitsleben eingebunden.
- Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerinnen sind wichtige Partner/Partnerinnen für die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems.

Um diese Ziele erreichen zu können, sind die Arbeit und der Einsatz jedes einzelnen Arbeitsmediziners und jeder Arbeitsmedizinerin notwendig.

Als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin freue ich mich, Sie dabei unterstützen zu dürfen.

Mit den besten Grüßen

Christine Klien



BRIGITTA DANUSER,
INSTITUT UNIVERSI-
TAIRE ROMAND DE LA
SANTÉ AU TRAVAIL
RUE DU BUGNON 21
1005 LAUSANNE
SCHWEIZ

**Ca. 20 % der Arbeits-
abwesenheiten werden
durch arbeitsassozii-
erte Erkrankungen
verursacht**

**Hohe Prävalenz von
chronischen
muskuloskeletalen
Beschwerden in der
aktiven Bevölkerung**

**Ab 6 Monaten Arbeits-
abwesenheit kommen
nur noch 10–15 % zur
Arbeit zurück**

CHRONISCHE RÜCKENBESCHWERDEN: WIE GELINGT DIE RÜCKKEHR ZUR ARBEIT?

Einleitung

Seit einigen Jahren nehmen die arbeitsassoziierten Erkrankungen in den westlichen Ländern zu (European Foundation 2002), die eigentlichen Berufskrankheiten bleiben stabil. Arbeitsassoziierte Erkrankungen führen häufig zu Arbeitsunfähigkeit und schlussendlich zur Invalidität, ca. 30 % der Arbeitsabwesenheiten werden durch arbeitsassoziierte Erkrankungen verursacht (Nielsen et al. 2006). Die häufigsten arbeitsassoziierten Erkrankungen sind: unspezifische muskuloskeletale Beschwerden, stressassoziierte Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Probleme, oder psychische Beschwerden, wie Burnout oder Depression. In der Schweiz wurde errechnet, dass die arbeitsassoziierten Erkrankungen jährlich Kosten zwischen 6–12 Milliarden Franken verursachen und dass die Hälfte der Erkrankungen auf psychosoziale Arbeitsfaktoren zurückzuführen sind (OCIRT 2003).

In den letzten 10 Jahren stieg in der Schweiz die Zahl der Invalidenrenten-(IV)-Bezüger stark an (OFAS 2006). Wenn man mit den anderen OECD-Ländern vergleicht ist die Anzahl der IV-Bezüger in der Schweiz immer noch tiefer, aber die Zunahme in den letzten Jahren steiler und das Alter der Bezüger niedriger. Zwei Ursachen für eine IV-Rente dominieren: psychische Erkrankungen und muskuloskeletale Beschwerden. Für die Firmen bedeutet diese Entwicklung eine Zunahme der Pensionskosten, der Kosten der Lohnfortzahlungsversicherung und einen Wissens- und Erfahrungsverlust mit jedem definitiv arbeitsunfähigen Mitarbeiter. Für unsere Gesellschaft bedeutet es eine dramatische Zunahme der IV-Kosten, der Sozialhilfekosten und den Verlust von Arbeitskräften. Für das betroffene Individuum bedeutet es ein langes Leiden, bei dem am Schluss nur die Anstrengungen, eine IV-Rente zu erhalten; übrig bleibt und damit der Ausschluss aus der Arbeitswelt.

Es ist Zeit zu handeln. Anstatt Personen mit arbeitsassoziierten Erkrankungen auszuschließen, müssen Modelle entwickelt werden wie die Arbeitsfähigkeit zurückgewonnen werden kann. Wir haben uns daher entschlossen, eine Interventionsstrategie für chronische muskuloskeletale Beschwerden (CMB) zu entwickeln und zu testen. Aus wissenschaftlichen Gründen (z. B. Reduzierung von Variablen) beschränken wir uns dabei auf chronische Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden. Für die Entwicklung einer Interventionsstrategie braucht es eine konzeptuelle Basis der Beschwerden und ihrer Chronifizierung und spezifisch der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit.

Stand des Wissens

Was weiß man über chronische muskuloskeletale Beschwerden (CMB)?

- Die Prävalenz von CMB ist hoch unter der aktiven Bevölkerung (Nachemson et al. 2000).
- Die meisten der Krankheitsepisoden bessern sich mit oder ohne Behandlung (Nachemson et al. 2000, Waddell et al 2002).
- Die meisten der Betroffenen arbeiten trotz der Beschwerden oder kommen schnell wieder an die Arbeit zurück (Nachemson et al. 2000, Waddell et al 2002).
- Nur 1–5 % der Betroffenen werden für längere Zeit arbeitsunfähig und haben ein hohes Risiko der Chronifizierung (Nachemson et al. 2000, Waddell et al 2002).
- Die Wahrscheinlichkeit, wieder arbeitsfähig zu werden, nimmt mit jedem Monat der Arbeitsabwesenheit ab, nach 6 Monaten kommen nur noch 10–15 % zur Arbeit zurück (Shrey and Lacerte 1995).
- Teilweise bestehen lange Wartezeiten für eine vertiefte Evaluation der Be-

Eine multidisziplinäre Intervention, die den Arbeitsplatz miteinbezieht, ist am erfolgversprechendsten

- schwerden durch einen Spezialisten (Waddell et al. 2002).
- Die traditionelle Rehabilitation funktioniert bei chronischen CMB-Patienten schlecht (Cost action B13).
- Eine multidisziplinäre Intervention, die den Arbeitsplatz mit einbezieht, ist am erfolgversprechendsten (Williams et al. 2007, Loisel et al. 1997, Anema et al. 2004).
- Schlechte Arbeitsbedingungen auch im psychosozialen Bereich beeinflussen signifikant die Chronifizierung der Schmerzen (Richter et al. 2005).

Es stellt sich also die Frage, warum einige Betroffene ihre Arbeitsfähigkeit nicht wiedererlangen im Gegensatz zu den meisten. Oder was und welcher Art sind die Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit?

Eine Krankheit ist gleichzeitig ein Zustand, eine Empfindung und ein soziales Konstrukt. Die Krankheitssoziologie unterscheidet diese 3 Realitäten mittels den drei englischen Begriffen: *disease*, *illness* und *sickness* (Honnorat 2003, von Engelhardt 1999).

- Biologische, messbare oder darstellbare Veränderungen = *disease*, d. h. das, was man hat, wenn man den Arzt verlässt.
- Subjektives Erleben/Erleiden = *illness*, d. h., das was man fühlt, warum man den Arzt aufsucht.
- Sozialisierungsprozess von Krankheits-episoden = *sickness*, d. h. das Verhalten, das man einnimmt: ins Bett gehen mit Wickeln und einer Tasse Tee oder mit Aspirin zur Arbeit.

Gemäß Honnorat (2003) korrespondiert das obige mit den drei Perspektiven: des Arztes, des Kranken und der Gesellschaft.

- Der biomedizinischen Auffassung des Arztes, die aus einer tradierten Kultur resultiert: wissenschaftliche Rationalität, Überzeugung der Erklärbarkeit und der Existenz von Krankheit.
- Der Patient empfindet störende Symptome, er leidet, entschlüsselt dies aber nicht mit demselben System wie der Arzt. Die Symptome stellen eine, vor allem subjektiv erlebte, Erfahrung dar, wobei emotionelle Reaktionen und körperliche Einschränkungen in der Interaktion mit den nächsten Angehörigen und ihren Repräsentationen von Krankheit ge-

formt werden. Der Patient versucht, der Krankheit einen Sinn zu geben: warum hab ich das verdient? Oder in anderen Kulturen: Wer will mir Böses?

- Die Kriterien der Umgebung und der Gesellschaft, um etwas als Krankheit anzuerkennen, entsprechen dem dritten Zugang. „*Disease*“ und subjektives Erleben der Krankheit (*illness*) entsprechen einander nur teilweise (Wikman et al. 2005). Es gibt „*illness*“ ohne biologische Veränderungen (z. B. unspezifische muskuloskeletale Beschwerden oder Somatisierung) oder biologische Veränderungen ohne subjektives Leiden (z. B. hoher Blutdruck).

Insbesondere die Definition der Gesundheit spielt eine große Rolle im Prozess der Chronifizierung und variiert stark zwischen kulturellen Gruppen, sozialen Klassen und auch Individuen. Die berühmte Gesundheitsdefinition der WHO von 1946 definiert Gesundheit als „einen Zustand des physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“, der nicht nur in der Abwesenheit von Krankheit oder Handicap besteht. Diese Definition der Gesundheit führt aktuell zu einer Suche des gesteigerten Wohlbefindens. Der Anspruch auf Gesundheit ist zum Anspruch auf einen perfekten Körper mutiert: schön, jung, dünn etc. Zudem, wer von uns fühlt sich immer gesund gemäß der WHO-Definition? Niemand. Aber es existieren auch andere Definitionen der Gesundheit wie: „ein physischer und mentaler Zustand ... der dem Individuum erlaubt in der Umgebung, in die der Zufall oder seine Wahl es platziert haben, lange, effizient und befriedigend zu funktionieren“. Diese Definition ist für die Arbeitsmedizin interessant, weil sie den Begriff der Funktion oder Aktivität einführt, welcher der WHO-Definition vollständig abgeht, und der eine Brücke zur Arbeitsfähigkeit darstellt.

1977 hat Engel postuliert, dass eine Krankheit nicht nur durch biologische Veränderungen begründet sei, sondern dass die psychologischen und sozialen Dimensionen kausal an der Entstehung einer Krankheit mitbeteiligt sind. Dieses Konzept wurde als bio-psycho-soziales Modell berühmt. Die bio-psycho-soziale Verursachung von Krankheit wird seit längerem breit und kontrovers diskutiert.

Krankheit ist gleichzeitig ein Zustand, eine Empfindung und ein soziales Konstrukt

Krankheit ist nicht nur durch biologische Veränderungen begründet

Tab. 1: Bio-psycho-soziale Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit

Dimension	Hindernisse
bio-	Gesundheitszustand, Zugang zu medizinischer Versorgung, Fähigkeiten versus Anforderungen bei der Arbeit
psycho-	Überzeugungen, individuelle Faktoren, psychologische Arbeitsfaktoren
sozial	Systemische und organisatorische Hindernisse, Haltung der Gesellschaft, Familie und der Firma gegenüber der Gesundheit, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität

Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit können mit dem bio-psycho-sozialen Konzept identifiziert werden

Verbesserung der Fähigkeiten und Veränderung der Anforderungen

Arbeit ist nicht nur Belastung, sondern kann auch Ressource sein

Was aber immer klarer wird, ist, dass der Chronifizierungsprozess einer Krankheit und spezifischer die resultierende Arbeitsunfähigkeit durch das bio-psycho-soziale Modell von Engel (1977) besser erklärt werden kann (White 2005). Speziell die Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit können mit dem bio-psycho-sozialen Konzept identifiziert werden. Tabelle 1 zeigt die bio-psycho-sozialen Hindernisse für eine Rückkehr zur Arbeit, modifiziert nach Waddell (2005).

Entwicklung der Interventionsstrategie

Da es unser Ziel ist, Arbeitnehmende mit CMB wieder an die Arbeit zurückzuführen, muss unsere Intervention auf die Arbeit zentriert sein, in Übereinstimmung mit Waddell (2005): "Too often, health professionals see work as the problem rather than the goal or part of the solution, and usually that is wrong. Work is generally therapeutic and an essential part of rehabilitation." Arbeit ist nicht nur eine Belastung, sondern kann auch eine Ressource darstellen. Tabelle 2 zeigt die positive Rolle der Arbeit in unserer Gesellschaft.

Tab. 2: Rolle der Arbeit in unserer Gesellschaft

- Die Arbeit gibt eine Struktur.
- Viele soziale Kontakte finden bei der Arbeit statt.
- Arbeit gibt einen Sinn, eine Identität.
- Selbstwertgefühl: Man verdient Geld für eine Leistung.

Einerseits sind CMB als arbeitsassoziierte Erkrankungen teilweise arbeitsbedingt, andererseits soll die Arbeit eine positive Funktion in der Rehabilitation einnehmen. Es ist daher gut verständlich, dass

CMB Interventionsprogramme, welche die Arbeit oder den Arbeitsplatz miteinbeziehen (Arbeitsintervention, ergonomische Arbeitsplatzverbesserungen, veränderte Arbeit), bessere Ergebnisse aufweisen als solche ohne Arbeitsbezug (Williams et al. 2007). Als Grundkonzept für Arbeit und Gesundheit benutzen wir das Belastungs-Beanspruchungsmodell, wobei die Belastung und die Fähigkeiten in den drei Dimensionen bio-psycho-sozial verstanden werden. Abbildung 1 zeigt eine Situation, in der die Arbeitsanforderungen für die Fähigkeiten des betroffenen Arbeitnehmenden zu hoch sind, es resultiert ein Ungleichgewicht. Es muss in diesem Fall also an beiden Punkten angesetzt werden: Verbesserung der Fähigkeiten des Arbeitnehmenden und Reduzierung oder Modifizierung der Anforderungen.

Die Fähigkeiten werden auch in den drei Dimensionen bio-psycho-sozial verstanden. Das bedeutet, dass nicht nur die Muskeln und die Fitness trainiert werden sollen, sondern auch Entspannung, richtiges Verhalten, Psychohygiene, Körper- und Gesundheitswahrnehmung. Zudem sollen die muskuloskeletalen Fähigkeiten, welche bei der konkreten Arbeit des Betroffenen notwendig sind, gezielt auftrainiert werden. In der englischsprachigen Literatur wird dies als „workhardening“ bezeichnet. Auch die Arbeit soll bezüglich der drei Dimensionen angeschaut werden; die physischen, psychischen und sozialen Arbeitsbedingungen und Anforderungen müssen evaluiert und gegebenenfalls modifiziert werden. Abbildung 2 veranschaulicht die verschiedenen Interventionsteile, um die Fähigkeiten und Anforderungen bei Betroffenen mit CMB wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Da unsere Intervention die eigentliche Arbeit und die Arbeitsbedingungen mit einbezieht und die Intervention stattfindet

Abb. 1: Zugrunde liegendes Basiskonzept

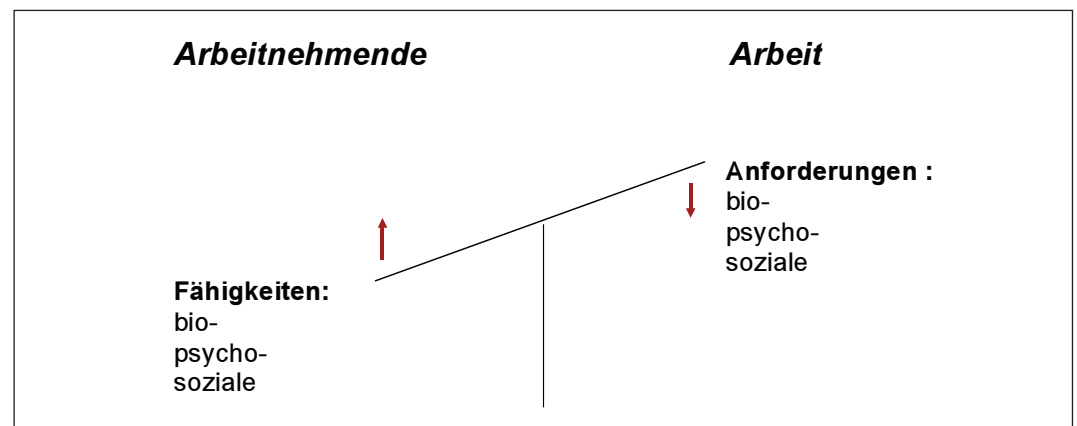
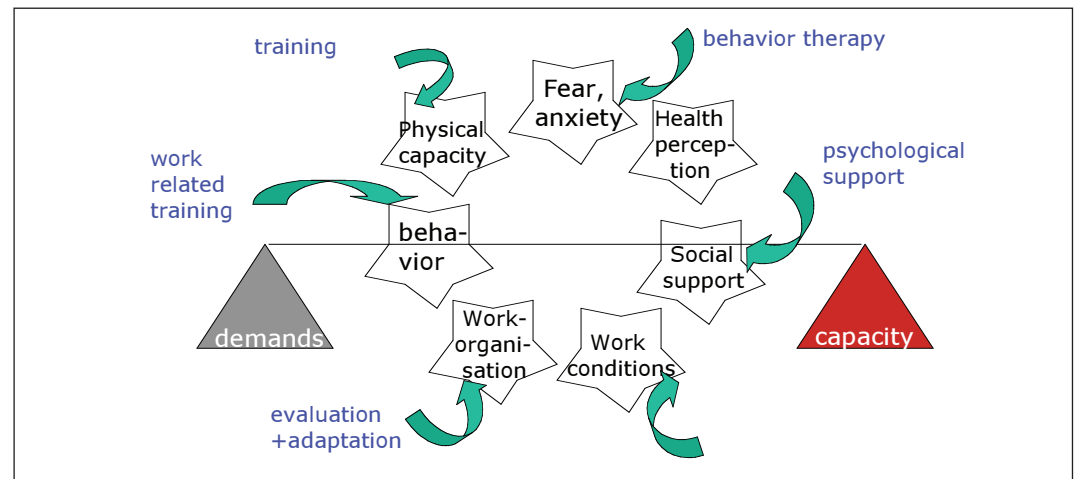


Abb. 2: Darstellung der entwickelten Interventionsstrategie



Definition von Abwesenheitskriterien und Analyse von Abwesenheitsmustern

30,8 % aller Abwesenheitsepisoden beruhten auf muskuloskeletalen Erkrankungen

den sollte, bevor die eigentliche Chronifizierung etabliert ist, haben wir uns entschlossen, die Patienten für unsere Studie in Zusammenarbeit mit Firmen, welche über ein Absenzen Management System verfügen, zu identifizieren. Um die Inzidenz von CMB und damit die notwendige Anzahl von Arbeitskräften sowie die Abwesenheitskriterien zu definieren, wurde in einem Pilotprojekt bei zwei Firmen eine Analyse der längeren Arbeitsabwesenheiten durchgeführt.¹

In Zürich wurde basierend auf den Daten des Absenzen Systems eines Großverteilers (7403 Arbeitnehmende) an 693 Arbeitnehmende, welche 2004 mehr als 20 Arbeitstage fehlten, ein kurzer Fragebogen zugesandt. Es wurde erfragt, ob muskuloskeletale Probleme der Grund der Arbeitsabwesenheit gewesen sei, sowie nach dem Einverständnis, für ein Interview kontaktiert zu werden. 158 Personen mit muskuloskeletalem Abwesenheitsgrund waren mit einer Kontaktnah-

me einverstanden, 133 davon konnten kontaktiert werden. Bei 104 Personen (1,4 % der 7403) waren Rücken- und Nacken-Schulter-Beschwerden der Hauptgrund der Arbeitsabwesenheit. Das Arbeitsabwesenheitsmuster dieser Personen wurde detailliert analysiert und daraus wurden die in Tabelle 3 aufgelisteten Einschlusskriterien abgeleitet. Von den 104 Personen erfüllten 33 Personen diese Einschlusskriterien und gaben an, bereit zu sein, an einer Interventionsstudie teilzunehmen, was 0–45 % der gesamten Arbeitnehmerschaft repräsentiert.

In Lausanne wurden bei einer Firma im Lebensmittelverkaufsbereich (7584 Arbeitnehmende) alle länger als 3 Wochen dauernden Abwesenheiten im Jahr 2002 und ihre für eine frühere Analyse erfragte Ursache im Hinblick auf CMB analysiert. Von den 7584 Arbeitnehmenden waren 748 Personen drei Arbeitswochen oder länger abwesend. Generelle muskuloskeletale Erkrankungen (Extremitäten, Diskushernien und Rücken-Nacken-Beschwerden) waren der häufigste Grund für längere Arbeitsabwesenheit (30,8 % aller Abwesenheitsepisoden). Der zweit-

¹ Das Pilotprojekt wurde durch den Schweizerischen Nationalfonds finanziert: PNR 53 No 405340-104635.

0,5 % aller Arbeitnehmer erfüllten die Einschlusskriterien der Untersuchung

Derzeit noch keine gesicherten Ergebnisse

Frühzeitige Intervention ist wichtig

Das traditionelle biomechanische Modell der Medizin liefert nur unzureichende Erklärungen für längerfristige Arbeitsunfähigkeit durch chronische Rückenbeschwerden

häufigste Grund stellten Depressionen und stressassoziierte Probleme dar (14,5 % aller Abwesenheitsepisoden). Wegen Rücken- und Nacken-Schulter-Beschwerden waren 79 Personen länger als 3 Wochen abwesend, davon erfüllten 38 unsere Rekrutierungsanforderungen (Einschlusskriterien gemäß der Zürcher Analyse, Tabelle 3), was 0,5 % der gesamten Arbeitnehmenden repräsentiert. Um genügend statistische Kraft in unserer Studie zu haben, wurde ein Total von 240 (120 interdisziplinäre Intervention, 120 Kontrollintervention) zu rekrutierenden Personen in zwei Jahren errechnet. Nimmt man die oben angeführten Inzidenzzahlen als Basis, müssen, um das Rekrutierungsziel zu erreichen, Firmen, die total ca. 30.000 Arbeitnehmende repräsentieren, zur Mitarbeit gewonnen werden.

Tab. 3: Evaluierte Einschlusskriterien

Einschlusskriterien

Absenzen:

Aktuelle und andauernde oder kumulative (aufsummierte) Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten wegen Rücken- Nacken- oder Schulterbeschwerden mit aktueller Arbeitsunfähigkeit von:

- 20 Arbeitstagen 100 % oder
- 40 Arbeitstagen 80–99 % oder
- 60 Arbeitstagen 50–79 %

und

- keine Arbeitsaufnahme definitiv geplant innerhalb der nächsten 10 Arbeitstage und
- nicht über 58 Jahre und
- nicht über 6 Monate andauernde volle Arbeitsabwesenheit (100 % Arbeitsunfähigkeit)

Studiendesign

Die Studie „Interdisziplinäre Interventionsstrategie für CMB“ wurde als kontrollierte, randomisierte und blindierte Studie entworfen und wird vom Schweizerischen Nationalfonds und der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) finanziert. Die Rekrutierung erfolgt

in Zusammenarbeit mit Firmen mit bestehendem Absenzen Management System. 120 Personen sollen mittels der entwickelten interdisziplinären Interventionsstrategie behandelt werden und 120 dienen als Kontrollgruppe. Die Personen in der Kontrollgruppe profitieren von einer frühzeitigen ‚State-of-the-Art‘-Evaluation ihrer Beschwerden und von regelmäßigen Aufmerksamkeitszuwendungen in Form von telefonischen Kontaktaufnahmen. Der Ablauf der konzipierten Studie ist in Abbildung 2 vereinfacht dargestellt. Die Studie läuft seit dem 1.4.2006, seit dem 1.9.2006 werden Arbeitnehmende mit CMB rekrutiert und gemäß unserer Interventionsstrategie behandelt. Gesicherte Resultate sind leider noch keine vorhanden. Die Patientenrekrutierung über die Firmen stellte sich als sehr schwierig und zeitaufwändig heraus, insbesondere, da die Firmen zwar die Absenzen erfassen, aber nur teilweise über ein eigentliches Case-Management verfügen.

Aus unseren Erfahrungen mit dieser Studie und aufgrund der internationalen Literatur können aber einige Botschaften für die Praxis formuliert werden:

- Frühzeitig intervenieren! Kontaktaufnahme nach 3–4 Wochen Arbeitsabwesenheit
- Evaluierung von Arbeitsrehabilitationsproblemen:
 - Schmerzen in mehr als einer Körperregion
 - Katastrophierungstendenzen
 - Ausstrahlung in die Extremitäten
 - Erschwerte Rückkehr an die Arbeit bei früherer Krankheit oder Unfall
 - Prolongierte Entlastung (Bettruhe, Halskragen)
 - Delegation auch kleiner Alltagsarbeiten
- Bei Arbeitsrehabilitationsproblemen:
 - Bio-psycho-soziale Faktoren miteinbeziehen
 - Arbeitsbedingungen und -organisation miteinbeziehen
 - Kandidat für ein Work-Hardening

Schlussfolgerungen

Der Prozess, wegen CMB längerfristig arbeitsunfähig zu werden, wird durch das traditionelle biomechanische Modell der

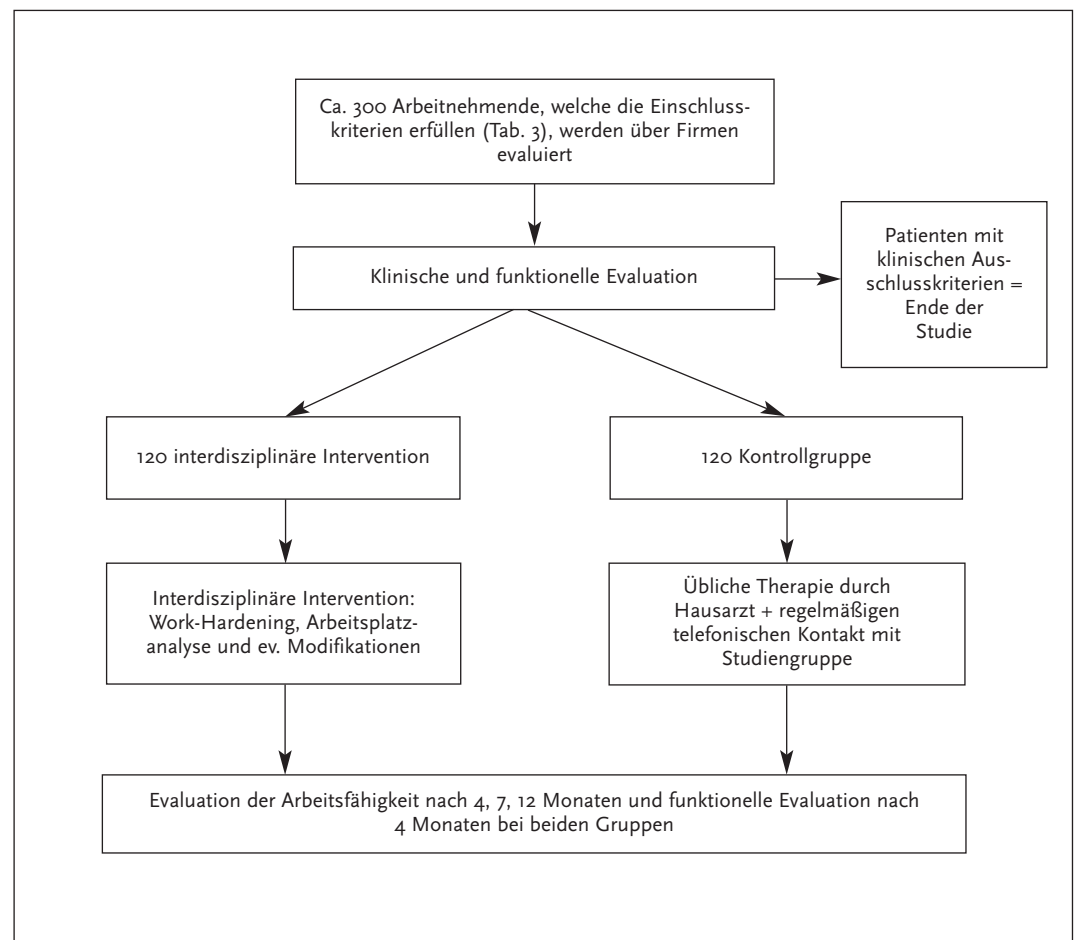


Abb. 4:
Vereinfachter Ablauf der
Interventionsstudie

**Die Interventions-
strategie kombiniert
das klassische
Belastungs-Beanspruchungskonzept
mit dem bio-psycho-
sozialen Modell**

Medizin unzureichend erklärt. Speziell das bio-psycho-soziale Modell definiert die Hindernisse bei der Rückkehr zur Arbeit besser. Wir haben das klassische Belastungs-Beanspruchungskonzept von Arbeit und Gesundheit mit dem bio-psycho-sozialen Modell für die Entwicklung unserer Interventionsstrategie erweitert. Gesundheit oder Wohlbefinden resultieren aus dem Gleichgewicht der bio-psycho-sozialen Fähigkeiten des Arbeitnehmenden einerseits und den bio-psycho-sozialen Anforderungen der Arbeit andererseits. Das bedeutet, dass zwei grundsätzliche Interventionen notwendig sind: Verbesserung der Fähigkeiten des Arbeitnehmenden mit CMB für seine konkrete Arbeit und Verbesserung der Arbeit und Arbeitsbedingungen, beide Male im bio-psycho-sozialen Sinne. Basierend auf diesen grundsätzlichen Überlegungen wurde eine interdisziplinäre Interventionsstrategie entwickelt, welche in einem kontrollierten, randomisierten und blindierten Studiendesign mit der üblichen Behandlung, in Bezug auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, verglichen werden soll.

Literaturangaben

- European foundation for the improvement of living and working live: Fourth European Working conditions Survey 2000. <http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/efo121.htm>
- OCIRT, SAMRT. Effets des conditions de travail défavorables sur la santé et leurs conséquences économiques en Suisse 2003. http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/publications.asp?pub=4#ancr
- Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Nansen L, Christensen KB, Kristensen TS. Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *American Journal of Industrial Medicine*, 2006, 49: 187–196.
- Office fédéral des assurances sociales OFAS: Statistique des assurances sociales suisse 2005: <http://www.bsv.admin.ch>
- Nachemson AL, Jonsson E. Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
- Waddell G, Aylward M, Sawney P. Back Pain, incapacity for work and social security benefits: An international literature review and analysis. London: The Royal Society of Medicine Press Limited; 2002.
- Shrey DE, Lacerte M. Principles and practices of disability management in industry. Winter Park (FL): GR Press Inc. 1995.

- Cost action B13. Low back pain: guidelines for its management. European Commission Research Directorate General 2004: www.back-paineurope.org.
- Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Green M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 2007, 29: 607–624.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L. et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997, 22: 2911–8.
- Anema JR, Cuelenaere b, Van der Beek AJ, Knol DL, De Vet HCW, van Mechelen W: The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 2–4 months. *Occup Environ Med* 2004; 61: 289–294.
- Richter P, Kirschner A. Psychosoziale Arbeitsfaktoren bei der Diagnostik von Rückenschmerzen. 12. Erfurter Tage, Symposium zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen der BGN, 2005.
- Honnorat Ch. Apprentissage de l'exercice médicale. Le malade et sa maladie : <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/mg/AEMDQO3.pdf>, 2003.
- von Engelhardt D. Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung, Beck, München, 1999.
- Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*, 2005, 59: 450–454.
- Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196: 129–136.
- White P. Beyond the biomedical to the biopsychosocial: integrated medicine. In: *Biopsychosocial mMedicine. An integrated approach to understanding illness*. Ed. Peter White. Oxford University Press: 226–234, 2005.
- Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best practice and Research Clinical Rheumatology*, 2005, 19: 655–670.



ALFRED BARTH,
INSTITUT FÜR
MANAGEMENTWIS-
SENSCHAFTEN
BEREICH ARBEITS-
WISSENSCHAFT UND
ORGANISATION,
TECHNISCHE
UNIVERSITÄT WIEN
THERESIANUM-
GASSE 27
1040 WIEN
TEL.:
+43-1-58801-33002
MAIL: BARTH@
IMW.TUWIEN.AC.AT

**Unternehmens-
fusionen können eine
große Belastung für die
Mitarbeiter darstellen**

MERGERS UND ACQUISITIONS

Eine neue Herausforderung für Arbeitswissenschaft, Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin

Belastungen, denen der Mensch am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, sind dynamische Phänomene, die sich in einem ständigen Entwicklungsprozess befinden. Sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht sind sie das Ergebnis eines Zusammenspiels ökonomischer, kultureller, politischer, wissenschaftlicher und technologischer Faktoren. Gerade diese Komplexität ist es aber, die Kausalanalysen und Prognosen erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht. All die genannten Faktoren sind einem kontinuierlichen Veränderungsprozess unterworfen, der gerade während der letzten Jahre in einem atemberaubenden Tempo verlaufen ist. Für den Arbeitswissenschaftler, Arbeitspsychologen und Arbeitsmediziner bedeutet dies, dass er immer wieder mit neuen Belastungsphänomenen konfrontiert wird.

Mergers und Acquisitions als Folge der Globalisierung

Eine der größten Belastungen, die wir in der modernen Arbeitswelt antreffen, sind Fusionen von Unternehmen, sogenannte *Mergers und Acquisitions*. Das starke Ansteigen von Unternehmensfusionen während der letzten Jahre hängt vor allem mit der Globalisierung der Weltwirtschaft zusammen. Durch das Fallen von politischen Barrieren, durch die Liberalisierung der Märkte sowie die Entwicklung der modernen Kommunikationstechnologien ist es zu einer weltweiten Vernetzung von Wirtschaftsbeziehungen gekommen, die noch lange nicht abgeschlossen ist.

Fusionieren zwei Unternehmen, so hat das für die Mitarbeiter ein breites Spektrum von Konsequenzen. Welcher Art diese sind, hängt natürlich von den spezifischen Gegebenheiten der jeweiligen Fusion ab. So spielt etwa eine Rolle, ob es sich – bezogen auf eine Wertschöpfungskette – um eine horizontale oder vertikale Fusion handelt. Des Weiteren ist die Zielstruktur der Fusion von Bedeutung: Bleiben die ursprünglichen Strukturen erhal-

ten oder werden sie völlig aufgelöst? Wird den beteiligten Unternehmen ein bestimmtes Maß an Autonomie zugestanden oder nicht?

Die Auswirkungen hängen natürlich auch davon ab, ob es sich um eine „feindliche“ oder eine „freundliche“ Übernahme handelt. Auch kulturelle, politische und örtliche Situierung der fusionierenden Unternehmen sind von Bedeutung.

Neun Kategorien der Veränderung

Grundsätzlich können wir sämtliche Veränderungen in neun Kategorien einteilen. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei Unternehmenszusammenschlüssen die Betroffenen zumindest mit einigen Veränderungen dieser Kategorien konfrontiert werden, ist außerordentlich hoch. Deren Bewältigung ist nicht nur für das Individuum von entscheidender Bedeutung, sondern auch für den wirtschaftlichen Erfolg des neu geschaffenen Unternehmenskomplexes. Die Kategorien sind im Folgenden dargestellt und erläutert.

1. *Beschäftigungssicherheit*: Der Verlust des Arbeitsplatzes ist die wohl schwerwiegendste Folge eines Unternehmenszusammenschlusses. Selbst wenn dieses „Worst-Case-Szenario“ nicht eintritt, bedeutet die bloße Möglichkeit eines Jobverlustes eine schwerwiegende Belastung der Mitarbeiter.
2. *Hierarchie und Kompetenz*: Mögliche Veränderungen betreffen die hierarchische Position innerhalb einer Organisation. Die Befürchtungen der Mitarbeiter betreffen einen möglichen Abstieg oder Kompetenzzug.
3. *Arbeitsaufgabe*: Diese Kategorie betrifft Veränderungen hinsichtlich des Arbeitsinhalts. Solche Veränderungen können zu einer qualitativen bzw. quantitativen Überforderung führen.
4. *Arbeitsmittel*: Neue Arbeitsmittel und Technologien, die oftmals kurzfristig implementiert werden, stellen die Betroffenen vor große Herausforderungen.

**Das Merger-Syndrom
betrifft vor allem die
Mitarbeiter des
„schwächeren“ Unter-
nehmens**

**Angst und Besorgnis
vor Veränderungen be-
ziehen sich vorwiegend
auf den möglichen Ver-
lust des Arbeitsplatzes**

**Abfall von Motivation
und Leistungsfähigkeit**

5. *Arbeitsprozesse*: Je nach Art der Fusion kann es zu einer massiven Modifikation der gewohnten Prozesse kommen.
6. *Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen*: Veränderungen aus diesem Bereich betreffen den Arbeitsort, die unmittelbare Gestaltung des Arbeitsplatzes, die Arbeitszeit etc.
7. *Kompensationssysteme*: Diese Kategorie beinhaltet so sensible Bereiche wie Entlohnung, Pensionsregelung und Überstundenentgelt. Auch spezielle Themen wie Firmenwagen, Parkplätze oder Firmenhandy fallen in diesen Bereich.
8. *Personelle Umgebung*: Unternehmenszusammenschlüsse bringen es mit sich, dass sich die gewohnte personelle Umgebung verändert (z. B. Kollegen, Mitarbeiter, Vorgesetzte, Kunden).
9. *Kultur*: In diesen Bereich fallen Faktoren wie Unternehmenskultur und Unternehmensphilosophie, Führungsstile etc.

Reaktionen der Betroffenen

Wenden wir uns den Reaktionen der betroffenen Mitarbeiter zu. Fast alle einschlägigen Forschungsarbeiten haben mit einer grundsätzlichen Schwierigkeit zu kämpfen: In der Realität sind Fusionsszenarien und ihre kulturellen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen so vielfältig, dass einheitliche und universal gültige Reaktionsmuster der Betroffenen kaum abgeleitet werden können. Dennoch dürfte der Angst und der Besorgnis vor Veränderungen – vor allem in Hinblick auf einen möglichen Verlust des Arbeitsplatzes – der zentrale Stellenwert zukommen.

Schon die Ankündigung oder das bloße Gerücht einer bevorstehenden Fusion können ausreichen, um bei den Betroffenen ein breites Spektrum von Befürchtungen und Ängsten auszulösen. Dabei müssen wir uns vor Augen halten, dass es sich prinzipiell um berechnete Ängste handelt, nämlich in dem Sinn, dass sie durchaus realistische Zukunftsszenarien betreffen. Diese Phase, die zeitlich vor dem tatsächlichen Unternehmenszusammenschluss liegt, wird normalerweise mit dem Begriff „Pre-Merger-Phase“ bezeichnet, die Phase nach dem Zusammenschluss wird hingegen als „Post-Merger-Phase“ bezeichnet. Die Ängste fokussieren auf die oben genannten kritischen Kategorien. Obwohl sie realistische Szenarien betreffen, muss be-

tont werden, dass diese Szenarien mit dem Fusionsereignis keineswegs logisch verknüpft sind, d. h., sie können zwar eintreten, müssen aber nicht.

Die negativen Auswirkungen von Fusionen waren Gegenstand zahlreicher Studien [z. B. 1, 2, 3, 4, 5]. Untersucht wurden einerseits Faktoren, welche den Zusammenschluss von Unternehmen erleichtern bzw. erschweren, wie zum Beispiel Managementstile, Unternehmensgröße oder Struktur des neu geschaffenen Unternehmens. Andererseits wurde versucht, die Reaktionen der betroffenen Mitarbeiter hinsichtlich Art, Intensität und zeitlichen Ablauf zu klassifizieren. [6] Marks und Mirvis haben in diesem Zusammenhang das Konstrukt des Merger-Syndroms geprägt. [7, 8, 9] Darunter verstehen sie eine Reihe psychopathologischer Symptome, die typischerweise bei Mitarbeitern auftreten, die gerade einen Mergerprozess durchlaufen. Vom Merger-Syndrom betroffen sind vor allem jene Mitarbeiter, die dem „schwächeren“ der fusionierenden Unternehmen angehören. Typische Symptome, die bei diesen Mitarbeitern auftreten, sind: Angst und Misstrauen, verstärktes Wahrnehmen kultureller Unterschiede, Unterlegenheitsgefühl und Verteidigungshaltung.

Angst und ihre Folgen

Die Angst und die Besorgnis der Betroffenen wirken sich sowohl auf der persönlichen als auch auf der wirtschaftlichen Ebene negativ aus. Einerseits bedeuten sie eine deutliche Einschränkung des physischen und psychischen Wohlbefindens und stellen eine Gesundheitsgefährdung dar. (Empirische Arbeiten belegen beispielsweise, dass die Angst vor Arbeitslosigkeit zu einem erhöhten Arbeitsunfallrisiko führt [10, 11].) Des Weiteren kommt es zu einem Abfall der Motivation und der beruflichen Leistungsfähigkeit. Die Betroffenen beschäftigen sich mehr mit der bevorstehenden Fusion und ihrem persönlichen Schicksal als mit ihren eigentlichen Arbeitsaufgaben.

Andererseits wirkt sich die Angst der beteiligten Mitarbeiter auch auf wirtschaftlicher Ebene negativ aus. Erhöhte Fluktuations- und Abwesenheitsraten sowie sinkende Produktivität können den wirtschaftlichen Erfolg eines Mergers gefähr-

Wirtschaftliche Aspekte
und die individuelle
Situation am Arbeits-
platz sind nicht
unabhängig

Die Identifikation mit
dem eigenen Unter-
nehmen kann die
persönliche Verände-
rung erschweren

Eine Atmosphäre von
Sieg und Niederlage-
birgt auch negative
Emotionen

den. [12] Es ist somit offensichtlich, dass die persönliche Ebene mit den soeben genannten wirtschaftlichen Aspekten verknüpft ist. Auch aus wirtschaftlicher Sicht sollte es daher ein wichtiges Anliegen sein, die persönliche Situation der Betroffenen zu optimieren. Betriebswirtschaftliche Interessen und Interessen der Mitarbeiter können auch bei Fusionen, zumindest in Teilbereichen, konform gehen.

Der Druck der öffentlichen Meinung

Ein Faktor, der in der bisherigen Erforschung der Auswirkungen von Fusionen weitgehend ignoriert wurde, sind die Rolle der Politik und der sogenannten öffentlichen Meinung. Diese sind vor allem dann von Bedeutung, wenn heimische Unternehmen von ausländischen Investoren gekauft werden. Solche Fälle werden fast immer von der lautstarken Bekundung nationaler Interessen begleitet. Vor allem dann, wenn es sich um eine „feindliche Übernahme“ handelt, wird der Verkauf an das „Ausland“ als „nationale Niederlage“ kommuniziert. Es ist hier nicht unsere Aufgabe, dieser Haltung weiter auf den Grund zu gehen und sie auf ihre inhaltliche Relevanz zu überprüfen. Was uns an dieser Stelle interessiert, ist lediglich der Umstand, dass die Stimmung um den Merger durch den „nationalen“ Aspekt zusätzliche Brisanz gewinnt und angeheizt wird. Befürchtungen und Ängsten wird in solch einer Atmosphäre nicht mit Sachargumenten begegnet, sondern mit populistischer Agitation. Typisch für solche Debatten ist die Verwendung von drastischen Begriffen und Metaphern: Es ist von „Übernahmeschlachten“ die Rede, von „feindlichen Übernahmen“ und deren „Abwehr“. „Kriegskassen“ werden „gefüllt“, um Akquisitionen zu tätigen, ein Unternehmen „schluckt“ das andere, Angriffs- und Verteidigungsstrategien werden ersonnen ...

Diese kursorischen Bemerkungen demonstrieren sehr gut, in welchem Klima der Zusammenschluss von Unternehmen vollzogen werden kann. Es ist eine Atmosphäre des Krieges, in dem es Sieger und Verlierer gibt. In Anbetracht dieser Situation erscheint es nicht verwunderlich, wenn negative Emotionen, die beim einzelnen Individuum ohnehin schon vorhanden sein mögen, weiter verstärkt werden.

Identifikation und Verlust

Ein weiteres Problem ist die **Identifikation** der Betroffenen mit ihrem Unternehmen. Unter normalen Umständen wird es als Vorteil erachtet, wenn sich Mitarbeiter mit dem Unternehmen identifizieren, in dem sie arbeiten. Dies bedeutet nämlich, dass sie die Interessen des Unternehmens in vermehrtem Maße zu ihren eigenen machen. Sie nehmen stärker am Schicksal des Unternehmens Anteil als jene, deren Identifikation geringer ist. Das Unternehmen bedeutet für solche Mitarbeiter mehr als nur den Arbeitsplatz; es ist Teil ihres Lebens und Teil ihrer persönlichen Identität. Das Ausmaß der Identifikation hängt dabei sowohl von der Persönlichkeit des Subjekts als auch von der Charakteristik des jeweiligen Unternehmens ab.

Bei Fusionen hingegen kann die Identifikation des Einzelnen mit dem Unternehmen den persönlichen Veränderungsprozess erschweren und sogar zum Scheitern bringen. Dies tritt vor allem dann ein, wenn das eigene Unternehmen von einem anderen übernommen wurde. Je nach Beschaffenheit des Mergers kann der Fall eintreten, dass die alten Strukturen völlig ausgelöscht werden. Im Extremfall wird das gekaufte Unternehmen vollkommen absorbiert und hört schlicht und ergreifend auf zu existieren. Dieser Vorgang findet seinen Höhepunkt im Verlust des ursprünglichen Firmennamens. Dieser Verlust besiegelt gewissermaßen das Ende und symbolisiert dies auch äußerlich: Hat etwas einmal seinen Namen verloren, so kann es auch nicht mehr bezeichnet werden und verschwindet aus dem Diskurs. Der neue Name ist jedoch normalerweise der Name des Stärkeren, des Eroberers. Was dies für jene Menschen bedeutet, die sich mit dem alten Unternehmen identifizieren, liegt auf der Hand: Sie erleiden einen substantiellen Verlust und werden je nach individueller psychischer Konstitution betroffen sein. Sie werden ihren Verlust betrauern und werden enttäuscht sein. Dass dies weder zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens noch der beruflichen Leistungsfähigkeit beiträgt, erscheint evident.

Resümee und Ausblick

Unsere Überlegungen haben gezeigt, dass es sich bei Unternehmensfusionen um ei-

Zukunftsängste und Abschied von Vertrautem

Verhältnisprävention im herkömmlichen Sinne funktioniert hier nicht

Der Integrationsprozess auf Mitarbeiterebene ist entscheidend

nen der einschneidendsten Veränderungsprozesse handelt, mit welchen das Individuum in der modernen Arbeitswelt konfrontiert werden kann. Aus Sicht der Betroffenen besteht das Problem aus zwei Teilen. Auf der einen Seite geht es um Zukunftsängste, die vielschichtig sind, die in Hinblick auf den Verlust des Arbeitsplatzes aber ihre stärkste Ausprägung erfahren. Andererseits geht es um das Abschiednehmen von Vertrautem und Bekanntem. Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht soll nun abschließend auf einen Punkt hingewiesen werden, der die Brisanz des Themas unterstreicht: Viele klassische Belastungsformen, wie die bereits erwähnte Nacharbeit, jene der Exposition durch toxische Substanzen oder der Hitzearbeit, können durch Verordnungen und Gesetze reglementiert werden. Der Gesetzgeber ist in der Lage, Rahmenbedingungen festzulegen, Hygienemaßnahmen vorzuschreiben und Grenzwerte zu kontrollieren. Im Fall von Fusionen hingegen ist dies nicht möglich. In liberalen Wirtschaftssystemen demokratischer Prägung gibt es kein legislatives Mittel, um Fusionen aus Gründen der Belastungsreduktion zu verhindern oder einzuschränken. Verhältnisprävention im herkömmlichen Sinn funktioniert hier nicht. Dies ist eine Tatsache, die so hingenommen werden muss, wie sie ist, und die im Übrigen auch gar nicht kritisiert werden soll. Sie zeigt jedoch die Besonderheit unseres Untersuchungsgegenstandes und ist ein deutlicher Hinweis auf die Bedeutung sogenannter **verhaltenspräventiver Maßnahmen**.

Die negativen Auswirkungen von Unternehmenszusammenschlüssen auf Mitarbeiter können somit bestenfalls reduziert, niemals jedoch völlig verhindert werden. Mögliche Strategien zur Lösung der geschilderten Probleme existieren nur unzureichend und sollen abschließend nur angedeutet werden. Aus unserer Analyse ergibt sich eindeutig, dass ein wesentliches Ziel jedes Post-Merger-Managements darin bestehen muss, den Integrationsprozess auf Mitarbeiterebene voranzutreiben. Sämtliche unberechtigten Ängste müssen so rasch wie möglich abgebaut werden. Schmerzvolle Restrukturierungen sollten rasch und transparent umgesetzt werden. Ist sich das verantwortliche Management der Problematik in ihrer Ganzheitlichkeit bewusst, so kann es gelingen, wirtschaftli-

che und individuelle Interessen zumindest teilweise zur Deckung zu bringen.

Es wird die Aufgabe von Arbeitsmedizinern, Arbeitspsychologen und Arbeitswissenschaftlern sein, sich in Zukunft verstärkt mit diesem Thema zu beschäftigen. Nur wenn sich die genannten Berufsgruppen der Bedeutung dieses Themas bewusst sind, kann es gelingen, gemeinsam mit dem jeweils involvierten Management Strategien auszuarbeiten, um die negativen Auswirkungen von Mergers und Acquisitions auf die Betroffenen zu minimieren.

Literaturauswahl

1. Schwaab, M. (2003): Fusionen – Herausforderung für das Personalmanagement. In: Schwaab, M., Frey, D., Hesse, J. (Hg.): Fusionen – Herausforderungen für das Personalmanagement. Heidelberg: Verlag Recht und Wirtschaft. 17–42.
2. Schweiger, D.M. & Walsh J.P. (1990): Mergers and acquisitions: an interdisciplinary view: In: Research in Personnel and Human Resources Management. 8, 41–107.
3. Buono, A. F., Bowditch, J.L. (1989): The Human Side of Mergers and Acquisitions: Managing Collisions Between People, Cultures and Organizations. San Francisco CA.
4. Shaw, J.: Tracking the merger: the human experience. In: Health Services Management Research, 2002, 15: 211–222.
5. Van Knippenberg, D., v. Knippenberg, B., Monden, L., d Lima, F. (2002): Organizational identification after a merger: A social identity perspective. In: British Journal of Social Psychology. 41: 233–252.
6. Jansen S.A. & Pohlmann N. (2000) Anforderungen und Zumutungen: Das HR Management bei Fusionen. Herausforderungen, Hinweise und Hypothesen zur Personalarbeit in den Phasen vor und nach der Vernetzung zweiter Organisationen. In: Personalführung. 2, 30–39.
7. Marks, M.L. & Mirvis, P.N. (1986): The Merger Syndrome. In: Psychology Today. October, 37–42.
8. Marks, M.L. & Mirvis, P.N. (1997): Revisiting the merger syndrome: crisis management. In: Mergers and Acquisitions. 32, 34–40.
9. Barth A. (2006): Das Merger-Syndrom: Modetrend oder wissenschaftlich abgesichertes Konstrukt? In: Bericht zum 52. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft vom 20.–22.3. 2006, 421–424.
10. Iversen L., Sabroe S., Damsgaard M.T. (1989). Hospital admissions before and after shipyard closure. In: BMJ. 299, 1073–1076.
11. Quinlan M., Mayhew C., Bohle P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. In: Int J Health Serv. 31, 355–414.
12. Wirtgen, J. (2001). Post-Merger-Management. In: Wirtschaftspsychologie. 8, 42–50.



CHRISTINE KLIEN,
ÄRZTLICHE LEITERIN
DES ARBEITSMEDIZI-
NISCHEN ZENTRUMS
VORARLBERG,
AMECO HEALTH
PROFESSIONALS
GMBH
BREGENZ
RHEINSTRASSE 61

**Ungefähr die Hälfte
aller Beschäftigten in
Deutschland und
Österreich arbeiten an
Büroarbeitsplätzen**

**Körperliche Beschwer-
den durch Bewegungs-
mangel, Zwangshaltun-
gen, Fehlhaltungen,
Überlastung und
ungünstige Arbeits-
platzverhältnisse**

NEW WORK – NEUE ANFORDERUNGEN UND BELASTUNGEN IN DER BÜROARBEIT

Büroarbeit ist Wissensarbeit. Informationen werden erstellt, bewertet und weiterverarbeitet.

Die Büroarbeit wird immer schneller, flexibler, marktorientierter und anspruchsvoller.

Leistungsverdichtung, Arbeitsintensivierung, Zeitdruck nehmen zu. Hohe Erwartungen an die Ausbildung werden gestellt. Ca. 40 % der Beschäftigten in Büros haben qualifizierte Bildungsabschlüsse, nur ca. 10 % der Bürobeschäftigten machen einfache Tätigkeiten. Etwa die Hälfte aller Beschäftigten in Deutschland und Österreich arbeiten an Büroarbeitsplätzen.

Ohne PC ist Büroarbeit nicht mehr denkbar, Büroarbeit bedeutet Bildschirmarbeit.

Bildschirmarbeit

- Bildschirmarbeitsverordnung: ArbeitnehmerInnen, die durchschnittlich ununterbrochen mehr als 2 Stunden oder durchschnittlich mehr als 3 Stunden ihrer Tagesarbeitszeit mit Bildschirmarbeit beschäftigt werden.
- Arbeitsmedizinischer Sehtest (Überprüfung der Sehschärfe und Untersuchung des sonstigen Sehvermögens) alle 3 Jahre und bei Beschwerden.
- Bildschirmarbeitsbrille: für Presbyope, Kostenübernahme durch den Arbeitgeber nach augenfachärztlicher Untersuchung

Physische Belastungen betreffen besonders – und erhöhen sich durch den zunehmenden Zeitaufwand an Bildschirmarbeit – Augen, Finger, Handgelenk, Ellbogen, Schulter, HWS, LWS. Bewegungsmangel, Zwangshaltungen, Fehlhaltungen, Überlastung und ungünstige Arbeitsplatzverhältnisse sind Ursachen der körperlichen Beschwerden.

Physische Belastungen und Beanspruchungen

Augen – Office Eye oder Computer Vision Syndrom („Trockenes Auge“)

Ursachen:

- Verminderter Lidschlag (1–2 statt 20–25x/min) führt zu Störung der Lipidschicht in der Tränenflüssigkeit
- Bildschirm zu hoch positioniert
- Spiegelungen, Blendungen
- Niedrige Raumluftfeuchtigkeit
- Kontaktlinsen

Finger, Handgelenk, Arm

- Tendovaginitis
- RSI
- CTS
- Epicondylitis
- Schulterschmerzen
- Ursachen: repetitive Bewegungen, Tastatur zu steil, Maus ...

HWS, Schultern

- muskuläre Dysbalancen (häufige Kopfschmerzen als Folge)
- Parästhesien
- Discopathie
- Ursachen: Ergonomiemängel, statische Haltearbeit, Zwangshaltung, einseitige Körperhaltung, Trainings- und Bewegungsmangel ...



Chance oder Belastung?

Psychische Erkrankungen nehmen zu

Die neue Selbständigkeit: nur Ergebnisse zählen

LWS

- Muskuläre Dysbalancen
- Chronische Rückenschmerzen
- Discopathie
- Ursachen: Ergonomiemängel, statische Haltearbeit, schlechte Sitzhaltung, Bewegungs- und Trainingsmangel ...

Psychische Belastungen wie Arbeitsaufgabe (Über-, Unterforderung), Arbeitsumfang, Arbeitsorganisation, Führungsverhalten, Teamprobleme, Zeitdruck, Lärm im Büro, Störungen bei der Arbeit oder fehleranfällige Software gibt es schon seit geraumer Zeit, nehmen aber immer mehr zu.

Neu in den letzten Jahren dazugekommen sind Belastungen durch neue Arbeitsmethoden und neue Organisationsformen und -abläufe in der Büroarbeit.

New Work im Bürobereich ist eine strategische Konzeption als Antwort und Notwendigkeit auf die Internationalisierung und Globalisierung der Märkte, den Druck durch Internationalisierung der Kapitalmärkte, auf verkürzte, härtere Vertriebsprozesse, auf zunehmende Produktindividualisierung, auf wachsenden Innovationsdruck und steigende Operativ- und Verwaltungskosten.

Neben der Telearbeit sind Begriffe und Arbeitsmethoden wie Satellitenbüro, Office at home, Virtual Office, mobiles Büro, Büronomaden, Desk-Sharing, Flex-Working, fraktales Büro, Open-Space-Office oder Non-Territorial-Office üblich.

New-Work-Arbeitsorganisation bedeutet Führen mit Zielvereinbarungen – nur das Ergebnis zählt, nicht die Arbeitszeit, Vertrauensarbeitszeit statt Stempeluhr, All-inclusive-Verträge, selbstorganisierte Arbeitszeitverlängerung (Arbeit zu Hause oder im Zug ist mit Laptop und VPN kein Problem). Projektarbeit und Teamarbeit, neue Selbständigkeit in der Arbeit („macht, was ihr wollt, aber seid profitabel“) und interdisziplinäre, dynamische Ad-hoc-Arbeitsgruppen bestimmen die Arbeit. In virtuellen Arbeitsorganisationen ist die örtliche Loslösung vom Unternehmen vollzogen. Freelancer sind nur zeitweise für bestimmte Aufgaben z. B. Projektleitung im Unternehmen.

Die Chancen der neuen Arbeitsformen wie mehr Handlungsspielräume, mehr Verantwortung, berufliche Herausforderungen, qualifizierte, kreative Aufgaben,

Förderung von Lernen und Entwicklung, soziale Integration in Gruppen, individuellere Lebensgestaltung, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder auch höheres Einkommen bei hoher Leistung können und sollten genutzt werden. Ob die Chancen als solche genutzt werden können oder sich als Bumerang und große Belastung erweisen, hat sehr komplexe und vielfältige Gründe.

Als arbeitsmedizinische Aufgabe ist besonders das Abschätzen, Einschätzen und Aufmerksammachen auf die Risiken und negativen Folgen der neuen Belastungen zu sehen.

Selbstaussbeutung ohne Anweisung, Entgrenzung von Arbeitszeit und Freizeit, Selbstüberforderung (durch Ubiquitous Computing jederzeit und überall möglich), überlange Arbeitszeiten („freiwillig“) sind schon fast normal, ständige Erreichbarkeit wird erwartet („ich bin wichtig!“ Selbstwert wird mittels Arbeitsanforderung erlebt), Überstunden als Statussymbol, Arbeit als Hobby, als Lustgewinn (Arbeitssucht).

Konkurrenz, Konflikte im Team nehmen zu, dadurch bedingt auch Mobbing-situationen.

Massive Arbeitsüberlastungen durch ungeplante Zusatzaufgaben in Projekten sind häufig.

Zunahme psychischer Erkrankungsformen (Burnout, Erschöpfungsdepression, Panikerkrankungen, Schlafstörungen ...) mit langen Heilungsprozessen sind auffallend.

Überlastung der Führungskräfte (mittlere Ebene), für die das Artikulieren von psychischer Überforderung ganz besonders persönliche Schwäche und Beeinträchtigung der Karriere bedeutet, ist ein besonders wichtiges arbeitsmedizinisches Thema.

Auch bei neuer Büroarbeit ist das Wechselspiel zwischen Belastung – Beanspruchung gültig.

Physische Beschwerden werden vor allem durch ungünstige ergonomische Verhältnisse und durch persönliches Verhalten wie schlechte Haltung, Bewegungsmangel etc. verursacht.

Was sind die Belastungsfaktoren?

Der Arbeitsmediziner muss Kenntnis von Struktur, Organisation und Grundlagen der Arbeitsabläufe haben

Verhältnisprävention

Bildschirm

- Position, Höhe
- Größe
- Schriftgröße
- Zeichenschärfe
- Flimmerfreiheit
- Laptop als Dauerarbeitsplatz ist ungünstig

Maus, Tastatur, Telefon

- Position
- Tastatur flach einstellen
- Handgelenksauflage
- Tastaturfarbe
- Headset
- Beleghalter bei Bedarf

Tisch, Stuhl

- Tisch/Stuhlhöhe
- Höhenverstellbarkeit
- Tischgröße
- Dynamisches Sitzen muss möglich sein
- Fußstütze

Raum

- Beleuchtung
- Luftqualität
- Zugluft
- Temperatur
- Luftfeuchtigkeit
- Beinfreiheit
- Lärm
- Staub
- Nichtraucherchutz
- Außenluft
- Hygiene ...

Verhaltensprävention

- Richtig sitzen
- Zwangshaltungen vermeiden
- Stuhl und Tisch richtig einstellen
- Körperhaltung oft wechseln
- Regelmäßige Pausen mit Bewegung
- Ausgleichs-/Dehnungsübungen
- Regelmäßige Pausen für Augen
- Bewegung/Training in Freizeit
- Gesunde Ernährung ...

Bei den **psychischen Beschwerden** finden wir als förderliche Belastungsverhältnisse besonders das Führungsverhalten, die Arbeitsintensität, die Art und den Umfang der Arbeitsaufgaben und das Teamklima. Die persönlichen Voraussetzungen wer-

den vor allem durch die Persönlichkeit, die aktuelle Lebenssituation, den Gesundheitszustand, die Ausbildung und das Alter geprägt.

Verhältnisprävention bei psychischen Belastungen

- Klare Strukturen (Ablauf, Kompetenzverteilung, Ziele ...)
- Transparenz, Planbarkeit
- Softwareergonomie
- Störungsreduktion
- Mitarbeiterpartizipation
- Regelmäßige ressourcenorientierte Mitarbeitergespräche
- Offene, vertrauensvolle Gesprächsbasis
- Mitarbeiterbefragungen, Arbeitsbewältigungsindex
- Urlaubskonten ...
- Verhaltensprävention bei psychischen Belastungen
- Pausen (auch Kurzpausen) machen und gut nützen
- Lärm- und Störungsreduktion
- Wertschätzende Kommunikation unter Kollegen und mit Führungskraft
- Probleme, Unklarheiten frühzeitig ansprechen
- Prioritäten setzen
- „Gedankenhygiene“, Psychohygiene
- Work-Life-Balance
- Stressmanagement
- Entspannung ...

Neue Büroarbeit und Arbeitsmedizin

Wir beraten Führungskräfte und MitarbeiterInnen bezüglich psychischer und physischer Belastungen und wirken dadurch präventivmedizinisch. ArbeitsmedizinerInnen sind aufgrund der zunehmenden psychischen Belastungen sehr gefordert. Da sich ja sehr häufig psychische Überforderungen in körperlichen Beschwerden äußern, haben ArbeitsmedizinerInnen aufgrund ihres breiten Wissens große Kompetenz zur Vermittlung von Lösungsmöglichkeiten. Um kompetent beraten zu können, müssen wir Strukturen, Organisation und Grundlagen der Arbeitsabläufe kennen.

Mit lösungsorientierten Gesprächen lassen sich neue Sichtweisen auf Probleme entwickeln. Es wird auch mehr und mehr nötig sein, arbeitsmedizinische Ge-

sprache als telemedizinische Beratungen durchzuführen – auch MitarbeiterInnen des Unternehmens im Ausland haben Anspruch auf Beratungen. Als sehr wichtig erachte ich die Förderung der Selbstverantwortung für die Gesundheit. Themen wie Work-Life-Balance, wo setze ich meine Grenzen, persönliche Früherkennung von Überforderung bei mir selbst.

Genauso wichtig ist aber auch die Information und Schulung von Führungskräften zur Früherkennung von psychischen Überforderungen bei ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Indem ArbeitsmedizinerInnen informieren und Wissen zu Arbeitsbelastung und deren Vermeidung vermitteln, sensibilisieren und aufmerksam machen und Menschen bei ihrer Arbeit zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren, können schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen vermieden werden – auch und besonders bei vermeintlich harmloser Büroarbeit.

Literatur

- M. Pongratz: Das non-territoriale Prozess-Büro.
- R. Rundnagel: Arbeiten mit Zielvereinbarungen und New Work – neue Anforderungen in der Büroarbeit.
- L. C. Escobar Pinzon, H. W. Gödert, D. Jung: Die Bedeutung von Entspannung und Erholung für die psychische Belastung und Beanspruchung bei geistiger Arbeit.

WILFRIED FRIEDL
ADALBERT-STIFTER-
STRASSE 65,
1200 WIEN
TEL.: (01) 33 111-530
E-MAIL: WILFRIED.
FRIEDL@AUVA.AT
WEB:
WWW.AUVA.AT/SGM

**Branchen- und
Betriebsgrößen-
unabhängiges Konzept**

**3-jährige Gültigkeit der
Zertifizierung**

**Mehr Sicherheit für
die Mitarbeiter – mehr
Erfolg für die
Unternehmen**

AUVA-Sicherheits- und Gesundheitsmanagement: Erfolgsrezept für jedes Unternehmen

Der wirtschaftliche Erfolg von Unternehmen hängt mehr denn je von den Menschen ab, die für ein Unternehmen arbeiten. Und zwar nicht nur von ihrer Qualifikation, sondern auch von ihrer Einsatzbereitschaft und den Rahmenbedingungen, die geboten werden. Um Unternehmen im Bereich Sicherheit und Gesundheit zu unterstützen, hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) das Sicherheits- und Gesundheitsmanagement (SGM) entwickelt.

Das auf ISO 9000 beruhende, zertifizierbare AUVA-SGM ermöglicht eine systematische, vorausschauende Auseinandersetzung mit Arbeitssicherheit und Gesundheit und liefert gleichzeitig Informationen über wichtige „Knackpunkte“ im Betrieb. Es klärt Verantwortlichkeiten, zeigt Verbesserungspotenziale auf, koordiniert Aktivitäten und legt Messgrößen zur Erfolgskontrolle fest. Das Konzept des SGM ist branchenunabhängig und für jede Betriebsgröße realisierbar.

Wettbewerbsvorteil für Unternehmen

„Das SGM unterstützt Unternehmen dabei, die Sicherheit ihrer Mitarbeiter zu steigern. Die daraus resultierende geringere Fluktuation, weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten und Arbeitsunfälle sowie die Verbesserung der Unternehmenskultur und der Arbeitszufriedenheit tragen zu einem nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg der Betriebe bei. Dazu kommt, dass in zunehmend vielen Branchen Auftragnehmer ihren Auftraggebern gewisse Mindeststandards hinsichtlich Sicherheit und Gesundheit nachweisen müssen. SGM-zertifizierte Betriebe haben hier einen klaren Wettbewerbsvorteil“, fasst AUVA-Obmann Komm.-Rat Helmut Klomfar die wesentlichen Vorteile zusammen.

SGM-relevante Prozesse sind etwa die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, die Gefahrenermittlung und -beurteilung, Produktions- und Dienstleistungsprozesse, die Bereiche Reparatur und Wartung, Personalqualifikation und -entwicklung, aber auch Ausnahmesituationen, wie Störungen oder Unfälle, oder die Gesundheitsförderung und Gesundheitsprogramme.

Die AUVA unterstützt Unternehmen auf dem Weg zur Zertifizierung

Zunächst wird in einer kostenlosen Sondierungsberatung überprüft, ob der Betrieb „SGM-reif“ ist. Ist das der Fall, kann der betreffende Betrieb SGM im Regelfall selbst implementieren. Etwaige notwendige Beratungen werden von den speziell ausgebildeten Fachkräften der AUVA-Unfallverhütungsdienste gegen eine geringe Kostenbeteiligung durchgeführt. Der Umfang der Beratung bzw. der Prozessbegleitung wird entsprechend den Bedürfnissen des Unternehmens erarbeitet und umfasst unter anderem Zielfindung, Coaching, Teambuilding, Leitbild/Visionsentwicklung, den Aufbau von Wissensmanagement und die Weiterentwicklung der Unternehmenskultur. Die Überprüfung („Auditierung“) und Zertifizierung erfolgt durch die AUVA als Zertifizierungsstelle. Diese Zertifizierung ist drei Jahre lang gültig und kann durch ein neuerliches Audit verlängert werden.

50 % Rabatt für Kleinbetriebe

Die Kosten für Auditierung und Zertifizierung richten sich nach der Größe des Betriebes und liegen zwischen 800 und 1.800 Euro. Hinzu kommen noch 220 Euro jährliche Verwaltungsgebühr. Für Kleinbetriebe mit bis zu 10 Mitarbeitern bietet die

AUVA einen 50%igen Rabatt. Für sie liegen die Zertifizierungskosten bei nur 400 Euro (plus 110 Euro Verwaltungsgebühr). AUVA-Obmann Klomfar: „Die Einführung des SGM bringt sehr viele Vorteile für das Unternehmen und alle Mitarbeiter. Wir wollen, dass wirklich alle Unternehmen von diesen Wettbewerbsvorteilen profitieren können. Auch die Kleinsten, die über keine großen Budgets für interne Maßnahmen verfügen.“

Weitere Informationen unter www.auva.at/sgm oder bei Ihrer AUVA-Landesstelle.

Rückfragehinweis

AUVA, Dr. Wilfried Friedl
Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien
Tel.: (01) 33 111-530
E-Mail: wilfried.friedl@auva.at
Web: www.auva.at/sgm

Kampagne – „Baba und fall net!“

Mit einer groß angelegten Werbekampagne rückt die AUVA dem Sturzteufel, der Unfallursache Nummer eins, an den Leib. Mit der bewährten „humorvollen Dramatisierung“ und der Dachmarke „!GIB ACHT“. Und mit dem treffenden Slogan „Baba und fall net!“

„Sturz und Fall“ – so die versicherungstechnische Bezeichnung für Unfälle, bei denen der Mensch der Schwerkraft erliegt – ist genau genommen keine Ursache, sondern bereits die Folge verschiedener Ursachen. Zusammengenommen machen diese Ursachen rund ein Drittel aller Arbeitsunfälle aus, das sind ungefähr 21.500 Unfälle pro Jahr.

Am meisten macht den Menschen der ebene Boden zu schaffen: 56 % aller Arbeitsunfälle ereignen sich zu „ebener Erde“. Wer allerdings von einer Leiter stürzt, durch eine Öffnung oder gar vom Gerüst fällt, muss mit einer weitaus längeren Krankenstandsdauer, so zwischen sechs und zehn Wochen, rechnen. Aber auch beim Treppensturz und beim Ausrutschen am Boden kommt man nicht immer glimpflich davon. Wer sich hier verletzt, fällt im Schnitt rund vier Wochen aus.

Von den Schmerzen, die so ein Sturz mit sich bringt, und von den Kosten, die der AUVA entstehen, einmal abgesehen, ist das für den betroffenen Betrieb und für die Volkswirtschaft auch mit einem erheblichen wirtschaftlichen Verlust verbunden. Grund genug für die AUVA, dieser Hauptunfallursache kräftig gegenzusteuern: Denn auch für die komplexe Materie des Sturzgeschehens lassen sich wirksame Präventionsmaßnahmen ausarbeiten.

Eine Analyse des Phänomens zeigt auf, dass sich Sturz & Fall meist dann ereig-

nen, wenn innere und äußere Faktoren zusammentreffen. Etwa Unachtsamkeit und Witterungseinflüsse, Ablenkung und Unordnung, Eile und Stolperfallen, Übermüdung und Sichteinschränkung. Und noch etwas spielt bei Sturz & Fall eine entscheidende Rolle: Unser Balancegefühl und unsere Körperbeherrschung. Wer unsicher auf den Beinen steht, fällt eben öfter hin. Und wer im Falle eines Sturzes seinen Körper richtig abfängt, verringert die Verletzungsschwere ganz wesentlich.

Will man das Unfallgeschehen eindämmen, muss man also an diesen Parametern ansetzen: am Bewusstsein, an den richtigen Arbeitsmitteln, an der Bodenbeschaffenheit, aber auch an der körperlichen „Ertüchtigung“. So einfach – und gleichzeitig so schwierig ist das!

Was kann eine Werbekampagne dazu beitragen? Sie kann breite Kreise auf das Thema aufmerksam machen und auffordern, etwas zu tun, damit nichts passiert. Sie kann Informationen transportieren und Menschen für weiterführende Aktivitäten gewinnen. Sie kann für Verstärkung durch persönliche Umsetzung werben und gruppendynamische Prozesse in Gang setzen. Um eine möglichst hohe und nachhaltige Wirkung zu erzielen, ist sie auf die Mitarbeit möglichst vieler angewiesen. Die AUVA gibt allen Interessierten und allen, die etwas zum Besseren wenden möchten, mit dieser Kampagne wertvolle Instrumente in die Hand.

Zunächst also Trommelwirbel: Ab sofort schrille Spots im TV und im Hörfunk österreichweit mit dem Jingle „Baba und fall net!“, gesungen von niemand Geringerem als Wolfgang Ambros selbst. Dazu

**Ca. 21.500 Arbeits-
unfälle pro Jahr sind
sturzbedingt**

**Wirkungsvolle
Prävention durch
gute Kenntnis der
Einflussgrößen**

**Das Gleichgewichts-
gefühl kann trainiert
werden**

**Mehr als 30
branchenspezifische
Programme stehen zur
Verfügung**

regionale Verstärkungen in U-Bahnen, Autobussen und Kinos. Dann die Informationsflut mit einer Vielzahl von Infofoldern und Postern für die Betriebe ebenso wie für Schulen. Und dann noch animierte PowerPoint-Unterlagen für betriebliche Schulungszwecke. Aber keine Angst: Die Informationslawine überrollt niemanden, sondern ist genau auf den persönlichen Nutzen zugeschnitten. Wo drückt der Schuh? Bei Dacharbeiten? Auf dem Baugerüst? Bei Stiegen und Treppen? Wenn es regnet oder schneit? Branchenspezifisch detailliert aufbereitet, können Sie unter mehr als 30 Programmen wählen!

Das Besondere an der Kampagne besteht darin, dass sie nicht nur auf Unfallursachen eingeht. Vielmehr ruft sie auch dazu auf, etwas zur besseren Körperbeherrschung zu tun. Täglich 30 Sekunden auf einem Bein stehen, trainiert nachweislich das Gleichgewichtsgefühl und verringert somit die Sturzgefahr. Beim täglichen Sockenanziehen etwa. Und sollte man trotzdem stürzen, kann man durch die richtige Falltechnik einiges abwenden. Für Schulen gibt es daher seit Jahren das Programm „Fallen – aber richtig“.

SEMINARE DER AUVA

Seminar „Heben und Tragen von Lasten – Praxiserprobte Bewertungsverfahren“

IN 06-01

Dauer: 1 Tag

Ziel des Kurses:

Die Teilnehmer sollen befähigt werden, das manuelle Handhaben von Lasten zu analysieren und zu bewerten. Auf Grundlage der wichtigsten physiologischen und biomechanischen Grundlagen werden praxiserprobte Bewertungsverfahren gemeinsam erarbeitet und deren Anwendung trainiert.

Aus der Bewertung werden Gestaltungsvorschläge zur Verbesserung belastender Hebetätigkeiten abgeleitet.

Zielgruppe:

Sicherheitsfachkräfte; Arbeitsmediziner; Fachpersonal, das mit der Planung von Arbeitsplätzen und -vorgängen betraut ist (Arbeitsgestalter).

Seminarinhalte:

- Physiologische und biomechanische Grundlagen
- Bewertungsverfahren: NIOSH-Gleichung, Leitmerkalmethode, Ergon-Lift (computergestütztes Verfahren)
- Übungsbeispiele, praktische Anwendung und Vergleich der vorgestellten Verfahren

Wissensvermittlung durch:

- Vorträge der Grundlagen
- Vorstellung der Verfahren anhand einfacher Beispiele
- Festigung und Übung des Erlernten anhand von Praxisbeispielen auf Video

Termine/Orte: Auf Anfrage

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

Seminar „Der Faktor ‚Bewegung‘ – Bewegungsprogramme im Betrieb“

IN 13-03

Dauer: 1 Tag (09.00–17.00 Uhr)

Referent:

Dr. Paul Scheibenpflug
Sport- und Kommunikationswissenschaftler, Bewegungsexperte

Zielgruppe:

Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen, Zuständige für Human Resources im Betrieb.

Zielsetzungen:

Die TeilnehmerInnen sollen einen kompakten Überblick erhalten, was Bewegungsprogramme im Betrieb leisten können und wo ihre Grenzen sind was bei der Implementierung von Bewegungsprogrammen zu berücksichtigen ist.

Inhalte:

- Zielsetzungen, Grundlagen und Ansätze im Überblick
- Branchen- und zielgruppenspezifische Bewegungsprogramme (MbM, Gestalten und Bewegen, Lehrlinge in Bewegung, AUVAfit etc.)
- Erfolgsfaktoren (und Stolpersteine) für die Implementierung von Bewegungsprogrammen
- Was kann man von Bewegungsexperten (Sportwissenschaftlern, Physiotherapeuten etc.) erwarten

Methodik:

- Vortrag, garniert mit praktischen Tipps
- Erfahrungsaustausch, Gruppenarbeit

Termine:

1. Seminar: 16.10.2007
2. Seminar: 12.12.2007
3. Seminar: 15.01.2008
4. Seminar: 29.02.2008

Orte:

1. Seminar: CD – City Art Hotel Salzburg, Sterneckstraße 21, 5020 Salzburg
2. Seminar: Hotel Dorint, Prof. Ernst-Fuchs-Platz 1, 9300 St. Veit/Glan
3. Seminar: Hotel Exel, Alte Zeile 14, 3300 Amstetten
4. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz

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

Seminar „Grundlagen im Arbeitnehmerschutz“

IN 22-01

Dauer: 1 Tag

Ziel: Für viele Unternehmer präsentiert sich die Gesetzgebung zum Arbeitnehmerschutz als schwer zu überblickende Materie. Dieses Seminar ist als eine Orientierung schaffender Streifzug durch die Rechtsgrundlagen zum Arbeitnehmerschutz gedacht. Begriffe wie „Evaluierung“, „Stand der Technik“, „Koordination“ oder „Präventivdienste“ sollen nach diesem Seminar keine Fremdwörter mehr sein. Die Themen Chemie, Maschinensicherheit und Ergonomie werden gesondert behandelt. Das Seminar ist so konzipiert, dass ausreichend Zeit für Diskussion und Behandlung zusätzlicher Problemkreise bleibt.

Zielgruppe: Unternehmer (insbesondere von kleineren Betrieben), leitende Angestellte, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner, Sicherheitsvertrauenspersonen, Betriebsräte.

Themenschwerpunkte:

- das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) im Überblick
- die wichtigsten Verordnungen zum ASchG
- Haftung und Verantwortung
- Betreuung durch Präventivdienste – wer, wie, wie oft?
- Philosophie der Arbeitsplatzevaluierung
- Anforderungen an Arbeitsmittel
- Anforderungen beim Arbeiten mit Arbeitsstoffen
- ergonomische Aspekte

Termine:

30. Seminar: 02.10.2007
31. Seminar: 30.01.2008

Orte:

30. Seminar: Hotel Mercure, Bayerhamerstraße 14, 5020 Salzburg
31. Seminar: Hotel „Zur Post“, 3053 Laaben/NÖ

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. 01/33 111/413 – Fr. Kessler
mailto: karin.kessler@auva.at
Tel. 01/33 111572 – Fr. Uhl
mailto: gabriele.uhl@auva.at
Tel. 01/33 111395 – Fr. Radosztics
mailto: herta.radosztics@auva.at
Fax 01/33 111395 /876

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

Praktikum „Lärmmessung für Sicherheitsfachkräfte“

A 02-01

Dauer: 2 Tage

Voraussetzung für die Teilnahme:

Der Teilnehmer soll den Grundlehrgang für Sicherheitstechniker oder den Fachlehrgang für Sicherheitsfachkräfte mit Erfolg abgeschlossen haben.

Ziel des Kurses:

Dem Teilnehmer werden die Praxis der Lärmmessung und die theoretischen Grundlagen der Lärmbekämpfung für die Evaluierung von Arbeitsplätzen vermittelt.

Zielgruppe:

Sicherheitsfachkräfte und Präventivfachkräfte, die die Lärmbelastung am Arbeitsplatz erkennen, bewerten und verhindern bzw. vermindern wollen.

Themenschwerpunkte:

- Grundbegriffe und Entwicklung der Lärmbekämpfung
- Rechnen mit Pegeln, Übungen mit Beispielen
- Messwerte, Messgeräte, Grundzüge der Lärmmessung
- Lärmmessung in der Praxis, Lärmmessberichte
- Berechnung der erhobenen Beurteilungspegel
- Wirkung des Lärms auf den Menschen, Entstehung von Gehörschäden, Gehörschutz

Termin: 02.04.–03.04.2008

Ort:

Hotel Waldhör, Herrenstraße 28, 4320 Perg

Kostenbeitrag: € 240,- (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.

Fortbildungsreihe: „Arbeitstechnologien für Arbeitsmediziner: Schwerpunktthema Schweißen“

AMED 03-1

Dauer: 1 Tag

Referent(en):

Ing. G. Poschenreithner, AUVA
DI N. Neiss, ÖSBS

Ziele des Seminars:

Der Teilnehmer soll die verschiedenen Schweißverfahren unterscheiden und die dabei zu erwartenden Gesundheitsbelastungen und Gefahren erkennen sowie die zur Feststellung des Gefährdungsmaßes notwendigen Messverfahren und Geräte kennen lernen.

Zielgruppe:

ArbeitsmedizinerInnen

Seminarinhalte:

- Schweißverfahren; anzuwendende gesetzliche und normative Bestimmungen
- ergonomische Belastungen; Messverfahren
- Strahlung und Strahlungsauswirkungen
- Schadstoffe und Messverfahren

- Lärm und Messverfahren
- Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- Absaugungen; Wirksamkeitskontrolle

Termine:

5. Seminar: 14.11.2007

6. Seminar: 28.05.2008

Orte:

5. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz

6. Seminar: Hotel „Zur Post“, 3053 Laaben/NÖ

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

**Fachseminar für Arbeitsmediziner:
„Vom Problemstoff zum Ersatzstoff
– praktische Beurteilung chemischer Arbeitsstoffe“**

AMED 04

Dauer: 1 Tag

Referenten:

Günther Kittel, ppm Forschung + Beratung
Joe Püringer, AUVA

Ziele des Seminars: Die TeilnehmerInnen sollen einen Überblick darüber gewinnen, wie chemische Arbeitsstoffe einzuschätzen sind und wie die dafür erforderlichen Informationen gefunden und beurteilt werden können.

Zielgruppe: ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte.

Seminarinhalte:

- Auffrischung: Gefährliche chemische Arbeitsstoffe (Grundlagen, wichtige rechtliche Bestimmungen)
- Stichworte zu REACH und GHS („neues Kennzeichnungssystem“)
- Basisinformationen aus Kennzeichnung und Sicherheitsdatenblatt
- Sicherheitsdatenblatt: Die Brauchbarkeit einschätzen und seine Informationen kritisch nutzen
- Messen ist kein (All)Heilmittel
- Risikoabschätzung
- Maßnahmen zur Gefahrenvermeidung und -verminderung/Ersatz und Verbot gefährlicher Stoffe

- weiterführende Informationen effizient suchen (CAS-Nummer etc.)
- Informationsquellen zu gefährlichen chemischen Arbeitsstoffen (Publikationen, Websites, Datenbanken)

Termine:

- 3. Fachseminar: 08.11.2007
- 4. Fachseminar: 17.04.2008

Orte:

- 3. Seminar: Hotel „Zur Post“, 3053 Laaben/NÖ
- 4. Seminar: CD – City Art Hotel Salzburg, Sterneckstraße 21, 5020 Salzburg

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

**Fachseminar für Arbeitsmediziner:
„Haut und Beruf“**

AMED o6

Dauer: 2 Tage

Referent:

C. L. Packham
EnviroDerm Services, U.K.

Zielgruppe: ArbeitsmedizinerInnen

Seminarinhalte:

- „Dermatological Engineering“
- Was ist „Dermatological Engineering“ und wie kann es zu einem gesunden Arbeitsmilieu beitragen?

- Die Haut
- Funktionen der Haut und Funktion als Schutzschicht
- Berufliche Konsequenzen der Hautexposition
- Penetration/Absorption/Hautschäden – Ursachen, Physiologie und Konsequenzen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- Risikoabschätzung
- Ein praktisches System zur Erkennung von Schadstoffen, Exposition und Risiken einer Gesundheitsgefährdung
- Risikomanagement
- Strategien zur Vermeidung der beruflichen Hautexposition mit Beispielen
- Praktische Fallstudien
- Hautpflege
- Hautzustandsüberwachung
- Elemente eines Haut-Management-Systems

Termine:

- 5. Seminar: 30.10.–31.10.2007
- 6. Seminar: 29.04.–30.04.2008

Orte:

- 5. Seminar: Hotel Mercure, Waltendorfer Gürtel 8–10, 8010 Graz
- 6. Seminar: Hotel Mercure, Bayerhamerstraße 14, 5020 Salzburg

Kostenbeitrag: € 240,- (mehrwertsteuerfrei). Verpflegung und Kursunterlagen inbegriffen.



ELSBETH HUBER



Förderung eines
Managementkonzeptes
zur Bewältigung von
Muskel- und Skelett-
erkrankungen,
das mehr als nur
Prävention einbezieht

Ausarbeitung von
Arbeitsschutzstrategien
unter Berücksichtigung
nationaler
Gegebenheiten

DIE ARBEITSINSPEKTION INFORMIERT

Neues Webfeature der Arbeitsinspektion zu Muskel- und Skeletterkrankungen

Bereits zum achten Mal fand heuer die Europäische Woche für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz statt. Dabei handelt es sich um eine Informationskampagne, in deren Rahmen Maßnahmen zu wichtigen Themen im Bereich von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gefördert werden. Initiiert von der in Bilbao ansässigen Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wird jedes Jahr ein bestimmtes Thema in den Mittelpunkt unterschiedlicher Aktivitäten gestellt. So wurde die in allen 27 Mitgliedstaaten der EU sowie in mehreren anderen Ländern veranstaltete „Europäische Woche“ bereits zu einem Markenzeichen für europaweite Sicherheits- und Gesundheitsschutzaktionen.

Die diesjährige **Europäische Woche 2007** stand unter dem Motto „Pack's leichter an“ und zielte darauf ab, ein integriertes Managementkonzept zur Bewältigung von Muskel- und Skeletterkrankungen zu fördern, das nicht nur die Prävention, sondern auch die Weiterbeschäftigung, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die bereits an Muskel- und Skeletterkrankungen leiden, um-

fasst. ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen, Sicherheitsbeauftragte, PraktikerrInnen, Präventionsdienste, politische EntscheidungsträgerInnen und andere Interessengruppen sind aufgerufen, gemeinsam eine verbesserte Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen am Arbeitsplatz zu erreichen.

Als **Beitrag der Arbeitsinspektion** zur Europäischen Woche 2007 wurde ein Webfeature zum Thema Muskel- und Skeletterkrankungen entwickelt.

Unter <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/ewo7> werden verschiedenste Aspekte von MSD beleuchtet: deren Ursache, Krankheitsbilder und welche Gruppen von ArbeitnehmerInnen besonders betroffen sind. Gleichzeitig werden unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten dargestellt: Von der Ermittlung und Beurteilung von Gefahren, über Strategien und Lösungsansätze, bis zu Erfahrungen aus der betrieblichen Praxis.

Weitere Informationen erhältlich bei: Frau Mag^a. Charlotte Salomon, charlotte.salomon@bmwa.gv.at oder Frau Mag^a. Häckel-Bucher, martina.haeckel.bucher@bmwa.gv.at.

Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007–2012 – Umsetzung in Österreich

Im Februar 2007 hat die Europäische Kommission eine **Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz** für den Zeitraum **2007–2012** veröffentlicht. Diese Gemeinschaftsstrategie ist keine Strategie der Kommission allein, sondern richtet sich an die einzelnen Mitgliedstaaten der EU und an die Sozialpartner.

Die Kommission stellt dazu fest, dass jene Mitgliedstaaten, die bereits derzeit

eine umfassende, kohärente und mehrjährige nationale Arbeitsschutzstrategie haben, grundsätzlich auch einen besseren Arbeitsschutz haben. Der Rat der 27 Arbeitsminister bekräftigte Ende Mai 2007, dass die einzelnen Mitgliedstaaten nationale Arbeitsschutzstrategien im Rahmen der Gemeinschaftsstrategien ausarbeiten und dabei aber jeweils die nationalen Gegebenheiten berücksichtigen werden.

Kontinuierliche
Anpassung der
Rechtsvorschriften
an den technischen
Fortschritt

Verbesserte
Umsetzung des Arbeit-
nehmerInnenschutz-
Rechts in den
Betrieben

Verbesserung der
Qualität von
Präventivdiensten

Bis 2012 wird eine
EU-weite Senkung der
Arbeitsunfälle um 25 %
angestrebt

Was sind die Eckpunkte der mehrjährigen Gemeinschaftsstrategie?

- Die Kommission hat ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung des europäischen und innerstaatlichen ArbeitnehmerInnenschutz-Rechts sowie die kontinuierliche Anpassung der Rechtsvorschriften an den technischen Fortschritt.
So beabsichtigt die Europäische Kommission durch Novellierung der Richtlinie über biologische Arbeitsstoffe verbesserte Schutzvorschriften gegen Nadelstichverletzungen, weiters sollen durch eine künftige Novelle der Karzinogene-Richtlinie auch für fortpflanzungsgefährdende Arbeitsstoffe die strengeren Schutzbestimmungen der Karzinogene-RL gelten.
- Wichtig ist der Europäischen Kommission aber auch die verbesserte Umsetzung des ArbeitnehmerInnenschutz-Rechts in den Betrieben. Dies soll einerseits durch entsprechende Ausstattung und Kontrollen der Arbeitsinspektionen erfolgen, aber auch durch Unterstützung insbesondere von Kleinbetrieben durch leicht verständliche Informationen und praktische Leitfäden sowie die Verbreitung von guten Praktiken.
- Die Verbesserung der Qualität von Präventivdiensten und die Verbesserung des Zugangs zu Präventivdiensten hat für die Kommission ebenso Priorität wie die Einbeziehung des ArbeitnehmerInnenschutzes in die Ausbildungssysteme – hier haben wir auch in Österreich Nachholbedarf, z. B. bei Berufsbildenden Höheren Schulen – qualifizierte Weiterbildung der PFK.
- Unterstützt werden sollen Maßnahmen im ArbeitnehmerInnenschutz durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Grundsätzliches Ziel der Europäischen Kommission ist die Senkung der Arbeitsunfälle bis 2012 EU-weit um durchschnittlich 25 %. Das bedeutet jedoch nicht, dass jedes Land bis 2012 die AU um ein Viertel senken muss – dazu ist auch die nationale Ausgangslage der 27 Mitgliedstaaten der EU zu unterschiedlich. Dieses Ziel bis 2012 ist ehrgeizig, aber nicht unrealistisch: Im Zeitraum 2000–2004 haben die damals 15 Mitgliedstaaten der EU

die Rate der tödlichen AU um 17 % gesenkt und der schweren Arbeitsunfälle um 20 %.

Die Senkung der Berufskrankheiten und der arbeitsbedingten Erkrankungen bis 2012 ist gleichrangiges Ziel der Gemeinschaftsstrategie, die Europäische Kommission gibt aber dazu keine Prozentzahl vor, weil die Daten auf Europäischer Ebene nach wie vor nicht ausreichend harmonisiert sind.

Im Rahmen der nationalen Arbeitschutzstrategie sollen sich alle innerstaatlichen Akteure im ArbeitnehmerInnenschutz gemeinsame Ziele bis 2012 setzen. Gemeint ist damit, dass im Rahmen dieser gemeinsamen ArbeitnehmerInnenschutz-Ziele alle Akteure – also die Sozialpartner, die Versicherungsträger, die Arbeitsinspektionen, die Zuständigen für die öffentliche Gesundheit und Soziales usw. – jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeit geeignete Schwerpunkte und Maßnahmen setzen und so die Kräfte gebündelt werden sollen. Auf Europäischer Ebene werden die Fortschritte der nationalen Strategien periodisch durch ein Europäisches Scoreboard evaluiert werden.

Die nationalen Strategien sollen je nach den innerstaatlichen Gegebenheiten die Kernpunkte der Gemeinschaftsstrategie aufnehmen – also unter anderem messbare Ziele zur Reduzierung von Arbeitsunfällen insbesondere in Hochrisikosektoren sowie zur Reduzierung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen setzen.

Bei der Ausarbeitung der nationalen Strategien sind zusätzlich aber auch **folgende Aspekte und neue Risiken** zu berücksichtigen:

- der demografische Wandel,
- neue Beschäftigungstrends (Selbstständige, MigrantInnen etc.),
- die Verbesserung der Gesundheitsüberwachung (hier vor allem die Präventivwirkung) sowie der Rehabilitation und Reintegration von ArbeitnehmerInnen,
- eine Kohärenz zwischen ArbeitnehmerInnenschutz, Gesundheitspolitik und Beschäftigungspolitik,
- psychosoziale Fragen und Erkrankungen des Bewegungsapparats,
- gefährliche Stoffe, Risiken für die Fortpflanzung und durch neue Technologien, z. B. Nanotechnologien,

Alle Akteure des Arbeitsschutzes sind eingebunden

Vier Arbeitsgruppen in Österreich – für die gewählten Themengebiete werden konkrete Ziele, Bewertungen und Programme ausgearbeitet

Österreichische REACH-Plattform für fachliche Diskussionen und den Austausch von Informationen

- Risiken durch neue Formen der Arbeitsorganisation,
- Gesundheitsschutz- und Sicherheitsmanagement am Arbeitsplatz,
- dabei Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte.

Wie wird nun die EU-Gemeinschaftsstrategie in Österreich umgesetzt?

Bei der Umsetzung der nationalen Arbeitsschutzstrategie in Österreich sind alle Akteure des Arbeitsschutzes und im Wesentlichen auch solche, deren Themen den Arbeitsschutz berühren, eingebunden, wie z. B. die Sozialpartner, AUVA und andere Versicherungsträger, LändervertreterInnen, Sozial-, Gesundheits- und Bildungsministerien, Ärztekammer.

Zur Beratung des Herrn Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit betreffend Arbeitsschutzstrategie 2007–2012 ist der **Arbeitnehmerschutzbeirat** beauftragt. Für vorbereitende Tätigkeiten wurde im Juni 2007 der **Fachausschuss „Arbeitsschutzstrategie“** beschlossen. Im September 2007 wurden im Fachausschuss Vorschläge für die Bildung von vier Arbeitsgruppen ausgearbeitet. Der Arbeitnehmerschutzbeirat stimmte im November 2007 diesen Vorschlägen mit Ergänzungen betreffend Mitarbeit in den Arbeitsgruppen zu.

Folgende Themenfelder sind im ersten Halbjahr 2008 von den vier Arbeitsgruppen zu bearbeiten:

- Arbeitsgruppe 1: Verbesserung der Evaluierung (**Leitung AUVA**)
- Arbeitsgruppe 2: Prävention von Unfällen (**Leitung AKÖ**)
- Arbeitsgruppe 3: Prävention von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen (**Leitung Sektion III im BMWA**)
- Arbeitsgruppe 4: Aus- und Weiterbildung sowie Information im Arbeitsschutz. Verbesserung der Tätigkeit von Fachleuten der Prävention (**VÖSI**)

Die Leitungen der Arbeitsgruppen und die in den Arbeitsgruppen mitarbeitenden Organisationseinheiten wurden im November 2007 festgelegt.

Im ersten Halbjahr 2008 werden für die angeführten Themenfelder auf Grundlage bereits eingebrachter Themen

- die **konkreten Ziele** mit zeitlichem Ablauf (z. B. verbesserter Hautschutz durch verstärkte Aufklärung und Information an KMU, verbesserte AP-Evaluierung in diesem Bereich, Steigerung der Teilnahme an Informationsveranstaltungen),
- die **Indikatoren** (Kennzahlen) zur Messung/Bewertung der Zielerreichung (z. B. Erhöhung des Anteils der Betriebe mit verbesserter Evaluierung und Umsetzungsmaßnahmen zum Hautschutz, Erhöhung der Anzahl der TeilnehmerInnen an Weiterbildungsmaßnahmen,
- ein **konkretes Programm** bis 2012 ausgearbeitet und im Anschluss daran regelmäßig evaluiert.

Die Umsetzung der REACH-Verordnung in Österreich

Mit der REACH-Verordnung wurde das europäische Chemikalienrecht neu geregelt. Über den Prozess der Entstehung, die wesentlichen Inhalte und die Schnittstellen zum Arbeitsschutz wurde bereits des Öfteren im „Österreichischen Forum Arbeitsmedizin“ berichtet.

Die REACH-Verordnung – EG Nr. 1907/2006 – ist mit 1. Juni 2007 in Kraft getreten. Als Verordnung ist sie direkt anzuwenden und muss nicht, wie eine Richtlinie, in nationales Recht umgesetzt werden. Da die Mitgliedstaaten jedoch die für den Vollzug zuständigen Behörden festzulegen haben und REACH

weitere keine Strafbestimmungen für den Verstoßfall enthält, wird zurzeit das österreichische Chemikaliengesetz in diesem Sinne überarbeitet.

Am 21. Juni 2007 trat auch zum ersten Mal die vom österreichischen Lebensministerium ins Leben gerufene **Österreichische REACH-Plattform** zusammen. Ihr Ziel ist es, den wichtigsten an der Umsetzung von REACH beteiligten Institutionen ein Forum für den Austausch von Informationen und für die fachliche Diskussion zu bieten. Da REACH auch Auswirkungen auf den Umgang mit Chemikalien am Arbeitsplatz haben wird,

Welche Risiken birgt die Nanotechnologie?

Nanotechnologie ist ein Hauptwachstumsgebiet von Forschung und Industrie. Zu ihren Anwendungen gehören Werkstoffe, Textilien, Implantate, Nahrungsmittel und Medikamente. Produkte in Nanogröße besitzen viele Vorteile. Es gibt allerdings auch eine breite Diskussion über die potenziellen Risiken von Nanopartikeln (unter 100 nm große Teilchen), die in die Umwelt gelangen oder am Arbeitsplatz freigesetzt werden.

Das Europäische Projekt NanoCap unterstützt Gewerkschaften und Umwelt-NGOs dabei, sich für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Nanotech-

nologien einzusetzen. NanoCap steht für „**Nanotechnology Capacity Building NGOs**“, für die Kompetenzerweiterung von NGOs: NanoCap wird durchgeführt, um das Wissen über Gesundheits- und Sicherheitsrisiken bei der Arbeit und in der Umwelt sowie über ethische Fragen in Bezug auf Nanotechnologien zu vertiefen. Österreichischer Projektpartner bei NanoCap ist „ppm – Forschung + Beratung“ in Kooperation mit dem Österreichischen Gewerkschaftsbund.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der österreichischen Website des Projektes: <http://www.ppm.at/nanoinfo/>.

ENETOSH – European Network Education and Training in Occupational Safety and Health – Europäisches Netzwerk Aus- und Weiterbildung in Sicherheit und Gesundheitsschutz



E|N|E|T|O|S|H

Ausbildung in Gesund- heitsschutz vor dem Eintritt ins Berufsleben

Dass die Ausbildung in Sicherheit und Gesundheitsschutz nicht erst mit dem Eintritt ins Arbeitsleben beginnt, ist das Anliegen des europäischen Projektes ENETOSH.

Das Projekt verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz: Vom Kindergarten über Schule, Berufsausbildung, Hochschulbildung, bis zur Vorbereitung auf den Ruhestand sollen Sicherheit und Gesundheitsschutz in das lebenslange Lernen integriert werden.

ENETOSH startete im Oktober 2005 als Projekt des EU-Berufsbildungsprogramms LEONARDO DA VINCI unter Federführung des deutschen BG-Instituts Arbeit und Gesundheit (BGAG) mit einer Laufzeit von 24 Monaten. 13 Partner aus zehn europäischen Ländern arbeiteten im Kernnetzwerk zusammen, daneben beteiligte sich eine Vielzahl an stillen Partnern am Projekt, wie etwa auch die österreichische Arbeitsinspektion.

ENETOSH hat zum Ziel, ein europäisches Aus- und Weiterbildungsnetzwerk aufzubauen, das die Themen Sicherheit

und Gesundheitsschutz über nationale und kulturelle Grenzen hinweg fördert und Bildungs- und Arbeitnehmerschutz-expertInnen zusammenführt.

Neben der Sammlung von Beispielen guter Praxis sowie konkreter Materialien zur Integration von Sicherheit und Gesundheitsschutz in die Aus- und Weiterbildung in Europa wurden insbesondere Kompetenzstandards für die Qualifizierung von AusbilderInnen und TrainerInnen in Sicherheit und Gesundheitsschutz entwickelt.

Die Internetplattform von ENETOSH (www.enetosh.net) stellt ausgewählte Beispielprojekte vor. Darüber hinaus sind die Kontaktdaten von wichtigen AnsprechpartnerInnen in Europa abrufbar. Auch nach Projektende soll ENETOSH weitergeführt werden, u. a. sollen die ausgearbeiteten Kompetenzstandards erprobt und evaluiert werden.

Weitere Informationen erhältlich bei:
Frau Drⁱⁿ. Alexandra Marx, BMWA, alexandra.marx@bmwa.gv.at.

Kompetenzstandards für AusbilderInnen und TrainerInnen in Sicherheit und Gesundheitsschutz wurden entwickelt und werden weiterhin evaluiert



Einladung zur Fortbildungsveranstaltung zum Thema

„Arbeitsmedizinische Beurteilung von längeren Arbeitszeiten“

Das neue Arbeitszeitgesetz, das mit 1. Jänner 2008 in Kraft tritt, sieht höhere Grenzen für die tägliche und wöchentliche Normalarbeitszeit vor, bis zu 12 Stunden täglich und bis zu 60 Stunden wöchentlich. Eine Erhöhung der Normalarbeitszeit ist aber nur bei arbeitsmedizinischer Unbedenklichkeit zulässig, und es wird Aufgabe der ArbeitsmedizinerInnen sein, zu dieser Frage im Einzelfall eine Stellungnahme abzugeben. In dieser Veranstaltung werden die Kriterien aus arbeitsmedizinischer und arbeitsrechtlicher Sicht dargestellt und an praktischen Beispielen angewandt.

Wien: 11. Jänner 2008, 13.00–17.00 Uhr
AUVA Wien, Sitzungszimmer 10. Stock (angefragt)
Adalbert Stifterstraße 65, 1200 Wien
Salzburg: 25. Jänner 2008, 11.00–15.00 Uhr
Ärztchamber für Salzburg, Vortragssaal (Innenhof)
Bergstraße 14, 5020 Salzburg

- Einführung in das Thema (2 Stunden):
Mag. Hans Binder (BM Wirtschaft und Arbeit):
Novelle zum Arbeitszeitgesetz – arbeitsmedizinische Unbedenklichkeit
Dr. Erich Pospischil (AMZ Mödling)
Gesundheitliche Auswirkungen längerer Arbeitszeiten aus arbeitsmedizinischer Sicht
- Gemeinsames Erarbeiten von Lösungen anhand von Fallbeispielen (2 Stunden)

Die Veranstaltung wurde für das Diplom-Fortbildungsprogramm der Österreichischen Ärztekammer für das Fach Arbeitsmedizin mit 5 Fortbildungspunkten approbiert.
Die Teilnehmerzahl ist mit 25 limitiert. Anmeldung an das Sekretariat der Gesellschaft bitte per E-Mail an moser@amd.at oder per Fax an **0732-78 45 94**.

Kosten: für Mitglieder der Gesellschaft kostenlos, für Nichtmitglieder € 150,–

FAXANTWORT

Ich melde mich verbindlich zur Veranstaltung an ☐ 11. Jänner Wien
☐ 25. Jänner Salzburg

Name: Tel.-Nr.:

Adresse: E-Mail:

Unterschrift

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Redaktion:

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

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

Druck:

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

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz