

Hein-Rusinek, Ulrike

Working Paper

Gesund im Job bis zur Rente: Handlungsfelder aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte und Betriebsärzte mit Praxisbeispielen

Arbeitspapier, No. 181

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Hein-Rusinek, Ulrike (2009) : Gesund im Job bis zur Rente: Handlungsfelder aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte und Betriebsärzte mit Praxisbeispielen, Arbeitspapier, No. 181, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116638>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

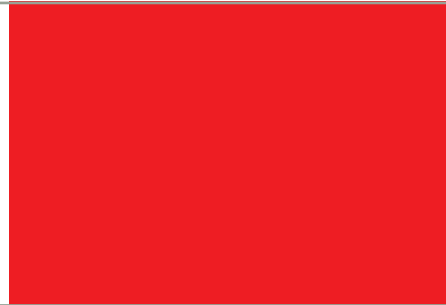
Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Arbeitspapier **181**



Ulrike Hein-Rusinek
Gesund im Job bis zur Rente

Arbeitspapier 181

Ulrike Hein-Rusinek

Gesund im Job bis zur Rente

Handlungsfelder aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte und Betriebsärzte mit Praxisbeispielen

Dr. med. Ulrike Hein-Rusinek, Fachärztin für Innere Medizin, Betriebsmedizin sowie Notfallmedizin, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes bei den Sana Kliniken Düsseldorf GmbH, Gleichstellungsbeauftragte, Notärztin bei der Feuerwehr Düsseldorf, Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin bei der Ärztekammer Nordrhein, Mitglied der Arbeitsgruppe Frau & Gesundheit der Gesundheitskonferenz der Stadt Düsseldorf, Referentin im Ausbildungsgang Disability Manager. Lehrveranstaltungen zu Themen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Verheiratet, zwei Kinder im Alter von fünfzehn und neunzehn Jahren.

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung

Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB

Hans-Böckler-Straße 39

40476 Düsseldorf

Telefon (02 11) 77 78-198

Fax (02 11) 77 78-4-198

E-Mail: Lothar-Kamp@boeckler.de

Redaktion: Lothar Kamp, Leiter der Abteilung Mitbestimmungsförderung

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, August 2009

Vorwort

Was ist aktive, was passive Prävention im Betrieb?

Passiv war gestern – man überließ den Arbeitsschutz den Fachleuten, den dafür „Zuständigen“, man delegierte gerne die Verantwortung für Arbeitsschutz an andere und meinte damit, den gesetzlichen Vorgaben zu genügen.

Aktive Prävention für die Zukunft – **nicht Andere, sondern Alle**, Beschäftigte, Vorgesetzte und betriebsinterne Experten sowie externe Berater¹ engagieren sich. Gesundheitsvorsorge ist Aufgabe jedes Einzelnen und gleichzeitig gemeinsames Ziel: Von der Fürsorge zur gemeinsamen Vorsorge!

Diese Gesundheitsvorsorge entwickelt die Idee des klassischen Arbeitsschutzes weiter zur aktiven Gesundheitsförderung und Gesundheitsentwicklung am Arbeitsplatz. Nicht mehr nur arbeiten ohne Gesundheitsgefahr, sondern gesund arbeiten. Arbeit als gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Aktivität. Dieses Ziel kann nur gemeinsam erreicht werden. Aktive Prävention ist daher interaktive Prävention.

Wer kommuniziert mit wem bei der interaktiven Prävention?

Wir haben vier Akteursgruppen:

- (1) Beschäftigte,
- (2) Arbeitgeber,
- (3) Innerbetriebliche Interessenvertretung,
- (4) Betriebsarzt/Betriebsärztin.

Für alle ändern sich und erweitern sich aufgrund der *Wind-of-Change-Probleme* die Anforderungen:

(1) Beschäftigte machen Prävention und Qualifikation zur eigenen Sache und delegieren diese Aufgabe nicht länger. Sie betrachten ihren Körper nicht mehr wie ein Kapital, das irgendwann aufgebraucht ist – sie fügen „Kapital“ hinzu: Ressourcenverstärkung durch Gesundheitsbewusstsein und Bereitschaft zu lebenslangem Lernen.

(2) Der Arbeitgeber muss stützender und fördernder Teil in diesem Prozess sein, weil er weiß, dass ein Betrieb mit ungesunden Mitarbeitern selbst nicht gesund sein kann, das

1 Die Autorin dieses Buches weiß um den „Gender-Aspekt“ der Sprache. Welcher Leser, welche Leserin, welcher Betriebsrat, welche Betriebsrätin würde da etwas anderes erwarten als das große „I“ – ÄrztInnen, MitarbeiterInnen, PflegerInnen? Aber Leser und Leserinnen, Betriebsräte und Betriebsrätinnen werden zugeben, dass darunter bisweilen die Lesbarkeit leidet. Wenn im Folgenden von Personen und Funktionen die Rede ist, sind grundsätzlich Frauen und Männer gemeint. Das versichere ich. Übrigens: Ich bin Gleichstellungsbeauftragte mehrerer Betriebe!

heißt langfristig nicht wettbewerbsfähig sein wird. Er weiß, dass die Erfolge einer solchen Unternehmenskultur in Zeiten des demografischen Wandels sich vielleicht schon morgen, aber mit Sicherheit übermorgen einstellen werden.

(3) Der Betriebsrat erweitert sein Aufgabenfeld, indem er zu seinen klassischen Aufgaben der Mitbestimmung die Initiativpflicht zur Prävention hinzunimmt.

(4) Der Betriebsarzt ist nicht mehr nur ein „Onkel Doktor“ (oder eine „Tante Doktor“) für die Beschäftigten, Sicherheitsschuhe empfehlend und Daumen verbindend, die versehentlich vom Hammer getroffen wurden. Er „kuriert“ nicht im Nachhinein, er ist der Akteur auf dem erweiterten Feld der Prävention, der Kommunikation und der ganzheitlicher Sichtweise des Betriebes.

Was wird sich wandeln? Was kommt auf uns zu?

Wir kennen die „68er“. Aber wer sind die „67er“? Darunter sind die Menschen zu verstehen, also wir alle, die angesichts der gegenwärtigen Situation nicht mehr mit 55 in Frührente gehen werden, sondern mit 67 (oder darüber hinaus) in Spätrente.

Gesetzliche Anforderungen, insbesondere auf europäischer Ebene, müssen engagiert umgesetzt und mit Leben gefüllt statt nachbuchstabiert werden.

Psychische Belastungen der Beschäftigten nehmen zu durch wachsenden Leistungsdruck, eine als „Prekarität“ diskutierte zunehmende Verunsicherung durch oftmals drohende Arbeitslosigkeit und den Gesamtkomplex „Globalisierung“.

Die demografische Entwicklung und die „67er“ machen Planungen zu „alternsgerechten Arbeitsplätzen“ notwendig. Personalplanung und Personalentwicklung stehen vor völlig neuen Herausforderungen.

Unter den vier Teilakteuren wandelt und vergrößert sich das Betätigungsfeld des Betriebsarztes vielleicht am meisten – vom „Onkel Doktor“-Image zum Gesundheitsmanagement. Alle vier Teilakteure müssen ihren Betrieb mehr als bisher oder auch erstmals als ganzheitliches soziales Gebilde begreifen, alle ihre „kommunikative Kompetenz“ erhöhen, alle an der Gesundheitsdidaktik teilnehmen.

Wie soll das gehen? Ansätze und Lösungswege dazu aufzuzeigen, ist Aufgabe dieser Broschüre. Dichte Beschreibungen aus der Praxis für die Praxis sollen die betrieblichen und rechtlichen Möglichkeiten, die wir heute schon haben, aufzeigen, anstatt abstrakte Gesetze und Vorschriften nachzubuchstabieren.

Nicht die Menschen sind für die Vorschriften da, sondern Gesetze und Verordnungen des Arbeitsschutzes sollen den Beschäftigten menschenwürdiges und gesundes Arbeiten ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Einleitung – Wind of Change	7
2 Lebens-Arbeits-Balance	11
3 Rechtsgrundlagen und Rolle der innerbetrieblichen Interessen- vertretung und der Betriebsärztlichen Dienste	14
4 Prävention und ihre Instrumente	19
5 Prävention: Fallbeispiele und Handlungsfelder	31
5.1 Belastungen der Haut	31
5.1.1 Primäre Prävention – Ina will Krankenschwester werden	32
5.1.2 Sekundäre Prävention – Allergie in der Bäderabteilung	34
5.1.3 Tertiäre Prävention – Neurodermitis auf der Intensivstation	35
5.2 Psychische Belastungen	36
5.2.1 Primäre Prävention – Renovierung der Patientenmeldung	39
5.2.2 Sekundäre Prävention – Patientenübergriff in der Notaufnahme	44
5.2.3 Tertiäre Prävention – ein Fall von Mobbing?	48
5.3 Gefährdungen und Schutzmaßnahmen für schwangere Beschäftigte	52
5.4 Ältere Beschäftigte	58
5.4.1 Das Individuum, seine funktionale Kapazität und Gesundheit	60
5.4.2 Die Arbeitsumgebung und die Arbeitsbedingungen	63
5.4.3 Die Arbeitsorganisation, Führung und Personalentwicklung	64
5.4.4 Professionelle Kompetenz	66
6 Fazit, vorausweisend	67
7 Literatur	69
7.1 Links im Internet	71
Über die Hans-Böckler-Stiftung	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesamtsystem rechtlicher Grundlagen des Arbeitsschutzes	14
Abbildung 2: Prävention – was ist darunter zu verstehen?	20
Abbildung 3: Veränderungen des AU-Volumens 2004 in Relation zu 1997 nach Diagnosegruppen.....	37
Abbildung 4: Schutzmaßnahmen.....	43
Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbspersonen nach Altersgruppen bis 2020	58
Abbildung 6: Modell der Förderung der Arbeitsfähigkeit – vier Handlungsfelder der Prävention	60
Abbildung 7: Arbeitsfähigkeit und ihre Beeinflussbarkeit nach Ilmarinen, modifiziert von Richenhagen.....	63

1 Einleitung – Wind of Change

Wind of Change – war der große Song der Scorpions zur Zeit der großen politischen Veränderungen Ende der 1980er Jahre. Die „Stürme der Veränderung“ haben unser gesamtes gesellschaftliches Leben erreicht. Im Zeichen der Globalisierung bleibt kaum ein Bereich ausgenommen – auch das Leben in den Betrieben nicht. Beschäftigte und Arbeitgeber in den Betrieben müssen sich diesen Veränderungen gemeinsam stellen.

Den bisherigen Lauf der Dinge war man gewohnt. Man hatte sich eingerichtet. Doch was wird die Zukunft bringen? Veränderungsprozesse erzeugen bei den Betroffenen oft Sorgen und Ängste. *Winds of Change* sind turbulent, stürmisch und manchmal frostig.

Daher ist es wichtig, Veränderungs- und Verbesserungsbereiche zu bestimmen und dabei persönliche Perspektiven sichtbar zu machen. Veränderungsprozesse können beherrscht werden, innerbetriebliche Akteure wie Betriebsräte und Betriebsärzte diese Prozesse voranbringen – und sie steuern. Mit klarer Ausrichtung steuern!

Wie in einem gemeinsamen Boot lernen wir unsere eigenen Stärken und die der Anderen besser kennen, um das gemeinsame solidarische Ziel zu erreichen: Wettbewerbsfähigkeit von Betrieb und Beschäftigten – und damit das gemeinsame Wohlergehen.

Aber wissen wir genug voneinander? Die betrieblichen Interessenvertretungen sind oftmals zu wenig über Rolle und Aufgaben informiert, die der Gesetzgeber den Betriebsärzten und Arbeitsmedizinern im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz seit langem schon zuordnet. Betriebsärzte und Betriebsärztinnen ihrerseits sind oftmals zu wenig damit vertraut, welche Rechte die Betriebsrat hat und welche Aufgaben von ihm wahrgenommen werden müssen. Dieses gegenseitige Nicht-Wissen führte bisher zu Reibungsverlusten in wenig effizienten Prozessen. Die Beschäftigten sind die Leidtragenden. Dabei geben Arbeitssicherheits-, Arbeitsschutz-, Betriebsverfassungsgesetz sowie Bundespersonalvertretungsgesetz mit ihren einzelnen Verordnungen schon seit den frühen 1970er Jahren den rechtlichen Rahmen für die Aufgaben von Betriebsräten und Betriebsärzten recht präzise vor. Betriebsräte und Betriebsärzte besitzen damit eine Grundlage für gemeinsames Handeln und für optimale Kooperation im Betrieb.

In Zeiten sich ändernder Arbeitsbedingungen und zunehmend verdichteter Arbeit bei gleichzeitiger Verlängerung der Lebensarbeitszeit stehen Beschäftigte und Betriebe vor völlig neuen Anforderungen. Erstes Ziel ist die Verbesserung von Kommunikation und Kooperation.

Everything Changes: Beschäftigte können nicht mehr schauen, wie sie sich durch Frühverrentung und andere allzu lang praktizierte Maßnahmen möglichst rasch dem Arbeitsprozess entziehen. Ihr Ziel muss es sein, länger und mit möglichst guter Lebens- und Arbeitsbalance standzuhalten und dabei gesund zu bleiben, um ein erfülltes, sinnvolles

Leben führen zu können. Und die Unternehmensleitung? In Zeiten des demografischen Wandels muss auch sie alles daran setzen, die Arbeits- und Entwicklungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern.

Change Your Mind: Veränderte Bedingungen erfordern Verhaltensänderungen! Das Rad braucht dafür aber nicht neu erfunden zu werden: Gesetze liegen schon lange vor, Maßnahmenzenarien sind lange entworfen. Vielleicht waren sie der Zeit voraus und sind deshalb nicht entsprechend wahrgenommen worden. Vielleicht erschienen sie Vielen einfach als noch nicht nötig. Holen wir die Gesetze und Maßnahmenzenarien aus den Schubladen heraus, verbessern wir die Instrumente zur Gesunderhaltung unserer Beschäftigten und unserer Betriebe!

Vorgehen

Diese Broschüre stellt die für die Praxis wichtigen gesetzlichen Regelungen für eine gemeinsame Arbeit vor. Die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ werden erläutert und als Grundlage verwandt. Unser Vorgehen: Gesetze und Definitionen durch Fallbeispiele aus der Praxis mit Leben zu füllen. Den Lesern werden solche Instrumente und Maßnahmen aus der betrieblichen Praxis vorgestellt, die heute schon den Weg zu optimaler Prävention und Gesundheitsförderung weisen. Beiden Akteuren, Betriebsrat und Betriebsarzt, werden exemplarisch die Möglichkeiten und Chancen von Kooperation vorgestellt. Gemeinsames Ziel: Wohlergehen und Gesundheit der Beschäftigten, gute Produktivität und Qualität des Unternehmens, bessere Unternehmenskultur. Zur Unternehmenskultur gehören Betriebsklima und Arbeitsbedingungen. Voraussetzung dafür sind gegenseitiger Respekt und Wertschätzung sowie gemeinsame Wertvorstellungen und Zielorientierungen.

Werden die Zugangsweisen und Beteiligungsmöglichkeiten von Betriebsarzt und Betriebsrat kombiniert, können wir Folgendes gemeinsam erreichen:

- Die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben bestimmen und gegenseitig anerkennen,
- gemeinsames vertrauensvolles Verständnis für die Aufgaben entwickeln,
- das Handeln im Betrieb zielgerichtet abstimmen und optimieren, um betriebsinterne Prozesse effizient steuern zu können.

Damit lässt sich unser gemeinsames Ziel erreichen, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bei verlängerten Lebensarbeitszeiten zu bewahren und zu fördern.

Betriebsrat und Betriebsarzt haben unterschiedliche Aufgaben in einem Unternehmen:

- Der Betriebsrat ist die gewählte betriebliche Interessenvertretung der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechten sowie -pflichten nach dem Betriebsverfassungsgesetz.
- Der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin ist laut Arbeitssicherheitsgesetz (§ 3 ASiG) im Unternehmen beratend für die Beschäftigten, den Betriebsrat und den Arbeitgeber tätig.

Der **Betriebsrat** wird von den Beschäftigten des jeweiligen Betriebes gewählt. Er vertritt deren gemeinsame und individuelle Interessen gegenüber dem Arbeitgeber. Zwar ist der Arbeitgeber verantwortlich für den Arbeitsschutz, dennoch werden den Betriebsräten starke Mitwirkungs- und Mitbestimmungs- und Kontrollrechte bei der Gestaltung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes eingeräumt. Arbeitgeber und Betriebsrat sind zur Zusammenarbeit verpflichtet. Der Betriebsrat kann verbindliche betriebliche Vereinbarungen initiieren und abschließen. Er wirkt in den betrieblichen Ausschüssen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz mit und hat die Einhaltung der geltenden Gesetze und Bestimmungen zum Arbeitsschutz zu überwachen. Er besitzt damit nicht nur ein Initiativrecht, sondern auch eine Initiativpflicht sowie eine Kontrollfunktion.

Stärker als auf die gesamte Struktur blickt der **Betriebsarzt** traditionell als Arzt eher auf den einzelnen Beschäftigten, auf den Menschen, den er fordern und fördern kann. Zu den Beratungsleistungen des Betriebsarztes oder der Betriebsärztin zählen: Informationen über Gefährdungen am Arbeitsplatz, ärztliche Untersuchung, Diagnose und Rat zur Erhaltung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Die Beratung zielt auf die individuelle Gesunderhaltung jedes einzelnen Beschäftigten. Darüber hinaus soll der Betriebsarzt die Arbeitsbedingungen analysieren und dabei auf gesundheitserhaltende Aspekte oder mögliche Gefährdungen hinweisen. Seine Kompetenzen und seine Erfahrungen bringt er in Gesundheitsförderung und Prävention des Betriebes ein. Der Betriebsarzt berät Arbeitgeber und Betriebsrat. Sein Ziel: Mit den Beschäftigten und für sie einen gesunderhaltenden Betrieb mit gesundheitsfördernden Arbeitsplätzen zu schaffen. Der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin können mit ihren sozialen und medizinischen Kompetenzen und Erfahrungen zwischen beiden Seiten vermitteln, zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern und deren Interessenvertretung. Sie können Impulsgeber für ganzheitliche Prävention im Betrieb sein.

Ganzheitliche Prävention heißt: Auf die einzelnen Betriebsangehörigen zu blicken, auf das soziale Geflecht, das sie untereinander bilden, auf den gesamten Betrieb als soziales Gebilde und auf die kommenden Herausforderungen für diesen Betrieb.

Die Beschäftigten müssen von beiden Akteursgruppen, Betriebsärzten und Betriebsräten, aus ihren unterschiedlichen, aber gleichwohl verwandten Blickwinkeln als Subjekte mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten, Eigenschaften und Problemen wahrgenommen werden. Die Beschäftigten dürfen nicht als bloße Objekte betrachtet werden. Gelingt es

uns, dieses Ziel zu vermitteln, können die Beschäftigten zu eigenem aktiven Handeln und zur Beteiligung angeregt und befähigt werden.

Dazu dient dieser Handlungsleitfaden. Er bietet auf den einschlägigen rechtlichen Regelungen aufgebaute Informationen in verständlicher Form. Er will nicht abstrakte Vorschriften präsentieren, sondern sie an individuellen Beispielen aus der Praxis illustrieren. Dadurch ist der Leitfaden zugleich ein Service für den einzelnen Beschäftigten und darüber hinaus für dessen betriebliche Interessenvertretung sowie für Betriebs- und Arbeitsmediziner. Die engere Kooperation und Verzahnung der betrieblichen Interessenvertretungen mit den betriebsärztlichen Diensten erschließt bislang zu wenig genutzte Potenziale zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und zur Prävention im Betrieb. So können Betriebe fit gemacht werden für den *Wind of Change!*

2 Lebens-Arbeits-Balance

Situation in den Betrieben und Anforderungen der Zukunft

In den letzten Jahren haben sich die Belastungen der Beschäftigten merklich erhöht.

Alle Beschäftigten spüren das, wie einschlägige Untersuchungen zeigen.

Arbeitsschutz und technische Ergonomie haben zwar in der Vergangenheit viel geleistet. In einem Stahlwerk oder in der Automobilproduktion konnten die *körperlichen* Belastungen in den letzten Jahrzehnten reduziert werden. Überproportional angestiegen sind dagegen die *psychischen* Belastungen.

Während in den Betrieben Belastungen wie Lärm oder ungünstige klimatische Bedingungen in der Tendenz zurückgegangen sind, klagt inzwischen jeder Zweite über zu hohen Zeitdruck und Arbeitsverdichtung.

Insgesamt sind die Krankheitstage weiter gesunken, doch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen entwickeln sich gegen den Trend. Im Jahre 2004 verursachten sie fast ein Drittel aller Frührentenzugänge. Psychische Erkrankungen als Ursache für eine Verrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit stehen damit an erster Stelle – und gleichzeitig wird das Rentenzugangsalter auf 67 Jahre erhöht. Das ist die große Herausforderung an uns alle.

Daher ist ein Prozess des Umlernens notwendig. Galt ein Arzt, der jemanden „krank schreibt“ oder gar – wie es im Jargon lange hieß – „kaputt schreibt“ vor Jahren noch als akzeptabler Ansprechpartner, so werden in Zeiten verschlechterter Frühberentungsbedingungen andere, neue Erwartungen geweckt. Gutachten von Betriebsärzten, die Arbeitsbeschränkungen wie „kann nicht schwer heben“ oder „ist nicht nachtdiensttauglich“ attestieren, können den Weg in eine krankheitsbedingte Kündigung ebnen. Das läuft auf eine ungewisse Zukunft für den Beschäftigten hinaus. Lange war es anders. Teils wurden Krankheiten und Behinderungen in unserer Gesellschaft jahrzehntelang wie Punkte angesammelt, weil damit Vorteile wie Steuerbegünstigungen oder das frühe Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ohne große Einschränkungen erlangt werden konnten. Leiden, so wissen wir jetzt, bildet kein Punktekonto. Wir müssen umlernen, und dieses Umlernen kann ein schmerzhafter Prozess sein.

Wir alle müssen also umdenken: Der Weg für uns Ärztinnen und Ärzte führt von der Pathogenese zur Salutogenese. Zu deutsch: *All zu lange haben wir uns nur damit auseinandergesetzt, wie Krankheit – pathos – entsteht und zu behandeln ist. Nun richten wir endlich unseren Blick auch darauf, wie Gesundheit – salus – entsteht und wie sie erhalten werden kann.* Auch das ist Teil der geforderten ganzheitlichen Sicht.

Eigentlich ist es trivial, aber das Triviale ist oftmals richtig: Bevor jemand sich Gedanken darüber macht, wie er sein Haus löschen wird, sollte er darüber nachdenken, was er tun kann, damit es nicht erst brennt. Das ist sogar allein zu schaffen, ohne die Ausrüstung einer Feuerwehr. Häufig ist Vorsorge – Prävention – einfacher, unter Umständen kommt sie auch billiger. Das hoffen wir ja alle. Das Punktekonto wird von „minus“ auf „plus“ umgestellt. Der ganzheitlich funktionierende Betrieb ist der Zins. Aber soweit sind wir noch nicht.

Blicken wir nun auf unsere Betriebe. Jahrzehntlang wurden Beschäftigte frühzeitig aussortiert und mit „goldenem Handschlag“ verabschiedet. Nun gerät unsere gesamte Gesellschaft an die Grenzen von Finanzen und Ressourcen. Geld fehlt, und es fehlen die nachrückenden Fachkräfte.

Heben wir es noch einmal hervor: Der **Betriebsarzt** soll nicht „kaputt schreiben“, sondern Gesundheit und damit Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern. Der **Betriebsrat** soll nicht allein für Lohnsteigerungen und am Ende für Sozialpläne kämpfen, sondern die Qualität der Arbeitsbedingungen als ureigenste Aufgabe begreifen. Der **Beschäftigte** muss sein Arbeitsleben aktiver und nachhaltiger gestalten. Körperliche und mentale Fitness sowie lebenslanges Lernen gehören dazu. Der **Arbeitgeber** muss sich daran gewöhnen, seine Beschäftigten als sein Hauptkapital wertzuschätzen. Personalplanung und Entwicklung erhalten bei alternden Belegschaften einen ganz neuen Stellenwert.

Der Handlungsbedarf ist groß. Alle betrieblichen Akteure sind gefordert, zielgerichtet und nachhaltig und mehr als bisher die physischen und eben auch die psychischen Gefährdungen am Arbeitsplatz zu verringern. Die Prävention von Gesundheitsstörungen erhält ein völlig neues Gewicht.

Die Herausforderungen sind groß und erfordern eine andere Orientierung, denn die Gefährdungen sind vielschichtiger geworden und nicht mehr so offensichtlich wie Hitze und Lärm. Zusätzlich werden die Beschäftigtengruppen heterogener. Ein 65-Jähriger verfügt über andere Ressourcen als ein 25-Jähriger, eine junge alleinerziehende Mutter benötigt andere Umfeldbedingungen als eine 50-jährige Single.

Die Beschäftigten selbst sind aufgerufen, mit den Belastungen und Anforderungen am Arbeitsplatz, schließlich mit ihrer Gesundheit sensibler umzugehen. Wenn erforderlich, müssen sie Hilfe und Unterstützung selbst organisieren – oder auch sich selbst Grenzen setzen. Arbeitsbelastungen erhalten einen anderen Stellenwert, wenn man weiß, dass bis 67 oder gar länger „durchzuhalten“ ist. Wir müssen lernen, unsere Kräfte und Reserven besser zu entwickeln und mit ihnen gut zu haushalten. Um bis 67 im Betrieb zu arbeiten, müssen wir an uns und an unserem Betrieb arbeiten. Nicht „durchhalten“ – sondern gestalten!

Alles andere untergräbt die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit und damit all das, was Existenz und Freude an Leben und Beruf sichern kann.

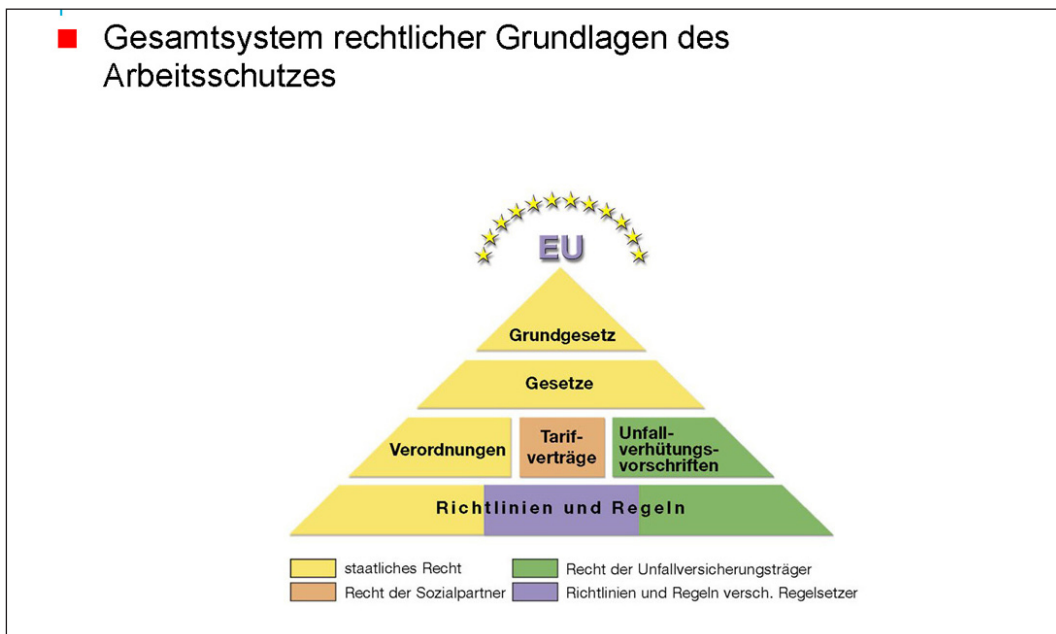
Um konstruktiv und effektiv vorzugehen, ist es notwendig, die Arbeitsbedingungen und die -anforderungen sowie Potenzial und Ressourcen der Beschäftigten immer wieder miteinander in Balance zu bringen. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Beschäftigten, Betriebsrat und Betriebsarzt notwendig. Um die Herausforderungen der heutigen und der künftigen Arbeitswelt zu bewältigen, muss man die Komplexität der Gesundheitsrisiken verstehen lernen. Nur so können wir die Gesundheit der Beschäftigten erhalten, Krankheiten vermeiden und etwa Depressionen schneller erkennen, die darunter Leidenden behandeln sowie frühzeitig und erfolgreich wieder eingliedern. Dafür ist es heute notwendig, Kompetenzen zu bündeln und die betrieblichen Experten in einen dauerhaften Dialog miteinander zu bringen. Auch das ist ganzheitliche Betrachtung.

Im Folgenden sollen die Bedeutung des Betriebsrats und der Betriebsärzte als Akteursgruppen und Ansprechpartner für Prävention und Rehabilitation gezeigt werden. Ihre potenzielle Rolle an aktuellen Beispielen wird in der betrieblichen Praxis dargestellt.

3 Rechtsgrundlagen und Rolle der innerbetrieblichen Interessenvertretung und der Betriebsärztlichen Dienste

Alle haben ein Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, so formuliert es der Artikel 2 unseres Grundgesetzes. Dieses Grundrecht gilt natürlich auch am Arbeitsplatz. Daher hat der Gesetzgeber Arbeitsschutzvorschriften zu erlassen. Ausgestaltet werden sie durch den Bund und die Länder, die Unfallversicherungsträger sowie die Tarifpartner, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Sie sind die Unfallversicherungsträger und formulieren Vorschriften, die in den Regeln und Grundsätzen für den Arbeitsalltag erläutert werden. Moderne Arbeitsschutzgesetze bilden einen Rahmen, der durch Tarifverträge gestaltet werden **kann** und in den Betrieben konkret gefüllt werden **muss**.

Abbildung 1: Gesamtsystem rechtlicher Grundlagen des Arbeitsschutzes



Beschränkte sich der Arbeitsschutz einst auf die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten am Arbeitsplatz, so hat die Europäische Gesetzgebung seit der **Ottawa-Charta der WHO von 1986** und der **Luxemburger Deklaration von 1997** ein weiterreichendes Ziel gesteckt: Nicht mehr sollen Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nur erhalten, nicht mehr soll arbeitsbedingten Erkrankungen nur vorgebeugt werden – Gesundheit ist am Arbeitsplatz auch aktiv zu fördern.

Erkrankungen sollen nicht mehr nur kuriert werden, wenn sie einmal eingetreten sind, man möchte den Menschen auch Mittel in die Hand geben, womöglich krankmachenden Bedingungen von vornherein entgegenzutreten. Die Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta zielt dabei auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an

Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll. Man könnte von *Gesundheitsdidaktik* sprechen.

Globalisierungseffekte, Arbeitslosigkeit, Anstieg prekärer Beschäftigungsverhältnisse, demografischer Wandel und zunehmende Informationstechnologien, Kundenorientierung und Qualitätsmanagementstrukturen sind Kennzeichen der Arbeitswelt im 21. Jahrhundert. Die Luxemburger Deklaration der Europäischen Gemeinschaft zieht daraus Schlüsse für die Gesundheitsförderung in den Betrieben:

Betriebliche Gesundheitsförderung soll zu „**gesunden Mitarbeitern in gesunden Unternehmen**“ führen.

Zu den Maßnahmen einer so verstandenen erweiterten und damit ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderung gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor.
- Eine Unternehmenskultur mit entsprechenden Führungsgrundsätzen, worin die Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen.
- Eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten zwischen Arbeitsanforderungen und eigenen Fähigkeiten ein ausgewogenes Verhältnis bietet, zwischen Einflussmöglichkeiten auf die Arbeit und sozialer Unterstützung.
- Eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt.
- Ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Voraussetzung für den Erfolg von BGF (Betrieblicher Gesundheitsförderung) ist die Beteiligung der gesamten Belegschaft (**Partizipation**) an systematisch geplanten und kontrollierten Programmen (**Projektmanagement**). Diese Programme müssen den gesundheitsförderlichen Gedanken bei allen Unternehmensentscheidungen berücksichtigen (**Integration**) und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen umfassen. Auf den Punkt gebracht: Risikoreduktion bei gleichzeitiger Förderung von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (**Ganzheitlichkeit**).

Auf nationaler Ebene regeln Gesetze und daraus abgeleitete Verordnungen die grundlegenden Anforderungen:

- Das **Arbeitsschutzgesetz** definiert die Pflichten des Arbeitgebers und die Pflichten und Rechte der Arbeitnehmer sowie ihrer Interessenvertretung.
- Das **Arbeitssicherheitsgesetz** regelt den Einsatz und die Aufgaben von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sowie von Fachkräften für Arbeitssicherheit.
- Das **Arbeitszeitgesetz** regelt Arbeits-, Pausen- und Erholungszeiten zum Schutz der Gesundheit und zur Flexibilisierung der Arbeitszeit.
- Das **Mutterschutzgesetz** soll die Gesundheit der werdenden und stillenden Mutter und ihres Kindes schützen.

- Das **Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz** soll Diskriminierungen aufgrund von Rasse, Geschlecht, Religion, Alter etc. auch am Arbeitsplatz verhindern.
- Im **Sozialgesetzbuch** werden Rechte auf soziale Sicherheit und Gerechtigkeit formuliert. Dazu zählen die Beteiligung der Krankenkassen an Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention (§20 SGB V), die Pflicht der Kooperation mit den Unfallversicherungen und deren Engagement zur Vorbeugung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren (§1 und §14 SGB VII) sowie die Pflicht der Arbeitgeber und der Interessenvertretung zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement von länger erkrankten Beschäftigten (§84 SGB IX).

Ausformulierungen zum Arbeitsschutz finden sich in zahlreichen Verordnungen, so zum Beispiel:

- **Arbeitsstättenverordnung,**
- **Bildschirmarbeitsplatzverordnung,**
- **Gefahrstoffverordnung,**
- **Biostoffverordnung,**
- **Röntgen- und Strahlenschutzverordnung,**
- **Arbeitsmedizinische Vorsorge-Verordnung.**

Die letztgenannte **Arbeitsmedizinische Vorsorge-Verordnung** ist sehr aktuell, sie ist am 24.12.2008 in Kraft getreten und regelt die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Sie definiert Pflichten von Arbeitgebern und Ärzten sowie die Rechte von Beschäftigten und erläutert die Anlässe für derartige Vorsorgeuntersuchungen. Diese Verordnung bündelt die bisherigen Regelungen der Berufsgenossenschaften wie etwa die Unfallverhütungsvorschriften, die BGV A4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ in der Form einer staatlichen Rechtsvorschrift. Sie soll also die Regelwerke vereinheitlichen und vereinfachen.

Die **Pflichten und Rechte der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte** sind bereits 1973 im Arbeitssicherheitsgesetz (Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit ASiG) beschrieben worden:

- Aufgabe der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist die Beratung über betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung. Sie haben dabei in der Regel als angestellte Ärzte eine Stabsstellenfunktion. Sie folgen bei der Anwendung ihrer ärztlichen Fachkunde keinen „Weisungen von oben“, sie sind allein ihrem ärztlichen Gewissen verpflichtet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Im Betrieb selbst haben sie keine Weisungsbefugnis, sondern nur eine Beratungsbefugnis.
- Die betriebsärztlichen Aufgaben sind genau definiert (§3 ASiG). Dazu gehören neben den Beurteilungen der Arbeitsstätten und Arbeitsbedingungen auch die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, Begehungen und Beratungen bei Wiedereingliederungen.

- Der Arbeitgeber muss den Betriebsarzt/die Betriebsärztin unterstützen. Er hat die notwendigen Gegebenheiten und Informationen zur Verfügung zu stellen (§2 ASiG).
- Betriebsärzte und Betriebsärztinnen haben ein Recht und eine Pflicht zur fachlichen diese Fortbildung (§2 ASiG), hat der Arbeitgeber zu ermöglichen und die Kosten dafür zu tragen.
- Betriebsärzte sind keine Hausärzte. Es gehört auch nicht zu ihren Aufgaben, „Krankmeldungen der Arbeitnehmer auf ihre Berechtigung zu überprüfen“ (§3 Abs. 3 ASiG).
- Nur Personen mit der erforderlichen arbeitsmedizinischen Fachkunde dürfen vom Arbeitgeber als Betriebsarzt bestellt werden (§4 ASiG).
- Betriebsärzte und Betriebsärztinnen sind zur Zusammenarbeit mit den Betriebsräten verpflichtet (§9 ASiG).

Diese Aufzählung zeigt es schon deutlich: Soll der Arbeitsschutz kein „zahnloser Tiger“ sein, braucht der Betrieb neben engagierten Betriebsärzten ebenso überzeugte wie durchsetzungsstarke Betriebsräte.

Der Arzt und die Ärztin sind weisungsfrei und nur der „ärztlichen Kunst“ verpflichtet, sie kennen die Gegebenheiten im Betrieb und die Untersuchungsbefunde bei den einzelnen Beschäftigten, schließlich die Symptomlage ganzer Abteilungen. Aber was nützt das alles ohne die Macht der Umsetzung?

Diese Macht kann vom **Betriebsrat** kommen. Durch das Arbeitsschutzgesetz hat die betriebliche Interessenvertretung sehr gute Möglichkeiten, die im Betriebsverfassungsgesetz vorgesehenen Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte zu nutzen. Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen mit dem Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit aller zu erhalten, ist eine zentrale Aufgabe. Der Betriebsrat hat hier nicht nur ein **Initiativ-Recht**, sondern auch eine **Initiativ-Pflicht**. Er hat eine Schutzfunktion gegenüber den Beschäftigten und ist somit verpflichtet, die Einhaltung und Umsetzung von Gesetzen und Vorschriften zu überwachen.

Rechte und Pflichten des Betriebsrates:

- Er hat das Recht, Unfallanzeigen ausgehändigt zu bekommen (BetrVG § 89 (5,6)).
- Er nimmt am Arbeitsschutzausschuss teil (BetrVG § 89 (4), ASiG § 11).
- Er hat die Pflicht, Behörden und Berufsgenossenschaften zu unterstützen (BetrVG § 89 (1)) und mit Betriebsärzten und Arbeitssicherheit zusammenzuarbeiten (ASiG §9 (1)).
- Er kann Betriebsvereinbarungen über Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung abschließen (BetrVG § 88).
- Der Betriebsrat besitzt Mitbestimmungsrechte bei Regelungen der Unfallverhütung, Arbeitszeiten, Arbeitsbedingungen, Durchführung betrieblicher Bildung und Betriebsänderungen (BetrVG §87, §97, § 91, §98, §99, §111/112).

Zum Glück gibt es zu allen rechtlichen Einzelheiten immer viele „Links“, die interessierten Leser und PC-Nutzer können auf Internet-Seiten wie bundesrecht.juris.de, ergo-online.de, auf den Seiten des Deutschen Gewerkschaftsbundes und anderen alle nötigen Informationen erhalten.

Wichtig bei allem Dargestellten ist es, die Gesetze und Vorschriften einerseits zu **kennen** und dabei die eigenen Rechte und Pflichten zu **erkennen**, somit Handlungsfelder von Gesundheitsprävention im Betrieb innovativ abzustecken und sie mit geeigneten Kooperationspartnern kreativ zu bestellen. Gesetze bilden den Rahmen, der individuell im Betrieb mit Bildern zu füllen ist. Bevor wir uns solchen einzelnen Bildern zuwenden, den Fallbeispielen und Geschichten, benötigen wir noch das Handwerkszeug, sozusagen Palette und Pinsel, um Bilder malen zu können.

Wenden wir uns also den Instrumenten der Prävention zu.

4 Prävention und ihre Instrumente

Die im vorigen Kapitel beschriebenen Gesetze bilden die rechtliche Grundlage dafür, die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schützen und zu fördern. Es ist nun Aufgabe jedes einzelnen Unternehmens, diesen gesetzlichen Rahmen zu füllen und in das betriebliche Leben zu integrieren. Die Lösungen können je nach Betrieb sehr unterschiedlich sein und müssen individuell zugeschnitten werden. Ein Kleinbetrieb wird andere Wege gehen müssen als ein Großunternehmen. Entscheidend ist das Engagement des Arbeitgebers und aller anderen Akteure im Betrieb: Vorgesetzte, Betriebsrat, Beschäftigte, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche kreative Kooperation und damit für eine verantwortungsvolle innovative Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sind zunächst eine Kultur des Vertrauens und schließlich ein gemeinsames ganzheitliches Präventionskonzept. Folgende Zielsetzungen sollten dabei beachtet werden:

I. Primärprävention – Vorbeugung

1. Gesundheitsgefährdende Belastungen zu erkennen, zu beseitigen bzw. zu mindern.
2. Beschwerden, Erkrankungen vorzubeugen und damit Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

II. Sekundärprävention – Früherkennung

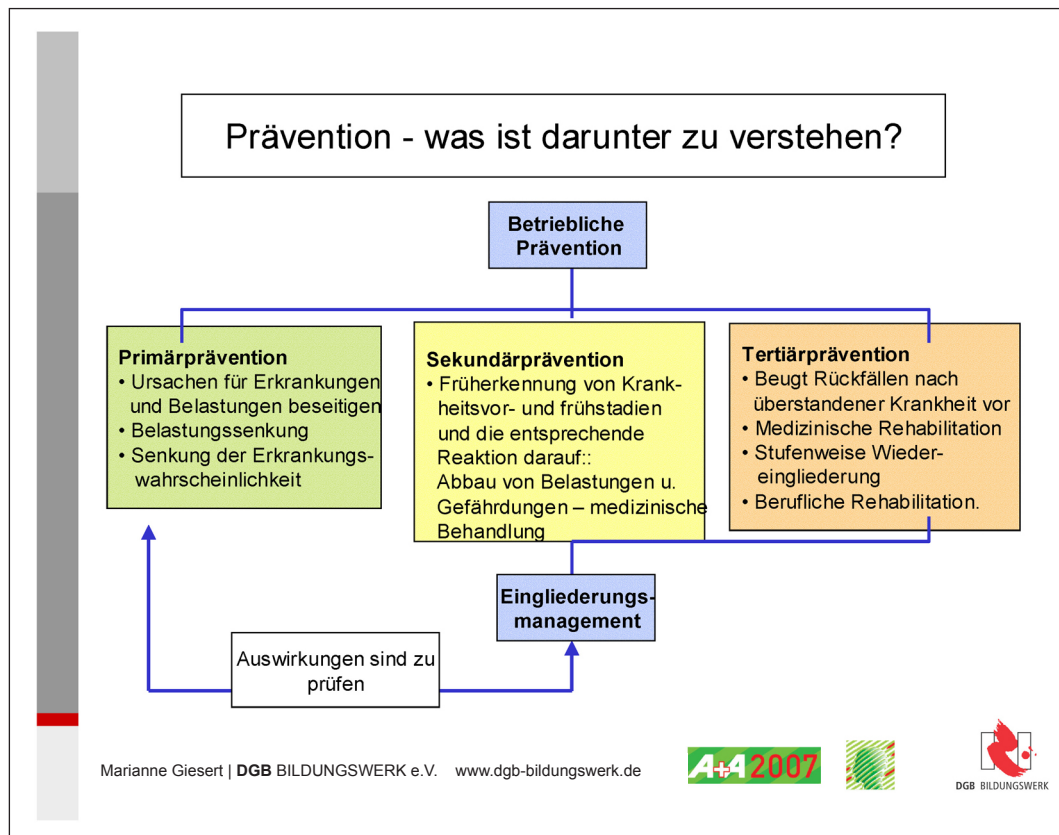
1. Krankheitsvor- und Frühstadien am Arbeitsplatz erkennen und analysieren. Krankmachende Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz gezielt abbauen.
2. Störungen frühzeitig arbeitsmedizinisch diagnostizieren und behandeln.
3. Gemeinsame Entwicklung von Screening-Instrumenten und Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Minimierung erkannter Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz.

III. Tertiärprävention – Umgang mit Kranken auf dem Weg zur Gesundheit

1. Ist der Arbeitsplatz gesundheitsgerecht für den Einsatz nach der Krankheit gestaltet? Dokumentation und Analyse der Gefährdungsbeurteilung.
2. Maßnahmen, um die Krankheit nachhaltig zu überwinden und Rückfällen vorzubeugen. Instrumente dafür sind die Medizinische Rehabilitation, die stufenweise Wiedereingliederung oder die Berufliche Rehabilitation.
3. Gemeinsame Entwicklung und Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Maßnahmen der primären Prävention sind sicher am effizientesten und wirksamsten. Schäden vorzubeugen, bevor sie überhaupt eintreten, ist essentiell und kann unnötige Kosten vermeiden. Vorbeugender Brandschutz ist immer besser als ein Großeinsatz der Feuerwehr! Nur benötigt man dafür Engagement und vorausschauendes Handeln. Aber warum soll man aktiv werden, bevor überhaupt etwas passiert ist? Die Freude und Bereitschaft zur primären Prävention ist vielen Menschen angesichts einer häufig ohnehin schon erlebten Überlastung schwer vermittelbar. Früherkennung und Rehabilitation bereits diagnostizierbarer Krankheiten wird eher als Gemeinschaftsaufgabe akzeptiert. Wir denken viel leichter von der Krankheit aus – eben pathogenetisch – und weniger salutogenetisch: Statt zu fragen, was uns krank gemacht hat und wie man die Krankheit behandelt, sollten wir mehr danach fragen, was uns gesund erhält. Und dies in der Hoffnung, dass, wenn diese Fragestellung mehr ins Bewusstsein rückt, eben weniger Krankheiten entstehen, also vermieden werden können. Klingt das nicht plausibel und eigentlich einfach?

Abbildung 2: Prävention – was ist darunter zu verstehen?



Welche Instrumente gibt es nun, wenn man sich der Prävention auf den verschiedenen Ebenen zuwenden will? Zunächst: Sie alle gibt es schon lange, es gilt nun, sie in einem ganzheitlichen Präventionskonzept einzusetzen.

Gefährdungsbeurteilungen

„Gefährdungsbeurteilung“ ist auf den ersten Blick ein recht sperriger Begriff.

Was ist darunter zu verstehen?

Nach dem Arbeitsschutzgesetz hat der Arbeitgeber die Gefährdungen zu ermitteln, die für seine Beschäftigten mit der Arbeit verbunden sind. Ziel der Beurteilung ist es, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, die Gefährdungen zu beseitigen oder besser noch – erst gar nicht entstehen zu lassen.

Welche Gefahren können nun am Arbeitsplatz lauern?

Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin listet auf:

- Mängel bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes, dazu gehören die Arbeitsstätte, die Arbeitsmittel wie Maschinen oder Werkzeuge, aber auch die Materialien, mit denen man arbeitet oder die man herstellt.
- Physikalische, chemische, biologische und psychische Einwirkungen.
- Mängel der persönlichen Schutzausrüstung oder unzureichende Schulung im Umgang damit.
- Mängel der Arbeitsorganisation und Arbeitsabläufe.
- Unzureichende Qualifikation und Befähigung des Beschäftigten.²

Die Arbeitsstätte und die Arbeitsmittel, darunter auch die vorhandene persönliche Schutzausrüstung, lassen sich noch recht schnell analysieren und bewerten. Auch physikalische und chemische Einwirkungen sind noch recht offensichtlich. Es existieren MAK-Werte (Maximale Arbeitsplatzkonzentration) und Sicherheitsdatenblätter.

Schon bei biologischen Belastungen wie Infektionsgefahren im Gesundheitsdienst sind unsere Sinnesfunktionen aber überlastet, man kann diese Gefahren nicht direkt wahrnehmen. Vollends unübersichtlich wird das Gefahrenszenario der psychischen Belastungen, der Arbeitsorganisation und der individuellen Kompetenz der Beschäftigten.

Hier ist nicht nur ein Arbeitsplatzparameter zu beurteilen, sondern auch die Interaktion mit dem jeweiligen Beschäftigten und seinem betrieblichen Umfeld. Welch komplexer Vorgang! Wie soll das alles geleistet werden?³

- Basis für die Gefährdungsbeurteilung ist ein weit gefasster Gesundheitsbegriff – Wohlbefinden am Arbeitsplatz.
- Alle betrieblichen und arbeitsbedingten Einflüsse müssen umfassend berücksichtigt werden.

2 <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Gefahrungsbeurteilung/Gefahrungsbeurteilung.html>.

3 Hans Böckler-Stiftung 2006; Eggerdinger, Christa/Giesert, Marianne 2007.

- Gefährdungsbeurteilungen müssen frühzeitig erfolgen, schon bei der Planung neuer Arbeitsplätze oder neuer Strukturen.
- Sie müssen kontinuierlich und systematisch einsetzen.
- Die Dokumentation muss auf das Präventionsziel gerichtet sein.
- Eine Wirksamkeitskontrolle muss kontinuierlich erfolgen.
- Risikogruppen müssen beachtet werden, wie Erkrankte, Leistungsgewandelte und Ältere. Gesundheitsförderungsprogramme müssen aus den Gefährdungsbeurteilungen abgeleitet werden.
- Jeder einzelne Beschäftigte muss daran aktiv beteiligt werden.
- Das alles ist nur mit einer geeigneten Organisationsstruktur zu erreichen.

Es ist jedem klar, dass der Arbeitgeber schon in Kleinbetrieben mit dieser Aufgabe überfordert wäre, bliebe er auf sich gestellt. Hilfen bieten ihm seine Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger. Er muss sich von Fachleuten beraten lassen, eben den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften. Diese können Impulsgeber und Motor des Verfahrens sein. Die Aufgabe der Durchführung und Dokumentation kann der Arbeitgeber delegieren, zum Beispiel an die unmittelbaren Vorgesetzten. Nur die Beteiligung aller Beschäftigten als „Experten vor Ort“ sichert aber die Nachhaltigkeit dieser komplexen Arbeitsschutzaufgabe.

Der Betriebsrat kann im Rahmen der Mitbestimmung sein Initiativ- und Kontrollrecht nutzen, um das Verfahren in Gang zu halten oder anzustoßen, falls es noch nicht im Betrieb etabliert ist. Als innerbetriebliche Interessenvertretung hat er dafür zu sorgen, dass Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im Betrieb gefördert werden. Durch enge Kooperation mit den Betriebsärzten kann er diesem Ziel näher kommen. Durchsetzungsmacht vereint mit Fachkompetenz in Sachen Gesundheit ergeben die nötige Schubkraft für innerbetriebliche Prävention.

Gute Gefährdungsbeurteilungen, die nach den genannten Kriterien erstellt und im Betrieb als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen werden, sind die Grundlage für einen effizienten innerbetrieblichen Gesundheitsschutz. Gefährdungsbeurteilungen von externen Fachkräften, die dann in Schublade für eventuell auftauchende Aufsichtsbehörden verwahrt werden, nützen gar nichts. Sie schaden nur.

Unterweisungen

Unterweisungen sind Schulungen, die den Beschäftigten über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit informieren und motivieren sollen. Der Arbeitgeber wird diese Verpflichtung des Arbeitsschutzgesetzes und der Unfallverhütungsvorschrift (BGV A1) in der Regel an seine Vorgesetzten delegieren. Zugegeben: Die Begriffe „Unterweisung“ und „Schulung“ klingen für viele nach erhobenem Zeigefinger und Wilhelm Buschs Lehrer Lempel.

Theorielastige, an Vorschriften orientierte Schulveranstaltungen bringen uns dem ganzheitlichen Präventionsziel nicht näher, sondern schrecken eher ab.

Wichtig ist es, den Beschäftigten Sinn und Zweck transparent zu machen. Das kann am besten der Vorgesetzte in seiner Vorbildfunktion. Unterweisungen im Arbeitsalltag setzen die beschriebenen Gefährdungsbeurteilungen in die Praxis um und schreiben sie im besten Falle aktiv fort. So bleibt Arbeitsschutz ein gelebter, fortlaufender Prozess. Es bietet sich an, Gefährdungsbeurteilungen, Betriebsanweisungen, Unterweisungen und Wirksamkeitskontrollen als Prozess miteinander zu verzahnen. Die aktive Beteiligung aller Beschäftigten und ihr Engagement sind wiederum die Voraussetzung für den Erfolg eines solchen Prozesses.

Wie, wann und aus welchem Grund sind Unterweisungen durchzuführen?⁴

- Erstunterweisung von neuen Mitarbeitern.
- Unterweisung bei Arbeitsplatzwechsel.
- Einführung neuer Maschinen, Arbeitsstoffe, Arbeitsprozesse.
- Motivation von gesundheitsförderlichem Verhalten, Vermittlung neuer Erkenntnisse des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz.
- Beobachtung von sicherheitswidrigem und gesundheitsschädlichem Verhalten.
- Arbeitsunfälle oder Beinahe-Unfälle.
- Erkrankungen oder Beschwerden von Beschäftigten.
- Informationsbedürfnis der Beschäftigten.

Die Aufzählung lässt ahnen, dass man mit der vorgeschriebenen Frequenz von „einmal jährlich“ nicht auskommen wird. So sind Unterweisungen eben auch „bedarfsgemäß“ durchzuführen. Es hat sich bewährt, Arbeits- und Gesundheitsschutzthemen in ohnehin regelmäßig stattfindende Teamsitzungen zu integrieren. Individuelle Lösungen sind auch hier am Besten, innerbetriebliche Experten wie Betriebsarzt oder Sicherheitsfachkraft sowie ein externer Berater können vom Team dazu eingeladen werden. Eigeninitiative und Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten fördert man am ehesten, indem diese selber zu Akteuren für ihre Gesundheit im Betrieb werden.

Begehungen

Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft haben „die Arbeitsstätten in regelmäßigen Abständen zu begehen“, so formuliert es das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG). Sie können den Arbeitgeber und die Arbeitnehmer nur fundiert beraten, wenn sie sich ein direktes Bild von den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten machen. Da Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft dem Arbeitgeber und dem Betriebsrat beobachtete Mängel mitteilen sollen, hat es sich bewährt, dass die innerbetriebliche Interessenvertretung und ein Be-

4 BGW 2008. Unter: http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw__ratgeber/RGM8__Unterweisung__in__der__betrieblichen__Praxis.property=pdfDownload.pdf

auftragter des Arbeitgebers die Begehung direkt begleiten. Der Augenschein von Mängeln wirkt oft überzeugender als jede noch so gute Dokumentation.

Basis der Begehung ist wieder die Gefährdungsbeurteilung und diese kann, wie oben erläutert wurde, sehr komplex sein. So sind bei der Begehung nicht nur offensichtliche Einrichtungsmängel wie defekte Bürostühle zu erheben, sondern die Arbeitsbedingungen ganzheitlich zu beurteilen. Beanspruchung ist individuelle Reaktion auf Belastung.⁵ Um Fehl-Beanspruchungen festzustellen, müssen also Arbeitsabläufe genau beobachtet und analysiert werden. Killerargumente wie „Dazu haben wir keine Zeit“ oder „Das haben wir immer so gemacht“ dürfen nicht abschrecken. Werden solche „Argumente“ vorgebracht, zeigt das nur, dass der angestrebte ganzheitliche Qualitätsprozess bei den Beteiligten der Basis, den Beschäftigten, noch nicht angekommen ist. Ein Schritt zurück ist notwendig: Erarbeiten der Gefährdungsbeurteilungen und Unterweisungen im Team der Vorgesetzten und Beschäftigten. Zuerst müssen die notwendige Akzeptanz und Bereitschaft zur Mitarbeit gegeben sein.

Begehungen sind Instrumente der Gefährdungsbeurteilung. Damit sie effektiv sind und nicht als sinnlose Pflichtübung verstanden werden, müssen sie sorgfältig vorbereitet werden. Analyse, Methodenauswahl, Konzept als Vorarbeit, schließlich Durchführung mit Maßnahmenkatalog und danach Erfolgskontrolle sind wie bei allen anderen Maßnahmen als Prozess zu etablieren.

Ein geschulter Beobachter kann bei den Arbeitsabläufen Mängel oftmals leichter feststellen als die Beschäftigten, die nach jahrelanger Gewöhnung den Sinn der Abläufe nicht mehr kritisch reflektieren. Ein geschicktes Begehungsteam, das zugleich von außen und von innen betrachtet, kann die Beschäftigten zu einem Wechsel des Blickwinkels ermuntern.

Daneben sind **Mitarbeiterbefragungen** zur Erfassung der subjektiven Beanspruchung als Mittel der Gefährdungsanalyse sinnvoll. Gerade psychische Belastungen erfordern wegen ihrer Komplexität diesen individuellen Ansatz. Die Befragungen können im Einzelgespräch, in Teamsitzungen oder mit statistisch auswertbaren Befragungsinstrumenten durchgeführt werden. Form Follows Function: Das Instrument muss der jeweiligen Fragestellung angepasst sein.

Für den Erfolg und damit die Akzeptanz der skizzierten Maßnahmen ist stets wichtig, dass sie als Teil eines Gesamtprozesses in das Betriebliche Gesundheitsmanagement eingebunden sind.

5 Ebd.

Untersuchungen des Betriebsärztlichen Dienstes

Der Betriebsarzt, die Betriebsärztin sollten an Begehungen teilnehmen und sich an den Gefährdungsbeurteilungen und Unterweisungen beteiligen, indem sie die Vorgesetzten und Beschäftigten beraten. Die betriebsärztlichen Dienste können mit ihrer Kompetenz die anderen Akteure im Betrieb maßgeblich unterstützen und so zum Motor eines Prozesses des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden. Sie sollten also nicht bloß beteiligt, sondern Initiator als auch Antriebskraft in einem ganzheitlichen Prozess sein. Eine enge Kooperation mit der Personalvertretung ist dafür immer notwendig.

Die klassischen Präventionsinstrumente sind über die Beteiligung an den oben genannten Maßnahmen hinaus die arbeitsmedizinischen Untersuchungen. Sie können dem untersuchten Beschäftigten die individuellen Gesundheitsrisiken aufzeigen; sie können mit Blick auf den „Organismus Betrieb“ in einer Ergebnisanalyse aller Untersuchungen Hinweise auf betriebliche Schwachstellen und Gefährdungen liefern. Diskretion und absolute Verschwiegenheit, was die individuellen Befunde der Beschäftigten angeht, sind dabei die unverzichtbare Arbeitsgrundlage jedes Betriebsarztes und jeder Betriebsärztin.

Im Folgenden will ich die speziellen betriebsärztlichen Untersuchungen beschreiben:

Die **Einstellungsuntersuchung** ist keine Pflichtuntersuchung. Wenn der Arbeitgeber darauf verzichten will, muss sie nicht durchgeführt werden. Ebenso gehört sie nicht zu den Pflichten des nach ASiG §3 bestellten Betriebsarztes. Der Fokus der Einstellungsuntersuchung ist die Frage, ob der Bewerber oder die Bewerberin für die Arbeitstätigkeit gesundheitlich geeignet ist. Hier nimmt der untersuchende Arzt den Blickwinkel des Arbeitgebers ein und will dessen Risiko für die Einstellung ungeeigneter Beschäftigter minimieren, hier steht der Interessenschutz des Arbeitgebers im Vordergrund.

Völlig anders ist der Blickwinkel der eigentlichen betriebsärztlichen Untersuchungen, sie gelten der arbeitsmedizinischen Vorsorge für die Beschäftigten. Hier geht es um den Schutz des jeweiligen Beschäftigten, der Arzt nimmt den Blickwinkel des Beschäftigten ein. Wie können Risiken durch Belastungen oder Gefährdungen am Arbeitsplatz minimiert, was kann für die Gesunderhaltung getan werden? Die Untersuchung und Beratung sollte dabei wieder einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen: individuelle Ressourcen und Gesundheitsverhalten des Einzelnen und seine Vernetzung im System der betrieblichen Arbeitsabläufe.

Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung bzw. Vorbeugung arbeitsbedingter Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Die Basis für die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist die Gefährdungsbeurteilung (Arb-medVV, §3 BGV A1 in Verbindung mit dem ArbSchG). Je nach Gefährdung leiten sie sich aus unterschiedlichen Verordnungen ab:

- Gefahrstoffverordnung
- Biostoffverordnung
- Gentechnik-Sicherheitsverordnung
- Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung
- Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung

Jeder Arbeitgeber ist zur gesundheitlichen Fürsorge gegenüber seinen Mitarbeitern verpflichtet (Arbeitsschutzgesetz). Zu dieser Pflicht gehört das Angebot dieser Untersuchungen, die für den Beschäftigten kostenfrei sind und als Arbeitszeit gelten.

Man unterscheidet in Pflicht-, Angebots-, Wunsch- und Eignungsuntersuchungen.

Für eine Reihe von arbeitsbedingten Belastungen gibt es **Pflichtuntersuchungen**. Der Arbeitgeber hat bei diesen Tätigkeiten Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen. Ohne unbedenkliches Untersuchungsergebnis darf er den Arbeitnehmer nicht an einem Arbeitsplatz beschäftigen, an dem dieser einschlägig belastet würde (z.B. durch bestimmte Gefahrstoffe, höhergradige Infektionsgefahren oder Röntgen- und andere Strahlenbelastungen).

Für andere definierte Tätigkeiten schreiben insbesondere die Gefahrstoffverordnung und die Biostoffverordnung vor, dass der Arbeitgeber den Beschäftigten Vorsorgeuntersuchungen anbieten muss. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass den Beschäftigten ihr Betriebsarzt bzw. ihre Betriebsärztin bekannt ist und der Zugang zu ihnen möglich ist. Für die Mitarbeiter ist die Teilnahme jedoch freiwillig, und die ärztliche Bescheinigung ist auch nicht Voraussetzung für die Tätigkeit, man spricht von so genannten **Angebotsuntersuchungen**. Darüber hinaus muss gemäß der Arbeitsmedizinischen Vorsorge-Verordnung (ArbmedVV) den Beschäftigten die Möglichkeit geboten werden, sich auf eigenen Wunsch im Hinblick auf eine gesundheitliche Belastung bei der Arbeit fachärztlich untersuchen zu lassen – hier spricht man von **Wunschuntersuchungen**.

Neben den Untersuchungen zur Vorbeugung bzw. Früherkennung von Gesundheitsstörungen gibt es auch solche, bei denen die Eignung für bestimmte Tätigkeiten festgestellt wird. So soll auch eine Gefährdung von Arbeitskollegen, Dritten oder von wesentlichen Sachgütern minimiert werden, zum Beispiel bei der Fahr- und Steuertätigkeit von Gabelstaplern oder Bussen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BGen), haben im Lauf der Jahre eine Reihe von Empfehlungen herausgegeben, die sogenannten Untersuchungs-Grundsätze, im Fachjargon „G-Grundsätze“ genannt. Diese Empfehlungen werden unter dem Titel „Berufsgenossenschaftliche Grundsätze“ für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen veröffentlicht und dort mit dem Buchstaben »G« sowie einer fortlaufenden Nummer bezeichnet. Diese Grundsätze formulieren Mindeststandards für spezielle Untersuchungen und sollen den jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft wiedergeben. Die Festlegung des Untersuchungsum-

fangs bleibt jedoch stets Sache des Arztes und der Ärztin. Deshalb werden von diesen Untersuchenden besondere fachliche Qualifikation, Kompetenz und Erfahrung gefordert. Die meisten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen muss der Arbeitgeber von Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ durchführen lassen.

Alle arbeitsmedizinischen Untersuchungen haben die Prävention zum Ziel, also in erster Linie Vorbeugung und Verhinderung berufsbedingter Erkrankungen (primäre Prävention). Besteht der Verdacht auf eine arbeitsbedingte Erkrankung, muss geprüft werden, ob vielleicht eine Berufskrankheit besteht. **Berufskrankheit** ist eine Krankheit, die durch eine berufliche versicherte Tätigkeit verursacht und in der Berufskrankheitenliste der entsprechenden Berufskrankheitenverordnung aufgeführt ist. Eine typische Berufskrankheit ist die Lärmschwerhörigkeit, wenn sie durch Belastungen am Arbeitsplatz und nicht etwa durch regelmäßigen Discothekenbesuch verursacht ist. Der Leser wird ahnen, dass die Anerkennungsverfahren nicht immer einfach sind. Nichtsdestotrotz sollte der Verdacht auf eine Berufskrankheit immer an die zuständige Unfallversicherung gemeldet und dann geprüft werden. Ein Verdacht auf eine Berufskrankheit (BK) wird im Regelfall durch einen Arzt oder eine Ärztin gemeldet (§ 202 SGB VII i.V.m. § 3 Abs. 1 der Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung UVAV). Grundsätzlich kann eine Berufskrankheitenmeldung auch durch den Versicherten, durch Familienangehörige oder andere Stellen formlos (schriftlich oder telefonisch) bei dem jeweils zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen.⁶

Nun ist die Anerkennung einer Berufserkrankung schwierig und sicher kein Instrument der frühen Prävention. Wir wollen ja Krankheiten vorbeugen oder zumindest Frühstadien entdecken und behandeln, bevor manifeste Krankheiten entstehen können, über deren Verursachung gutachterliche Verfahren entscheiden.

So ist es richtig und gut, dass der Gesetzgeber in der **Berufskrankheitenverordnung §3** festlegt, dass die Unfallversicherungsträger einer drohenden Berufskrankheit „mit allen geeigneten Mitteln“ entgegenwirken müssen. So kennt man im Bereich der Hautprobleme die im Fachjargon sogenannten **§3-Maßnahmen**. Damit ist ein Strauß von Präventionsmaßnahmen für den betroffenen Beschäftigten gemeint, der zur Vermeidung einer Berufskrankheit der Haut beitragen kann: Diagnostik, Allergietest, Schulungen und Seminare sowie Therapien bis hin zu stationären Heilverfahren und schließlich die individuelle Planung der persönlichen Schutzmaßnahmen im Betrieb. Und das alles auf Veranlassung und zumindest in der Behandlungsphase auch auf Kosten der zuständigen Berufsgenossenschaft oder des Unfallversicherungsträgers. Wie kann man dieses effiziente Verfahren starten? Eigentlich ist das die Aufgabe der behandelnden Hautärzte und Hautärztinnen. Aber „in den Mühen der Ebene“, im Tagesgeschäft der Kassenarzt-

⁶ Adressen unter: http://www.hvbg.de/d/pages/service/adressen_links/adressen/index.html.

Das Berufskrankheitenverfahren ist in der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) geregelt. Weitergehende Informationen finden sie auch unter http://www.hvbg.de/d/pages/versich/risk_bk/index.html und http://de.osha.eu.int/statistics/grundlegende_infos/.

praxis, wird diese Idee selten gefasst. Die Frage nach Arbeitsbelastungen ist in vielen ärztlichen Praxen nicht richtig präsent. Am Rande: Das ist sicher auch eine Aufgabe für ärztliche Weiterbildungsbemühungen der Ärztekammern.

Bis zum Ziel, diesen ganzheitlichen Blick in allen Arztpraxen zu etablieren, müssen wir eben improvisieren. Und das geht so: Einen sogenannten **Hautarztbericht** dürfen auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte verfassen und an die Unfallversicherung oder die Berufsgenossenschaft weiterleiten. Damit können sie direkt vom Betrieb aus das oben beschriebene **Hautarztverfahren** starten. Da Hauterkrankungen mit Abstand die häufigsten berufsbedingten Erkrankungen sind, kann sich der Hautarztbericht mit dem folgenden Verfahren als vorzügliches Instrument der sekundären Prävention bewähren.⁷

Weiterführende Maßnahmen der Prävention

Leider liegt es wohl in der menschlichen Natur, dass Beschäftigte die betriebsärztliche Sprechstunde erst aufsuchen, wenn der Zug der sekundären Prävention, der Früherkennung von Erkrankungen, bereits abgefahren ist. So ist nun das mühsamere Unternehmen der tertiären Prävention die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin: Überwindung der Erkrankung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen ist dafür wichtig.

Unabhängig davon, ob die Gesundheitsstörung arbeitsbedingt ist oder nicht, und auch ohne die sehr hohen Beweislasten einer möglichen Berufserkrankung kann der betriebsärztliche Dienst Rehabilitationsbedarf frühzeitig feststellen und die Rehabilitationsmaßnahmen mit Blick auf den bisherigen Arbeitsplatz planen. In Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland ist so das Projekt **WeB-Reha** 2004 als Pilotprojekt entstanden. Es ermöglicht den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig bei der Rentenversicherung zu beantragen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten (§26 ff und §33 ff SGB IX).⁸

Ist es beim Beschäftigten zu einer längeren Phase von Arbeitsunfähigkeit oder einer schweren Erkrankung gekommen, gelingt eine Rückkehr in den Arbeitsprozess häufig nur nachhaltig durch einen schonenden Übergang. Dafür steht das Instrument der **stufenweisen Wiedereingliederung** zur Verfügung (§28 SGB IX).⁹ Der Beschäftigte beginnt in der Phase der Arbeitsunfähigkeit mit einer geplanten, stundenweisen Rückkehr an seinen Arbeitsplatz. Da er noch als arbeitsunfähig eingestuft ist, kann er seine Arbeitsfähigkeit erproben, ohne bereits wieder produktiv sein zu müssen, d.h. er wird den arbeitenden Kollegen und Kolleginnen zusätzlich zugeteilt. Um diesen Prozess für den einzelnen Beschäftigten nachhaltig und mit dem Rundumblick auf alle betrieb-

7 www.2m2-haut.de/medien/medien/flyer_hautarztverfahren.

8 Mehr dazu unter: www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de.

9 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004. Unter: www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung_222.pdf.

lichen Verknüpfungen zu gestalten, sind eine frühzeitige Einbindung des Betriebsarztes oder der Betriebsärztin und auch die Beteiligung der Personalvertretung sinnvoll und notwendig, besonders dann, wenn eine Versetzung oder Änderung der Arbeitsaufgaben als geboten erscheint.

Eine gute Vernetzung der notwendigen Maßnahmen und Prozesse kann bei solch komplexen Abläufen nur noch im Rahmen des **Betrieblichen Eingliederungsmanagements** geleistet werden, was Zuständigkeiten, Planung und Effizienzkontrolle der Maßnahmen auf die vielen Schultern der betrieblichen Akteure verteilt. Der betrieblichen Interessenvertretung und dem Betriebsarzt als ärztlichem Lotsen kommen dabei eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu.¹⁰ Seit 2004 fordert der Gesetzgeber von Arbeitgebern und betrieblichen Interessenvertretungen die Förderung der Rehabilitation und Integration von Kranken und Behinderten. Beschäftigte, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten sechs Wochen und länger arbeitsunfähig waren, haben ein Anrecht auf ein betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 (2) SGB IX). Wie dieses Managementinstrument eingesetzt wird, bleibt den Betrieben überlassen und gewährt Gestaltungsräume, die es gilt, kreativ zum Wohle der Beschäftigten und ihrer Arbeitslebensprognose zu nutzen. Arbeitgeber und Interessenvertretung sind hier namentlich in der Pflicht, Betriebsarzt oder –ärztin können mit ihrer Fach- und Beratungskompetenz Lotsenfunktion übernehmen. Mehr dazu in unseren Praxisbeispielen.

Über den Rahmen des Betriebes hinaus kommen, wie wir gesehen haben, andere Kooperationspartner ins Spiel. So wie die Rentenversicherungsträger und Integrationsämter bei Wiedereingliederungen und Rehabilitationen beistehen können, so können auch die Krankenkassen den Prozess der Betrieblichen Gesunderhaltung befördern. Als Partner stehen sie für **Betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF) als auch **Betriebliches Gesundheitsmanagement** (BGM) zur Verfügung. Unter Betrieblicher Gesundheitsförderung versteht man häufig Einzelmaßnahmen gerade der Betriebsärztliche Dienste wie Gesundheits-Check, Nichtrauchertraining und Impf-Aktionen. Sie wirken häufig wie Mosaik-Steinchen aus einem großen noch unvollständigem Bild. Solche Aktionen gibt es auch anderswo. Es ist von Vorteil, wenn sie arbeitsplatznah stattfinden, aber nicht zwingend notwendig. Im Blickpunkt des Arztes und der Ärztin steht das Individuum. Viel spannender wird es, wenn wir den ärztlichen Blick auf den Betrieb als Gesamt-Organismus werfen: Wo drückt da der Schuh? Diesen Fragen wendet sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu: Als Akteure und Verantwortliche sind zwingend beteiligt: der Arbeitgeber, die Personalvertretung, die Personalabteilung/-entwicklung, der entsprechende Abteilungsleiter, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und auf jeden Fall der Betriebsarzt/die Betriebsärztin. Ergänzt werden sie durch Externe, die gelegentlich auch die Moderation des gesamten **Steuerungskreises Gesundheit** übernehmen: Krankenkassen und Unfallversicherungsträger und Andere. Die Analyse-Instrumente dieser Steuerungskreise sind Gesundheitsberichte der Krankenkassen, Unfallberichte,

¹⁰ Giesert/Wendt 2007.

Begehungsprotokolle, Jahresberichte des Betriebsärztlichen Dienstes, aber auch Mitarbeiterbefragungen. Maßnahmen können stattfinden als Gesundheitszirkel, Supervision, Coaching, Führungskräfte-Schulung u.a. Betriebsvereinbarungen (BV) können dazu beitragen, Problemen vorzubeugen oder Verhaltensregeln und betriebliche Spielregeln zu definieren, zum Beispiel:

- BV „Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz“,
- Leitlinie „Traumatisierende Ereignisse am Arbeitsplatz“,
- BV „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“,
- BV „Betriebliches Eingliederungsmanagement“.

Was hält uns also gesund im Betrieb?

Ganzheitliche Prävention sieht einerseits den einzelnen Beschäftigten in seiner jeweiligen Arbeitslebensphase mit Blick auf seine weiteren Berufsperspektiven. Andererseits betrachtet ganzheitliche Prävention den Beschäftigten in der Interaktion mit seinem betrieblichen Umfeld, den Arbeitsstrukturen aber auch den Kollegen und Kolleginnen sowie den Vorgesetzten. Am Ende wird man den Betrieb als organisches Ganzes in den Blick nehmen müssen, als soziales Gebilde, wie es Götz Briefs genannt hat, einer der Begründer der Betriebswirtschaftslehre.

Als Instrumente der Prävention in diesem skizzierten ganzheitlichen Sinne sind dann nicht nur die oben beschriebenen, teilweise gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zu sehen, sondern auch:

- die innerbetriebliche Fortbildung,
- die Personalentwicklung und –planung,
- das innerbetriebliche Informations- und Kommunikationswesen,
- die Möglichkeiten innerbetrieblicher Partizipation wie zum Beispiel Beteiligung an einem Vorschlagswesen,
- ein Fehlermeldewesen, zum Beispiel eine Fehlerkulturdatei,
- das Leitbild des Unternehmens.

In kurzen Worten zusammengefasst:

Alles das ist ein Instrument der ganzheitlichen Prävention, was geeignet ist, eine gesundheits- und vertrauensfördernde Unternehmenskultur zu entwickeln.

Nun haben wir den theoretischen Bogen weit genug gespannt, begeben wir uns jetzt in den Betriebsalltag und machen wir den Praxis-Test. Wie können die beschriebenen Instrumente eingesetzt werden und wie bewähren sie sich?

5 Prävention: Fallbeispiele und Handlungsfelder

5.1 Belastungen der Haut

Wussten Sie, dass von den rund 23700 Berufserkrankungen, die 2007 von den Berufsgenossenschaften bestätigt wurden, 10200 die Haut betrafen, also 43 Prozent?

Mit zwei Quadratmetern ist die Haut unser größtes Organ. Sie steht im Fokus der Präventionskampagne 2007/2008 der deutschen Berufsgenossenschaften gemeinsam mit verschiedenen großen Krankenkassen. Am Arbeitsplatz sind natürlich die Hände besonders exponiert. Sie werden chemischen, biologischen und physikalischen Gefahren ausgesetzt: Physikalischen Gefahren wie Druck und Reibung zum Beispiel im Baugewerbe, Strahlung durch langjährige Sonnenexposition im Straßenbau, Chemikalien zum Beispiel im Friseurgewerbe. Feuchtarbeit ist dabei für die Hände besonders beanspruchend. Darunter versteht man häufiges Handschuhtragen und Händewaschen sowie Händedesinfizieren. Betroffen davon sind u.a. Chemiarbeiter, Reinigungskräfte aber auch Krankenschwestern und Chirurgen.

Nun sind diese Gefährdungen eigentlich in den Gefährdungsbeurteilungen leicht abzubilden: Man kann sie meistens mit den eigenen Sinnen erfassen, man kann sie messen und damit leicht dokumentieren. Auch die resultierenden Maßnahmen erscheinen klar zu sein: Auf Hautschutz- und Handschuhpläne sollten sich innerbetriebliche Akteure verständigen können.

Leider zeigt sich häufig, dass die Beschäftigten selbst ihre Gefährdung nicht ernst nehmen. Werden Billigprodukte statt der im Handschuhplan verabredeten und getesteten Handschuhe geliefert, so werden diese häufig erst einmal akzeptiert, Proteste gibt es erst, wenn zum Beispiel nach dem Lieferantenwechsel Handekzeme entstanden sind, erst dann erfahren Betriebsärzte davon. Es ist erstaunlich, wie leidensfähig Beschäftigte sein können, wenn auch noch die Sorge um ihren Arbeitsplatz dazu kommt. Betriebsräte müssen den Beschäftigten die Bedeutung der Schutzmaßnahmen als ihren Arbeitsschutz und ihr Recht klarmachen und die Einhaltung der verabredeten Standards in den Betrieben besser kontrollieren.

Im deutschen Gesundheitswesen findet man nun auch noch folgende Situation vor: Eine Zunahme schwer beherrschbarer Infektionen, deren Ursache oftmals multiresistente Erreger sind, die eine konsequente Durchführung von Hygienemaßnahmen erfordern, sowie eine Zunahme von Hauterkrankungen bei den Beschäftigten in Medizin und Pflege, die eine solche konsequente Durchführung von Hygienemaßnahmen erschweren. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Feuchtarbeit, so zum Beispiel das lange Tragen von Handschuhen.

Der Gesundheitsdienst steht vor großen Aufgaben: Auf der einen Seite Krankenhausinfektionen bei den Patienten zu reduzieren und auf der anderen Seite die Haut der Beschäftigten gesund zu erhalten. Als Richtschnur gilt: Die Haut benötigt nach einer Stunde „Feuchtarbeit“ die vierfache Zeit, um sich zu regenerieren. Da bekommen mancher Intensivpfleger und manche Ärztin im OP Zeitprobleme. Und so häufen sich bei steigenden Hygieneanforderungen und zunehmender Arbeitsverdichtung die Hautprobleme bei den Beschäftigten.

Eine Prävention durch intensive Hautpflege und eine frühzeitige Intervention können das verhindern. Aber leider zeigen die Analysen der Berufsgenossenschaften, dass die vorhandenen Instrumente wie arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung, Hautarztbericht und §3-Maßnahmen nicht ausreichend in Anspruch genommen werden. Wie die Instrumente funktionieren, zeigen wir beispielhaft an Fällen aus dem Gesundheitsdienst.

5.1.1 Primäre Prävention – Ina will Krankenschwester werden

Schon als Kind hat Ina davon geträumt, Krankenschwester zu werden. Nach ihrem Abitur bewirbt sie sich nun um einen Ausbildungsplatz in einer Klinik. Bei der Einstellungsuntersuchung fragt die Betriebsärztin nach ihren Vorerkrankungen und Allergien. Inas Haut ist ihr empfindlichstes Organ. Als Kind hat sie an Milchschorf gelitten. Später trat eine Nickelallergie auf. Häufiges Duschen verträgt sie schlecht, danach juckte der ganze Körper, ihre Haut trockne leicht aus und fühle sich fast schon schuppig an. Hautlotionen benutzt sie deshalb regelmäßig. Bei der eingehenden körperlichen Untersuchung ist der Hautzustand jedoch intakt und symptomfrei. Auch sonst ist der Befund altersentsprechend sehr gut.

Soll man Ina nun zum Beruf der Krankenschwester raten? Ausgerechnet zu einem Beruf, der mit vielfältigen Hautbelastungen einhergeht? Häufiges Händewaschen, Händedesinfizieren und ständiges Handschuhtragen würden Inas empfindliche Haut zusätzlich belasten. Soll man dem Arbeitgeber bei dieser Einstellungsuntersuchung zur Anstellung Inas raten?

Ein klassischer Fall für primäre Prävention: Ina ist sehr motiviert und als Abiturientin gut ausgebildet. Von Kind an ist sie gewohnt, auf ihre empfindliche Haut zu achten. Die intensive Beratung durch die Betriebsärztin zeigt ihr die Risiken ihres Traumberufes auf. Gleichzeitig erklärt sie ihr die entsprechenden Schutzmaßnahmen. Hautschutzplan und Handschuhplan sind die innerbetrieblichen Instrumente, um Ina an ihrem Arbeitsplatz zu schützen. Ein Hautseminar, welches gemeinsam mit den Hygienefachkräften veranstaltet wird, kann Ina weiter für den Umgang mit ihrer sensiblen Haut schulen. Eine erneute Untersuchung in drei Monaten wird verabredet, um Hautveränderungen frühzeitig erkennen zu können.

Die Einstellungsuntersuchung kann im Sinne der primären Prävention dazu genutzt werden, um einer Schülerin im Extremfall vom Beruf der Krankenschwester abzuraten oder sie bei atopischer Veranlagung wie in unserem Beispiel besonders zu beraten und ihren Berufsweg mit einem engmaschigen Untersuchungs- und Beratungsservice zu begleiten.

Der Arbeitgeber beauftragt die Einstellungsuntersuchung. Diese hat zum Ziel, aus der Optik des Arbeitgebers Beschäftigungsrisiken und Eignung für den gewählten Beruf zu klären. Solch eine Einstellungsuntersuchung zählt nicht zu den Aufgaben des Betriebsarztes nach ASiG § 3, sondern muss getrennt beauftragt werden. Denn anders als bei den Arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, die allein den Schutz von Beschäftigten zum Ziel haben, übernimmt der Betriebsarzt bei der Einstellungsuntersuchung den Blickwinkel des Arbeitgebers und beurteilt dessen Risiko bei der Einstellung von Bewerbern.

Hautbelastende Tätigkeiten kommen im Gesundheitswesen, im Reinigungsdienst, bei Frisören und in produzierenden Betrieben vor, wo häufiges Händewaschen oder Handschuhtragen notwendig sind. Den Beschäftigten in diesen Branchen werden in zwölfmonatigem Intervall spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach der BG-Richtlinie G24 angeboten. Dabei achtet der Betriebsarzt auf Symptome einer beginnenden Hautschädigung und rät den Beschäftigten zu entsprechenden Vorkehrungen.

Seminare zum Thema Hautschutz runden in besonders belasteten Branchen das Angebot des Betriebsarztes zur Vorbeugung – primäre Prävention – ab.

Aber die primäre Prävention ist nicht allein Aufgabe von Betriebsärzten und anderen Fachexperten. Vorausschauende Vorbeugung ist Gemeinschaftsaufgabe aller am Arbeitsplatz Beschäftigten. Sie sind die Experten in eigener Sache und sollen Verhältnisse und Verhalten stets im Blick auf die eigene Gesundheitserhaltung prüfen. Die Verhältnisse – so im Falle von Ina Hautbelastungen durch langes Handschuhtragen, die hautbelastenden Arbeitsabläufe und die persönliche Schutzausrüstung – sollten regelmäßig und kritisch von allen überprüft werden. Das Verhalten – so im Falle von Ina die fachgerechte und sorgfältige Beachtung von Hautpflege und Hautschutz – sollte selbstverständlich von ihr überprüft und von allen Anderen den Berufsanfängern vorgelebt werden. Das ist Inhalt der nach einer Einstellungsuntersuchung folgenden arbeitsplatzbezogene Unterweisung, die der Arbeitgeber ebenfalls beauftragt. Hierbei können Abteilungsvorgesetzte die neue Kollegin in die Präventionskonzepte einführen. Solche Unterweisungen sollen mindesten einmal jährlich stattfinden und den kollegialen Dialog über Arbeitsschutzthemen fördern. Sie orientieren sich an einer Gefährdungsbeurteilung, die regelmäßig aktualisiert werden muss. Daran ist der Betriebsarzt in Kooperation mit dem Betriebsrat zu beteiligen. Bei Begehungen der Arbeitsplätze können die Beschäftigten und Sicherheitsbeauftragten einer Abteilung gemeinsam mit dem Betriebsrat und den innerbetrieblichen Experten, der Sicherheitsfachkraft und dem Betriebsarzt, die unterschiedlichen Gefährdungen ermitteln und Vorsorgemaßnahmen treffen. Hautschutz-

und Handschuhpläne geben innerbetriebliche Regeln für den Arbeitsschutz vor. An der Aufstellung solcher Pläne sind der Betriebsarzt, die Sicherheitsfachkraft sowie der Betriebsrat zu beteiligen. Gemeinsam können sie auf den Einkauf geeigneter Materialien achten und ggf. auf den Ersatz riskanter Arbeitsstoffe hinwirken.

Wir sehen: Es gibt einen ganzen Katalog innerbetrieblicher Instrumente und Maßnahmen, die in ihrer Gesamtheit darauf hinwirken, etwa Hautprobleme selbst in belastenden Berufen erst gar nicht entstehen zu lassen. Das ist primäre Prävention: Vorbeugen bevor Probleme entstehen!

5.1.2 Sekundäre Prävention – Allergie in der Bäderabteilung

Monika arbeitet seit vielen Jahren als Masseurin in der Bäderabteilung. In meiner Sprechstunde berichtet sie von ständigem Schnupfen. Inhalationen und andere Hausmittel haben die Symptome eher noch verstärkt. Seit einigen Wochen bemerke sie nun auch noch Rötung und Schwellung der Hände und Augenlider. Nur, wenn Monika einige Tage frei hat, gehen die Beschwerden zurück – wenn auch nur allmählich. Bald nach Arbeitsbeginn treten sie wieder auf. Die Art und die Phasen der Beschwerden legen den Verdacht auf arbeitsplatzbedingte Störung und mögliche Allergisierung nahe. Bei der letzten arbeitsmedizinischen Untersuchung vor zwei Jahren waren bei Monika noch keine Beschwerden aufgetreten. Als Betriebsärztin erarbeite ich nun auf der Basis meiner Untersuchungsbefunde und den Angaben von Monika einen Hautarztbericht, der an die zuständige Berufsgenossenschaft bzw. Unfallversicherung gesandt wird. Notwendige weitere Untersuchungen und Behandlung durch einen Hautarzt werden von der Berufsgenossenschaft veranlasst und finanziert.

Der Allergietest bestätigt den Verdacht: Es besteht eine Parfümstoff-Allergie mit Schwerpunkt auf Stoffen, wie sie in den von Monika verwandten Massageölen, aber auch in Hautlotionen, Shampoos und anderen Drogerieartikeln enthalten sind, die ihre Patienten benutzen. Notwendig ist also eine Umstellung auf allergienfreie Arbeitsstoffe, aber auch eine Information der Patienten, auf solche Drogerieartikel zu verzichten. Die Allergisierung von Monika war so weit fortgeschritten, dass eine dauernde Berufsunfähigkeit zu befürchten war. Bei einer Arbeitsplatzbegehung gemeinsam mit dem Betriebsrat wurde festgelegt, dass ihr alle notwendigen Ersatzstoffe zur Verfügung gestellt und Informationsblätter für ihre Patienten verfasst werden müssen.

Regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen haben das Ziel, im Sinne einer sekundären Prävention frühe Symptome von arbeitsinduzierten Erkrankungen zu erkennen. Diese Untersuchungen z.B. der Haut werden regelmäßig angeboten. Die Beschäftigten sollten natürlich auch bei neu aufgetretenen Beschwerden die Sprechstunde des Betriebsarztes aufsuchen können – wie Monika es tat. Bereits bei geringgradigen Hautsymptomen, die in Zusammenhang mit Arbeitsplatzbelastungen stehen, kann der

Betriebsarzt wie auch ein Hautarzt einen sogenannten **Hautarztbericht** schreiben. Er meldet den Verdacht auf arbeitsbedingte Hauterkrankung an die Berufsgenossenschaft und leitet sogenannte „§3 Maßnahmen“ ein: Nach der Berufskrankheitenverordnung (BKV) §3 ist der Gefahr einer Berufskrankheit auf Kosten der Unfallversicherungsträger „mit allen geeigneten Mitteln“ entgegenzuwirken. Diese „Mittel“: Behandlung und Diagnostik, wie Allergietest durch einen Hautarzt, Schulungsmaßnahmen des Beschäftigten, aber auch Rehabilitationsmaßnahmen zur Verhinderung einer Berufsunfähigkeit.

Gemeinsam mit dem Betriebsrat schlägt die Betriebsärztin wie bei Monika eine Umstellung auf **Ersatzstoffe** am Arbeitsplatz vor. In dieser Phase ist enge Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat notwendig, da später möglicherweise sogar eine **Umsetzung in einen anderen Arbeitsbereich** notwendig sein könnte.

Im Fall von Monika haben die eingeleiteten Maßnahmen Erfolg: Unter dermatologischer Therapie bessern sich die Symptome allmählich. Ein zweitägiges **Seminar zur individuellen Prävention**, die Schulung der Beschäftigten und schließlich eine dreiwöchige stationäre Heilbehandlung in einer speziellen Kurklinik erreichen schließlich eine Symptomfreiheit, die auch nach Wiederaufnahme der Tätigkeit anhält.

Wie wir sehen, sind unter Umständen Maßnahmenbündel notwendig, um Krankheitsentwicklungen zu stoppen und Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Je früher diese Maßnahmen einsetzen, desto Erfolg versprechender sind sie.

5.1.3 Tertiäre Prävention – Neurodermitis auf der Intensivstation

Der 38jährige Ingo arbeitet schon lange als Pfleger auf einer Intensivstation. Er hat dazu eine Fachweiterbildung absolviert. Als Jugendlicher litt er unter Neurodermitis, also einer vermehrten Ekzemneigung, die später aber zur Ruhe kam. Aber nach der Ausbildung flackerte die Krankheit wieder auf, und nach der Fachweiterbildung, nun auf der Intensivstation tätig, verschlimmerten sich die Krankheitsschübe bei Ingo. Nachdem es schließlich zu nässenden Ekzemen an beiden Händen gekommen war, häuften sich die Arbeitsunfähigkeitsphasen. Handschuhe konnte Ingo kaum mehr tragen, die Anwendung von Desinfektionsmitteln war ihm unmöglich. Schließlich wurde er stationär in einer Universitätsklinik behandelt. Nach einer mehrmonatigen Krankheitsphase scheiterte ein Wiedereingliederungsversuch. Nun sucht Ingo die Betriebsärztin auf.

Ingos Fall zeigt, welchen Herausforderungen sich eine Tertiäre Prävention stellen muss. Die Aufgabe lautet: **Wiedereingliederung** und gleichzeitige Vermeidung von Krankheitsrückfällen.

Ingos Fall zeigt ebenfalls, dass die Betroffenen betriebsärztliche Hilfe häufig recht spät, manchmal fast schon zu spät in Anspruch nehmen. Aber bei der Einstellungsuntersu-

chung war Ingo beschwerdefrei gewesen, und auch bei den folgenden Vorsorgeuntersuchungen war nichts Besonderes aufgefallen. Ingo selbst verdrängte das Problem, wollte die Krankheit zunächst nicht wahrhaben und fühlte sich stigmatisiert als sie ausbrach. Insbesondere bei der Intensivstationsarbeit steht manuelle Tätigkeit im Mittelpunkt. Andauernd wird auf die Hände geschaut. Häufiges Handschuhtragen, Händewaschen und Händedesinfizieren verschlimmerten den Krankheitsverlauf. Arbeitsstress und Schichtarbeit trugen ebenfalls ihren Teil bei. Schon viel früher hätte man Ingo also davon abraten sollen, ausgerechnet einen so hautbelastenden Beruf wie den eines Intensivstationspflegers anzustreben. Die Maßnahmen griffen erst recht spät, aber sie griffen:

- Die Betriebsärztin startet ein **Berufskrankheitenverfahren**. Im Falle der Hauterkrankungen ist dieses Verfahren erst sinnvoll, wenn eine Aufgabe des Berufes zu befürchten ist. Diese Befürchtung muss der Berufsgenossenschaft gemeldet werden.
- Innerbetrieblich veranlasst der Arbeitgeber über die Personalabteilung ein sogenanntes BEM-Verfahren – **Betriebliches Eingliederungsmanagement**: Alle innerbetrieblichen Akteure beraten darüber, wie der Beschäftigte wieder in den Arbeitsprozess integriert werden kann. Wenn nötig, werden auch externe Fachleute hinzugezogen.

Ingos Verbleib an seinem alten Arbeitsplatz ist nach dem bisherigen Krankheitsverlauf nicht zu verantworten. Der Betriebsrat schlägt die Versetzung auf die Stelle eines Abrechnungs-Controllers vor. Diese neue Funktion ist durch geänderte Anforderungen gerade erst geschaffen worden, und kann nach entsprechender interner Weiterbildung mit einem so berufserfahrenen Beschäftigten wie Ingo hervorragend besetzt werden. Hautbelastungen wie in der Intensivstation fallen dabei ebenso weg wie Schichtarbeit und Notfallversorgung, die als zusätzliche Stressoren die Hauterkrankung befördern.

Ein halbes Jahr nach Aufnahme der neuen Tätigkeit ist Ingo völlig beschwerdefrei und sieht seinem weiteren Berufsleben wieder optimistisch entgegen. Da hat er noch einmal Glück gehabt! Nach langer Unsicherheit konnte seinem Berufsleben noch eine gute Wendung gegeben werden. Die innerbetrieblichen Umstände einer neugeschaffenen Position waren dabei günstig.

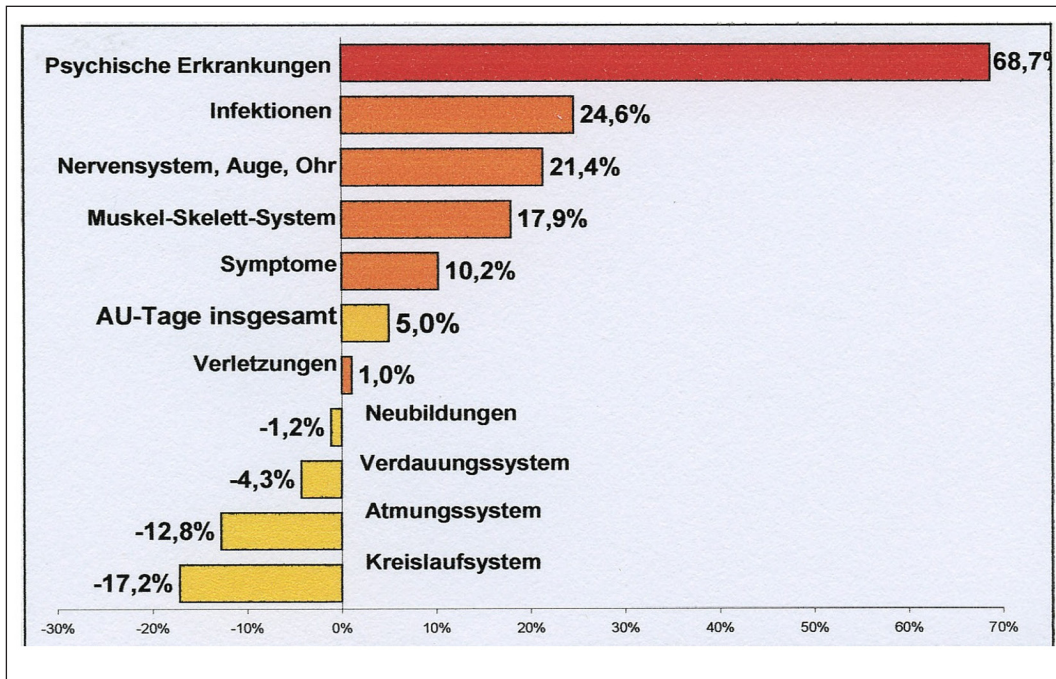
5.2 Psychische Belastungen

In den letzten Jahren hat in Deutschland die Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen kontinuierlich zugenommen. Der DAK-Gesundheitsreport 2005 war deshalb dem Schwerpunktthema Psychische Erkrankungen gewidmet.¹¹ Die wiedergegebenen Untersuchungsergebnisse zeigten in dieser Krankheitsgruppe eine Zunahme der Fehlertage von nahezu siebzig Prozent. Die Ausfallzeiten wegen psychischer Erkrankungen

11 DAK 2005.

entwickeln sich deutlich gegen den Trend der anderen Krankheitsursachen wie Kreislaufsystem, Atemwege, aber auch Arbeitsunfälle.

Abbildung 3: Veränderungen des AU-Volumens 2004 in Relation zu 1997 nach Diagnosegruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2004, DAK-Gesundheitsreport 2005 Abb. 21.

Diese Entwicklung ist auf eine Kombination verschiedener negativer Faktoren zurückzuführen – so das Ergebnis einer DAK-Expertenbefragung. Die krankheitsbildenden Faktoren werden zur Zeit gesellschaftspolitisch diskutiert. Psychische Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung nehmen ohne Zweifel zu, auch wenn bedacht werden muss, dass die Entdeckungsrate durch verbesserte Diagnostik und vermehrte Akzeptanz in der Bevölkerung gestiegen ist. Psychische Erkrankung ist nicht länger etwas Peinliches, über das besser geschwiegen wird.

Neben persönlichen Faktoren spielen Arbeitsbedingungen eine wichtige Rolle. Beide treten in Wechselwirkung. Ein Merkmal von Faktoren, die zu psychischen Erkrankungen führen können, ist die Kombination von steigenden Belastungen und dem Wegfall von Ressourcen:

- Wachsender Arbeits- und Zeitdruck bei hoher Verausgabebereitschaft und ungenügender Stressbewältigung.
- Arbeitsintensivierung, ständig höhere Arbeitsanforderungen bei verschlechtertem psychosozialen Arbeitsmilieu.

- Wechselwirkung zwischen betrieblichen und gesellschaftlichen Veränderungen in Kombination mit persönlichen Bewältigungsdefiziten und wirtschaftlicher sowie familiärer Zukunftsangst.

Der Berufsverband der Deutschen Psychologen sieht die Ursachen einerseits in zunehmendem Zeitdruck, in zunehmender Komplexität der Arbeit bei gleichzeitig steigender Verantwortung der Beschäftigten, andererseits in defizitärem Führungsstil, abnehmender Wertschätzung der Mitarbeiter und abnehmenden Möglichkeiten der Mitgestaltung. Die Situation der Beschäftigten wird durch zunehmendes Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und erhaltenem Lohn verschärft, hinzu kommt der wachsende Anteil so genannter „prekärer Arbeitsverhältnisse“: Leiharbeit, Zeitarbeit, Befristung.¹²

Es verwundert nicht, dass bei dieser gesellschaftlichen und betrieblichen Problemhäufung die innerbetrieblichen Akteure davor zurückschrecken, Präventionskonzepte für psychische Belastungen zu entwickeln. Man scheut eine Beschäftigung mit dem vermeintlich „weichen“ Faktor Psyche und wendet sich lieber „harten“ Fakten zu. Lärm lässt sich besser messen als Stress. Für das Eine reicht eine kurze Arbeitsplatzbegehung mit Messgerät aus, wogegen Arbeitsplatzanalysen und Mitarbeiterbefragungen nachbereitet und ausgewertet werden müssen.

Auf welche Ursachen stoßen wir nun, wenn wir uns mit psychischen Belastungen beschäftigen? Versäumnisse in Organisation und Betriebsabläufen werden sich zeigen, auch mangelhaftes Führungsverhalten und wenig kollegialer Umgang, ungenügende Personalentwicklung und nicht befriedigende Fortbildungskonzepte. Wer will hier die die Schleusentore öffnen?

Die Scheu vor dem Thema „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ lässt sich also einfach erklären. Man steckt lieber den Kopf in den Sand, und wo man nicht hinschaut, da wird auch nichts gefunden. Vielfach wird geglaubt, die Prävention psychischer Belastungen bringe kurzfristig nur schwer messbare Erfolge.

So häufen sich die psychischen Probleme unkontrolliert an und beeinflussen Qualität der Arbeitsprozesse und Gesundheit der Beschäftigten, bis sie nicht mehr übersehen werden können. Um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Betriebe wäre es besser bestellt, wenn motivierte, psychisch gut ausbalancierte Beschäftigte ihr Leistungsvermögen in die Arbeit einbringen würden, anstatt innerlich zu kündigen und am Arbeitsplatz nur mehr körperlich präsent zu sein.

Schauen Sie also hin und lesen Sie weiter! Wie an der Länge der Abschnitte zu erkennen, wird das Thema nun komplexer und die Beschreibung der Fälle schwieriger. Patentrezepte gibt es nicht, es kann sie bei der individuellen Vielfalt der Probleme nicht geben.

12 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2008.

Die vorgestellten Einzelfälle sind nicht mit Pflaster und Salbe zu kurieren, sie sind vielfach nicht abgeschlossen, und sie zeigen, welche Defizite in der betrieblichen Realität bestehen. Aber sie beschreiben den Weg zur Verbesserung. Sie sollen Mut machen, vorhandene Instrumente und bewährte Maßnahmen auch im eigenen Betrieb anzuwenden, sie gegebenenfalls zu entwickeln oder verbessern.

5.2.1 Primäre Prävention – Renovierung der Patienten Anmeldung

Zur Begehung der Patienten Anmeldung treffen sich ein Vertreter der Geschäftsleitung, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Sicherheitsbeauftragte der Bürobereiche mit einem Betriebsratsmitglied und dem Betriebsarzt. Die Patienten Anmeldung ist ein Verwaltungsbereich mit zwei Büroarbeitsplätzen, wo Patienten oder ihre Angehörigen die Formalitäten der Krankenhausbehandlung klären: persönliche Daten, Kostenträger sowie Behandlungs- und Unterbringungsmodalitäten.

Nun soll der Arbeitsbereich renoviert werden. Man will ihn heller und kundenfreundlicher gestalten.

Das Begehungsteam trifft auf Frau Larsen und Frau Becker. Beide haben ihre Ausbildung vor kurzem absolviert und sind als Büroangestellte eingestellt worden. Es ist Montagvormittag, und zu dieser Zeit herrscht in der Patientenaufnahme Hochbetrieb. Angehörige von Notfallpatienten, aber auch Patienten selbst, die zu einem geplanten Eingriff kommen, stehen vor der Glastür Schlange.

Bei der Inspektion des Arbeitsbereiches sind die Bildschirmarbeitsplätze nicht zu beanstanden. Sie sind ergonomisch korrekt gestaltet, die Anordnung der PC-Komponenten ist auf modernem Stand, die Flachbildschirme sind technisch einwandfrei, Zeichengröße, Beleuchtung und Bildschirmabstand zeigen keine Mängel, die Tastaturen sind ergonomisch geformt und weisen Daumenballenablagen auf. Mit den PC-Programmen kommen beide Beschäftigte gut zurecht. Moderne dynamische Bürostühle sind ebenfalls vorhanden.

Aber der Sicherheitsbeauftragte beklagt, trotz dieser guten Ausstattung werde die Arbeit immer schwieriger. Während das Team die Arbeitsabläufe beobachtet, fällt auf, was gemeint ist. An beiden Plätzen drängen sich Angehörige, um Fragen zur Aufnahme der neuen Patienten zu beantworten. Der Lärmpegel steigt mit dem Temperament der Besucher. Eine optische oder auch akustische Trennung der beiden Arbeitsplätze gibt es nicht. Nebenher klingeln im Wechsel die Telefone, denn die beiden Bürokräfte haben auch noch telefonische Anfragen zu beantworten. Währenddessen meldet sich mit einem leisen Gong auch noch das E-mail-System mit eingehenden Nachrichten. Auf dem Schreibtisch türmen sich noch Akten, die bearbeitet werden müssen und Mappen mit schriftlichen Anfragen. Dann stürzt auch noch ein aufgeregter Mann herein, der

seine hochschwängere Frau sucht. Sie ist gerade mit dem Krankenwagen eingeliefert worden. Nach einem internen Telefonat kann Frau Larsen ihn beruhigen: Seine Frau befindet sich bereits im Kreißsaal.

Für die Mitarbeiterinnen vielfacher stoßweiser Stress.

Wenn es ruhiger wird, will Frau Becker sich den Mappen und Akten der Ablage zuwenden – nur komme sie immer seltener dazu. Der Aktenberg wächst bedrohlich, und auf einem Rollwagen im Hintergrund lagert noch mehr. Alles in möglichst kurzer Zeit zu bewältigen!

Nach einer halben Stunde hat das Begehungsteam selbst Kopfschmerzen. Eindrücke sind nun genug gesammelt, um eine Neukonzeption der Arbeitsplätze zu besprechen, bei der es nicht nur um bauliche Maßnahmen gehen kann!

Nach der Begehung ist allen klar: Die Arbeitsplätze von Frau Larsen und Frau Becker müssen anders gestaltet werden, wenn man Beschwerden und schließlich Erkrankungen vorbeugen will. Primärprävention soll ansetzen, bevor Probleme entstehen. Die Begehung als Instrument der Prävention hat gezeigt, dass die Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze dringend überarbeitet werden muss. In der Bildschirmarbeitsplatzverordnung ist ganz eindeutig formuliert: „Bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber bei Bildschirmarbeitsplätzen die Sicherheits- und Gesundheitsbedingungen insbesondere hinsichtlich einer möglichen Gefährdung des Sehvermögens sowie körperlicher Probleme und psychischer Belastungen zu ermitteln und zu beurteilen“ (BildSchArbV §3).

Wenn wir eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung fordern, so sind damit Produkt-ergonomie und Produktionsergonomie gemeint. Nur das Zusammenspiel ermöglicht menschengerechtes Arbeiten. Dabei geht es einmal darum, gut handhabbare und komfortabel zu nutzende Produkte zur Verfügung zu stellen: Büroarbeitsstühle, Tastaturen, Monitore und andere Gegenstände. Zur „hardware“ gehört aber immer die passende „software“. Die zur Verfügung gestellten Programme müssen die Arbeiten leichter erledigen lassen. Die Produktionsergonomie zielt auf Arbeitsumgebung und Arbeitsaufgabe. Nur ein optimales Zusammenspiel dieser Faktoren kann eine effiziente und fehlerfreie Arbeitsausführung ermöglichen und die Beschäftigten auch bei langfristiger Ausübung einer Tätigkeit vor gesundheitlichen Schäden schützen.

Die Arbeitsplätze von Frau Larsen und Frau Becker sind zwar hinsichtlich Anordnung und Funktionalität der Geräte auf den ersten Blick korrekt gestaltet. Aber es fehlt an vielem:

Optische und akustische Abschirmungen sind notwendig, nicht nur, um den Besuchern genügenden Datenschutz zu gewähren, sondern auch um die Konzentrationsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten. Signaltöne eingehender Mails sind beim Beratungsgespräch ebenso störend wie Telefongeklingel. Man kann auf optische Signale umstel-

len. Noch besser wäre, die Arbeitsabläufe „Beratung“ und „Beantwortung eingehender Mails“ zeitlich oder organisatorisch zu trennen, indem wechselweise eine Beschäftigte dafür zuständig ist. Beide Beschäftigte sind noch jung und verfügen noch über große eigene Ressourcen zur Stressverarbeitung. Aber wie ist es bei älteren Mitarbeitern?

Der Arbeitgeber hat die Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass die Arbeit abwechslungsreich ist und ausreichende Pausen zu machen sind – so sieht es die Bildschirmarbeitsplatzverordnung vor. Bei der Tätigkeit von Frau Larsen und Frau Becker ist eine „Multitasking-Fähigkeit“ gefordert, die nachweislich zu höherer psychischer Belastung führt.

Nach den bei der Begehung gewonnenen Eindrücken verabredet das Begehungsteam ein Gespräch mit der Abteilungsleiterin. Folgendes wollen sie mit ihr besprechen:

- Optische und akustische Abgrenzung beider Arbeitsbereiche,
- Trennung der Notfallpatienten-Aufnahme von den Wahlpatienten,
- Steuerung des Zugangs – Delegation an andere Bereiche (Information/Pforte),
- Pausen mit Vertretungsregelung,
- Steuerung eingehender Telefonate zu bestimmten Zeiten,
- E-mail-Bearbeitung ebenfalls nur zu bestimmten Zeiten einmal am Tag, keine parallele Bearbeitung mit akustischem Eingangssignal.
- Neukonzeption der Arbeitsabläufe: Andere Beschäftigte entlasten die Abteilung von der aufgestauten Aktenbearbeitung.
- Schulung der Beschäftigten: Zeitmanagement und Kommunikationstraining.
- Der Betriebsarzt empfiehlt einen Steharbeitsplatz bei der Ablagenbearbeitung.

Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung sollten die Mitarbeiterinnen Seminare für Entspannungstraining und Stressprävention sowie Rückenschul-Angebote besuchen. Turnusmäßig werden alle Beschäftigten der Büros zu den G 37-Untersuchungen bei dem Betriebsarzt eingeladen. Dabei wird auch ein Sehtest durchgeführt. Bei der Untersuchung erfolgt stets auch eine Analyse der Arbeitsplatzbedingungen und daraus möglicherweise resultierender Beeinträchtigungen. Dabei tritt die Betrachtung von Problemen der Ausstattung zugunsten der Untersuchung psychischer Belastungen zurück, die durch Arbeitsdruck, Hektik und ständige Störungen des Arbeitsablaufes eintreten können.

Ob die beschriebenen Maßnahmen allein reichen werden? Welchen Rat kann man dem Begehungsteam geben?

Die Kriterien der Gefährdungsbeurteilung der „begangenen“ Arbeitsplätze müssen dringend überarbeitet und anschließend permanent angepasst werden. Daran müssen alle arbeiten. Nach Art und Umfang der bisherigen Unterweisungen wurde bei der Begehung nicht gefragt. Bei den Unterweisungen am Arbeitsplatz müssen die Beschäftigten für ihre Belastungen sensibel werden – auch für solche Belastungen, die sie bis dahin womöglich gar nicht als eine Beanspruchung erlebt haben, die sie krank wer-

den lässt. Die Beschäftigten haben ein Mitwirkungsrecht und eine Mitwirkungspflicht. Sie müssen entweder ihre Vorgesetzten oder ihren Betriebsrat auf Missstände an den Arbeitsplätzen hinweisen. Jede Unterweisung bietet die Chance für ein Gespräch über Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Verbesserung des Arbeitsplatzes. Damit kann sie der Motor sein für den fortschreitenden gemeinsamen Verbesserungsprozess einer ganzen Abteilung. Voraussetzung ist natürlich eine Unternehmenskultur, die solch aktive Partizipation und gleichberechtigte Kommunikation am Arbeitsplatz wertschätzt und fördert.

Die Beschäftigten sollten schon von Anfang an, bevor gesundheitliche Probleme auftreten, die Angebote arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen und betriebsärztlicher Beratungen nutzen.

Der Betriebsrat hat ein Initiativrecht und eine Initiativpflicht, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern, dazu entsprechende Gefährdungsbeurteilungen einzufordern und sich daran zu beteiligen. Die Gefährdungsbeurteilungen sind um so besser, wenn sie nicht nur an die Sicherheitsfachkräfte delegiert werden, sondern alle Beschäftigten mit den Vorgesetzten und dem Betriebsrat an der Erfassung und kontinuierlichen Fortentwicklung beteiligt werden. So entsteht ein gemeinsames Verantwortungsgefühl für den Arbeitsschutz und die Entwicklung und Kontrolle notwendiger Maßnahmen. Die gesetzlich vorgeschriebenen regelmäßigen Unterweisungen (§ 12 ArbSchG) haben zum Ziel, die Beschäftigten in den Prozess des betrieblichen Gesundheitsschutzes einzubeziehen, ihnen den Sinn von Gefährdungsbeurteilungen zu vermitteln und ihre Anregungen aufzunehmen. So werden sie Experten in eigener Sache, Akteure für den eigenen Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Der Betriebsarzt kann die Ergebnisse seiner Untersuchungen, die er als Angebotsuntersuchungen für alle Bildschirmarbeitsplätze durchführt, in die Gefährdungsbeurteilungen einfließen lassen. Er kann Beschäftigte und Betriebsrat darin beraten, wie Gefährdungsbeurteilungen der psychischen Belastungen im jeweiligen Betrieb durchgeführt werden sollten, um zu guten Ergebnissen zu gelangen. Dafür reichen die Eindrücke einer einzigen Begehung nicht aus. Bessere Instrumente zur Ermittlung psychischer Belastungen sind die Fragebögen, die in der so genannten Toolbox der Bundesanstalt für Arbeitsschutz aufgeführt sind.¹³ Auch moderierte Gruppengespräche in den einzelnen Abteilungen haben sich bewährt und bringen häufig auf einfacherem Wege ähnlich genaue Befunde wie aufwendige Fragebogenaktionen.

So kann ein Qualitätsprozess begonnen werden, der vom Arbeitgeber durch geeignete Strukturen des Prozessmanagements wie zum Beispiel einen *Steuerungskreis Gesundheit* gestützt werden muss. In einem solchen *Steuerungskreis Gesundheit* sollten alle innerbetrieblichen Akteure vertreten sein: Geschäftsleitung, Personalleitung, Betriebsrat,

¹³ <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Toolbox.html>.

Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft sowie Vorgesetzte und Schwerbehindertenvertretung. Bei Bedarf können externe „Unterstützer“ hinzugezogen werden: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Integrationsämter und andere mehr.

Aufgabe des Betriebsrates ist es, diese Strukturen einzufordern und sich daran zu beteiligen.¹⁴

Solche Strukturen sind Voraussetzung für die Effizienz der Einzelmaßnahmen und sollten vorher definiert werden, unter Umständen auch in Form von Betriebsvereinbarungen. Eine solche Kooperation hängt von den Notwendigkeiten und der gelebten Kultur des jeweiligen Betriebes ab. Dabei ist auch die Beteiligung externer Akteure sinnvoll: der Berufsgenossenschaft und ggf. der Betriebskrankenkasse.

Ziel ist es, die Balance zwischen Belastungen wie Arbeitsverdichtung und Zeitdruck und andererseits Bewältigungsmöglichkeiten im Betrieb individuell herzustellen. Schutzmaßnahmen und Verbesserungen der Arbeitsorganisation müssen durchgeführt und andererseits Ressourcen wie Qualifikation, Kommunikation und Beteiligung der Beschäftigten gefördert werden.

Strukturen, wie ein *Steuerungskreis Gesundheit* können sinnvolle Einzelmaßnahmen der Gesundheitsförderung wie Rückenschule oder Seminare zum Entspannungstraining mit anderen Qualitätsprozessen und Personalentwicklungsmaßnahmen bündeln und zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickeln. „Win-win-Situation“: Gewinner sind die Mitarbeiter, der Arbeitgeber, aber auch der Betriebsrat und der betriebsärztliche Dienst durch eine Förderung ihrer Effizienz und damit ihrer Reputation im Betrieb.

Abbildung 4: Schutzmaßnahmen



Quelle: B. Reddehase, Niedersächsische Gewerbeaufsicht.

¹⁴ Dazu mehr im internet unter http://www.dgb.de/themen/arbeitschutz/psych_belastung/handlungsmoegl.htm/.

5.2.2 Sekundäre Prävention – Patientenübergriff in der Notaufnahme

Die Stationsleiterin der Notaufnahme kommt in die Sprechstunde der Betriebsärztin. Sie macht sich Sorgen um einen ihrer Mitarbeiter, der sich in der letzten Zeit verändert habe. Er wirkt verschlossen und bedrückt. Gegenüber den Patienten verhält er sich zwar korrekt, wirkt dabei aber neuerdings recht interesselos, ja geradezu abweisend. Allen Kolleginnen ist sein seit einigen Wochen verändertes Verhalten aufgefallen. In einer Teamsitzung haben sie ihn darauf angesprochen. Nach einem Vorfall in der Notaufnahme habe er keine Lust mehr zur Arbeit. Die Betriebsärztin verabredet mit dem betroffenen Pfleger ein Gespräch.

Krankenpfleger Michael arbeitet seit 15 Jahren in der Klinik, seit 6 Jahren ist er in der Notaufnahmestation eingesetzt. Bisher hat ihm die Arbeit Spaß gemacht, Krankenpfleger war immer sein Berufsziel, Fortbildungen hat er regelmäßig und motiviert besucht.

Die Arbeit in der Notaufnahme fand er bisher abwechslungsreich und anspruchsvoll. Gelegentliche Reibereien und Wortgefechte mit den manchmal schwierigen Notfallpatienten gehören zum Alltag der Station und haben ihn bisher nicht belastet. Häufig werden vom Rettungsdienst Alkoholisierte oder verwirrte Patienten gebracht. Auch die Angehörigen sind manchmal recht angespannt und schwierig. Damit kam er eigentlich immer gut zurecht.

Aber nach einem Vorfall, der sich vor vier Wochen abspielte, spürte er, dass „das Maß nun einfach voll“ war. Seine Gedanken kreisen auch zuhause um diesen Vorfall und ähnliche Übergriffe, die er vorher besser toleriert und eigentlich vergessen hatte, tauchen aus der Erinnerung ebenfalls wieder bedrückend auf. Er schildert das Ereignis:

An einem Samstagabend wurde ein Patient vom Rettungsdienst aus einer Kneipe in die Notaufnahme gebracht, da er über „Herzschmerzen“ klagte. Er war stark alkoholisiert und wurde in ein Bett der Notaufnahme gelegt. Der Arzt legte eine Infusion an und verordnete strikte Bettruhe, bis der Verdacht auf einen Herzinfarkt ausgeschlossen sein würde. Michael hatte schon Schwierigkeiten bei dem unruhigen und uneinsichtigen Patienten ein EKG abzuleiten. Kurz darauf wollte er zur Toilette, er hatte ja reichlich Bier getrunken. Michael verwehrte ihm das und wies auf die Anordnung des Arztes hin. Er gab ihm eine Urinflasche. Es kam zu einem heftigen Wortgefecht zwischen den beiden. Eine im gleichen Zimmer liegender Mitpatient verließ fluchtartig den Raum. Die Urinflasche war bald gefüllt der Patient machte sich nun auf den Weg zur Toilette. Michael wollte ihn daran hindern, bei dem Gerangel riss die Infusion heraus, Blut verspritzte im Raum. Der Patient schüttete die Urinflasche über mehrere Geräte, warf den Nachttisch um und bedrängte Michael nun tätlich. Michael rief um Hilfe. Zwei Ärzte im benachbarten Stationszimmer leisteten keine Hilfe, sondern verließen schnell den Raum. Durch ein Glasfenster zum Flur wurden draußenstehende Patienten und

Angehörige Zeugen des Vorganges, leisteten aber keine Hilfe, sondern verfolgten das ganze lachend wie Zuschauer eines Spektakels. Erst eine Krankenschwester, die zur Dienstablösung erschien, eine Praktikantin und schließlich eine zufällig vorbeikommende junge Ärztin konnten den nun am Boden liegenden Michael von dem aggressiv zuschlagenden Patienten befreien. Erst nach Injektion eines Beruhigungsmittels ließ sich der Patient beruhigen. Michael war bespritzt mit Blut und Urin, er hatte zum Glück nur Rippenprellungen davongetragen. Da tauchten die beiden Ärzte wieder auf und meinten als Einziges zum Pflegepersonal, sie sollten jetzt aber mal aufräumen und saubermachen! Michael hat, nachdem er sich geduscht und die Kleidung gewechselt hatte, seinen Dienst die ganze Nacht fortgesetzt, merkte aber schon, dass er „wie in Trance“ arbeitete, am nächsten Tag fühlte er sich völlig kaputt. Seitdem geht er nicht mehr gerne zur Arbeit, er muss sich überwinden, morgens früh aufzustehen und dann zu Ärzten und Patienten weiterhin korrekt und freundlich zu sein. Er mache jetzt nur noch „Dienst nach Vorschrift“. Bei der Arbeit, die ihm früher großen Spaß gemacht habe, fühle er sich innerlich „kalt und leer“.

Analysieren wir den Vorfall mit Blick auf unser Präventionskonzept:

Maßnahmen der primären Prävention, dem Vorbeugen und vorausschauenden Verhindern von psychischen Belastungen, sind in dieser Notaufnahme nicht konsequent umgesetzt worden.

- Bauliche Planung und Ausstattung,
- Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen,
- Schulung des Personals.

Sekundäre Präventionsmaßnahmen, also Frühintervention um Krankheitsentstehung zu verhindern, sind nur ansatzweise vorhanden:

- Freistellung von der Arbeit,
- Nachsorge: Vorgesetztengespräche, Psychologische Ersthelfer,
- Etablierung eines Meldesystems,
- Nachsorgeservice beim Betriebsärztlichen Dienst,
- Möglichkeit weiterer professioneller Hilfe wie psychotherapeutischer Unterstützung, Kostenübernahme über den Unfallversicherungsträger.

Bauliche Planung und Ausstattung der Aufnahmestation weisen Mängel auf. Die notwendige räumliche Abschirmung der Primärversorgung ist nicht gegeben. Eine andere Patientin verfolgt im selben Raum die Vorgänge, durch ein zum Flur offenes Fenster werden Außenstehende Zeugen des Geschehens. Das führt eher zu Eskalation von Gewalt statt zu mehr Sicherheit. Der betroffene Patient fühlt sich in seiner Integrität und Intimsphäre bedrängt, am Ende geht es dem Pfleger Michael genauso. Die unfreiwilligen Zeugen leisten keine Hilfe, sie nehmen nur neugierig am Spektakel teil. Ein am

Körper zu tragender Notfallknopf wäre notwendig gewesen, er hätte professionelle Hilfe heranzurufen müssen.

Hausaufgabe also für innerbetriebliche Akteure: Schon bei der Bauplanung ist an die spätere Bestimmung der Räume zu denken und sie sind entsprechend zu gestalten und einzurichten. Betriebsrat und Betriebsarzt sollten in die Bauplanung rechtzeitig eingebunden werden. Bei **Gefährdungsbeurteilungen** und späteren **Begehungen** sind psychische Belastungen der Arbeitsplätze zu beachten.

Eine gute **Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen** sind gerade in Notaufnahmen ein unerlässliches Qualitätsmerkmal. Die Verordnung von Bettruhe und Gebrauch einer Urinflasche – und das noch im Zimmer mit fremden Mitpatienten, sind Regelungen, die auch bei verständigen Menschen auf größte Akzeptanzprobleme stoßen können. Erst recht bei einem schon aggressiven Alkoholisierten. Solche Vorschriften müssen ständig auf ihren Sinn hin reflektiert, ggf. sehr professionell kommuniziert werden. Das bedeutet, dass die Berufsgruppe der Ärzte die Einhaltung fragwürdiger Regeln nicht auf Pflegekräfte abschieben darf. Pflegekräfte und auch Ärzte sollten sich auf vorher festgesetzte Regeln – also **betriebsinterne Verfahrensanleitungen** verlassen können, die im Vorfeld von allen beteiligten Berufsgruppen sachlich festgelegt worden sind und nicht im Notfall ausprobiert werden. Ein Grundproblem des beschriebenen Übergriffes ist die mangelnde Kooperation, ja schon Solidarität der Berufsgruppen. So hat der betroffene Pfleger Michael es erlebt: Ärzte erteilen fragwürdige Anordnungen, in der Übergriffssituation schauen sie weg, anstatt Hilfe zu leisten und fordern ihn am Ende auf, sauber zu machen.

Bei der Lösung dieser Probleme, die auf eine tiefe Vertrauenskrise hinweisen, kann der Betriebsarzt nur beraten, der Betriebsrat ist gefordert, den Betriebsfrieden zu sichern. Wege zur Lösung können nur die Beschäftigten vor Ort finden, die gemeinsam mit ihren Vorgesetzten und letztendlich dem Arbeitgeber die Initiative ergreifen müssen. Der Weg kann über Supervision, Coaching und Qualitätsmanagementprozesse führen.

Schulung des Personals, um professionell mit Deeskalation umgehen zu lernen, scheint dringend erforderlich. Entsprechende Seminare hätten den betroffenen Beschäftigten die oben beschriebenen Mängel vielleicht früher vor Augen führen können. Sie sind ein wichtiger Weg zu mehr Professionalität und damit Qualität der Arbeit. Bei Planung von innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen hat der Betriebsrat ein Mitsprache- und Initiativrecht.

Sekundäre Prävention findet zum Glück statt, aber bisher völlig individuell und damit unstrukturiert. Der Stationsleitung fällt der Zustand ihres Mitarbeiters auf, sie kommt in die Sprechstunde des Betriebsärztin. Diese verabredet Gesprächstermine mit Michael, sie prüft, ob weitere Maßnahmen, wie psychotherapeutische Gespräche notwendig sind. Sie trifft sich mit den anderen Stationsmitarbeitern, um die Erlebnisse gemeinsam

aufzuarbeiten. Was fehlt, ist eine im Betrieb etablierte Leitlinie, nennen wir sie einmal **Leitlinie Übergriffsmanagement**. Was müsste in dieser Leitlinie stehen?

- **Sofortige Freistellung nach dem Übergriff.** Der Betroffene muss möglichst rasch aus dem traumatisierenden Umfeld herausgebracht werden. Möglichst sollte er von einem Kollegen nach Hause in die Obhut eines Angehörigen begleitet werden. Das muss betriebsintern im Vorfeld geklärt werden.
- **Meldung an den Vorgesetzten**, der nachbereitende Gespräche führt. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Schulung der Vorgesetzten, entsprechende Module sollten in die Vorgesetztenqualifizierungen implementiert werden.
- Eine „Kollegiale Nachsorge“ sollte im Betrieb in gefährdeten Bereichen etabliert sein. Dafür gibt es keine allgemein gültigen Rezepte. Damit ist kein aufdringliches Gesprächsangebot gemeint, was den Verarbeitungsprozess bei dem Betroffenen oft eher behindert, sondern ein freiwilliges Angebot, was dem Betroffenen rücksichtsvoll und sensibel aber auch selbstverständlich in bestimmten Zeitabständen nach Übergriffen angeboten werden sollte. Es geht um kollegialen Beistand und Solidarität und nicht um Ursachenklärung für Übergriffe oder gar Diagnosestellung. Eine direkte Kontaktaufnahme von Kollege zu Kollege hat sich bei Verkehrsbetrieben, Psychiatrischen Kliniken und anderen Einrichtungen, die solche Leitlinien bereits entwickelt haben, bewährt.
- In das **Meldesystem** sollten auch der Betriebsrat und Betriebsarzt eingebunden werden, um mögliche Schwachstellen und besonders gefährdete Betriebsteile zu erkennen. Gefährdungsbeurteilungen und eventuelle Maßnahmen müssen dort angepaßt werden.
- Gespräch und Untersuchung in der **Sprechstunde des Betriebsärztlichen Dienstes** sollten sich im Bedarfsfall anschließen, dabei geht es dann darum, eventuell notwendige psychotherapeutische Betreuung rechtzeitig in die Wege zu leiten und die dafür mögliche Kostenübernahme durch den zuständigen Unfallversicherungsträger zu beantragen. In der Regel werden bis zu fünf Stunden sogenannte **probatorische Psychotherapie** gewährt, in denen weiterer Therapiebedarf vom Facharzt abgeschätzt werden kann.

Wir sehen, in unserem Beispiel wurde die Prävention und damit die Maßnahmenkaskade vom Ende aus aufgerollt.

Erst das Gespräch bei der Betriebsärztin lässt die Versäumnisse erkennen und zeigt, wie notwendig strukturierte Handlungsanweisungen wie eine Leitlinie Übergriff in solch gefährdeten Arbeitsbereichen sind. Alle innerbetrieblichen Akteure sind gefordert und stehen vor großen Aufgaben:

Der **Arbeitgeber** hat die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. „Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.“ „Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.“ (ArbSchG § 4.2 und 7)

Der **Beschäftigte** hat als Experte in eigener Sache selbst auch die Pflicht, initiativ zu werden und auf entsprechende Gefährdungen hinzuweisen. In Kooperation mit anderen Kollegen ist auf die Abstellung von Gefahren hinzuwirken.

Dabei ist der **Betriebsrat** als Interessenvertretung natürlich besonders gefordert, von seinem Initiativrecht und Kontrollrecht Gebrauch zu machen.

Vorgesetzte und **Kollegen** stehen in der Verantwortung der möglichst individuellen und sensiblen Nachsorge für den betroffenen Kollegen.

Der **Betriebsarzt** kann die medizinische Betreuung übernehmen und ggf. steuern, indem er Kontakte zu anderen Fachärzten und zur Unfallversicherung bahnt.

5.2.3 Tertiäre Prävention – Ein Fall von Mobbing?

Frau Schmitt hat einen Gesprächstermin mit dem betriebsärztlichen Dienst verabredet. Als Stichwort hinterlässt sie nur die Bemerkung, sie sei bald wieder da. Die Betriebsärztin hat dann lange nichts mehr von ihr gehört.

Die langjährige Vorarbeiterin einer externen Reinigungsfirma war früher stets außerordentlich kooperativ und sorgfältig, ihre eigenen Vorsorgeuntersuchungen waren ihr immer sehr wichtig. Frau Schmitt war auch äußerst bedacht darauf, für ihre Mitarbeiter Termine für Untersuchungen und Impfungen zu organisieren. Beschäftigte, die sich in den Strukturen des Betriebes nicht zurechtfinden – manchmal auch aufgrund von Sprachproblemen –, begleitete sie selbst zum betriebsärztlichen Dienst. Auf sie war also immer Verlass. Dann aber verschwand Frau Schmitt für einige Zeit von der Bildfläche, und von ihren Vertreterinnen war schließlich zu hören, sie sei wiederholt krank. Vor einem halben Jahr aber erschien sie plötzlich in völlig aufgelöstem Zustand bei der Betriebsärztin. Frau Schmitt erklärte, sie sei aufgrund unterschiedlichster Beschwerden wie Magen- und Schlafstörungen sowie Wirbelsäulenbeschwerden immer wieder arbeitsunfähig. Sie erschien der Betriebsärztin psychisch akut dekompenziert. Auf Nachfrage nannte sie Probleme am Arbeitsplatz, über die sie momentan aber nicht reden könne. Frau Schmitt ist Motorradfahrerin. Sie sagte, in letzter Zeit würde ihr immer wieder der Gedanke kommen, mit ihrer Maschine einfach gegen einen Brückenpfeiler zu rasen. Nun war der Betriebsärztin klar, Frau Schmitt gehörte in geeignete psychiatrische Behandlung – und zwar sofort! Zum Glück ließ sie sich davon überzeugen, diese Hilfe anzunehmen. Ein Termin in einer psychiatrischen Ambulanz konnte noch für denselben Tag verabredet werden. Frau Schmitts Ehemann begleitete sie. Am nächsten Tag, als er das Motorrad abholte, berichtete er, seine Frau sei stationär aufgenommen worden.

Wie mag es ihr in der Zwischenzeit ergangen sein?

Zum verabredeten Termin bei der Betriebsärztin erscheint Frau Schmitt pünktlich und wirkt stabil. Sie legt einen Arztbrief aus einer Rehabilitationseinrichtung vor. Nach der stationären Akuttherapie wurde sie von einem Psychiater ambulant behandelt, der die Rehabilitationsmaßnahme beantragte.

Drei Wochen wurde sie nun in einer Psychosomatischen Klinik betreut. Obwohl noch immer arbeitsunfähig, ist sie aus der Klinik entlassen worden, eine stufenweise Wiedereingliederung wurde beantragt.

Frau Schmitt gibt an, sie habe an einer schweren Depression gelitten, ausgelöst durch Mobbing am Arbeitsplatz.

Ihre Lage war im letzten Jahr immer schwieriger geworden:

Sie wurde mit ständig wechselnden Vorgesetzten konfrontiert, von der letzten Vorgesetzten fühlte sie sich nur noch schikaniert. Sie erhielt einander widersprechende Aufträge, Absprachen wurden nicht eingehalten, Informationen vorenthalten und schließlich Gerüchte über ihre mangelnde Arbeitsleistung gestreut. Stammpersonal ihrer Reinigungsgruppe wurde zum Teil überraschend gekündigt, ohne dass sie hinzugezogen worden wäre, erzählt Frau Schmitt. Viele zuverlässige Mitarbeiter hätten von selbst gekündigt, neue Mitarbeiter zu schlechteren Bedingungen und auf Basis sehr kurz befristeter Verträge eingestellt. Fluktuation und Krankenstand wuchsen. Schließlich hatte Frau Schmitt kaum mehr verlässliche Mitarbeiter und musste immer kurzfristiger improvisieren. Kunden seien mit der immer schlechteren Dienstleistung zu Recht unzufrieden gewesen.

Frau Schmitt sagt, sie sehe die Vorgänge jetzt klarer und distanzierter, vor der Therapie dagegen habe sie alles als ihre eigenen Fehler empfunden und sich deshalb nicht zur Wehr gesetzt.

Was ist nun zu tun? Kurzfristig muss die Betriebsärztin mit den behandelnden Ärzten und der Krankenkasse einen Wiedereingliederungsplan entwerfen und der Arbeitgeber muss damit einverstanden sein. Aber ist eine Weiterbeschäftigung am alten Arbeitsplatz überhaupt sinnvoll? Hat Frau Schmitt an diesem Arbeitsplatz eine langfristige gute Prognose? Könnten sich die Probleme vielleicht wiederholen und damit ein Krankheitsrückfall riskiert werden? Wäre das Mobbing-Geschehen nicht vorher aufzuarbeiten gewesen?

Ein Fall von Mobbing?

Unter Mobbing versteht man destruktive Handlungen zumeist in der Arbeitswelt, die

- von einer Person oder Gruppe ausgehen,
- über einen längeren Zeitraum und wiederholt gezielt gegen eine Person gerichtet sind, um sie auszugrenzen.

Typische Mobbing-Handlungen wurden von Heinz Leymann erstmals 1993 aufgelistet.¹⁵ „Klassisches“ Mobben besteht darin, Gerüchte zu säen, sinnlose und ständig wechselnde Aufgaben anzuordnen, die das Opfer nicht erfüllen kann, Kontakte zu verweigern und Informationen vorzuenthalten. Mobbing in der oben definierten Form ist ein für die Betroffenen äußerst belastender Vorgang, der schließlich zu schweren Krankheitssymptomen, in manchen Fällen sogar zur Berufsunfähigkeit führen kann. Da der Mobbing-Prozess sich über Jahre hinziehen kann und die Opfer ihn anfangs nicht richtig einordnen, ja, wie zunächst Frau Schmitt, sich häufig selbst schuldig fühlen und mit Selbstvorwürfen reagieren, ist Mobbing ein identitätsbedrohender Vorgang.

Man sollte den Begriff Mobbing aber nicht inflationär gebrauchen.

Nicht jeder Betriebsklatsch ist Mobbing, denn unter Mobbing verstehen wir ein planmäßiges Vorgehen, um eine Person gezielt auszugrenzen.

Vieles an der Falldarstellung von Frau Schmitt deutet auf Mobbing hin. Aber war es auch gezielt gegen sie als Person gerichtet? Wollte man sie bewusst loswerden oder fertigmachen?

Sind die Arbeitsbedingungen, die nach Einschätzung der behandelnden Psychiater mit dazu beitrugen, bei Frau Schmitt eine Depression auszulösen, nicht einfach Ausdruck einer insgesamt schlechten Arbeitsorganisation und Personalführung? Die beschriebenen Arbeitsplatzmängel hätten den Betriebsrat schon früher hellhörig werden lassen müssen. Die Beschäftigten hätten sich selbst frühzeitiger an den Betriebsrat oder die Betriebsärztin wenden sollen. Damit hätten Kündigungswellen oder weitere Depressionen bei den Mitarbeitern vielleicht vermieden werden können.

Im Betrieb gibt es eine Betriebsvereinbarung zum Thema „Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz“, worin auch das Vorgehen bei Mobbing-Verdacht beschrieben wird. Es bedarf der sensiblen Analyse durch eine etablierte betriebsinterne Gruppe, um den Mobbing-Verdacht zu erhärten oder zu verwerfen. In jedem Falle benötigt man schriftlich festzuhaltende Tatbestände. Hier könnte an ein „Mobbing-Tagebuch“ gedacht werden, um die Vorwürfe prüfen zu können. In jedem Falle muss die Gegenseite ebenfalls zu Wort kommen können.

Schlechte Arbeitsbedingungen alleine sind kein Mobbing, wenn sie auch Betriebsrat und Beschäftigte schon im Rahmen der primären und sekundären Prävention zum Handeln veranlassen sollten, um Missstände rechtzeitig abzuwenden.

Die Forderung nach fehlerfreier und pünktlicher Arbeit ist ebenfalls kein Mobbing. Manchmal wird selbst berechtigte Kritik als „Mobbing“ hingestellt. Beschäftigte und Betriebsrat müssen aber darauf achten, dass die Arbeitsaufgaben auch korrekt geleistet

15 Liste der 45 Mobbing-Handlungen nach Prof. Heinz Leymann.

werden *können*. Arbeitsorganisation, Fortbildungsmaßnahmen, auch die Erhaltung der eigenen Fitness, gehören hierbei zu den präventiven Maßnahmen.

Im Falle von Frau Schmitt stehen wir unversehens am Endpunkt einer langen Entwicklung. Die Erkrankung muss *nachhaltig* überwunden, Rückfällen vorgebeugt werden. Das sind die Ziele der Tertiären Prävention.

Ein Instrument dazu ist die medizinische Rehabilitation. Frau Schmitt hat eine Rehabilitationsmaßnahme in einer psychosomatischen Klinik bereits abgeschlossen. Wenn schon in dieser Phase die behandelnden Ärzte Kontakt zur Betriebsärztin aufgenommen hätten, wären die weiteren Schritte besser zu planen gewesen. Die nächste Phase ist nun die stufenweise Wiedereingliederung, die berufliche Rehabilitation.

Dies alles sollte auf der Basis eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements geplant werden. Es hat den Vorteil, innerbetrieblich Beteiligte und bei Bedarf auch externe Experten an einen Tisch zu bringen.

Zum Team des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) gehören:

- der Beschäftigte,
- ein Betriebsratsmitglied,
- ein Vertreter des Arbeitgebers, zum Beispiel Personalleiter,
- die Betriebsärztin,
- ggf. die Vorgesetzte,
- ggf. die Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Je nach Sachlage des Eingliederungsfalles können auch externe Experten hilfreich sein und hinzugezogen werden: Sachbearbeiter der Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen, der Integrationsämter und gelegentlich – natürlich nur auf Wunsch des Beschäftigten – auch einmal sein behandelnder Arzt.

In einer BEM-Leitlinie, es kann auch eine Betriebsvereinbarung sein, sollte vorher das Verfahren verabredet werden: Dokumentation, Datenschutz, Struktur der Gruppe und Zuständigkeiten sowie schließlich der Ablauf des Prozesses, Diskretion und Schweigepflicht sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfolgreiches Verfahren. In der Regel sollten nicht Diagnosen und Krankheitsbeschwerden besprochen, sondern die Leistungsfähigkeit und das Entwicklungspotenzial des Beschäftigten analysiert werden. Welche Hilfen benötigt er, um wieder vollintegriert an seinem Arbeitsplatz eingesetzt werden zu können? Muss der bestehende Arbeitsplatz angepasst werden? Oder ist, falls das nicht aussichtreich erscheint, eine Versetzung nötig? Welche Maßnahmen sind dafür erforderlich? Fortbildungen, Umschulungen oder anderes? Wie man erkennen kann, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement ein sehr komplexes Geschehen mit äußerst individueller Ausgestaltung. Dafür gibt es keine einfachen Rezepte, Handlungshilfen

erleichtern den Einstieg in das Thema und die Bewältigung damit verbundener Probleme.¹⁶

Im Falle von Frau Schmitt stehen nun auch noch Mobbing-Vorwürfe im Raume. Das kompliziert die Wiedereingliederung. Es wird ratsam sein, diese Vorwürfe sehr ernst zu nehmen, denn anders ist nicht zu klären, ob der bisherige Arbeitsplatz für Frau Schmitt überhaupt noch gesundheitsgerecht ist. Vielleicht ist die Versetzung der gerade wieder psychisch ausbalancierten Beschäftigten in einen nicht belasteten Bereich für ihre Gesundheitsprognose günstiger. Solche Überlegungen sind sensibel zu formulieren und in einer engagierten Unterstützer-Gruppe, wie es im besten Falle das BEM-Team sein kann, zu diskutieren und zu klären. Man wird sich im „Fall Frau Schmitt“ sicher nicht nur einmal zusammensetzen müssen.

5.3 Gefährdungen und Schutzmaßnahmen für schwangere Beschäftigte

In den vorangegangenen Kapiteln wurden am Beispiel von Gefährdungen der Haut klassische Präventionsmodelle den komplexen Modellen für die Prävention psychischer Belastungen gegenüber gestellt.

Nun wenden wir uns den Belastungen spezieller Beschäftigtengruppen zu. Die verschiedenen Rollen sollen beleuchtet werden, welche die Betroffenen selbst im Zusammenspiel mit ihrem Arbeitgeber, ihrer betrieblichen Interessenvertretung und ihrem Betriebsarzt dabei spielen können.

Die Präventionsmaßnahmen bei Schwangerschaft entstammen dabei wieder eher dem klassischen Repertoire des Arbeitsschutzes. Dagegen sind die im nächsten Kapitel aufgezeigten Maßnahmenmodelle zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter zukunftsweisend. Sie sind komplexer als die klassischen Modelle, aber bedingt durch den demografischen Wandel wird die Realität in den Betrieben selbst zunehmend komplexer und verlangt individuellere Arbeitsschutzanforderungen und Maßnahmen szenarien.

Prävention bei Schwangerschaft

Dass in den Gesetzestexten stets von werdenden und stillenden Müttern die Rede ist, wird oft übersehen.

Werdende und stillende Mütter also, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, genießen einen besonderen Schutz vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschäden am Arbeitsplatz sowie vor finanziellen Einbußen. Dieser Schutz ist international über die Europäischen Richtlinien (92/85/EWG) gesetzlich geregelt, national über das Mutterchutzgesetz (MuSchG) und eine Reihe von Verordnungen:

¹⁶ Giesert/Wendt 2007.

- Mutterschutzrichtlinienverordnung (MuSchRiV),
- Röntgenverordnung (RöV),
- Strahlenschutzverordnung (StrlSchV),
- Gefahrstoffverordnung (GefStoffV),
- Biostoffverordnung (BioStoffV),
- Druckluftverordnung (DrucklVO),
- Gentechnik-Sicherheitsverordnung (GenTSV),
- Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV),
- Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen (MuSchV).

Trotz der ins Einzelne gehenden juristischen Regelung des Themas „Schwangerschaft im Betrieb“ gibt es häufig Unklarheiten in der praktischen Umsetzung. Es gibt sogar Unterstellungen, wonach das Mutterschutzgesetz ein Beschäftigungsverbot für berufstätige Frauen sei.

Betrachten wir daher, wie die Rollenverteilung aussehen sollte, um die Situation für alle Beteiligten und natürlich in erster Linie für die schwangeren Beschäftigten harmonisch zu gestalten. Sie, nämlich die schwangere Beschäftigte, hat selbstverständlich im Mittelpunkt unseres Bemühens zu stehen. Die Betreuung der schwangeren Beschäftigten ist ein Prüfstein dafür, wie Arbeitsschutz im Betrieb gelebt wird. Die Qualität einer guten Lebens-Arbeitsbalance, einer späteren harmonischen Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit einer positiven Unternehmenskultur muss sich also hier besonders erweisen.

Die Beschäftigte sollte den Arbeitgeber von ihrer Schwangerschaft und dem voraussichtlichen Entbindungstermin sofort informieren. Nur dann können die gesetzlichen Regelungen eingehalten und Schutzmaßnahmen rasch umgesetzt werden. Sie sollte diese Meldung nicht aus falscher Rücksicht auf betriebliche Belange hinauszögern. Spätere Gewissensbisse bleiben ihr damit erspart, sollten sich im Schwangerschaftsverlauf Probleme einstellen.

Ist **der Arbeitgeber** über die Schwangerschaft einer Mitarbeiterin informiert, dann muss er selbst umgehend die Behörden des staatlichen Arbeitsschutzes informieren. In Nordrhein-Westfalen liegt die Zuständigkeit bei der Bezirksregierung. Der Arbeitgeber hat des weiteren und ebenfalls umgehend eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes der Schwangeren durchzuführen. Diese Aufgabe kann er an seinen Betriebsarzt delegieren. Zweck der Gefährdungsbeurteilung ist es, gesundheitliche Gefahren für Mutter und Kind zu erkennen, diese Gefahren zu bewerten und Schutzmaßnahmen einzuleiten wie die folgenden:

- Umgestaltung der Arbeitsbedingungen,
- Umsetzung/innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel,
- Im Extremfall Beschäftigungsverbot/Freistellung von der Arbeit.

Das Ergebnis dieser Beurteilung muss der Arbeitgeber der werdenden Mutter, dem Betriebsrat und den Kollegen ihrer Arbeitsstelle mitteilen.

Der Betriebsrat hat darüber zu wachen, dass die zugunsten der Arbeitnehmer erlassenen Gesetze und Verordnungen auch durchgeführt werden. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, hat der Betriebsrat das Recht, vom Arbeitgeber umgehend informiert zu werden. (§80 Abs. 1 und 2, BetrVG) Bei der Mitteilung einer Schwangerschaft sollte aber vorher das Einverständnis der Beschäftigten oder ihr Widerspruch eingeholt werden. Sicher ist es sinnvoll, den Betriebsrat in die Gefährdungsbeurteilung und die daraus folgenden Schutzmaßnahmen einzubeziehen. Er kann im betrieblichen Umfeld auf die Beachtung der Maßnahmen hinwirken und die werdende Mutter unterstützen.

Wenden wir uns den Aufgaben des **Betriebsarztes** zu. Bei ihm kann die Gefährdungsbeurteilung im Rahmen einer Untersuchung durchgeführt werden. Sind gesundheitliche Gefahren für Mutter und Kind und folglich daraus abgeleitete Schutzmaßnahmen zu erwarten, dann ist es zweifellos das Beste, wenn der Betriebsarzt gemeinsam mit der Beschäftigten die Gefährdungsbeurteilung durchführt. In einem persönlichen Beratungsgespräch lassen sich leichter individuell zugeschnittene Lösungen finden und mit der Beschäftigten verabreden. Aus der Mutterschutzrichtlinienverordnung abgeleitete Checklisten haben sich als Instrument der Beurteilung sowie für die Dokumentation bewährt. Darin sind die verschiedenen Belastungen und Gefahrstoffe aufgelistet.

Physikalische Belastungen

Werdende und stillende Mütter dürfen nicht schwere körperliche Arbeiten leisten. So ist etwa das Umbetten von Patienten oder das Schieben von Krankenhausbetten ohne Hilfe eine zu große Belastung und also zu vermeiden. Langes Stehen, Bücken und Strecken sind zu vermeiden. Die Schwangere hat ein Recht auf zusätzliche Ruhepausen und auf eine Liegemöglichkeit.

Nach einer Änderung der Röntgen- und der Strahlenschutzverordnung ist es inzwischen möglich, dass Schwangere den Kontrollbereich zum Beispiel einer Klinik oder Arztpraxis betreten. Durch diese Lockerung sollen die Berufschancen junger Ärztinnen verbessert und die Beschäftigungsmöglichkeiten schwangerer Ärztinnen weniger beeinträchtigt werden. Zur Risikoverringerung sind jedoch folgende Auflagen zu beachten:

- Die Ausnahmeregelung ist zur Erreichung eines Ausbildungszieles der Beschäftigten oder zur Aufrechterhaltung der Betriebsvorgänge notwendig.
- Der Strahlenschutzbeauftragte muss ausdrücklich zustimmen.
- Der Dosisgrenzwert für das ungeborene Kind liegt bei 1 Millisievert und muss vom Zeitpunkt der Information über die Schwangerschaft bis zu deren Ende eingehalten werden. Der Strahlenschutzbeauftragte hat die erhaltene Strahlendosis wöchentlich und mit geeigneten Dosimetern zu bestimmen und zu dokumentieren. Die Ergeb-

nisse sind der Schwangeren und dem Betriebsrat mitzuteilen, auf Verlangen auch der Aufsichtsbehörde.

Natürlich kann diese Regelung nur im Einverständnis mit der schwangeren Beschäftigten durchgeführt werden. In meiner eigenen Beratungspraxis hat bisher keine Schwangere eine Lockerung der Schutzauflagen für sich in Anspruch genommen und damit ein wie auch immer minimales Risiko für ihr ungeborenes Kind akzeptiert. Es ist die Aufgabe des Betriebsarztes und ggf. des Betriebsrates, die Beschäftigte in ihrer Entscheidung zu unterstützen. Und: Gegen den Willen der Schwangeren sollten niemals Lockerungen des Arbeitsschutzes verabredet werden. Aus der Betriebsperspektive: In einem meiner „Fälle“ hat sich selbst das organisatorische Problem einer gleichzeitigen Schwangerschaft dreier Ärztinnen in der Röntgenabteilung einer von mir betreuten Klinik mit geeigneten Maßnahmen und Vertretungsregelungen lösen lassen.

Kontakt zu Krankheitserregern, biologische Gefährdungen

Hat die Schwangere an ihrem Arbeitsplatz ein höheres Risiko für Infektionen als die Durchschnittsbevölkerung? Für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Kinderbetreuung ist diese Frage mit „Ja“ zu beantworten. Diese Antwort ist der Maßstab für die Gefährdungsbeurteilung. Merkblätter der Aufsichtsbehörden geben Hilfestellungen bei der Bewertung der einzelnen Tätigkeiten.¹⁷

Die beste Prävention ist ein entsprechendes Impfangebot im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vor Eintritt einer Schwangerschaft. Dafür stehen je nach Gefährdung Impfungen gegen Hepatitis A und B, Keuchhusten, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken zur Verfügung. Kommt es bei einer Beschäftigten ohne ausreichende Immunität zur Schwangerschaft, dann ist eine Freistellung von allen risikobehafteten Tätigkeiten die einzige Alternative, denn Impfungen während der Schwangerschaft können meistens nicht durchgeführt werden.

Durch geeignete Schutzmaßnahmen wie Schutzhandschuhe und Schutzbrille oder durch Arbeit mit geschlossenen Systemen kann die Schwangere vor einem Kontakt mit Krankheitserregern in menschlichem Blut und anderen Sekreten bewahrt werden.

Arbeiten mit Gegenständen, die zu einer Stich- oder Schnittverletzung führen können, so Kanülen oder Skalpelle, sind in der Schwangerschaft nicht möglich. Selbst bei einem guten Impfschutz vor Hepatitis B kann es immer noch zu einer Übertragung von Hepatitis C oder HIV kommen.

Daher kann eine Chirurgin in der Zeit der Schwangerschaft und des Stillens nicht operativ tätig sein. Eine Beschränkung auf ärztliche Tätigkeiten ohne diese Gefahren müsste eigentlich in jeder Klinik für die kurze Zeit einer Schwangerschaft möglich sein.

¹⁷ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2007. Unter: http://www.arbeitsschutz.nrw.de/bp/good_practice/BesondereZielgruppen/DownloadMutterschutz/MuKinder020307a.pdf. Siehe auch andere Studien und Praxishilfen zum Mutterschutz: www.arbeitsschutz.nrw.de.

Dagegen kommt bei Erzieherinnen in Kindergärten oder Grundschullehrerinnen gelegentlich nur eine Freistellung in Frage, sollte rein administrative Tätigkeiten nicht in ausreichendem Umfang möglich sein.

Dieser Punkt wurde in den letzten Jahren in der Presse teils sehr emotional diskutiert. Dabei sind oft organisatorische Probleme des Arbeitgebers in den Vordergrund gerückt, die Risiken für die Schwangeren aber aus dem Blick verloren worden. Aber das Ziel des Mutterschutzgesetzes ist es, gesundheitliche Gefahren für die werdende Mutter und das ungeborene Kind abzuwehren, nicht organisatorische Probleme der Arbeitgeber.

Eine Infektion wie Röteln kann das Leben des Ungeborenen zerstören, Begleiterscheinungen von Keuchhusten wie Husten und Brechattacken können den Schwangerschaftsverlauf beeinträchtigen. Auch die Behandlung einer MRSA-Infektion (Multiresistente Staphylokokken) mit hochpotenten Antibiotika würde die Gesundheit des Kindes gefährden.

Auch wenn diese Szenarien statistisch unwahrscheinlich sind – wer wollte eine Schwangere solchen Gefahren aussetzen? Die Beschränkungen dauern einige Monate – das Neugeborene hat eine Lebenserwartung von über achtzig Jahren! In einem Land, wo der Contergan-Skandal noch in guter Erinnerung ist, sollten wir über den Mutterschutz und seine Maßnahmen engagierter und im Sinne der Mütter und ihrer Kinder diskutieren.

Es kommt nicht ganz selten vor, dass Arbeitgeber die hohen Kosten für eine Freistellung beklagen, aber die geringen Kosten einer rechtzeitigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung einschließlich Impfung aus kurzsichtigen Gründen sparen wollen.

Chemische Gefährdungen

Keine werdende Mutter darf schädigenden Chemikalien ausgesetzt werden, die inhaliert oder über die Haut resorbiert werden können. Dazu gehören Zytostatika und Narkosegase, aber auch Reinigungs- und Desinfektionsmittel. Geeignete Schutzhandschuhe wenden manche Gefahren ab. Anästhesistinnen können während ihrer Schwangerschaft Narkosen betreuen, wenn diese intravenös und nicht mit Narkosegasen durchgeführt werden oder die gemessenen Arbeitsplatzwerte unterhalb der Gefährdungsschwelle liegen. Maskennarkosen bleiben davon selbstverständlich ausgenommen. Im Gespräch mit schwangeren Beschäftigten findet sich in der Regel immer eine individuelle Lösung. Im Zweifel wird man sich an die Arbeitsschutzbehörden wenden. Dort stehen Ansprechpartner für die Beratung der Betroffenen und ihrer Betriebsärzte zur Verfügung.

Arbeitsabläufe

Dass werdende Mütter nicht nachts arbeiten und auch keine überlangen Schichten und Schichtblöcke ableisten sollten, ist unstrittig. An Sonn- und Feiertagen darf eine schwangere Krankenschwester dann arbeiten, wenn sie während der Woche einen anderen Tag als Ruhetag bekommt. Ihr Kind merkt noch nicht, ob es Sonntag ist oder Mittwoch.

Aber das Kind würde bei Unfällen und Hektik Schaden nehmen. So ist die Arbeit mit möglicherweise aggressiven Patienten nicht erlaubt und keine Schwangere sollte auf hohen Leitern herumturnen. Sie sollte nicht mit Notfallsituationen konfrontiert werden und immer die Möglichkeit haben, sich bei Unpässlichkeit zurückziehen zu können. Die Arbeit im Notaufnahme-Bereich ist sicher nicht zumutbar und auf Intensivstationen nur dann, wenn die Beschäftigte einverstanden ist und die genannten Bedingungen zuverlässig erfüllt werden. Betriebsarzt und Betriebsrat sollten die Einhaltung der Maßnahmen gelegentlich „vor Ort“ überprüfen. Bestehen Zweifel an der Kooperationsbereitschaft der Betroffenen oder daran, dass die Maßnahmen in ihrer Abteilung akzeptiert werden, ist die Versetzung in einen ruhigeren Bereich stets das probate Mittel.

Im vertraulichen Gespräch mit schwangeren Beschäftigten habe ich als Betriebsärztin fast immer gute Lösungen finden können. In der Regel hat die werdende Mutter bereits über Schutzmaßnahmen nachgedacht, denn sie selbst kann sich und ihr Umfeld ja am besten einschätzen.

Der Betriebsarzt als Vertreter des Betriebes sollte den Schwangeren nur signalisieren, dass sie keine Zugeständnisse und Risiken eingehen müssen. Gesundheit und Sicherheit für die schwangere Beschäftigte und ihr ungeborenes Kind haben oberste Priorität.

Beschäftigungsverbote

Natürlich besteht ein generelles Beschäftigungsverbot für schwere und gesundheitsgefährdende Arbeiten. Wie ausgeführt, lassen sich derartige Gefährdungen durch zahlreiche Maßnahmen verhindern.

Daneben gibt es Einzelfälle, bei denen der behandelnde Arzt ein individuelles Beschäftigungsverbot attestiert (§ 3 Abs. 1 MuSchG) und feststellt, dass aufgrund des Gesundheitszustandes der Schwangeren, also ihrer Konstitution oder vorheriger Erkrankungen eine weitere Beschäftigung für Mutter oder Kind gesundheitsgefährdend ist.

Der behandelnde Arzt wird in der Regel den Fall vorher mit dem zuständigen Betriebsarzt besprechen.

Ein Beschäftigungsverbot kann partiell sein, zum Beispiel eine Arbeitszeit von maximal vier Stunden täglich vorschreiben, aber auch total.

In einem solchen – und wie nochmals zu betonen – seltenen Fall sind im Attest die Gründe für ein Beschäftigungsverbot ausführlich darzulegen, die genauen Diagnosen aber selbstverständlich dem Arbeitgeber nicht mitzuteilen. Die Dauer des Beschäftigungsverbotes ist anzugeben.

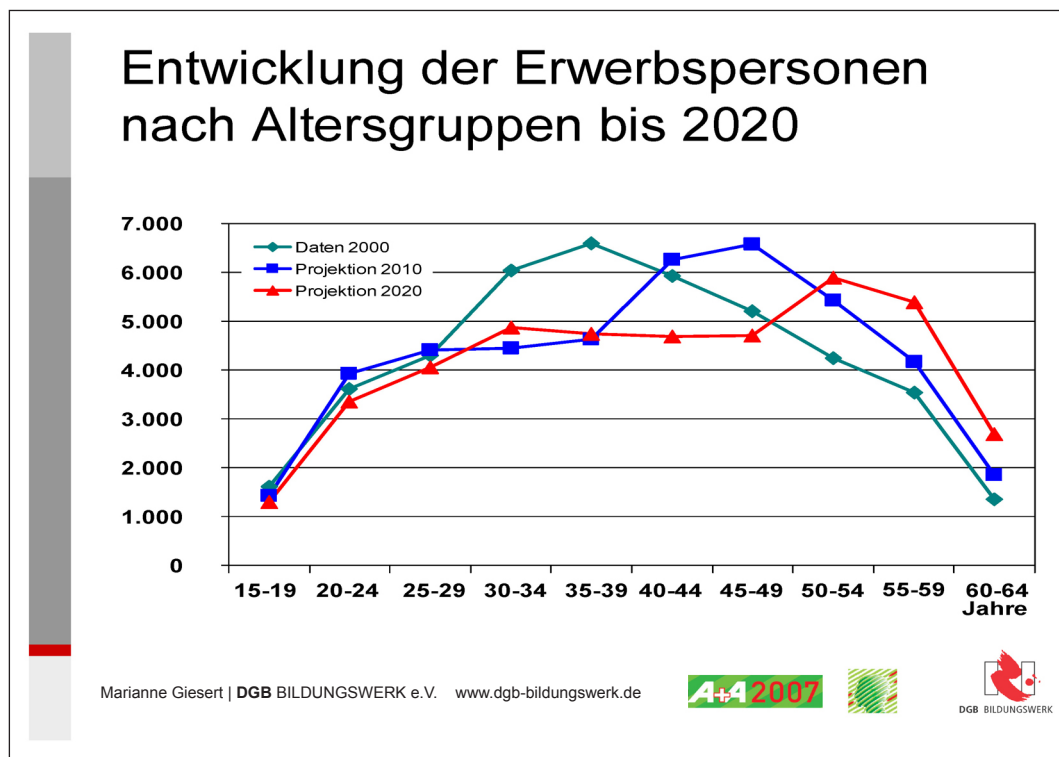
Die Schwangere hat Anspruch auf ihren letzten Durchschnittsverdienst. Der Arbeitgeber kann die ihm entstehenden Kosten durch ein Umlageverfahren der Krankenkassen

zurückerstattet bekommen. Rechtlich gesehen ist die Beschäftigte in dieser Zeit ja nicht arbeitsunfähig, sondern als gesunde Schwangere von der Beschäftigung freigestellt.

5.4 Ältere Beschäftigte

War im Jahre 2000 die Mehrzahl der Beschäftigten im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, so wird sie 2010 zwischen 40 und 50 Jahre alt sein und in der Zukunft ab 2020 wieder 10 Jahre älter werden, die Beschäftigtengruppe, der über 50 Jährigen wird dann dominieren. Es ist ja dieselbe Personengruppe, die sich zu ihrem Rentenalter hinentwickelt, bis 67 Jahre oder auch länger....

Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbspersonen nach Altersgruppen bis 2020



Zwei Phänomene liegen dieser Entwicklung zu Grunde: Es rücken nicht mehr genügend junge Beschäftigte nach, und die Möglichkeiten eines vorzeitigen Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit werden minimiert. Die Ursachen und Bedingungen für das, was wir demografischen Wandel nennen, sollen hier nicht diskutiert werden, sie sind hinlänglich bekannt.

Wir wollen uns der auf der Zeitachse wandernden Gruppe älterer Beschäftigter zuwenden und überlegen, was zum Erhalt ihrer Beschäftigungsfähigkeit geschehen muss. Gibt es spezielle Gefährdungen für Ältere und welche Schutzmaßnahmen resultieren daraus?

Setzt man körperliche und geistige Gesundheit voraus, so scheinen die Potenziale von jungen Erwerbstätigen noch recht homogen zu sein: Sie sind in der Regel körperlich fit und ohne chronische Erkrankungen. Nach absolvierter Ausbildung sind sie in der Regel motiviert, geistig flexibel und wissensdurstig.

Mit zunehmendem Alter ändert sich das Bild. Nein, es geht nicht zunehmend „berg-ab“, wie man vorschnell und leichtfertig denken könnte. Die individuellen Unterschiede nehmen zu, die Lebenswege mit ihren Ressourcen und Potenzialen gehen auseinander. Mancher beschreitet einen fortwährenden positiven Entwicklungsprozess, ein anderer kann sein erreichtes Niveau halten, der nächste zehrt nur von den Ressourcen seines Berufseinstieges und gerät in einen steten Abwärtstrend. „Jeder ist seines Glückes Schmied – und seines Unglückes.“ An diesen Sinnspruch mag man manchmal denken, wenn Lebenswege von Beschäftigten betrachtet werden. Natürlich ist der Beschäftigte selbst gefordert, sich dem Ziel „Arbeiten bis 67“ zu stellen. Aber immer komplexere Beanspruchungen erfordern Präventionsanstrengungen auf vielen unterschiedlichen Ebenen. Diese können nur gelingen, wenn Arbeitgeber, innerbetriebliche Interessenvertretung wie der Betriebsrat und der Betriebsarzt den Beschäftigten dabei unterstützen. Oft ist es dabei sinnvoll und notwendig, externe Präventionsträger wie Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zu beteiligen.

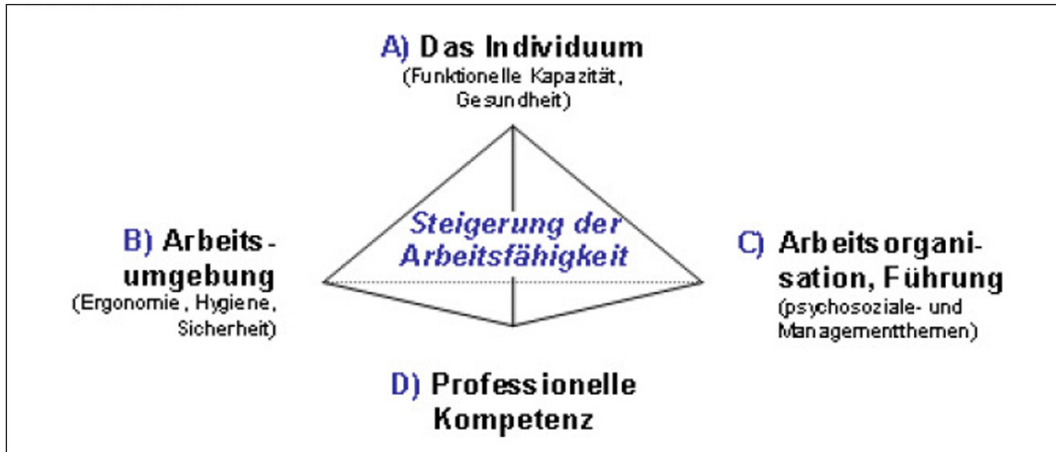
Nach Ilmarinen und Tempel gibt es vier „Handlungsfelder“ zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit.¹⁸ So sind Präventionsmaßnahmen möglich in Bezug auf

- das Individuum, seine funktionale Kapazität und Gesundheit,
- die Arbeitsumgebung und die Arbeitsbedingungen,
- die Arbeitsorganisation und Führung sowie Personalentwicklung,
- die professionelle Kompetenz des Beschäftigten.

Auf diesen Feldern sollte interveniert werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen und die Beschäftigungsfähigkeit des Einzelnen zu erhalten. Nachhaltige Erfolge können dann am besten erzielt werden, wenn die Präventionsansätze „multidimensional“ sind, d.h. wenn gleichzeitig auf mehreren der vier Handlungsfelder interveniert wird. Auch müssen alle Akteure verschiedenster innerbetrieblicher Ebenen diese Intervention als ihre Gemeinschaftsaufgabe wahrnehmen und als Teil ihrer Betriebskultur pflegen.

¹⁸ Ilmarinen/Tempel 2002.

Abbildung 6: Modell der Förderung der Arbeitsfähigkeit – vier Handlungsfelder der Prävention



Quelle: modif. nach Ilmarinen/Tempel 2002, Arbeitsfähigkeit 2010

5.4.1 Das Individuum, seine funktionale Kapazität und Gesundheit

Nach einer Analyse der AOK „nehmen zwar Krankheitsfälle und Unfälle im Alter ab, aber die Krankheitsdauer steigt insgesamt bei wachsendem Anteil chronischer Erkrankungen an.“¹⁹ Einer sinkenden Reaktionsschnelligkeit und körperlichen Belastbarkeit stehen zunehmende geistige und soziale Fähigkeiten gegenüber. Kommunikationsfähigkeit und Konfliktlösungskompetenzen sind bei Älteren mehr entwickelt als bei jungen Beschäftigten. Ältere Beschäftigte mit großer Berufserfahrung zeigen hohes Verantwortungsbewusstsein und Loyalität gegenüber ihrem Betrieb. Für Jüngere besitzen Freizeitverhalten, Freundeskreis und ggf. ihre junge Familie einen hohen Stellenwert, während Ältere sich eher über das Berufsleben identifizieren.

Da der Anteil der Dienstleistungsberufe, die gerade diese soziale Kompetenzen erfordern, immer weiter steigt, körperliche Belastungen durch technischen Fortschritt dagegen immer mehr sinken, sollte die Beschäftigung älterer Mitarbeiter eigentlich voll im Trend liegen. Aber der Anteil der älteren Erwerbstätigen ist in Deutschland recht gering. Offenbar zweifelt man immer noch an ihrer Leistungsfähigkeit und setzt Leistungskraft bei Jüngeren unhinterfragt voraus. Zwei Vorurteile auf einmal und auch bei den Beschäftigten selbst: Viele Beschäftigte halten mit zunehmenden Alter nachlassende körperliche Kräfte für schicksalhaft, viele jüngere halten ihre angeblich höhere Leistungskraft für gottgegeben.

Es muss einen Paradigmenwechsel im Bewusstsein der Gesellschaft und jedes Einzelnen geben: Weg vom Defizit-Modell, hin zum Kompetenz-Modell älterer Beschäftigter!²⁰

¹⁹ Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH 2005.

²⁰ Mainz 2002.

Die Gesundheit der Beschäftigten ist das klassische Handlungsfeld der Betriebsmedizin. Angebote in den Betrieben können positive Signale senden, noch bevor Beschäftigte Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen müssen. Als Maßnahmen der primären Prävention sind sie natürlich für alle Altersgruppen gedacht, aber gerade die Älteren profitieren in besonderem Maße davon. Sie können dadurch ihre Beschäftigungsfähigkeit erhalten, und gleichzeitig die Freude am Leben. Gesundheitsangebote wie **Grippeimpfungen, Rückenschulkurse, gesunde Ernährung in Kantinen, Nicht-raucherкурse und Seminare für Stressvermeidung und Entspannungstechniken** können als Maßnahmen der primären Prävention das Gesundheitsverhalten im Betrieb fördern. Sie müssen dabei von allen Beschäftigten und besonders den Vorgesetzten als selbstverständliche Aktionen gefördert und auch eingefordert werden.

Flankiert werden solche Maßnahmen durch eine **persönliche Gesundheitsberatung**, die neben bzw. im Rahmen der **arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen** des betriebsärztlichen Dienstes angeboten werden können. Der Betriebsarzt kann mit Kampagnen wie **Darmkrebsvorsorge, Sehtests und Gesundheits-Checks** Impulse im Betrieb setzen.

Diese Form der betriebsärztlichen Betreuung ist wiederum ein klassisches Instrument der sekundären Prävention. Sie zielt darauf, Störungen und frühe Stadien von Krankheiten zu erkennen und damit Krankheitsentstehung vorzubeugen.

Bei bereits manifesten Krankheiten müssen Instrumente der tertiären Prävention zum Einsatz kommen, um den Beschäftigten auf dem Weg zur Rückgewinnung seiner Gesundheit zu unterstützen.

Stellen Betriebsärzte Erkrankungen fest, welche die Arbeitsfähigkeit gefährden, so sind sie im Rahmen eines nordrheinischen Modellprojektes berechtigt, Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger zu stellen. Dieses Modell unter der Bezeichnung „**WeB Reha**“ wurde von der Ärztekammer Nordrhein initiiert und ist eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Werks- und Betriebsärzten. Zurzeit scheint es, dass dieses Modell auch außerhalb des Rheinlandes Verbreitung findet, die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hat sich dem Projekt ebenfalls angeschlossen.²¹

Nach einer medizinische Rehabilitation oder einer längeren Krankheitsphase ist häufig eine **berufliche Rehabilitation** notwendig. Die Beschäftigten haben nach längerer Krankheit einen Rechtsanspruch auf **betriebliche Wiedereingliederung** (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Eine stufenweise Wiedereingliederung kann den erfolgreichen Übergang in die Arbeitsfähigkeit fördern.²²

²¹ www.web-reha.de und www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de.

²² Giesert/Wendt 2007. Unter: www.ergo-online.de/html/gesundheitsvorsorge/eingliederungsmanagement/DGB-Eingliederungsmanagement.pdf; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004. Unter: www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung_222.pdf.

Bei allen Krankheitsbildern muss der Betriebsarzt prüfen, ob eine **Berufskrankheit** besteht und diese gegebenenfalls der Berufsgenossenschaft zu melden ist. Meist sind im Arbeitsleben auftretende chronische Erkrankungen zwar keine Berufskrankheiten im strengen Sinne der rechtlichen Definition. Ein alleiniger kausaler Zusammenhang zur vorherigen Tätigkeit ist meist nicht gegeben. Aber häufig sind Erkrankungen als Summe vorausgegangener Beanspruchungen zu deuten, die aus einem langjährigen Berufsleben resultieren können.

So lässt sich ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Herzerkrankungen wie Infarkten mit langjähriger Mehrarbeit über vierzig Wochenstunden hinaus aufzeigen. Genauso können degenerative Wirbelsäulenerkrankungen nach langjähriger körperlicher Beanspruchung auftreten, die wohl einerseits altersbedingt, aber auch beruflich mitverursacht sind.²³

Nur mit ganzheitlichen Präventionskonzepten kann man derart komplexen Bedingungen gerecht werden.

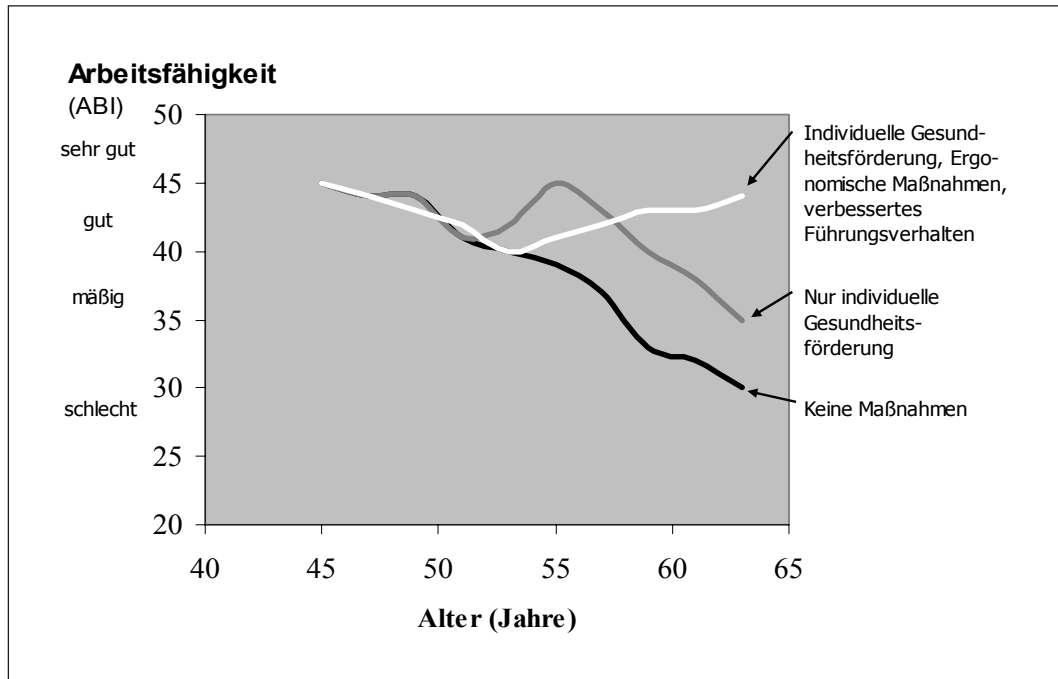
Einzelmaßnahmen wie Aktionstage erregen als bloßes Strohfeuer häufig kurzfristig Aufmerksamkeit und binden dabei viel Energie einzelner Akteure. Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen leisten dem Einzelnen durchaus wertvolle Hilfe. Damit diese Maßnahmen auch nachhaltige Prozesse anstoßen können, müssen sie im Betrieb in einem ganzheitlichen Kontext eingebettet sein. Dies kann in kleineren Betrieben der **Arbeitsschutz-Ausschuss** sein, in größeren Betrieben empfiehlt es sich, derart komplexe Prozesse in einer eigenen Struktur, dem **Steuerungskreis Gesundheit** zu etablieren. In ihm sollten alle innerbetrieblichen Akteure vertreten sein: Geschäftsleitung, Personalleitung, Betriebsrat, Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft sowie Vorgesetzte und ggf. Schwerbehindertenvertretung. Bei Bedarf können externe „Unterstützer“ hinzugezogen werden: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Integrationsämter u.a. Dieser Steuerungskreis muss alle Handlungsfelder der Prävention im Blick haben.

Untersuchungen von Ilmarinen (Grafik) haben gezeigt, dass ab dem mittleren Lebensalter die Arbeitsfähigkeit ohne gesundheitsfördernde Maßnahmen kontinuierlich sinkt, individuelle Gesundheitsförderung, wie oben im ersten Handlungsfeld beschrieben, das Absinken hinauszögern kann, aber Präventionsmaßnahmen in allen vier Handlungsfeldern können den Trend sogar umkehren, die Arbeitsfähigkeit langfristig stabilisieren und sogar steigern.

Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement! Das muss unser Präventionsziel sein!

23 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2002.

Abbildung 7: Arbeitsfähigkeit und ihre Beeinflussbarkeit nach Ilmarinen, modifiziert von Richenhagen.²⁴



Der Steuerungskreis Gesundheit kann einen langfristigen Qualitätsprozess wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Gang setzen. Der Betriebsrat als innerbetriebliche Interessenvertretung aller Beschäftigten sollte sein Initiativrecht dazu nutzen, eine solche Struktur einzufordern und sich an deren Entwicklung zu beteiligen. Um diese Prozesse innerbetrieblich argumentativ durchzusetzen und in der Zielgenauigkeit zu steuern, haben sich Befragungsinstrumente wie der **ABI – Arbeitsbewältigungsindex** bewährt. Er ist auch unter dem Namen „**work ability index**“ – WAI bekannt. Viele Informationen, Materialien wie auch ein ABI Selbst-Test finden sich auf den entsprechenden Internet-Seiten.²⁵

5.4.2 Die Arbeitsumgebung und die Arbeitsbedingungen

Auf diesem Handlungsfeld geht es darum, menschengerechte, alters- und altersgerechte Arbeitsbedingungen zu gewährleisten. Das klassische Instrument dafür ist die **Gefährdungsbeurteilung**. Es ist sicher jedem klar, dass die Gefährdungsbeurteilung diesem Ziel nur nahe kommen kann, wenn sie nicht statisch verstanden wird. Es geht nicht darum, einen Arbeitsplatz in seiner Ausstattung isoliert zu beurteilen, sondern im Dialog mit dem jeweiligen Beschäftigten, der dort eingesetzt wird. So kann die Belastung des Bettenschiebens auf einer Krankenhausstation für einen jungen, gut trainierten Pfleger keine wesentliche Beanspruchung darstellen, für eine ältere Kollegin

²⁴ Richenhagen 2003, S. 14.

²⁵ Tuomi u.a. 2001. Unter: www.arbeitsfaehigkeit.net.

mit Wirbelsäulenproblemen kann die gleiche Tätigkeit unzumutbar sein. Der Einsatz und die Weiterentwicklung von technischen Hilfsmitteln, die oft leichtfertig ignoriert werden, bekommt bei zunehmend älteren Beschäftigten auch in Bereichen, die bisher als nicht sehr technikorientiert auffielen – wie zum Beispiel der Krankenpflege – eine völlig neue Bedeutung.

Die Gefährdungsbeurteilung setzt also eine individuelle, eben altersgerechte Beurteilung voraus, die am besten im kollegialen Dialog gemeinsam mit den Beschäftigten zu erstellen ist.

Die gute und allen zugängliche Dokumentation dieser Beurteilung und die daraus abgeleiteten Maßnahmen können dann die Basis für **Unterweisungen** sein, die den Dialog im Arbeitsumfeld der Beschäftigten fortsetzen. Sie selbst werden damit zu Experten in eigener Sache, nämlich ihrem Arbeits- und Gesundheitsschutz. Dieser Dialog kann alle für die demografischen Veränderungen sensibilisieren. Wie sind Aufgaben einer Abteilung auf die Beschäftigten altersgerecht zu verteilen? Neben dem Inhalt der Anforderungen bekommen Themen wie der **Arbeitszeitgestaltung, Pausen- und Nachtschichtregelungen** eine völlig neue Bedeutungsdimension. Wer ist für Nachtschichten einzuteilen? Ältere Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen oder Störungen des Schlafrhythmus, die sich nach jahrelangem Drei-Schicht-Arbeiten einstellen können, sind für die Nachtarbeit nicht mehr geeignet. Der ältere Mensch benötigt zuverlässige Pausen und Freischichten zur Regeneration. Auch junge Beschäftigte würden von guten **Arbeitszeitmodellen** profitieren, sie verfügen meist noch über genügend Ressourcen, um schlechte Arbeitszeiteinteilungen zeitweilig tolerieren zu können. Sie können die Beeinträchtigungen noch eher „wegstecken“, auch wenn es bei Ihnen ebenso gesundheitlich bedenklich ist. Ältere Beschäftigte können das nicht mehr.

5.4.3 Die Arbeitsorganisation, Führung und Personalentwicklung

Diese Überlegungen zu den Arbeitsbedingungen führen zu neuen Anforderungen an die Arbeitsorganisation und Personalentwicklung.

Job Rotation, Arbeitserweiterung (**Job Enlargement**) und Arbeitsbereicherung (**Job Enrichment**) können der Qualifizierung und Persönlichkeitsentwicklung dienen. Die Beschäftigungsfähigkeit auch älterer Menschen kann damit langfristig verbessert und erhalten werden.

Flexible Arbeitszeitmodelle wie Job-Sharing, Gleitzeit, altersgerechte Schichtmodelle und Zeitkonten haben sich in vielen Betrieben mit alternder Belegschaft schon bewährt.

Teamarbeit in altersgemischten Gruppen kann durch die Kombination der unterschiedlichen Fähigkeiten vorteilhafte Synergie-Effekte bewirken.

Tandemmodelle und **Mentoring** zielen darauf, dass junge Beschäftigte besser eingearbeitet werden oder bei ihrer Karriereplanung von einem berufserfahrenen Kollegen beraten und begleitet werden. Solches Engagement kann Älteren eine hohe Wertschätzung im Betrieb verschaffen und damit auch ihre Motivation fördern.

Schon bei der Einstellung eines Mitarbeiters sollte über seine Entwicklungsmöglichkeiten im Betrieb nachgedacht werden. Kaum einen Job wird man ein Leben lang verrichten können oder auch wollen. So kann einer jungen Pflegekraft nach Jahren von Stationsarbeit und damit verbundener Schichtarbeit eine Weiterqualifizierung in einen Funktionsbereich einer Kliniksambulanz schon früh in Aussicht gestellt werden. Vorausgegangene Berufserfahrung prädestiniert sie für diese Fortbildung und bringt der Beschäftigten selbst eine anspruchsvollere Tätigkeit zu altersgerechteren Arbeitsbedingungen: keine Pflege von Bettlägerigen, keine Nacharbeit.

Solche **Personalentwicklungspläne** sollten betriebsintern gemanagt werden. Der Betriebsarzt sollte sich beratend einbringen, die betriebliche Interessenvertretung sollte diesen Prozess gemeinsam mit dem Arbeitgeber steuern.

Um Veränderungen im Unternehmen erfolgreich zu gestalten, müssen die Führungskräfte diese aktiv unterstützen. Deshalb sollten Vorgesetzte frühzeitig in die Planung von Maßnahmen eingebunden werden.

Den demografischen Wandel erfolgreich zu meistern, sollte Teil des Unternehmensleitbildes sein. Vorgesetzte müssen es als Führungsaufgabe erkennen, sich über die Bedingungen alternder Belegschaften zu informieren. Es ist ihre Aufgabe, Potenziale zu erkennen, zu fordern und zu fördern. In jeder Abteilung muss es das Ziel der Führungskraft sein, Vorurteile über die Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter sowie die bestehende »Vorruhestandsorientierung« abzubauen. Solche Überlegungen müssen immer Thema der **Beurteilungsgespräche** sein. Aber auch der Beschäftigte selbst sollte in diese Gespräche mit der Überlegung gehen, was er selbst und das Unternehmen tun können, um ihm die Beschäftigungsfähigkeit bis zur Rente zu erhalten.

Wie aktuelle Studien zeigen, haben Leistungskraft und Innovationsfähigkeit weniger mit dem biologischen Alter zu tun: Entscheidend ist, wie Menschen in ihren individuellen Lebens-, Erwerbs- und Berufsverläufen fördernde oder hemmende Bedingungen erleben und wie ihre Potenziale richtig genutzt und entwickelt werden.

Ilmarinen zeigte in seinen Untersuchungen, dass gutes Führungsverhalten und gute Arbeit der Vorgesetzten die einzigen Faktoren sind, für die eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerade der älteren Beschäftigten nachgewiesen werden konnte.²⁶

26 Ilmarinen/Tempel 2002.

5.4.4 Professionelle Kompetenz

Alle beschriebenen Maßnahmen sind nur möglich, wenn wir eine positive Einstellung zum **Lebenslangen Lernen** entwickeln. Menschen, die in fördernden und zum Lernen anregenden Umgebungen aufwachsen und arbeiten, können ihr Potenzial häufig bis weit über das klassische Ruhestandsalter hinaus entfalten.

Ist ein Mitarbeiter dagegen einschränkenden, einseitig belastenden, monotonen und wenig anregenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt, bleiben mögliche Ressourcen ungenutzt. Folgen sind darüber hinaus Lern-Entwöhnung oder Schwierigkeiten, mit neuen und komplexen Situationen umzugehen.

Es gilt, alle Beteiligten im Unternehmen auf die Herausforderungen des demographischen Wandels vorzubereiten und das Eigeninteresse der Mitarbeiter zur **Weiterbildung und fortlaufenden Qualifizierung** aufzubauen. Die Vorgesetzten haben dabei eine entscheidende Vorbildfunktion.²⁷

Es muss zur Unternehmenskultur gehören, die Lern- und Veränderungsbereitschaft älterer Arbeitnehmer zu wecken und neues und tägliches Lernen für alle zur Selbstverständlichkeit zu machen. Ältere engagieren sich eher für Lerninhalte, die in einem Bezug zu ihrem Arbeitsplatz und ihrem Berufsleben stehen. In intergenerativen Lerngruppen profitieren sie von ihrer Berufserfahrung und können diese fördernd einbringen. Geht es um Erlernen neuer Techniken, wie die der elektronischen Datenverarbeitung so haben sich generationengetrennte Schulungen bewährt. Ältere sind bei solchen Lerninhalten häufig gehemmt, wenn sie auf deutlich Jüngere treffen.

Lernen und Flexibilität können nur dann erfolgreich zur glaubwürdigen Leitlinien im Unternehmen werden, wenn Qualifikationen langfristig, transparent, individuell und zielorientiert aufgebaut werden und eine Perspektive für den Einzelnen und das Unternehmen absehbar ist. Individuell passende Entwicklungswege müssen geplant und vereinbart werden. Der Betriebsrat als betriebliche Interessenvertretung der Beschäftigten hat darüber zu wachen, dass diese Prozesse fair ablaufen.

27 Schmidt 2006. <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/weiterbildungsverhalten>.

6 Fazit, vorausweisend

Wir haben uns mit sieben Personen befasst: „Ina“, „Monika“, „Ingo“, „Frau Larsen“ und „Frau Becker“, „Michael“ und „Frau Schmitt“. Ihre Probleme im Betrieb, die von ihnen durchlebten „Geschichten“ sind exemplarisch. Von diesen exemplarischen Situationen sind wir ausgegangen, um uns über Rechte und Vorschriften einerseits sowie Handlungsmöglichkeiten und Chancen andererseits zu informieren. Belehrend ist der Einzelfall.

Aber in einem doppelten Sinne handelt es sich nicht um Einzelfälle: Erstens sind unsere sieben Personen „Kunstfiguren“, montiert aus Problemlagen in Betrieben; zweitens sind die Grundmuster der Konflikte verallgemeinerungsfähig.

Praktisch existieren die vorgestellten und näher untersuchten Fälle in den meisten Betrieben. Auf dem Dienstleistungssektor gibt es sie sicher in allen Betrieben. Unsere „Geschichten“ sind also keineswegs krankenhausspezifisch.

Was hieße „krankenhausspezifisch“? Der Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus ist genauso verallgemeinerungsfähig wie die Grundmuster unserer „Fälle“. Situationen und Erlebnisse wie die von „Ina“, „Monika“, „Ingo“, „Frau Larsen“ und „Frau Becker“, von „Michael“ und „Frau Schmitt“ gibt es vom Grundmuster her in allen Stadtwerken, Produktionsbetrieben, Verwaltungen, Forschungszentren, Dienstleistungsunternehmen, Schulen... Der komplexe Betrieb Krankenhaus mit seinen Patienten, Ärzten, Schwestern, Pflegern, seiner Verwaltung und seiner Führungsspitze, mit seinen vielfältigen Infrastrukturen vom Handwerker bis zum Pförtner ist also genauso „formatiert“ wie andere komplexe Betriebe auch, so dass wir von einer großen Schnittmenge eventuell auftretender Probleme reden können. Außerdem ist das komplexe Unternehmen des großen Krankenhauses der Bereich, den ich als Autorin am besten kenne.

Selbstverständlich wurden die Einzelfälle aus dem Blickwinkel der Betriebsärztin betrachtet oder, wie wir angesichts der neuen, umfassenderen Aufgaben besser sagen müssten: des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Der Blickwinkel der Ärztin ist auf körperliche und seelische Probleme gerichtet, die bei den Mitarbeitern sichere Warnzeichen dafür sind, dass „etwas nicht stimmt“. Zu diesen untrüglichen Warnzeichen gehören, so wurde immer wieder betont: Leiden der Haut als „Spiegel der Seele“, psychische Störungen, scheiternde Kommunikation und ein negativer Stress. Alles das sind durchaus Symptome für Probleme im „Sozialsystem Betrieb“. Die Analyse, ob und wo im Betrieb „etwas nicht stimmt“ ist Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Wie diese Probleme lösen? Die erzählten Geschichten sind komplex und anwendungsorientiert. Wir können die Komplexität verringern, indem wir einzelne Elemente herausgreifen und sie nach Art eines Stabilbaukastens benutzen – Bauelemente für die Praxis

betrieblicher Prävention. Die Instrumente dafür wurden vorgestellt: Gefährdungsbeurteilungen, Unterweisungen, Begehungen, betriebsärztliche Untersuchungen und vieles mehr.

Der Betriebsrat kann mit Betriebsärztinnen und Betriebsärzten Impulsgeber sein, indem beide Akteursgruppen gemeinsam die Instrumente unseres Stablbaukastens nutzen und weiterentwickeln. Die Instrumente heißen dann zum Beispiel: Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil des BGM, Beteiligung der Beschäftigten an Veränderungsprozessen, eigenverantwortliche Erhaltung und Förderung von geistiger und körperlicher Fitness, Bewusstsein für den Betrieb als eine Ganzheit.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist immer nur ein Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Sie beschreibt einzelne Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation der Beschäftigten oder zeitlich befristete Aktionen. Betriebliches Gesundheitsmanagement hingegen ist ein Konzept der bewussten Steuerung, Integration und Entwicklung aller betrieblichen Prozesse, die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Beschäftigten zum Ziel haben. Es sollte noch einmal hervorgehoben und zugespitzt werden, wo die Arbeitgeberseite gefordert ist. Auch hier ein „Nicht mehr“: Es wird zunehmend eingesehen, dass ein funktionierendes und zukunftsorientiertes Wirtschaftsleben nicht mehr den zwanzigjährigen Ingenieur und den neunzehnjährigen „Banker“ zum Vorbild haben sollte – wenn dies nicht schon längst eingesehen worden ist. Die längerfristige und sozialorientierte Gewinnerwartung kann nicht auf der Vorstellung von Share-Holder-Value-orientiertem Schnellprofit gründen, sondern auf dem Leitwert einer psychisch ausgeglichenen, im medizinischen Sinne gesunden Mitarbeiterschaft. Wir haben an der neuesten Wirtschaftskrise seit Mitte 2008 studieren können, dass Feuerwerksraketen ebenso hell und bunt wie kurzlebig sind. Es geht im direkten wie im übertragenen Sinne um Überwindung von Kurzlebig- und Kurzatmigkeit.

Vom traditionellen Bild des „Betriebsarztes“ sollten wir Betriebsärztinnen und Betriebsärzte uns zum Gesundheitsmanager des Betriebes entwickeln. Aber immer im Wissen darum, dass richtig verstandenes Betriebliches Gesundheitsmanagement nur als Teamarbeit funktionieren kann, gemeinsam mit Betriebsrätinnen und Betriebsräten, den Beschäftigten, dem Arbeitgeber, den Sicherheitsfachkräften und anderen inner- und außerbetrieblichen Experten. Nur wenn alle gemeinsam die Instrumente unseres Stablbaukastens nutzen und weiterentwickeln, haben wir die Hoffnung, bis zur Rente mit 67 gesund arbeiten zu können.

Aus der bewussten Nutzung der Instrumente unseres Stablbaukastens ergeben sich die Umriss eines komplexen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das ist das Handlungsfeld aktiver Gesundheitsprävention für Betriebsräte und Betriebsärzte als notwendiges Zukunftsprojekt für die „67er“. Grundtenor dieses Projekts: Alter hat betriebliche Zukunft. Nach einem bekannten Buchtitel von Robert Jungk hat diese Zukunft schon begonnen.

7 Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Materialien zum Qualitätsmanagement in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, 2001. Unter: <http://www.bkk.de/> [18.02.09].

Badura, Bernhard u. a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2002- demographischer Wandel, Berlin/Heidelberg, 2002.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Berlin, 2008.

BGHW (Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution) (Hrsg.): Handbuch Haut und Beruf, Mannheim, 2008.

BKK Bundesverband (Hrsg.): Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen, BKK Gesundheitsreport, 2008.

BGW (Hrsg.): Unterweisen in der Betrieblichen Praxis, BGW Ratgeber, Hamburg 2008. Unter: www.bgw-online.de [8.3.2009].

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Heft 8, 2004. Unter: www.bar-frankfurt.de [22.2.09].

DAK Versorgungsmanagement: DAK Gesundheitsreport 2005 und 2009, Hamburg, 2005 und 2009.

Eggerdinger, Christa/Giesert, Marianne: Impulse für den Erfolg – psychische Belastungen bei der Arbeit reduzieren! Edition der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 209, Düsseldorf, 2007.

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: Luxemburger Deklaration, 1997, zuletzt aktualisiert 2007.

Giesert, Marianne/Wendt, Cornelia: Handlungsleitfaden für ein betriebliches Eingliederungsmanagement, DGB Bildungswerk e.V., Berlin, 2007. Unter: www.ergo-online.de [18.02.09].

Giesert, Marianne (Hrsg.): Prävention: Pflicht & Kür, Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis, Hamburg, 2008.

Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Gefährdungsanalysen und Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz. Aus der Praxis – für die Praxis: Handlungshilfe für Betriebsräte. CD-ROM, Düsseldorf, 2006.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)(Hrsg.): Lage und Dauer der Arbeitszeit aus Sicht des Arbeitsschutzes, BGAG-Report 1/2001, Sankt Augustin, 2002.

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (Hrsg.): Alter und Gesundheit, Spezialanalyse 2004 AOK, Köln, 2005.

IG Metall (Hrsg.): Betriebsärztliche Betreuung und Mitwirkung des Betriebsrats, Gesünder arbeiten, Arbeitshilfe Nr. 11, Frankfurt am Main, 2002.

IG Metall (Hrsg.): Betriebliche Handlungsansätze zur Gestaltung des demographischen Wandels in zehn Industrieunternehmen, Recherchebericht, 2007.

Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg, 2002.

Leittretter, Siegfried (Hrsg.): Arbeit in Krankenhäusern human gestalten, Edition der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 184, Düsseldorf, 2006.

Maintz, Gunda: Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer – Abschied vom Defizitmodell, in Fehlzeiten-Report 2002- demographischer Wandel, Berlin/Heidelberg, 2002.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Mutterschutz bei beruflichem Umgang mit Kindern. Gesundheitsgefahren während Schwangerschaft und Stillzeit erkennen und vermeiden, Düsseldorf, 2007. Unter: www.arbeitsschutz.nrw.de [8.3.2009].

Richenhagen, Gottfried: Länger gesünder arbeiten – Handlungsmöglichkeiten für Unternehmer im demographischen Wandel. In: Personalführung Nr. 2, 2004 und unter: www.gesuenderarbeiten.de [8.3.2009].

Schmidt, Bernhard: Weiterbildungsverhalten und -interessen älterer Arbeitnehmer. In: bildungsforschung, Jahrgang 3, 2006, Ausgabe 2. Unter: <http://www.bildungsforschung.org> [18.02.09].

Tuomi, Kaija u. a.: Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Ü14, Dortmund/Berlin, 2001.

VDBW (Verband der deutschen Betriebs- und Werksärzte e.V.): Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche, Karlsruhe, 2008.

WHO (Hrsg.), Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung: Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, Ottawa 1986.

7.1 Links im Internet

Zugriff alle am 18.02.09.

<http://www.arbeitsschutz.nrw.de>

Arbeitsschutzportal des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW

<http://www.baua.de>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, u.a. Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen

<http://www.bar-frankfurt.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 22.2.09

<http://www.boeckler.de>

Hans-Böckler-Stiftung

<http://www.bundesrecht.juris.de>

Gesetze und Verordnungen im Internet

<http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de>

Internet-Portal mit Informationen zu Rente und Rehabilitation

<http://www.dgb.de>

Deutscher Gewerkschaftsbund

<http://www.dguv.de>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

<http://www.ergo-online.de>

Internetplattform für gesunde Arbeit im Büro

<http://www.gesuenderarbeiten.de>

Gemeinschaftsinitiative Gesünder Arbeiten e.V.

<http://www.2m2-haut.de>

Präventionskampagne Haut von gesetzlicher Kranken- und Unfallversicherung [22.02.09]

<http://www.igmetall.de>

IG Metall

<http://www.inqa.de>

Initiative Neue Qualität der Arbeit

http://www.komnet.nrw.de/kompetenznetze_nrw

Expertenberatung zum Thema Arbeitsschutz online, Kompetenznetz Arbeitsschutz NRW

<http://de.osha.europa.eu>

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

<http://www.vdbw.de>

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.

<http://www.web-reha.de>

Web-Reha – Eine Kooperation von Werks- und Betriebsärzten mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Über die Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39 Telefon: 02 11/77 78-0
40476 Düsseldorf Telefax: 02 11/77 78-225



www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung**

Fakten für eine faire Arbeitswelt.