Österreichisches Forum Arbeitsmedizin

Ausgewählte Beiträge zur Jahrestagung 2009 der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

03/09

Inhalt

ÖGA – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin 3
C. Klien

Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg 4
B. Badura

Das Haus der Arbeitsfähigkeit bauen
„Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“
Ein Programm der AUVA und PVA 9
I. Kloimüller

Gesundheitsförderung 15
K. Ropin

Und sie wirkt doch – Daten und Fakten zur Effektivität der betrieblichen Gesundheitsförderung 21
U. Püringer

Reisemedizin und Fürsorgepflicht 25
S. Eßer

Die Herzratenvariabilität – ein neues Messverfahren in der Arbeitsmedizin? 28
F. Ring

Stand der Projekte zur Aus- und Weiterbildung von Fachleuten der Prävention 35
F. Kaida

Gesundheit im Zentrum 37
G. Bauer

Neuer Forschungspreis in Kooperation zwischen Medichem und der österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin: NOHA 40

Titelbild: Alexander Pilger

Christine Klien
ameco Health Professionals GmbH
Rheinstr. 61
6900 Bregenz
Vorarlberg
Christine.Klien@ameco.at

ÖGA – Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin

Die ÖGA als Herausgeberin des „Österreichischen Forum Arbeitsmedizin“ ist die medizinische Fachgesellschaft für Arbeitsmedizin in Österreich. Mit über 600 Mitgliedern ist die ÖGA eine relativ große Fachgesellschaft.

Aufgaben und Zweck der Gesellschaft sind:

1. Erforschen und Aufzeigen arbeitsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen und Erkrankungen, um daraus Maßnahmen für eine effektive Prävention abzuleiten
2. Förderung und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung
3. Mitwirkung bei der Gestaltung der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Arbeitsmedizin
4. Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen für ärztliche und nichtärztliche Zielgruppen

Die ÖGA hat als assoziierte wissenschaftliche Fachgesellschaft regelmäßigen Kontakt zur Österreichischen Ärztekammer und anderen Fachgesellschaften, besonders in den Bereichen Facharztprüfung, Ausbildungsinhalte, Rasterzeugnisse und Qualitätssicherung.
Als Mitglied bei der UEMS (Vereinigung der europäischen FachärztInnen) sind wir integriert in die Entwicklungen der Fachrichtung Arbeitsmedizin in Europa.
Mit den arbeitsmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland und in der Schweiz besteht ein guter Austausch. Kontakte zu den anderen Nachbarländern sind im Aufbau.
Die Präsidentin der ÖGA ist Vorsitzende des Prüfungsausschusses Arbeitsmedizin und verantwortlich für die Bestellung der PrüferInnen und der Erstellung der Prüfungsfragen.
Die nun schon seit Jahren immer wieder thematisierte Übergangsregelung der Facharztprüfung Arbeitsmedizin hat gute Chancen, bei der nächsten 14. Ärztegesetznovelle endgültig behandelt zu werden.
Die ÖGA ist regelmäßige Partnerin bei der Planung und Durchführung des Workshops „Lunge – Umwelt – Arbeitsmedizin“, der wieder am 5./6. März 2010 in Linz stattfindet.
Unsere nächste Jahrestagung findet vom 23.–25. September 2010 in Villach statt. Die Tagung soll den TeilnehmerInnen einerseits neue Ergebnisse der internationalen arbeitsmedizinischen Forschung bieten, andererseits auch eine Plattform für ArbeitsmedizinerInnen sein, Erfahrungen aus der Praxis an KollegInnen weitergeben zu können. Das Vorprogramm erhalten alle Mitglieder im Frühjahr.
Als Präsidentin der ÖGA werde ich mich gemeinsam mit dem Vorstand weiterhin dafür einsetzen, dass der Stellenwert der Arbeitsmedizin nicht nur in der Wirtschaft, im Arbeitsleben und in der Öffentlichkeit, sondern auch unter den medizinischen Fachbereichen und im universitären Bereich kontinuierlich verbessert wird.
Ich wünsche Ihnen ein gutes neues Jahr und viel Freude und Erfolg in Ihrer arbeitsmedizinischen Tätigkeit.

Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg

Bernhard Badura
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
Tel.: 49 (0) 521 | 106 6927
Fax: 49 (0) 521 | 106 6429
Mail: sekretariat.badura@uni-bielefeld.de

Die seit vielen Jahren dominierende „Shareholder-first"-Maxime hat dazu geführt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur als Kostenfaktor zu sehen. Gerade in Zeiten von Finanzkrise und wirtschaftlichem Abschwung kann dies zum Bumerang werden oder sogar eine Abwärtsspirale auslösen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Bedeutung immaterieller Faktoren für die Unternehmensführung. Wie wichtig sind soziale Netzwerke und gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln für die physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten und den Unternehmenserfolg?

Das Exportland Deutschland ist von der aktuellen, weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise stark betroffen. Welche Strategien können helfen, dieser Krise zu begegnen, und welche längerfristigen Konsequenzen sind erforderlich? Entwicklung und Förderung des Humanvermögens sollten besonders hohe Priorität genießen – dies ist heute unbestritten. Die Bereitstellung exzellenter Bildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten durch den Staat allein wird aber keinesfalls mehr ausreichen. Zugleich müssen die Unternehmen ihre Verantwortung für die Förderung und Pflege ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr viel stärker wahrnehmen, als dies bislang geschieht. Menschen sind zur vollen Mobilisierung ihrer Potentiale auf bestimmte zwischenmenschliche Rahmenbedingungen angewiesen, die bisher nur in einer Minderheit von Unternehmen ausreichend vorhanden sein dürften. Gemeint sind damit Merkmale sozialer Systeme, die beides ermöglichen: hohe Kreativität und Leistungsbereitschaft, aber auch hohes Wohlbefinden und hohe Leistungsfähigkeit. Soziale, psychische und biologische Bedingungen hängen sehr viel enger miteinander zusammen, als wir bisher angenommen haben. Soziologen, Psychologen und Naturwissenschaftler müssen – nach langen Jahren des Neben- und gelegentlich auch Gegeneinanders – lernen, miteinander zusammenzuarbeiten. Dies vor allem bei der Erforschung biologischer, psychischer und sozialer Bedingungen zugleich gesundheitsförderlicher und gedeihlicher Kooperation. Gesundheit wird davon beeinflusst, was Menschen in ihrem Alltag widerfährt. Zugleich wirkt Gesundheit in Form von psychischem Befinden und körperlicher Leistungsfähigkeit in diesen Alltag zurück, als neben Bildung wichtigste Voraussetzung zu seiner Bewältigung.

Zwischenmenschliche Faktoren beeinflussen das psychische Befinden

Nach heutigem Kenntnisstand müssen wir davon ausgehen, dass der zentrale Motivator menschlichen Handelns das Streben nach Zugehörigkeit und nach Akzeptanz durch unsere Artgenossen ist, und dass u. a. Spiegelneuronen und natürlich das Sprachvermögen zur Kooperation besonders befähigen. Nach heutigem Kenntnisstand müssen wir auch davon ausgehen, dass die Entwicklung des Gehirns und das psychische Befinden von bestimmten zwischenmenschlichen Voraussetzungen abhängen: insbesondere von Vertrauen, aber eben auch von gegenseitiger Wertschätzung und einem Minimum an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln. Investitionen in das Sozialkapital kooperativer Systeme, von Gruppen, Organisationen und Regionen sind essenziell für die Mobilisierung ihres Humanvermögens. Sie sind darüber hinaus eine zwingend gebotene Strategie zur Überwindung der aktuellen Krise und insbesondere zum längerfristigen Erhalt des Wirtschaftsstandortes Deutschland.

Unternehmen müssen mehr Verantwortung für die Förderung und Pflege ihrer MitarbeiterInnen wahrnehmen

Das Konzept „Sozialkapital" schlägt eine Brücke zwischen Biologie, Soziologie, Politikwissenschaften und Ökonomie. Geprägt wurde es etwa zeitgleich vom französischen Soziologen Bourdieu und dem amerikanischen Soziologen Coleman. Für seine Anwendung in der empirischen Sozial- und Politikforschung grundlegend sind insbesondere die Arbeiten von Putnam et al., 1993 und Put-

Vertrauen – Sinnhaftigkeit – Einflussvermögen

Unternehmen sind keine Geldmaschinen

Das Humanvermögen bildet die zentrale Voraussetzung für den Organisationserfolg

Klare Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Unternehmenserfolg und Gesundheit der MitarbeiterInnen

nam 2001. Die zentralen Annahmen des Sozialkapitalansatzes lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Das menschliche Gehirn strebt nach gelingender Kooperation und zwischenmenschlicher Resonanz. Kooperation in Gruppen half unseren Vorfahren im Verlauf der Evolution, sich gegenüber anderen Arten und Konkurrenten durchzusetzen (Walter 2010).
2. Nicht einzelne Individuen, sondern soziale Netzwerke und gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) sind die elementaren Bausteine von Gesellschaft (Fukuyama 1999).
3. Unternehmen sind keine Geldmaschinen, sondern zugleich auf Selbsterhaltung bedachte und kundenorientierte Produktions- und Dienstleistungsgemeinschaften (Badura 2010).

Was ist und was bewirkt Sozialkapital?

Organisationen sind kooperative Systeme, die ebenso wie technische Systeme laufend gepflegt werden müssen, wenn sie dauerhaft hohe Leistung erbringen sollen. Das Humanvermögen bildet die zentrale Voraussetzung für den Organisationserfolg. Zu seiner Mobilisierung ist neben Technik und Anreizen auch soziales Vermögen erforderlich. Kooperatives und an gemeinsamen Zielen orientiertes Handeln erfordert Vernetzung der Organisationsmitglieder und vertrauensvolle Zusammenarbeit auf der Grundlage gemeinsamer Gedanken, Gefühle und Motive, mit anderen Worten: Sozialkapital.

Das Sozialkapital einer Organisation besteht aus der Qualität, dem Umfang und der Reichweite zwischenmenschlicher Beziehungen (soziale Netzwerke), aus dem Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) sowie aus der Qualität zielorientierter Koordination (Führung). Es trägt dazu bei, dass die Mitglieder einer Organisation einander vertrauen und ihre Arbeit als sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erleben. Es erleichtert die Zusammenarbeit, fördert das Gefühl der inneren Verbundenheit untereinander und mit der Organisation als Ganzer und erhöht die Attraktivität eines Unternehmens für Arbeitssuchende. Sozialkapital „treibt“ Humankapital, fördert Lernen, Gesundheit und Produktivität (Abb. 1).

Führung allein durch Anordnung und materielle Anreize birgt dagegen erhebliche Risiken: für die Beschäftigten, die Unternehmen und die sozialen Sicherungssysteme, wegen den dabei zu erwartenden hohen Kontroll- und Entscheidungskosten, dem dabei zu erwartenden gesundheitlichen Verschleiß und den dadurch mit bedingten Kosten für Arbeitslosigkeit, Krankenversorgung und Frühberentung.

Diesen Thesen ist eine interdisziplinäre Forschergruppe an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld nachgegangen (Badura et al., 2008). Untersucht wurden vier produzierende Unternehmen und ein Finanzdienstleister. Als Datengrundlage dienten eine Mitarbeiterbefragung von insgesamt 5000 Beschäftigten (Rücklauf 45 %) sowie Indikatoren für Produktivität und Effizienz der beteiligten Unternehmen auf Abteilungsebene. Durch die Verknüpfung beider Datenmengen können klare Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital, dem Unternehmenserfolg und der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachgewiesen werden. Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass

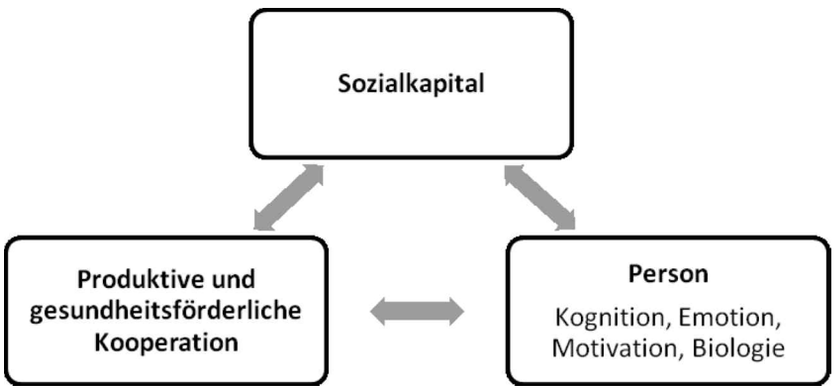

Abb. 1: Wechselwirkung zwischen Sozialkapital, Person und Kooperation

Immaterielle Faktoren sind wichtiger als bisher angenommen

immaterielle Faktoren, entgegen der bisher häufig vorherrschenden Auffassung, sehr wohl messbar und tatsächlich von großer Bedeutung sind für die Gesundheit und Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter. Gefördert wurde die Studie von der Europäischen Kommission und dem Land Nordrhein-Westfalen.

Das Forschungsmodell

Sozialkapital, immaterielle Arbeitsbedingungen und fachliche Kompetenz bestimmen die Ergebnisse

Das der Untersuchung zugrunde liegende Unternehmensmodell gliedert sich in sog. Treiber und Ergebnisse. Die Treiber liegen in Unternehmen in unterschiedlicher Ausprägung vor und haben Einfluss auf die Früh- und Spätindikatoren. Zu den Treibern gehören neben den drei Sozialkapitalkomponenten des Netzwerk-, Führungs- und Wertekapitals die immateriellen Arbeitsbedingungen sowie die Qualifikation der Beschäftigten. Zu den Frühindikatoren zählen das psychische und physische Befinden der Beschäftigten, ihr Commitment, Organisationspathologien wie Mobbing und innere Kündigung sowie die Work-Life-Balance. Spätindikatoren sind Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuation und weitere Indikatoren aus der Betriebswirtschaft (siehe Abb. 2).

Immaterielle Arbeitsbedingungen wie die Sinnhaftigkeit und die Klarheit der Aufgabenstellung, Partizipationsmöglichkeiten und Handlungsspielraum korrelieren besonders hoch mit dem Commitment der Mitarbeiter, ihrem Selbstwertgefühl, ihrem Wohlbefinden und ihrem subjektiven Qualitätsbewusstsein. Das Netzwerkkapital, z. B. Vertrauen innerhalb des Teams, Zusammengehörigkeitsgefühl und gegenseitige Unterstützung, korrelieren besonders hoch mit Organisationspathologien wie innerer Kündigung und Mobbing sowie mit der Work-Life-Balance und mit dem subjektiven Qualitätsbewusstsein hinsichtlich der produzierten Güter oder erbrachten Dienstleistungen und mit psychosomatischen Befinden und dem Selbstwertgefühl. Das Führungskapital, z. B. die Güte der Kommunikation des direkten Vorgesetzten, seine Fairness und Gerechtigkeit und das in ihn gesetzte Vertrauen, korreliert hoch mit allen bereits genannten Frühindikatoren sowie dem Spätindikator Qualitätsbewusstsein. Das Überzeugungs- und Wertekapital, z. B. das Gemeinschaftsgefühl, die erfahrene Wertschätzung der Mitarbeiter durch das Topmanagement, das Vorhandensein gemeinsamer Überzeugungen und Werte und das Vertrauen in die Geschäftsführung, korrelieren besonders hoch mit de-

Treiber und Ergebnisse des Unternehmensmodells

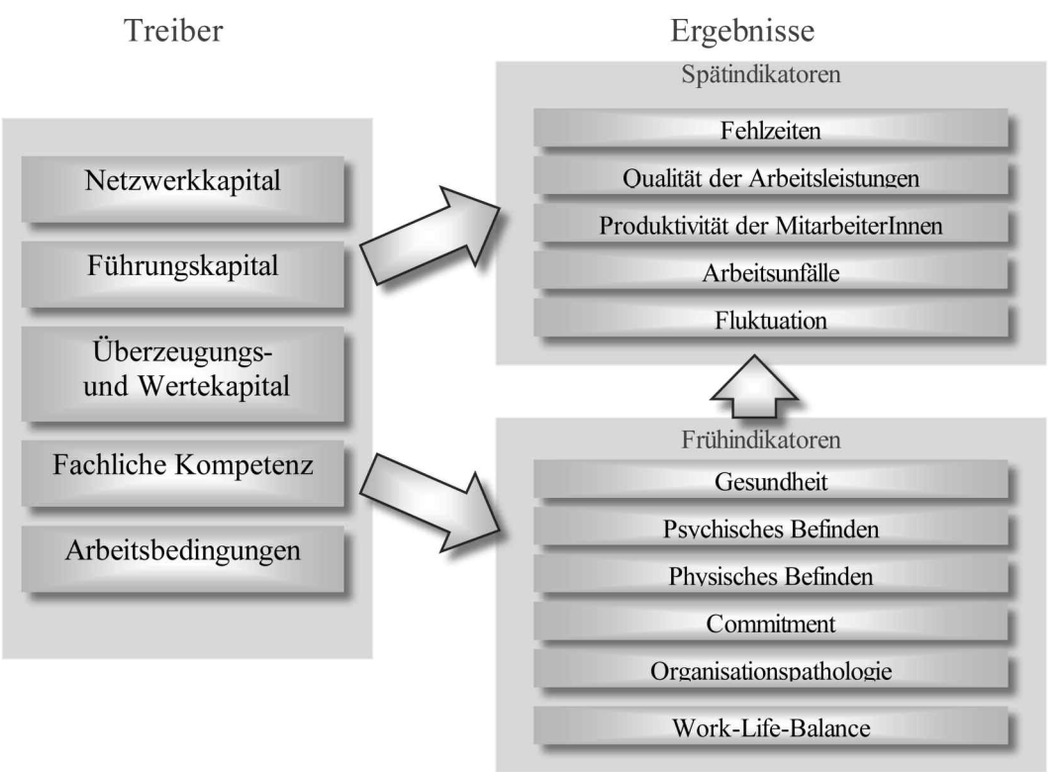

Abb. 2: Das Unternehmensmodell der Studie: Treiber und Ergebnisse

Der stärkste Einfluss geht vom Überzeugungs- und Wertekapital aus

Immaterielle Arbeitsbedingungen wirken sich deutlich auf Fehlzeiten aus

pressiver Verstimmung, psychosomatischen Symptomen und dem Wohlbefinden (Tab. 1).

Die eingesetzten multivariaten Auswertungsverfahren zeigen, dass der stärkste Einfluss vom Überzeugungs- und Wertekapital ausgeht, gefolgt von den Arbeitsbedingungen und dem Führungs- und Netzwerkkapital. Neben der Qualifikation der Befragten korreliert auch ihr Alter mit der Höhe des Sozialkapitals und der Gesundheit. Führungskräfte beurteilen die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich besser als diese selbst (Abb. 3).

Die Zusammenhangsanalysen zwischen Sozialkapital (erfasst durch Mitarbeiterbefragung) und den Spätindikatoren (erfasst durch Routinedaten aus der Betriebswirtschaft) ergeben u. a. folgende Ergebnisse: Immaterielle Arbeitsbedingungen wirken sich deutlich aus auf die Fehlzeiten, hier insbesondere Partizipation, Handlungsspielraum und die Sinn-

Tab. 1: Korrelationsmatrix der verschiedenen Faktoren des Unternehmensmodells

		Krankheitsbeschwerden Y1	Körperlicher GH-zustand Y2	Depressive Verstimmungen Y3	Wohlbefinden Y4	Selbstwertgefühl Y5	Fehlzeiten Y6	Trink-/Rauchgewohnheiten Y7	Subjektive Arbeitsleistung Y8	Qualitätsbewusstsein Y9	Qualität der Arbeitsleistungen Y10	Mobbing Y11	Innere Kündigung Y12	Work-Life-Balance Y13	Commitment Y14
A1	Partizipationsmöglichkeiten	-,299	,226	-,312	,337	,206	-,136	,017	,326	,339	,243	-,383	-,281	,202	,380
A2	Fachliche Überforderung	,261	-,187	,289	-,350	-,313	,031	-,026	-,283	-,228	-,219	,197	,159	-,310	-,168
A3	Zeitliche Überforderung	,300	-,210	,298	-,258	-,082	,006	-,017	-,247	-,135	-,147	,139	-,069	-,499	-,127
A4	Klarheit der Aufgabe	-,178	,123	-,243	,299	,342	-,019	,033	,210	,437	,232	-,239	-,108	,256	,229
A5	Handlungsspielraum	-,208	,153	-,226	,269	,250	-,114	,036	,226	,239	,175	-,242	-,269	,153	,281
A6	Sinnhaftigkeit der Aufgabe	-,273	,226	-,322	,402	,414	-,091	,045	,319	,465	,301	-,264	-,277	,209	,503
A7	Zufriedenheit mit Rahmenbeding	-,382	,288	-,320	,310	,128	-,093	-,007	,353	,326	,339	-,323	-,125	,297	,402
B1	Ausmaß der Zusammengehörigkeit	-,307	,223	-,326	,377	,265	-,129	,012	,363	,535	,300	-,593	-,279	,260	,403
B2	Güte der Kommunikation im Team	-,233	,246	-,269	,300	,250	-,104	,034	,295	,398	,256	-,442	-,149	,200	,280
B3	Sozialer Fit der Gruppenmitglieder	-,289	,243	-,313	,360	,247	-,117	,004	,337	,508	,291	-,568	-,244	,248	,378
B4	Soziale Unterstützung im Team	-,242	,215	-,274	,308	,236	-,070	,005	,292	,534	,290	-,465	-,184	,214	,346
B5	Vertrauen innerhalb des Teams	-,216	,168	-,242	,300	,244	-,070	,032	,267	,510	,243	-,455	-,232	,179	,337
C1	Ausmaß der Mitarbeiterorientierung	-,247	,221	-,275	,283	,242	-,097	-,015	,306	,445	,237	-,505	-,222	,256	,348
C2	Ausmaß der sozialen Kontrolle	-,022	,062	-,057	,035	,096	,024	-,044	,049	,248	,062	-,040	,080	,028	,089
C3	Güte der Kommunikation	-,196	,187	-,221	,240	,209	-,049	-,015	,270	,401	,228	-,501	-,224	,250	,325
C4	Akzeptanz des Vorgesetzten	-,216	,193	-,239	,250	,229	-,084	-,013	,277	,423	,252	-,478	-,190	,221	,334
C5	Vertrauen in den Vorgesetzten	-,249	,191	-,278	,282	,226	-,068	,000	,304	,430	,239	-,477	-,181	,259	,322
C6	Fairness und Gerechtigkeit	-,245	,207	-,271	,275	,186	-,081	-,005	,288	,380	,235	-,520	-,186	,245	,323
C7	Ausmaß der Machtorientierung	,189	-,152	,211	-,218	-,143	,097	,040	-,259	-,249	-,141	,504	,294	-,223	-,268
D1	Gemeinsame Normen und Werte	-,299	,265	-,324	,345	,280	-,108	-,026	,314	,464	,346	-,337	-,152	,216	,598
D2	Gelebte Unternehmenskultur	-,304	,232	-,326	,351	,155	-,096	-,013	,345	,359	,302	-,326	-,138	,278	,520
D3	Konfliktkultur	-,344	,278	-,365	,382	,180	-,117	-,002	,360	,357	,322	-,442	-,116	,296	,513
D4	Gemeinschaftsgefühl	-,296	,273	-,334	,369	,192	-,134	-,014	,324	,440	,332	-,347	-,116	,203	,637
D5	Gerechtigkeit	-,361	,295	-,381	,409	,185	-,119	,018	,393	,371	,337	-,448	-,127	,310	,530
D6	Wertschätzung für die Mitarbeiter	-,329	,288	-,343	,389	,247	-,111	,003	,348	,400	,334	-,373	-,126	,255	,586
D7	Vertrauen in die Geschäftsführung	-,276	,220	-,293	,305	,207	-,081	-,032	,292	,342	,264	-,252	-,096	,244	,483

Korrelationen über 0,04 sind auf dem Niveau von 0,05 bzw. 0,01 signifikant.

Sozialkapital, immaterielle Arbeitsbedingungen, Qualität der Arbeit und Gesundheit

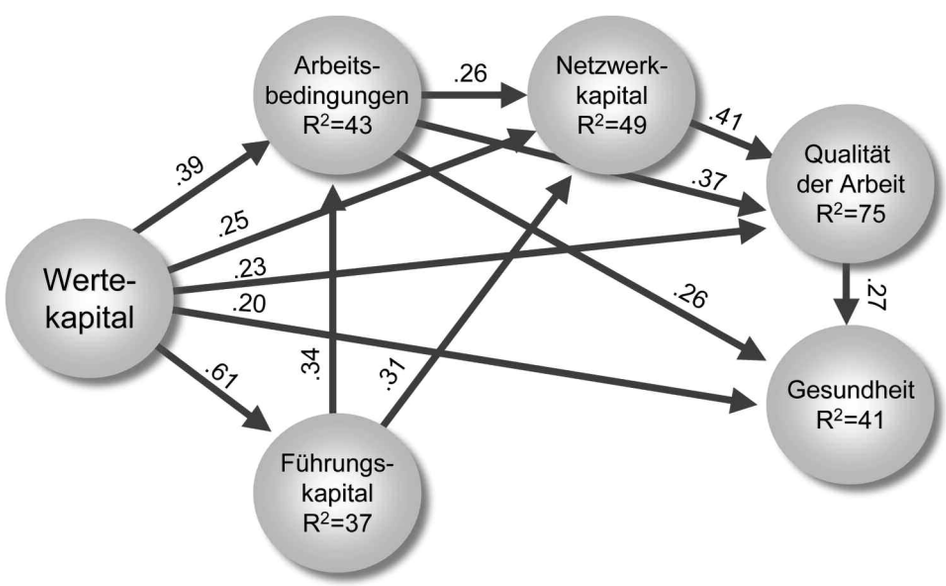

Abb. 3: Zusammenhang von Sozialkapital, immateriellen Arbeitsbedingungen, Qualität der Arbeit und Gesundheit

Die Führungsqualitäten der Vorgesetzten bestimmen die Erreichbarkeit von Zielen, die Qualität von Arbeitsergebnissen und die Produktivitätszuwächse

haftigkeit der Aufgabe. Die Führungsqualität des direkten Vorgesetzten wirkt sich deutlich aus auf die Erreichung vorgegebener Ziele, die Qualität der Arbeitsergebnisse und auf Produktivitätszuwächse. Das Netzwerkkapital wirkt sich besonders aus auf Krankenstand, freiwillige Fluktuation und die Anzahl der Arbeitsunfälle.

Sozialkapital ist treibende Kraft für Unternehmenserfolg

Das Sozialkapital wurde bislang als treibende Kraft für den Unternehmenserfolg stark unterschätzt

Die Studie bestätigt die These vom Sozialkapital als einer bisher stark unterschätzten, treibenden Kraft für den Unternehmenserfolg. Unternehmenskultur, soziale Netzwerke und Führungsqualitäten lassen sich sehr wohl quantitativ erfassen und bewerten. Sozialkapital ist eine zentrale Bedingung zugleich gesundheitsförderlicher und profitabler Kooperation. Eine im Nachgang zur hier geschilderten Untersuchung durchgeführte Interventionsstudie in einem der beteiligten Unternehmen belegt, dass Investitionen in das Sozialkapital eine Produktivitätssteigerung von dem Vielfachen der eingesetzten Kosten erbringen (Baumanns 2009). Forschungsergebnisse aus der Primatologie und der Neuroforschung haben erheblich zum biologischen Verständnis der in unserer Studie untersuchten Zusammenhänge zwischen sozialen, psychischen und biologischen Prozessen beigetragen (z. B. Bauer 2006). Ein neues Standardwerk über die Situation der Arbeit in den USA belegt das verbreitete Unbehagen an der Sichtweise von Unternehmen als „Geldmaschinen“ und die großen Vorteile der Sichtweise von Unternehmen als auf Selbsterhaltung bedachte „Produktionsgemeinschaften“ (O'Toole/Lawler 2006).

Erwiesene Produktivitätssteigerung durch Investitionen in das Sozialkapital

Führungskräfte sollten besser auf ihre Aufgaben als Menschenführer vorbereitet und zukünftige Topmanager verstärkt in Richtung Mitarbeiterorientierung ausgebildet werden. Das Berichtswesen der Unternehmen in Sachen Mitarbeitergesundheit ist verbesserungsbedürftig, ebenso die Zusammenarbeit der Experten für Personal- und Gesundheitsmanagement. Die Forschung sollte sich insbesondere auf die Voraussetzungen und Auswirkungen hoher sozialer Kompetenz und die Wechselwirkung zwischen Human- und Sozialvermögen konzentrieren. Das Gesundheitsmanagement sollte deutlich intensiviert werden.

Nachholbedarf bei der Mitarbeiterorientierung

Weitere Informationen zu den Forschungsergebnissen und Zusammenhängen

Bernhard Badura, Wolfgang Greiner, Petra Rixgens, Max Ueberle, Martina Behr (2008): „Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg“ (gebundene Ausgabe, 230 S. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg 2008).

Literatur

Badura B., Hehlmann T., Walter U. (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer: Berlin.

Badura B. (2010): Wissenschaftliche Grundlagen betrieblicher Gesundheitspolitik in Badura B., Hehlmann T., Walter U. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer: Berlin.

Badura B., Greiner W., Rixgens P., Ueberle M., Behr M. (2008): Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Springer: Berlin.

Badura B., Schröder H., Vetter C. (Hrsg.) (2009): Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Springer: Berlin.

Bauer J. (2008): Prinzip Menschlichkeit: Warum wir von Natur aus kooperieren. Hoffmann & Campe: Hamburg.

Baumanns, R. (2009): Kennzahlengestützte Nutzenanalyse und -bewertung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement: Konzept und Unternehmens-Fallstudie in einem Kleinen- und Mittleren Unternehmen (KMU). Dissertation in Vorbereitung.

Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Bertelsmann: Gütersloh.

Fukuyama F. (1999): The great disruption: Human nature and the reconstitution of social order. Free Press, New York.

O'Toole J., Lawler E. (2006): The New American Workplace. Palgrave Macmillan: New York.

Putnam R.D. (Hrsg.) (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Putnam R.D., Leonardi R., Nanetti R.Y. (1993): Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton University Press, Princeton.

Walter U. (2010): Neurobiologische Grundlagen in Badura B., Hehlmann T., Walter U., (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer: Berlin.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit bauen „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“

Ein Programm der AUVA und PVA

Irene Kloimüller
Beratung, Coaching, Entwicklung
Mobil: +43-(0) 699 104 00 755
Mail to: i.kloimueller@via-netzwerk.at
Via Netzwerk GmbH
Coaching Center
Heumarkt 3/ Stiege 1/Top 17
1030 Wien
www.via-netzwerk.at

Der äußeren Krise für die Unternehmen könnte eine innere Krise von Produktivitätsverlusten folgen

Für die Zukunft wichtige Personalressourcen werden aus dem Arbeitsmarkt gedrängt oder gehen sogar freiwillig

Programm zur Unterstützung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit

1. Ausgangslage

Das Durchschnittsalter der Belegschaften ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen und wird demografiebedingt noch weiter steigen, gleichzeitig verlassen die Österreicherinnen und Österreicher immer noch 5–7 Jahre vor dem regulären Pensionsalter den Arbeitsprozess.

Der vorzeitige Pensionsantritt, hohe Raten an I-Pensionen und die Ablöse der Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates durch psychische Erkrankungen als Invaliditätsursache Nummer 1 in fast allen Branchen haben in den letzten Jahren zu einer intensiven Diskussion zur Senkung von Invalidität und Erhalt von Arbeitsfähigkeit und letztlich zur Entscheidung für das Programm „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ geführt.

Die derzeitige Wirtschaftskrise bewirkt zusätzlich einen verstärkten Drop-out von zwei Generationen aus dem Arbeitsprozess: ganz junge Menschen durch Kündigung bzw. reduzierte Einstiegsmöglichkeiten (Arbeitslosigkeit Jüngerer [15- bis 24-Jähriger] – hoher Anstieg) und Ältere (über 50-Jährige) durch Zunahme von Arbeitslosigkeit und weil vorzeitige Pensionierungen von Seiten der Betriebe wie ArbeitnehmerInnen forciert werden (Anstieg der Korridorpensionen, der Anträge für I-Pensionen ...).

Folge: Für die Zukunft wichtige Personalressourcen werden aus dem Arbeitsmarkt gedrängt oder gehen freiwillig, weil sie bspw. eine verminderte Pension für sicherer halten als den Job, den sie derzeit ausüben.

Die Krise bewirkt jedoch nicht nur einen Anstieg an Arbeitslosigkeit, sondern für die im Arbeitsprozess Verbleibenden nimmt in vielen Betrieben, die in der krisenhaften Situation das Vertrauen ihrer MitarbeiterInnen verlieren, der Druck zu. Es wird vom Überlebendensyndrom, einer speziellen Form der psychosozialen Krise, gesprochen. Diese Krise zeichnet sich bei voller Ausprägung durch Angst, Unsicherheit, Ungewissheit, Frustration, Ressentiments, Trauer, Depression, Misstrauen und emotionale Blockaden aus. Verbleibende MitarbeiterInnen sind in Folge oft risikoscheu, Innovation wird behindert und die Arbeitsfähigkeit ist herabgesetzt.

Was dieser Abgang von Menschressourcen an Produktivitätsverlust für die Zukunft bedeutet, kann heute noch gar nicht gut ermessen werden. Das Weiterbestehen der Unternehmen wird auch davon anhängen, wie es gelingen wird, Humanressourcen mit guter Arbeitsfähigkeit zu binden.

Der äußeren Krise für die Unternehmen könnte also eine weitaus länger anhaltende innere Krise von Produktivitätsverlusten folgen.

Es sind wirtschaftliche und menschliche Gründe, die eine Förderung von Arbeitsfähigkeit über eine längere Berufsdauer sinnvoll und notwendig machen.

2. Zielsetzung des Programms

Das Programm „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ greift auf finnische Forschungs- und Beratungsergebnisse (vgl. Ilmarinen & Tempel 2002) zurück und bietet den Betrieben und den Beschäftigten zusätzlich zu den Aktivitäten des Arbeitsschutzes Gestaltungs- und Vorsorgemöglichkeiten zur Unterstützung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit.

Das Programm wird von PVA und AUVA finanziert und unterstützt bis 2012 insge-

21 Betriebe werden bis 2012 unterstützt

samt 21 Pilotbetriebe der Bauindustrie, der Metallverarbeitung, des Gesundheits- und Sozialbereichs, des Handels, der Entsorgung, des Transports und anderer Branchen, die Arbeitsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen wieder herzustellen und/oder nachhaltig zu fördern.

Die Betriebe dieser Branchen konnten für vier Jahre als PartnerInnen für das Programm gewonnen werden.

Im Zuge des Programms werden eine nationale Datenbank mit dem Arbeitsbewältigungsindex Plus™ und eine Toolbox mit Maßnahmen und Förderinstrumenten zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit aufgebaut.

Eine gute Abstimmung von „Können, Wollen und Dürfen" steigert die Arbeitsbewältigung und die Produktivität

2.1 Zielgruppen des Programms

Innerhalb besonders von Arbeitsunfähigkeit betroffener Branchen konnten 21 Modell-Betriebe für das Programm gewonnen werden:

- Baubranche: Strabag, Habau inkl. Held und Francke, Hentschläger, Staudinger (letztere 2 Mitglieder der Austria Bau),
- Handel: H&M,
- Eisen- und Metall: Schinnerl, Liebherr, ABO, Julius Blum GmbH,
- Beherbergungs- und Gaststättenwesen: Sana GmbH,
- Reinigung/Entsorgung: Saubermacher,
- Verkehr: Blaguss Reise GmbH,
- Gesundheit: Premiamed Gruppe, Haus der Barmherzigkeit Gruppe, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern (Vinzenz Gruppe), UKH Salzburg, Rehabzentrum Großgmain, Caritas Socialis, KAGES Stmk/LKH Hartberg,
- Österreichische Post AG/Paketlogistik Österreich (PLÖ) Region Ost.

Hohes Alter bei MitarbeiterInnen bedeutet per se keine Einschränkung für die Produktivität

Die Betriebe weisen unterschiedliche Größe und Struktur auf (z. B. H&M 2.500 MitarbeiterInnen, österreichweites Filialsystem, Schinnerl GmbH 100 MitarbeiterInnen an einem Standort in Tulln).

3. Produktive Arbeit – Arbeitsbewältigung

Finnischer „Work Ability Index" als Ausgangspunkt

Der traditionelle Produktivitätsbegriff in der Ökonomie setzt Tätigkeiten des Menschen in Relation zum Stückpreis des Produktes (Input – Output – Relation), welcher aus dieser Tätigkeit entsteht. Arbeit wird hier der sozialen und anthropologischen Werte „beraubt".

Produktiv im nicht ökonomischen Sinn bedeutet, etwas Sinnvolles zu tun, Werte zu erzeugen, die sozial und individuell nützlich sind.

Eine Konzeption von Produktivität unter Integration der anthropologischen Dimensionen bedeutet, dass Menschen arbeiten können, wollen und dürfen, um sich *her-vor-zu*-bringen, also produktiv und ganzheitlich arbeitsfähig zu sein.

Je besser die Abstimmung zwischen Können, Wollen und Dürfen, desto höher ist Arbeitsbewältigung und damit Produktivität.

Ganzheitliche Arbeitsbewältigungsfähigkeit integriert Arbeits**fähigkeit** im Sinne von Können (gesundheitlich ...), Arbeits**bereitschaft** (im Sinne von Interesse und Wollen) und Arbeitsfähigkeits**möglichkeit** (im Sinne von arbeiten dürfen, einbezogen sein, Handlungsspielräume zu haben etc.).

Das Modell der Entwicklung des Menschen bis ins höhere Alter – bzw. über die gesamte Berufsdauer – stellt eine ebenso wichtige Voraussetzung für den erweiterten Arbeitsfähigkeitsbegriff dar.

Altern im Arbeitsprozess ist nicht per se mit Verlusten von Produktivität verbunden, man kann bei alternsgerechten Bedingungen bis ins hohe Berufsalter arbeitsfähig und produktiv bleiben.

4. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ als Messinstrument für Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ (ABI Plus™) wird im Rahmen des Programms „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten" von nationalen ExpertInnen unter Anleitung von Prof. Juhani Ilmarinen (Finnland) entwickelt. Er baut auf dem finnischen Work Ability Index auf, erweitert um die Aspekte von Werten, Kompetenz und Arbeitsbedingungen – nach dem Modell des sogenannten „Haus der Arbeitsfähigkeit".

Er ermöglicht ein Assessment, einen Status und eine Prognose zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit, also zur gesunden, produktiven Verankerung von MitarbeiterInnen im Arbeitsprozess.

Work Ability Index + Freiburger Beschwerdeliste

Produktivität misst der ABI Plus im anthropologischen und ökonomischen Sinn, denn niedrige Ausbildungen im ABI Plus™ gehen mit einem vorzeitigen Ausstieg, schlechterer Lebensqualität und klassischen Produktivitätsverlusten (z. B. gemessen nach der QQ-Methode[1]) einher. Die linearen Regressionsanalysen einer Studie des Erasmus Medical Center Rotterdam 2005–2006 ergaben, dass ArbeitnehmerInnen mit kritischen Arbeitsbewältigungswerten im Vergleich zu jenen mit exzellenten Werten einen Produktivitätsverlust von rund 27 % hatten.

Produktionsverlust bei schlechten Arbeitsbewältigungswerten

Je höher die Ausprägungen (Scores) im ABI Plus™, desto besser die Arbeitsbewältigung, das heißt die Übereinstimmung von individueller (Gesundheit, Einstellung, Kompetenz) mit organisationalen Ressourcen; desto höher das Zusammenpassen (Fit) von Individuum und Arbeit und desto wahrscheinlicher wird ein produktiver Verbleib im Arbeitsgeschehen.

Gezielte Interventionen zur Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit

Das Assessment mit dem ABI Plus™ ermöglicht auch gezielte Interventionen, um Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu verbessern, ebenso wie die Evaluierung der gesetzten Maßnahmen (Abb. 1).

Der Fragebogen beinhaltet im Kern den unveränderten Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index, 2nd revised edn; Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A. et al.; 1998) und als zweite teststabile Skala die Freiburger Beschwerdeliste (Fahrenberg; 1975). Für Einzelitems für die verschiedenen Bereiche des Hauses der Arbeitsfähigkeit wurde die Logik des ABI (subjektive Einschätzung des Umgangs mit Beanspruchungen) beibehalten. Es wurden fast durchgängig Einzelitems gewählt, welche schon in langjähriger Praxis erprobt wurden und für die eine vergleichbare Retestreliabilität mit dem ABI vorlag (Auswertung IBG, 2008).

Der ABI Plus wird in den Betrieben flächendeckend dreimal eingesetzt, pro Durchlauf können maximal 15.000 Daten erhoben werden. Um Arbeitsfähigkeitsverläufe anonymisiert darzustellen, erstellen die MitarbeiterInnen nach Anleitung einen persönlichen Code, der nur ihnen bekannt und durch sie auch bei der zweiten und dritten Befragung gut reproduzierbar ist.

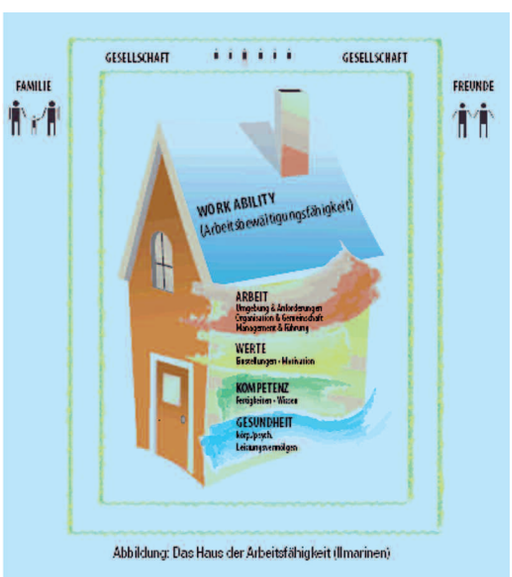

Abb. 1: Das Modell des Hauses der Arbeitsfähigkeit (nach J. Ilmarinen)

Dimensionen und Kriterien des ABI Plus
Erdgeschoss des Hauses der Arbeitsfähigkeit: physisches, psychisches und mentales Leistungsvermögen
1. **Stockwerk des Hauses der Arbeitsfähigkeit: Kompetenz:** Fertigkeit und Wissen, Wissenserwerb
2. **Stockwerk des Hauses der Arbeitsfähigkeit:** Werte und Einstellungen, Sinn Entschiedenheit für Beruf
3. **Stockwerk des Hauses der Arbeitsfähigkeit:** Arbeit & Arbeitsbedingungen a) soziale, zwischenmenschliche Anforderungen; Kooperation mit Führung, KollegInnen und KundInnen/KlientInnen b) Arbeitstagbewältigung, gesundheitliche Belastungen, Pausen, Arbeitszeitform ... c) Ergonomie
Umgebung des Hauses der Arbeitsfähigkeit: Privat und Gesellschaft: Life Balance: Lebenssituation, Lebensqualität, Abstimmung Beruf und Privatleben
Der Gesamtscore von 7–49; wird im Programm erweitet.

[1] Quantity and Quality Method nach Brouwer et al., 1999 (*How much work did you perform during regular hours on your last regular workday as compared with normal?;* Skala von 0–10).

5. Das Vorgehen in den Betrieben

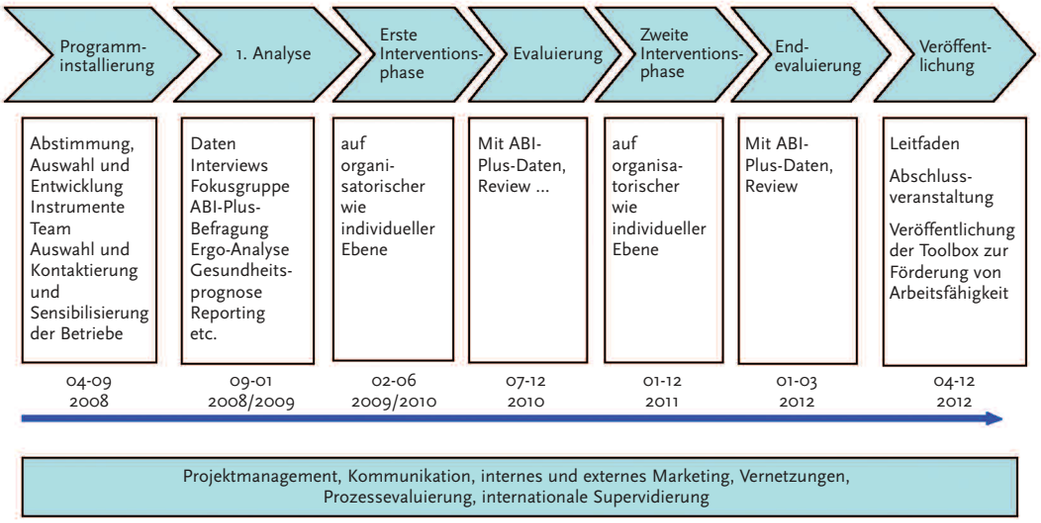

Abb. 2: Etappen und Milestones

5.1 Erstanalyse

Die Erstanalyse ist abgeschlossen

In den Pilotbetrieben wurde im Rahmen eines standardisierten Analyseprozesses unter Einsatz des Arbeitsbewältigungsindex Plus™, Ergonomie-Analysen, Altersstrukturauswertungen, Fokusgruppen und Arbeitsbewältigungscoaching die Behinderung bzw. Förderung von Arbeitsfähigkeit erhoben. In allen Betrieben ist die Erstanalyse abgeschlossen.

Es wurden im ersten Durchgang rund 7.600 ABI-Plus-Daten erhoben (Abb. 2).

5.2 Ergebnisse des klassischen Arbeitsbewältigungsindex

Bauunternehmen n = 575	Score	ausgezeichnet %	gut %	mäßig %	kritisch %	keine Angaben %
1	41,4	42	36	18	1	2
2	40,5	32	47	13	2	7
3	40,9	37	40	14	2	6
4	41,6	38	43	12	1	6

Gesundheit n = 3946	Score	ausgezeichnet %	gut %	mäßig %	kritisch %	keine Angaben %
1	39,77	28	41	19	3	9
2	40,03	32	38	19	3	8
3	38,46	21	44	19	8	8
4	39,89	27	40	18	3	12
5	39,90	30	39	18	4	9
6	41,77	41	39	10	2	8
7	41,20	41	41	12	3	3
8	41,26	38	39	16	–	6

Metallverarbeitung n = 1298	Score	ausgezeichnet %	gut %	mäßig %	kritisch %	keine Angaben %
1	41,21	46	38	10	1	5
2	42,77	44	39	14	–	8
3	37,24	15	43	30	12	–

Diverse Branchen n = 1939	Score	ausgezeichnet %	gut %	mäßig %	kritisch %	keine Angaben %
1	41,68	46	25	10	6	13
2	42,03	45	36	11	1	6
3	37,36	23	30	28	10	10
4	42,32	44	34	8	1	12

Bis zu ein Drittel der Befragten weist mäßige oder kritische Arbeitsbewältigungs-index-Werte auf

In den meisten Betrieben besteht im Gesamtdurchschnitt relativ gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Jedoch ein Achtel bis ein Drittel der Befragten weist mäßige und kritische Arbeitsbewältigungsindexwerte aus.

Die Altersprofile und die Auswertung nach anderen Variablen zeigt natürlich ein differenziertes Bild.

Der ABI sinkt in den meisten Branchen mit dem Alter (ab 40/45 deutlicher Sprung) und je niedriger das Qualifikationsniveau der Befragten, desto schlechter auch die ABI-Werte. Nachtarbeit führt erwartungsgemäß ebenso zu einer durchschnittlich schlechteren Arbeitsbewältigung.

Standardinterventionen und maßgeschneiderte Interventionen

5.3 Interventionen

Arbeitsfähigkeits-ExpertInnen haben auf Basis der Erkenntnisse der Analyse Maßnahmen zur Wiederherstellung, Erhalt oder Förderung von Arbeitsfähigkeit auf der organisationalen wie individuellen Ebene gemeinsam mit den jeweiligen Unternehmens-Projektsteuergruppen entwickelt.

Als Standardinterventionen für alle Betriebe werden folgende Schritte gesetzt:

a) Schulung von Führung, welche operativ Personal führt zur Unterstützung von Arbeitsbewältigung unter Berücksichtigung des Ansatzes von wertschätzender Führung
b) Schulung der Präventivdienste, v. a. des betriebsärztlichesn und arbeitspsychologischen Bereiches, in Arbeitsbewältigung (z. B. Arbeitsbewältigungs-Coaching).

Die Wirksamkeit der Interventionen wird im Rahmen des Projektes zweimal evaluiert

Maßgeschneiderte Interventionen

Die Ergebnisse der Analyse des ABI Plus™ wurden den Stockwerken des Hauses der Arbeitsfähigkeit zugeordnet.

Es wurde je nach Ergebnissen, Arbeitssituation und wissenschaftlichen Erkenntnissen unterschieden, ob verhältnisorientierte und/oder verhaltensorientierte Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation hilfreicher sind.

Die betriebsspezifischen Interventionen bzw. Unterstützungsmaßnahmen auf betrieblicher Seite setzen an Unternehmenskultur, Strukturen, Abläufen und am individuellen Verhalten an.

Interventionsfelder/Maßnahmenebenen

- Baufit – körpergerechtes Arbeiten in Bauunternehmen,
- Ergonomietrainings – quer durch alle Branchen,
- Einführung alternsgerechter MitarbeiterInnengespräche unter Integration des Themas Arbeitsfähigkeit,
- Schulung von MultiplikatorInnen zum alternsgerechten Arbeiten bei Montage und im Baubereich (bspw. Poliercoaching),
- Trainings zum Umgang mit schwierigen emotionalen Situationen und belastenden Kontakten, v. a. in der Gesundheitsbranche,
- Entwicklung von Modellen der Mikro-/Regenerationspausen,
- Erhöhung der Sichtbarkeit von spezifischen Zielgruppen, z. B. von Reinigungskräften oder Stubenmädchen, zur Verbesserung des Images dieser Berufsgruppen innerhalb der Betriebe,
- Hebung des Selbstwertes z. B. im Reinigungsbereich durch Schulung über die Bedeutung von Hygiene,
- Entwicklung von lateralen Karrieremodellen und Perspektivenentwicklung über die gesamte Berufsdauer,
- Umbau von Sozialräumen.

Es wurde bereits in allen Betrieben mit der Umsetzung der Maßnahmen begonnen.

Der Prozess der Begleitung und Beratung berücksichtigt dabei Prinzipien wie Partizipation der MitarbeiterInnen als ExpertInnen ihrer Arbeitswelt, lernende Organisation, d. h. Verankerung von Know-how im Betrieb und der Verbreitung über interne MultiplikatorInnen.

Die Wirksamkeit der Interventionen wird im Laufe des Projektes zweimal evaluiert und gegebenenfalls werden Adaptionen auf der Maßnahmenebene vorgenommen.

6. Resümee

Bis zu 10 % der Befragten haben sehr kritische ABI-Werte

Die ABI-Ergebnisse insgesamt sind durchaus gut, jedoch bis zu ein Drittel der Befragten weist förderungswürdige Scores und bis zu ein Zehntel sehr kritische Werte auf.

Der ABI sinkt in den meisten Branchen mit dem Alter, und je niedriger das Quali-

Niedrige ABI-Werte bei niedrigem Qualifikationsniveau

fikationsniveau, desto schlechter auch die ABI-Werte.

Was die Belastungen durch die Arbeit anlangt, ergibt sich im Gesamtschnitt folgendes Profil:

Am meisten leiden MitarbeiterInnen unter Zeitdruck, an zweiter Stelle stehen „emotionale Belastungen", dann kommen Nachtarbeit und Belastungen durch schweres Heben und Tragen.

„Zeitdruck" steht auf Platz 1 der Belastungsfaktoren

Zu den Führungskompetenzen gibt es auch eindeutige Ergebnisse, nämlich, dass die Unterstützung der MitarbeiterInnen durch ihre direkten Vorgesetzten verbesserungsfähig ist und deutlich hinter der Unterstützung durch KollegInnen oder hinter dem positiven Feedback von KundInnen zurückbleibt.

Etwa ein Sechstel aller Befragten ist entschieden, aus dem derzeitigen Beruf auszusteigen, im Gesundheitsbereich trifft das insbesondere auch auf die Jüngeren zu.

Die Unterstützung von MitarbeiterInnen durch ihre direkten Vorgesetzten ist verbesserungswürdig

Wollen wir Menschen länger im Arbeitsprozess halten, müssen wir:

1. Arbeit als Gesundheitspotenzial betrachten,
2. positive Bilder über Altern & Ältere, Altern als Umbau mit viel Zuwachs (Erfahrung, Kompetenz ...) entwickeln,
3. auf die Einbindung und soziale Verankerung aller Altersgruppen achten,
4. Wertschätzung und Nicht-Diskriminierung auch Älterer leben,
5. Entfaltung und Entwicklung bis zum Pensionsantritt (alternsgerechte Personalentwicklung) ermöglichen,
6. Arbeitsorganisation, Arbeitsanforderungen, Arbeitszeiten und Arbeitsumgebung an die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen aller Altersstufen anpassen,
7. Förderung von Arbeitsfähigkeit zum betrieblichen Thema machen.

Förderung von Arbeitsfähigkeit muss ein betriebliches Anliegen sein

Es werden in Zukunft laufend Veranstaltungen zur Veröffentlichung der Ergebnisse und erfolgreichen Maßnahmen folgen, unter anderem eine jährliche Arbeitsfähigkeitsenquete und Future Circles in Kooperation mit dem **ÖPWZ**.

Im Frühjahr erscheint der erste Workability Report Österreichs (nachzulesen auf www.wai-netzwerk.at)

Die Gesamtergebnisse mit Förderinstrumenten, inklusive dem Arbeitsbewältigungsindex Plus™, werden 2012 veröffentlicht und dann als Standardprodukte Verbreitung finden.

Literatur

Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Herausgegeben von Giesert, M. im Auftrag des DGB-Bildungswerk e.V., Hamburg.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al. (1998): Work Ability Index, 2nd revised edn.

Für weitere Informationen zum Programm:

Dr.in Irene Kloimüller MBA
Am Heumarkt 3/I/17
A-1030 Wien
Irene.kloimueller@auva.at bzw.
irene.kloimueller@chello.at
Mobile: 0699 104 00 755
http://www.wai-netzwerk.at

Das Programm wird getragen und finanziert durch:

AUVA Soziale Unfallversicherung

PV PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Gesundheitsförderung

Klaus Ropin
Fonds Gesundes Österreich
Gesundheit Österreich GmbH
Aspernbrückengasse 2
1020 Wien
Tel.: +43 1 895 04 00-14
Fax: +43 1 895 04 00-20
E-Mail: klaus.ropin@fgoe.org

Gesundheitsförderung will gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (Verhältnisprävention) und persönliche Kompetenzen entwickeln (Verhaltensprävention).

WHO Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung, 1986

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Fonds Gesundes Österreich und Fondszweck

Die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wird durch zwei Gesetze bestimmt. Die inhaltliche Basis ist durch das Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998 (GfG, 1998)[1] vorgegeben, die organisatorische Verankerung wurde durch das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG, 2006)[2] neu geregelt. Der FGÖ ist seit 1. August 2006 ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, ihm ist die Vollziehung des Gesundheitsförderungsgesetzes übertragen.

Hierfür stellt das jeweils für Gesundheit zuständige Bundesministerium jährlich € 7,25 Millionen aus den Mitteln des Finanzausgleichs zur Verfügung. Maßnahmen und Initiativen, die in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Sozialversicherung fallen beziehungsweise auf Grundlage anderer gesetzlicher Bestimmungen durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieses Bundesgesetzes.

Das Gesundheitsförderungsgesetz orientiert sich an den Prinzipien und am umfassenden Gesundheitsbegriff der Ottawa-Charta (WHO, 1986):

> *Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.*

Das Gesundheitsförderungsgesetz orientiert sich an den Prinzipien und am umfassenden Gesundheitsbegriff der Ottawa-Charta (WHO, 1986)

Das Gesundheitsförderungsgesetz umfasst:

- Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn sowie
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Aufgaben und Ziele des Fonds Gesundes Österreich (GfG, 1998)[1]

Der FGÖ hat gemäß Gesundheitsförderungsgesetz (GfG, 1998)[1] primär folgende Aufgaben und Ziele:

- Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention unter Berücksichtigung und Einbindung bestehender Einrichtungen und Strukturen,
- Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen,
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Krankheitsprävention sowie Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen,
- wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich,
- Unterstützung der Fortbildung von Personen, die in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie in gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und Initiativen tätig sind,
- Abstimmung der Maßnahmen und Initiativen im Sinne dieses Bundesgesetzes mit bestehenden Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung.

[1] Österreichisches Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) BGBl. Nr. 51/1998.
[2] Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) BGBl. Nr. 132/2006 vom 31. Juli 2006.

Der FGÖ unterstützt ausschließlich Projekte in den Bereichen Gesundheitsförderung und Primärprävention

Gesundheitsbegriff des Fonds Gesundes Österreich

Gemäß dem Gesundheitsförderungsgesetz (GfG, 1998)[1] fördert der Fonds Gesundes Österreich ausschließlich Projekte in den folgenden Bereichen:

1. Gesundheitsförderung:
   Die Gesundheitsförderung basiert auf einem umfassenden (bio-psycho-sozialen) Gesundheitsbegriff, ist auf eine Steigerung von Gesundheitspotenzialen ausgerichtet, hat keinen Risiko- oder Krankheitsbezug und setzt an den unterschiedlichen Lebenswelten (Settings) an. Ihre Orientierung ist ressourcensteigernd sowie verhältnis- und/oder verhaltensändernd. Die Zielgruppe/n der Gesundheitsförderung sind soziale Gruppen (Bevölkerungsgruppen), nicht Einzelpersonen.
2. Primärprävention mit einem umfassenden (bio-psycho-sozialen) Gesundheitsbegriff:
   Die umfassende Primärprävention ist auf eine ganzheitliche Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn ausgerichtet. Ihre Orientierung ist risikosenkend sowie verhältnis- und/oder verhaltensändernd. Ihre Zielgruppe/n sind ebenfalls soziale Gruppen (Bevölkerungsgruppen), nicht Einzelpersonen.
   Nicht in den Aufgabenbereich des FGÖ fallen somit Projekte der Primärprävention mit einem biomedizinischen Gesundheitsbegriff und/oder einer Ausrichtung auf Einzelpersonen sowie Projekte der Sekundärprävention und der Tertiärprävention.

   Hierzu zählen z.B.:
   - Screenings,
   - Diagnostik,
   - Impfprogramme,
   - Behandlungen,
   - (medizinische) Einzelfallberatungen und -betreuungen/Checks,
   - Therapien (inklusive Psychotherapie),
   - Rehabilitationen,
   - Recall-Projekte,
   - Grundlagenforschungen (z. B. Genetik, Pharmakologie, Medizin ...),
   - Projekte zur medizinischen Qualitätssicherung,
   - medizinische Outcome-Messungen.

Betriebliche Gesundheitsförderung zahlt sich aus

Definition „betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) und ihr Nutzen

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine moderne Managementstrategie und eine freiwillige Aktivität eines Unternehmens. Gemäß der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union („Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“, 1997) zielt sie darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

BGF umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

BGF beinhaltet Maßnahmen zur:
- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Die **Nutzen und Vorteile von betrieblicher Gesundheitsförderung** lassen sich aus drei Perspektiven beschreiben:

Für die MitarbeiterInnen bringt Betriebliche Gesundheitsförderung mehr Lebensqualität und Wohlbefinden, ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsbeschwerden können reduziert, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral gesteigert werden. MitarbeiterInnen können mit Arbeitsbelastungen besser umgehen und folglich wird das Betriebsklima positiv beeinflusst.

Für Unternehmen kommt es zu messbaren Einspareffekten, da unter anderem durch verringerte Krankenstände und Arbeitsunfälle Entgeltfortzahlungen vermieden werden können. Eine gesteigerte Arbeitsqualität und erhöhte Arbeitsleistung der MitarbeiterInnen schlagen sich in einer erhöhten Effizienz und Produktivität des Unternehmens nieder. Verhaltensänderungen bei den ArbeitnehmerInnen sowie gesundheitsförderliche Verhältnisse im Unternehmen führen zu einer Verbesserung des Betriebsklimas, einer Vermin-

Besseres Betriebsklima und weniger Personalfluktuation

derung der Personalfluktuation und folglich auch zu einer Verbesserung des Firmenimages.

Auf volkswirtschaftlicher Ebene erzielt betriebliche Gesundheitsförderung eine Kostenersparnis für das gesamte Gesundheitswesen durch Reduktion des Krankengeldes und der Behandlungskosten. Des Weiteren können die Zahl der Neuzugänge zur Erwerbsunfähigkeitspension und die Zahl der vorzeitigen Todesfälle im erwerbsfähigen Alter gesenkt werden (Helmenstein, C., et al. [2004]. Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Wien: Institut für Höhere Studien [IHS]).

Deutliche Senkung der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Bei der Frage nach den finanziellen Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung deuten die Befunde darauf hin, dass Einsparungen durch die Reduktion von Krankheitskosten der Beschäftigten erzielt werden und nachweislich zu verringerten (krankheitsbedingten) Fehlzeiten, dem sog. Absentismus, führen. Die berichteten Werte für die Kosten-Nutzen-Verhältnisse („return of investment") liegen zwischen 1 : 2,3–1 : 5,9 für die Einsparung bzgl. der Krankheitskosten und 1 : 2,5–1 : 10,1 in Hinsicht auf Kostenersparnis durch verringerte Abwesenheiten (Absentismus). In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen bereits kurzfristig (innerhalb von 3 bis 4 Jahren) eine Verringerung der Krankheitskosten bewirken; dieser Effekt ist möglicherweise langfristig sogar noch größer (Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. [2008]. IGA-Report 13, Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband [Hrsg.]).

Erfolge bereits nach kurzfristigen Interventionen

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich ist als nationale Kontakt- und Förderstelle für die Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung zuständig: Dies impliziert die stete inhaltliche Weiterentwicklung dieses Themenbereichs – in Kooperation mit dem Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung und seinen Bundesländerkontaktstellen – und die finanzielle Förderung von BGF-Projekten. Im Förderauftrag des Fonds Gesundes Österreich ist auch die Primärprävention im ganzheitlichen Kontext (bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis) enthalten.

Anstoßfinanzierungen im Rahmen von Pilotprojekten

Immer mehr fortschrittliche Unternehmen haben die Win-Win-Situation durch betriebliche Gesundheitsförderung sowohl für ArbeitgeberInnen als auch für ArbeitnehmerInnen sowie für die Gesellschaft erkannt.

BGF-AkteurInnen & Ablauf von BGF-Projekten

Wesentliche AkteurInnen in betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten sind neben speziell ausgebildeten BGF-ProjektleiterInnen und Gesundheitszirkelmoderatorinnen die Präventivfachkräfte. Insbesondere – wenn im Betrieb vorhanden – ArbeitsmedizinerInnen und BetriebsärztInnen, deren Know-how in verschiedensten Punkten im BGF-Projektzyklus zum Tragen kommt: als Mitglied der Steuerungsgruppe, im Rahmen der Ausgangsdatenerhebung (unter Wahrung des Datenschutzes!), bei der Verhältnisprävention. Die Arbeitsmedizin kann in einzelnen BGF-Projekten auch die sensible Moderationsrolle zwischen Projekt und Geschäftsleitung/Belegschaftsvertretung übernehmen (Abb. 1).

Beispiele für BGF-Maßnahmen

- Führungskräfteschulungen (gesundheitsgerechter Führungsstil, Anerkennender Erfahrungsaustausch),
- Lebenstil-Aspekte (Seminare zur Ernährung, Ausgleichsbewegung, Stressprävention und -bewältigung),
- Arbeitsorganisation (Abläufe, Planungen, Zuständigkeiten, Kommunikation, Schichtpläne),
- Arbeitsgestaltung (Ganzheitlichkeit, Handlungsspielraum).

Rahmenbedingungen und Kriterien zur Förderung von BGF-Projekten

Der FGÖ unterstützt Betriebe durch Anstoßfinanzierungen in der Einführung der betrieblichen Gesundheitsförderung mittels eines Pilotprojektes.

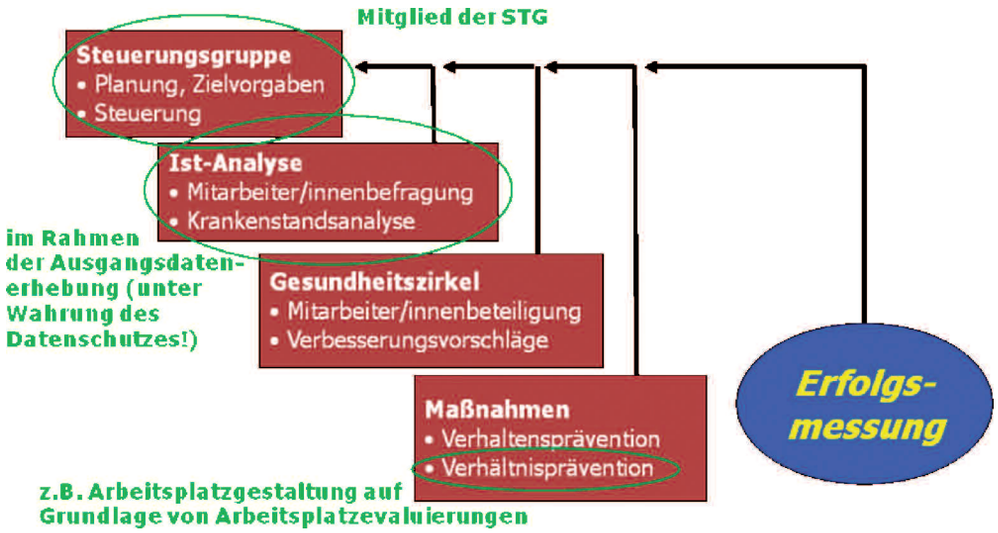

Abb. 1

Die Abgrenzung zu Maßnahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes muss klar ersichtlich sein

Der Fonds Gesundes Österreich fördert generell bei allen betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten ausschließlich den Projektprozess anteilig.

Hintergrund ist die Zielsetzung für ein tieferes Verständnis des Werts und der Bedeutung eines partizipativen und prozesshaften Vorgehens im Sinne der Gesundheitsförderung.

Standardisiertes Vorgehen nach dem etablierten Managementkreislauf

Gewisse inhaltliche und formale Qualitätskriterien sind Voraussetzung für eine Förderung:

Ein Projektcharakter muss ersichtlich sein, Bedarfserhebung und Ausgangslagendarstellung, Zielformulierung, Methodendarstellung und Umsetzungsstrategie sowie ein detaillierter Projektablauf (Projektstrukturplan, Meilensteinliste, etc.) sind darzustellen. Durch die große Erfahrung gibt es bei BGF ein standardisiertes Vorgehen nach dem etablierten Managementkreislauf (Diagnose, Planung, Umsetzung, Evaluierung). Wichtig sind die der Projektgröße entsprechende Darstellung der Übereinstimmung des Projektkonzeptes mit den Kriterien der modernen BGF und der Einsatz der Instrumentarien der BGF (wie z. B. Steuerungsgruppe, Ist-Analyse, Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel). Detailliertere Informationen und Beratung können z. B. bei den Bundesländer-Regionalstellen und der Kontaktstelle des Österreichischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at) nachgefragt werden.

Ebenso unerlässlich sind Angaben zur Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit sowie zur Dokumentation und Evaluation des geplanten Projektes, ein Finanzierungsplan sowie ein detailliertes Projektbudget. Eine Abgrenzung zu den Maßnahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes und anderer gesetzlicher Zuständigkeiten muss klar ersichtlich sein.

Detailinformationen zu Fördersätzen, Kostengrenzen, förderbaren Leistungen und zur Online-Beantragung mittels FGÖ-Projektguide finden Sie im folgenden BGF Fact Sheet!

Chance Führung

„Gesundes Führen“

- Gesundheitsförderliche Führung = Krönung sowie Fundament für BGF
- Die Führung
  - → lässt Gesundheitsangebote und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung zu,
  - → hat Einfluss auf Gesundheitsrahmenbedingungen der Menschen,
  - → bestimmt die betriebliche Beziehungskultur,
  - → hat Auswirkungen auf Motivation und Leistungsbereitschaft, Arbeitszufriedenheit und Befinden der Belegschaft.
- Arbeitsprogramm 2009: Führungskräfte als besonders zu berücksichtigende Zielgruppe!
- Weiterbildungsangebot für BGF: Seminarreihe „Gesundes Führen“ (siehe unten)

Breites Weiterbildungsangebot

Chance Nachhaltigkeit

- BGF muss von oberster Management-/Führungskräfte-Ebene im Unternehmen gewollt sein
- BGF muss von der Belegschaft mitgetragen werden
- Gleiches Verständnis aller Beteiligten
- Capacity building → Installierung einer/eines Gesundheitsbeauftragten, Ausbildung von GesundheitszirkelmoderatorInnen, Qualifizierung und Sensibilisierung der Führungskräfte ...
- Ressourcensicherung (eigenes Budget/Zeitkapazitäten)
- Integration in Managementsysteme → BGM

  ...

Angebot des Fonds Gesundes Österreich

- **Angebote zur Qualitäts- und Nachhaltigkeitssicherung im Bereich BGF – Kooperationen mit ÖNBGF**

BGF-Gütesiegel

Das Österreichische Netzwerk BGF betreibt – gefördert vom FGÖ – ein dreistufiges Qualitätssicherungssystem (**BGF-Charta, BGF-Gütesiegel und BGF-Preis**). Betriebe, die bereits ein BGF-Projekt umgesetzt und die BGF-Charta unterschrieben haben, können das Gütesiegel für eine Dauer von drei Jahren beantragen.

Im Sinne der Qualitäts- und Nachhaltigkeitssicherung gibt es für Betriebe, die bereits einmal das BGF-Gütesiegel vom Österreichischen Netzwerk BGF erworben haben, einen weiteren Anreiz zur Fortführung von betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten über das Projektende hinaus. Im Rahmen der **Wiederverleihung** des auf drei Jahre befristeten Gütesiegels werden vom Fonds Gesundes Österreich zweckgebundene Einmalzahlungen in der Höhe von **€ 3.000** für Betriebe bis 10 MitarbeiterInnen, **€ 5.000** für Betriebe bis 250 MitarbeiterInnen und **€ 7.500** für Betriebe mit mehr als 250 MitarbeiterInnen vergeben. Die Beträge sind für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verwenden.

- **Weiterbildungsangebot des Fonds Gesundes Österreich für betriebliche Gesundheitsförderung zur Qualifizierung und Kompetenzentwicklung innerbetrieblicher AkteurInnen für BGF**

Der Fonds Gesundes Österreich ist bestrebt, im Sommersemester 2010 wieder ein reguläres Qualifizierungsprogramm anzubieten.

Dieses umfasst Seminare zum/zur ProjektleiterIn, zur Gesundheitszirkelmoderation und ein Seminar zum Thema „Gesundes Führen“ für Personen mit Führungsverantwortung.

Im Sinne der Nachhaltigkeitssicherung gibt es für AbsolventInnen der beiden Seminare zum/zur ProjektleiterIn und zur Gesundheitszirkelmoderation Follow-up-Angebote zur Weiterbildung und Vernetzung. Konkret wird einmal jährlich eine Fortbildungs- und Vernetzungsveranstaltung für diese Zielgruppen organisiert.

- **Weitere Angebote**
  - Ernährungshotline
  - Magazin „Gesundes Österreich“
  - Broschüren (Ernährung, Bewegung, Seelische Gesundheit, Gesunde Klein- und Mittelbetriebe, Gesund mit Pflanzen)
  - SIGIS (Datenbank, Servicetelefon, Publikationen)
  - Kampagnen
  - Gesundheitsförderungskonferenz
  - Präventionstagung

Erfahrungsaustausch mit ProjektbetreiberInnen bereits geförderter Projekte

Die geförderten Projekte müssen auswertbar sein

Bei allen geförderten Projekten erhebt der Fonds Anspruch auf die Auswertbarkeit der Konzepte. Die Projekte werden in einer Projektdatenbank erfasst, für jedes geförderte Projekt sind eine Projektkurzbeschreibung, die Kontaktdaten der jeweiligen ProjektbetreiberInnen und – sofern bereits ein geprüfter und freigegebener Bericht vorliegt – der Projektendbericht als PDF-File unter www.fgoe.org abrufbar. Im Sinne des „Voneinander-Lernens“ und der Vernetzung von AkteurInnen der Gesundheitsförderung ist dem Fonds Gesundes Österreich der Erfahrungsaustausch zwischen InteressentInnen und

erfahrenen ProjektakteurInnen ein großes Anliegen.

Genauere Auskünfte stehen unter www.netzwerk-bgf.at bzw. www.fgoe.org zur Verfügung.

Detailinformationen finden Sie im Leitfaden „Leitfaden für AntragstellerInnen und FördernehmerInnen“ unter http://info.projektguide.fgoe.org.

Für weitere Detailfragen stehen Ihnen die MitarbeiterInnen des BGF-Teams gerne zur Verfügung:

Dr. Klaus Ropin
Gesundheitsreferent
klaus.ropin@fgoe.org
01/895 04 00-14

Mag.ª (FH) Sabrina Kucera
Projektassistentin
sabrina.kucera@fgoe.org
01/895 04 00-22

Tanja Pfeifer, MA
Projektassistentin
tanja.pfeifer@fgoe.org
01/895 04 00-33

Mag.ª (FH) Marion Fichtinger
kfm. Sachbearbeiterin
marion.fichtinger@fgoe.org
01/895 04 00-27

Homepage: www.fgoe.org
Die gesunden Seiten des Lebens:
www.gesundesleben.at

Und sie wirkt doch

Daten und Fakten zur Effektivität der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ursula Püringer
Evidence-based Medicine Review Center der Medizinuniversität Graz
Norske Skog Bruck
Tel.: +43 (0) 3862 800 297
Fax: +43 (0) 3862 800 329
E-Mail: ursula.pueringer@norskeskog.com

Die Arbeitswelt als besonders geeignetes „Setting" für Gesundheitsförderung und Prävention. Hohe Erwartungen werden in betriebliche Gesundheitsförderung gesetzt – eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz, die die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung gleichermaßen umfasst wie die Förderung der aktiven Einbeziehung aller Beteiligten. Durch umfassende betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte sollen „Verhältnisse" verändert und Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Beschäftigten gesetzt werden. Tatsächlich gibt es Anhaltspunkte, dass betriebliche Gesundheitsförderung dazu beiträgt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Arbeitsumgebung und das Verhalten des/der einzelnen MitarbeiterIn positiv zu beeinflussen und damit die Produktivität des Unternehmens zu erhöhen. Aber wie? Steigern Bewegungsprogramme die Fitness von MitarbeiterInnen? Trägt ein Tabakentwöhnungsprogramm dazu bei, dass mehr Beschäftigte mit dem Rauchen aufhören? Lassen sich mit Hilfe gesunder Essensangebote in Kantinen die Ernährungsgewohnheiten von ArbeitnehmerInnen entscheidend beeinflussen? Verbessern Gesundheitszirkel die Arbeitsbedingungen? Ist die Wirksamkeit von Partizipation nachgewiesen? Eine Reihe von AnbieterInnen betrieblicher Gesundheitsförderung (zumeist verhaltensorientierter Projekte) wird tagtäglich bei Unternehmensleitungen vorstellig, um ihre Dienste anzubieten. Welche Interventionen aber sind nachweislich effektiv?

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den derzeitigen Stand der Evidenz wirksamer betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf der Basis des Reviews von Sockoll, Kramer & Bödeker (2008).

Key words: Betriebliche Gesundheitsförderung, Effektivität, Evidenzbasierung, systematische Reviews.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

In der Arbeitsmedizin wird – so wie in anderen Bereichen der Medizin – eine zusehends intensive und kontroverse Diskussion über die wissenschaftlichen Standards und deren Praxisrelevanz geführt. Dabei nehmen Fragen der Qualitätssicherung und der Entwicklung von Leitlinien zunehmenden Raum ein. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Evidence Based Medicine (EbM) und ihre methodischen Standards. Zur Definition der evidenzbasierten Medizin sagt der „Vater" der EbM, Sackett: „Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten." Und: „Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung" (Sackett et al., 1996). Nun ist in der Praxis die Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen für den/die einzelne/n ÄrztIn nicht zu bewältigen, sodass die Zusammenstellungen der verfügbaren Literatur inklusive Bewertungen nach klaren Kriterien notwendig ist. Durch die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung solcher systematischer Übersichtsarbeiten (Reviews) wird eine wissenschaftliche Informationsgrundlage geschaffen, um den aktuellen Stand der Forschung objektiv beurteilen zu können. In einem systematischen Review werden Verzerrungen des Ergebnisses möglichst ausgeschlossen, indem ein standardisiertes methodisches Vorgehen angewendet wird. Ergebnisverzerrende Einflüsse werden in allen Phasen des Erstellungsprozesses (Identifizierung und Auswahl relevanter Studien, Datensammlung und -analyse) minimiert und damit größtmögliche Transparenz geschaffen. Als Daten-

Reviews als Informationsgrundlage

Welche Maßnahmen sind wirksam?

Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sind oft schwer zu vergleichen

grundlage und methodischer „Goldstandard“ gilt die randomisierte kontrollierte Studie (RCT), da hier die Wahrscheinlichkeit von systematischen Fehlern am geringsten ist. Gibt es keine RCTs werden auch andere Studien herangezogen, wobei die EbM nach einer „Evidenzhierarchie“ vorgeht (Abb. 1).

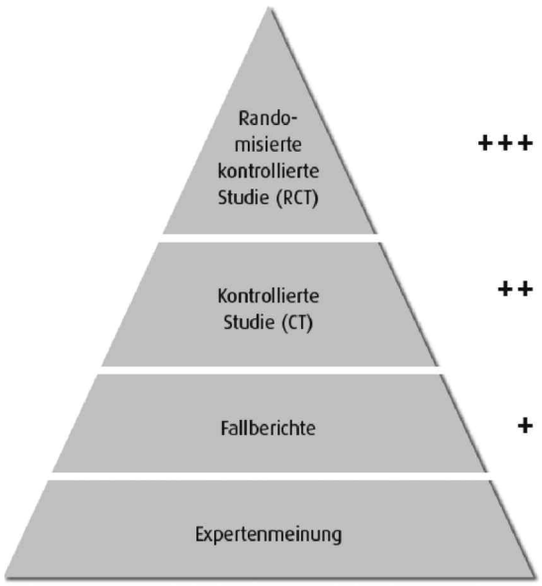

Abb. 1

Fast zum Synonym für systematische Übersichtsarbeiten ist die Cochrane Collaboration geworden. Für die Bearbeitung von arbeitsweltbezogenen Themen wurde 2004 das Cochrane Occupational Health Field (COHF) gegründet und beim Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) angesiedelt. Das Ziel des Feldes ist es, Evidenz über die Wirksamkeit von Occupational-Health(OH)-Interventionen zusammenzutragen sowie die Erstellung von Cochrane Reviews zu diesen Interventionen anzuregen.

Multifaktorielle Programme sind effektiver als jede Intervention für sich genommen

Schwierig wird es, wenn diese Evidenzbasierung im Sinne der evidenzbasierten Medizin auf die (betriebliche) Gesundheitsförderung und Prävention übertragen werden soll. Einmal weil die randomisierte kontrollierte Studie kein angemessenes bzw. machbares Design ist, die Interventionen der Gesundheitsförderung häufig sehr komplex und die Rahmenbedingungen und Maßnahmen in Betrieben nicht vergleichbar sind. Zudem setzt die EBM eine Materiallage an Studien voraus, die in den Bereichen von Gesundheitsförderung und Prävention meist nicht existiert. Weiters verunmöglicht die Heterogenität der Studien (z. B. hinsichtlich Inhalt, Outcomes Studienpopulation, Studiendesign) im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention eine metaanalytische Auswertung.

Wirksame betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme

Programme zur Förderung körperlicher Aktivität

Im Bereich der **Verhaltensprävention** besteht starke Evidenz dafür, dass körperliche Übungsprogramme die körperliche Aktivität von Beschäftigten erhöhen und Muskel-Skelett-Erkrankungen vorbeugen können. Auch auf Erschöpfungs- und Müdigkeitszustände scheinen sich individuelle Bewegungsprogramme im Betrieb positiv auszuwirken.

Unzureichende Belege existieren für ärztliches Anraten von mehr Bewegung im Rahmen von Gesundheitschecks im Betrieb.

Mit verhältnispräventiven Maßnahmen wie z. B. Hinweisschildern (Stiegensteigen statt Liftfahren) lassen sich bei vielen MitarbeiterInnen Erfolge erzielen. Die Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten und Fitnesseinrichtungen vor Ort kann die Aktivität der Mitarbeiter ebenfalls fördern. Gleichzeitig sollten darauf zugeschnittene individuelle Beratungen oder spezifische Verhaltenstrainings angeboten werden.

Multifaktorielle Programme sind generell wirksamer als jede der Interventionen für sich.

Programme zur Förderung gesunder Ernährung

Betriebliche Programme zur Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten sind in der Lage, den Obst-, Gemüse- und Fettverzehr sowie die Ballaststoffaufnahme von MitarbeiterInnen signifikant zu beeinflussen. Die Schaffung gesünderer Essensangebote in Kantinen und Automaten, entsprechende Kennzeichnung der Produkte und andere Informationsstrategien können den Verkauf und Verzehr gesünderer Speisen anregen und somit ein gesundes Ernährungsverhalten der Mitarbeiter während der Arbeitszeit fördern.

Programme zur Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle

Die Effektivität betrieblicher Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle ist gut belegt (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2002). Es gibt starke Evidenz dafür, dass Gruppeninterventionen, individuelle, professionelle und intensive Beratungsangebote sowie Nikotinersatzpräparate Raucherprävalenzen senken können und Abstinenzquoten nachhaltig verbessert werden. Absolute Rauchverbote in Betrieben gehen mit einer beträchtlichen Reduktion im Zigarettenkonsum während der Arbeitszeit und deutlich verbesserter Luftqualität einher (Fichtenberg & Glantz 2002). Die wissenschaftliche Literatur legt nahe, dass Selbsthilfematerialien und Anreizsysteme keinen bedeutsamen Beitrag zur Reduktion von Raucherprävalenzen und Steigerung von Aufhörquoten leisten. Je nach Grad der Abhängigkeit (gemessen mit dem Fagerström-Test) besteht eine klare Dosis-Wirkung-Beziehung, je intensiver die Raucherentwöhnungsmaßnahme, desto höhere Erfolgsraten sind zu erwarten (Fiore et al., 2000). Soziale Unterstützung (z. B. durch KollegInnen) allein hat sichnicht als effektiv erwiesen, den Rauchstopp wesentlich zu erleichtern und Abstinenz nachhaltig zu fördern.

Selbsthilfematerialien tragen kaum zur Nikotinentwöhnung bei

Kognitiv-verhaltensbezogene Maßnahmen sind erfolgreich bei Stress

Gesundheitszirkel

Zur Effektivität von Gesundheitszirkeln existieren kaum methodisch belastbare Interventionsstudien, wie die einzige systematische Literaturübersicht (Aust & Ducki, 2004) zeigt, die 11 Studien im Zeitraum von 1980 bis 2001 einschließt, in denen die Ergebnisse aus 81 Gesundheitszirkeln in Deutschland zusammengefasst werden. Mehr als die Hälfte der Zirkel wurde in Unternehmen der Stahlbranche durchgeführt, zwölf fanden in chemischen Industriebetrieben statt, fünf in Krankenhäusern. Insgesamt berichten die Teilnehmer studienübergreifend eine hohe Zufriedenheit mit der Zusammensetzung der Zirkel, der Anzahl der Sitzungen sowie dem gesamten Prozess bei der Identifizierung von Problemen und dem Entwickeln von Lösungsoptionen. Zwischen 45 % bis zu 86 % aller in den Zirkeln erarbeiteten Vorschläge wurden innerhalb der ersten sechs bis zwölf Monate nach Beendigung der letzten Zirkelsitzung implementiert. Fast alle Studien fanden zumindest einige positive Veränderungen in den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, darunter z. B. Stressreduktion infolge optimierter Arbeitsorganisation oder verminderte körperliche Belastungen durch ergonomische Neuerungen.

Reine Informationsvermittlung ist zu wenig

Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Prävention von psychischen Erkrankungen

Sokoll et al. (2008) haben in ihrer systematischen Literaturübersicht neun Reviews und Metaanalysen mit insgesamt 294 Studien erfasst, die sowohl individuelle Stressinterventionen (Entspannungstrainings, Zeitmanagement-Schulungen) als auch organisatorische Maßnahmen (Veränderungen der Arbeitsabläufe, Jobrotation) und Kombinationen der beiden untersucht haben. Es zeigt sich, dass der Einzelne wie auch die Organisation von Stressinterventionsmaßnahmen profitieren. Wesentlich mehr Studien fokussieren aber auf individuelle Stressmanagementtechniken und stellen fest, dass insbesondere kognitiv-verhaltensbezogene Maßnahmen wirksam sind.

Aber auch Interventionen auf der Verhältnisebene haben durchaus das Potential zu positiven Effekten.

Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Zur Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen existieren 19 Übersichtsarbeiten bestehend aus mehr als 400 Studien aus den Jahren 1960 bis 2005 (Sokoll et al., 2008). Verhaltenspräventive Ansätze wie Schulungen/Trainings (Rückenschulen, Nackenschulen, ergonomische Schulungen, Schulungen zum Umgang mit Stress), die auf reine Wissens- und Informationsvermittlung in Unterrichtsform abzielen, haben sich in Hinblick auf Fehlzeiten vom Arbeitplatz aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Inzidenz

muskulo-skelettaler und kumulativer traumatischer Erkrankungen, muskulo-skelettale Symptome und Dauer der Beschwerden als nicht effektiv erwiesen. Weder Schulungen mit ergonomischen Inhalten (z. B. Körpermechanik, Hebe- und Tragetechniken, rückengerechte Lastenhandhabung) noch theoretische und praktische Trainings konnten Effekte nachweisen. Gleiches gilt für klassische Rückenschulen, Nackenschulen und Stressmanagementtrainings, die ebenfalls als wirkungslos eingestuft werden. Als sekundärpräventive Maßnahme sind arbeitsplatzbezogene Rückenschulen in der Therapie chronischer und rezidivierender Schmerzen im Bereich des unteren Rückens hingegen erfolgreich eingesetzt worden. Für Programme zur Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, Verbesserung der Beweglichkeit und Erhöhung der Fitness von Beschäftigten liegen die deutlichsten Wirksamkeitsnachweise vor. Wie aus den Reviews hervorgeht, lassen sich mit Hilfe von Bewegung sowohl Fehlzeiten infolge von Muskel-Skelett-Erkrankungen reduzieren als auch deren Inzidenz und Prävalenz senken. Erfolgreich waren Programme vor allem dann, wenn sie eine Kombination aus verhaltenspräventiven Maßnahmen (Schulungen oder Übungsprogramme) und „klassischen" ergonomischen Interventionen aus dem verhältnispräventiven Bereich (technische Hilfsmittel, arbeitsorganisatorische Veränderungen, Umgestaltung des Arbeitsplatzes) kombiniert hatten.

Kombinationen aus verhaltenspräventiven Maßnahmen und klassischen ergonomischen Interventionen sind am erfolgreichsten

Empfehlungen

Für Arbeitsmedizin und betriebliche Gesundheitsförderung ergibt sich die Forderung, nur jene Interventionen zu unterstützen, die auch nachweislich wirksam sind. Um die Ergebnisse systematischer Forschung auch in die Praxis einfließen zu lassen, wird die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Arbeitsmedizin empfohlen.

Die Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien wird empfohlen

Literatur

Aust, B. & Ducki, A. (2004): Comprehensive Health Promotion Interventions at the Workplace: Experiences with Health Circles in Germany. Journal of Occupational Health Psychology. 9(3): 258–270.

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg.

Fichtenberg, CM., Glantz, SA. (2002): Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ. 325: 188.

Fiore, MC., Bailey, WC., Cohen, SJ. et al. (2000): Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. October.

Kreis, J. (2006): Wirksamkeitsnachweis in der Prävention. Lässt sich die Methodik der Cochrane Collaboration auf arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen anwenden? IGA-Report 11.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. (1996): Evidence-based medicine: Br Med J 312: 71–72.

Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA-Report 13.

Weitere Literatur bei der Autorin

Dr. Ursula Püringer
EBM Review Center der Medizinuniversität Graz und
Arbeitsmedizinerin der Norske Skog Bruck
Ursula.pueringer@medunigraz.at
Ursula.pueringer@norskeskog.com

Reisemedizin und Fürsorgepflicht

Sollen und können beruflich Auslandsreisende auch während der Reise medizinisch betreut werden?

Stefan Esser
Medical Services, Germany & Austria
International SOS Emergency Services (Deutschland) GmbH
Hugenottenallee 167
63263 Neu-Isenburg
Germany
Tel: +49 6102 3588 421
E-Mail: stefan.esser@internationalsos.com
www.internationalsos.com

Key words: Travel medicine, Duty of Care, Expatriates, Global Medical Services, Assistance medicine

Einleitung

Reisemediziner in Österreich und auch in Deutschland beraten Reisende vor und nach ihrem Aufenthalt im Ausland. Die Zeit der Tätigkeit im Ausland bleibt vor allem bei Langzeitaufenthalten oft unzureichend abgedeckt. Für Reisemediziner ist es wichtig, zu wissen, ob und wie ihre Patienten und deren Arbeitgeber auch bei Langzeitaufenthalten im Ausland eine adäquate medizinische Versorgung erfahren können.

Thema

Die Aufgabe, die Verpflichtung und die Möglichkeiten, insbesondere Langzeitreisende auch vor Ort im Ausland medizinisch zu betreuen, sollen mit diesem Artikel erläutert und analysiert werden. Unter Reisemedizin versteht man den Teil der Medizin, der sich mit der Darstellung aller Fakten in Bezug auf Gesundheitsrisiken für Reisende einschließlich der Prophylaxe, Diagnostik und der Therapie beschäftigt. Gerade bei Reisen in die Tropen und Subtropen können viele Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen auftreten. Der internationale Reiseverkehr hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Vor allem aber auch bei beruflichen Reisen in tropische und subtropische Länder gibt es gesundheitliche Risiken. (Abb. 1) Hierzu zählt vor allem auch ein oft erhöhtes Unfallrisiko. Die Hälfte aller in diese Länder Reisenden erkrankt während oder nach der Reise; rund 10 % müssen wegen dieser gesundheitlichen Probleme einen Arzt aufsuchen; rund 8 % erkranken so schwer, dass sie vorübergehend bettlägerig werden. Immerhin noch 3 % dieser Reisenden sind auch nach Rückkehr aus dem Urlaub oder von der Reise noch arbeitsunfähig.

Abb. 1: Arbeitseinsätze im Ausland können vor allem im Bereich Energiewirtschaft, Bergbau und Infrastruktur unter extremen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen stattfinden, wie hier auf Borneo, Indonesien

Trotz berufsgenossenschaftlicher Regelung gibt es noch große Defizite

Fürsorgepflicht des Arbeitgebers bei beruflichen Reisen

Bei beruflichen Langzeitaufenthalten im Ausland muss die medizinische Versorgung sichergestellt sein

Die Information über gesundheitliche Risiken im europäischen Ausland und auf anderen Kontinenten sowie das Wissen, wie diese Gesundheitsrisiken vermieden oder reduziert werden können, ist Aufgabe der Reisemedizin, die sich dabei unter anderem der Erkenntnisse der Tropenmedizin bedient. Reisemedizin umfasst aber auch die Betreuung von Patienten während ihrer Reise bis hin zu möglicherweise notwendigen Rücktransporten. Dabei bedient sich die Reisemedizin der Erfahrungen oder der Hilfe der Assistance-Medizin.

Ergebnisse

Die Analyse der derzeitigen Situation lässt einige klare Schlüsse ziehen. Privatpersonen, die ins Ausland reisen, haben die Möglichkeit, sich freiwillig von reisemedizinisch fortgebildeten Ärzten vor ihrer Reise beraten zu lassen, ggf. Vorbeugemaßnahmen wie Impfungen oder Malariaprophylaxe in Anspruch zu nehmen und sich durch eine Auslandskrankenversicherung zumindest gegen das finanzielle Risiko einer Erkrankung im Ausland abzusichern. Die Zuständigkeit, all diese Maßnahmen zu initiieren, liegt beim Reisenden selbst.

Bei beruflich Reisenden gelten andere Voraussetzungen. Ein Arbeitgeber kann seine Mitarbeiter zwar im Normalfall nicht zu einer Auslandsreise zwingen, dennoch wird der Arbeitnehmer in vielen Fällen dem Wunsch seiner Firma, im Ausland zu arbeiten, nur schwer widersprechen können.

Hieraus ergibt sich eine besondere Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, die teilweise auch vom Gesetzgeber formuliert wird. Der Unternehmer hat aber auch sicherzustellen, dass die Mitarbeiter durch ihre Tätigkeit keine gesundheitlichen Schäden erleiden. In Deutschland wird dies sogar durch die Unfallversicherer festgelegt. (1) In Österreich gibt es ähnliche Vorgaben.

Für die medizinische Vorbereitung einer solchen längerwährenden Auslandsreise in Regionen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko haben die Berufsgenossenschaften in Deutschland schon vor gut 30 Jahren einen eigenen Grundsatz erlassen (G35), der Anhaltspunkte und Hinweise gibt für gezielte arbeitsmedizinische Vorsorge bei beruflichen Tätigkeiten im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen. Eine Erstuntersuchung nach G35 ist formal ab einer Gesamtaufenthaltsdauer von 3 Monaten pro Jahr im Ausland vorgeschrieben. Die Durchführung der Erstuntersuchung gemäß G35 obliegt in der Regel dem Betriebsarzt (2) und umfasst eine Tauglichkeitsbeurteilung und eine arbeits- und reisemedizinische Beratung. Im Anschluss an den Aufenthalt sind Nachuntersuchungen (Rückkehruntersuchungen) vorgesehen. (3)

Trotz dieser berufsgenossenschaftlichen Regelung liegen hier immer noch große Defizite vor. (4)

Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers („Duty of Care“) erlischt aber nicht mit Verlassen der Bundesrepublik Deutschland.

Auch am neuen Arbeitsplatz in möglicherweise entlegenen Regionen der Erde, die einerseits besondere gesundheitliche Risiken mit sich bringen (Infektionskrankheiten, psychische Belastung, Unfallrisiko) und andernseits gegenüber Europa eine deutlich schlechtere medizinische Infrastruktur bereitstellen, muss der Mitarbeiter sich auf eine medizinische Versorgung verlassen können. In Deutschland wird dies durch gesetzliche Vorgaben zum Arbeitsschutz geregelt. (5)

Fazit

Eine rein finanzielle Absicherung der gesundheitlichen Risiken des Arbeitnehmers bei Langzeitaufenthalt im Ausland durch eine Auslandskrankenversicherung reicht zur Erfüllung der Fürsorgepflicht nicht aus. Vielmehr muss der Arbeitgeber auch die organisatorischen Maßnahmen sicherstellen, die u. a. eine medizinische Versorgung im Ausland und unter besonderen Bedingungen garantieren. Er kann dies durch eigene Organisationseinheiten tun oder diese Dienste an andere Organisationen delegieren (Abb. 2). Große Unternehmen, insbesondere aus dem Bereich Energiewirtschaft, Bergbau oder Infrastruktur (Energy, Mining and Infrastructure, EMI) unterhalten teilweise auf ihren Baustellen bzw. Projekten dazu eigene medizinische Einrichtungen (Cli-

Abb. 2: Medizinische Dienstleister mit Alarmzentralen für die Assistance-Medizin verfügen idealerweise über ein weltweites Netzwerk

Abb. 3: Große Baustellen und Produktionsprojekte verfügen teilweise über eigene medizinische Einrichtungen (Clinics) wie hier in Malabo, Äquatorial Guinea

nics). (Abb. 3) Vor allem mittelständische und kleinere Unternehmen delegieren diese Tätigkeit an professionelle Anbieter medizinischer Leistungen. Hierzu stehen Assistance-medizinische Dienste mit Alarmzentralen und versierte Organisationen mit weltweiten medizinischen Dienstleistungen („Global Medical Services“) zur Verfügung.

Den beruflich Reisenden und vor allem auch den Arbeitgeber auf die Notwendigkeit, die medizinische Betreuung auch im Ausland zu garantieren, hinzuweisen, ist unter anderem auch eine verantwortungsvolle Aufgabe aller reisemedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Literatur

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 4. Auflage, Stadt: Gentner Verlag; 2007: 18–19.
2. Mikulicz U. Der Arbeitsaufenthalt im Ausland aus Sicht des Betriebsarztes. Praktische Arbeitsmedizin 2007; 9: 30–34.
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. 4. Auflage, Stadt: Gentner Verlag; 2007: 463–476.
4. Müller-Sacks E. Gesundheitsvorsorge bei Fernreisen. In: Gert-Otto Rieke, Hrsg. Modernes Geschäftsreise-Management 2009, Stadt: Alabasta Verlag München; 2000; 104–105.
5. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit; §§ 3, 4, 9 und 10.

Die Herzratenvariabilität – ein neues Messverfahren in der Arbeitsmedizin?

Friedrich Ring
Akademie für Chronobiologie und Chronomedizin
A-2340 Mödling
Brühlerstrasse 114
E-Mail:
friedring@gmx.at

Mehr Puzzleteile für die Diagnose

Ein Messverfahren?

Ist der Ausdruck „Messverfahren" gerechtfertigt? Was versteht man unter einem Messverfahren? In der Technik ist Messen ein wichtiger, nachvollziehbarer und systemimmanenter Vorgang. Die für die Fertigung vorgegebenen Maße müssen ja eingehalten werden, damit der zu fertigende Teil letztlich seiner Aufgabe, wofür er gedacht ist, auch gerecht werden kann – eine zu dicke Achse geht nicht in ein zu dünnes Loch! So weit, so gut.

Wie ist das nun in der Medizin? Was alles kann da gemessen werden? Eine Menge. Und die Mediziner (nur die Mediziner?) wünschen sich eine große Palette von Messergebnissen, aus denen sie dann ihrem Wissen entsprechend (oder ihrem Gefühl?) die Puzzelteile herausklauben können, die dann in der Gesamtschau eine Diagnose rechtfertigen lassen.

Auch der Patient findet diesen Vorgang völlig in Ordnung – je mehr der Doktor anschafft, desto besser. Also wird geblutet, geröngt, geendoskopiert, geEKGet, gebiofeedbackt, gewogen, gerivaroccigt und vielleicht auch ein wenig hingeschaut, hingegriffen, hin- und zugehört, was der Patient gerne dem Doktor mitteilt. Die letzteren Tätigkeiten (die persönliche Exploration – in der Fachzunft auch Anamnese und klinisch-physikalische Untersuchung genannt) haben leider einen großen Nachteil, sie liefern kein gedrucktes Papier, geschweige denn ein Bild, es gibt nur wenige Normwerte (Riva-Rocci, Körpergröße, Gewicht), also kaum so echte Messdaten. So weit, so schlecht.

Die Herzratenvariabilität (HRV)

Aber nun gibt es etwas Neues! Na ja, so neu ist das auch wieder nicht, aber immerhin ist es interessant; es gibt die Herzratenvariabilität. Und diese wird gemessen. Wunderbar, genau das wollen wir ja (siehe vorher).

Die Messung der HRV

Gemessen oder besser „geschrieben" wird in der Regel ein 24-Stunden-EKG („wir schreiben ein EKG" – Anordnung an die Sprechstundenhilfe). Nun, geschrieben wird eigentlich nichts, sondern es wird ein 24-Stunden-EKG mittels eines kleinen Gerätes (©HeartMan, Abb. 1) aufgenommen. Die gespeicherten Daten werden dann in einen Rechner transferiert. Mittels spezieller Rechenprogramme (unter anderen Fourieranalyse) wird ein Befund, das ©AutoChrone Bild, erstellt.

Das EKG wird über drei Klebeelektroden abgenommen (Abb. 1).

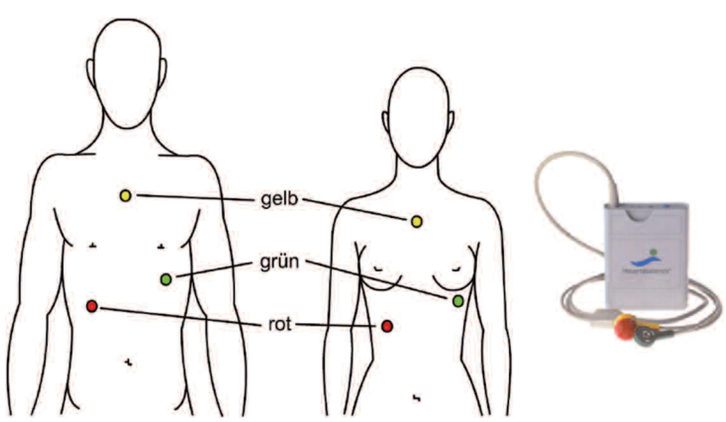

Abb. 1: ©HeartMan
Das ©AutoChrone Bild (ACB)

Ein Abbild des Zustandes des Vegetativums

Das AutoChrone Bild (ACB) ist das Produkt eines speziellen Rechenprogrammes und kann quasi den individuellen Zustand des Vegetativums abbilden. Darauf wird später noch eingegangen.

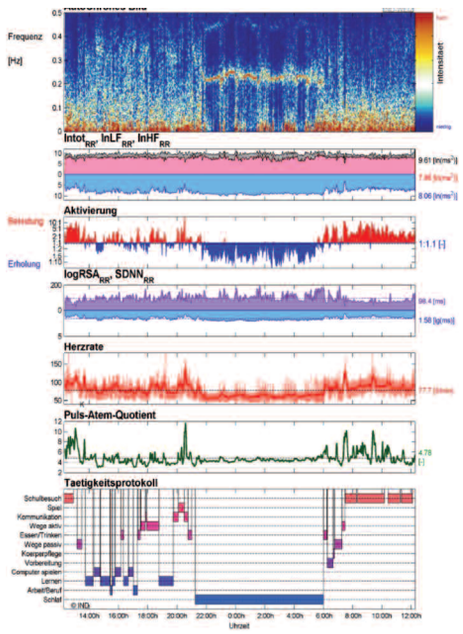

Abb. 2: ©AutoChrones Bild

Was ist der Unterschied zwischen einem 24-Stunden-EKG und der 24-Stundenmessung für die HRV?

„Das Herz marschiert nicht in einer starren Frequenz, sondern es tanzt“

Für die medizinische Fragestellung ist die Kurvenform des EKGs wichtig (z. B. isoelektrisches T oder nicht, etc.) oder die zeitlichen Abläufe (pQ-Zeit, QRS-Komplex, QT-Zeit) usw. Anders ist es bei der Messung für die HRV. Hier ist nur die R-Zacke des QRS-Komplexes wichtig. Denn wie der Name schon ausdrückt – „Herzratenvariabilität“ –, variiert der Herzschlag in seiner zeitlichen Aufeinanderfolge in Abhängigkeit von den verschiedensten Einflüssen, die auf uns einwirken. Daher ist die Zeit zwischen jeder R-Zacke so wichtig und wird ganz genau gemessen, auf 0,0002 sec. genau (Abb. 3). Je genauer die Peak-to-Peak-Messung gelingt, desto genauer ist die Aussagefähigkeit über die HRV.

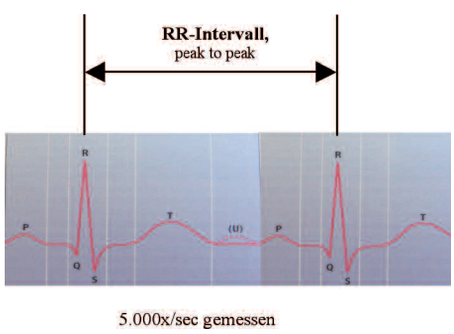

Abb. 3: RR-Intervallmessung

Herzreizleitungssystem, RR-Intervall

Aus der Physiologie wissen wir, dass die Herzaktionen im Herzreizleitungssystem elektrophysiologischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt (Sinusknoten, AV-Knoten, His’sche Bündel, Purkinje-Fasern, Myocard). Der Sinusknoten würde unter Laborbedingungen, völlig unbeeinflusst von außen, das menschliche Herz mit einer ziemlich exakten Frequenz von 120 Schlägen/Minute schlagen lassen. Die HRV ist in diesem Fall dann annähernd null.

Denn Herzratenvariabilität bedeutet, dass eben nicht jeder Herzschlag wie bei einem gut funktionierendem Uhrwerk ganz genau immer nach einem gleich langen Zeitintervall – entsprechend der Herzfrequenz – einsetzt, sondern – und das ist das Spezifische und Faszinierende an der HRV der Herzschlag wird über und durch das Autonome Nervensystem (Sympathikus und Parasympathikus) von Schlag zu Schlag in verschiedenen Rhythmen variiert. Der einfallende Herzschlag oszilliert quasi um den zu erwartetenden Zeitpunkt der jeweilig bestehenden Herzfrequenz. Das Herz marschiert nicht in einer starren Frequenz, sondern es tanzt (Moser).

Im Messgerät (©HeartMan) wird das EKG 5000-mal/Sekunde abgetastet, um die R-Zacken-Schwankungen, die Rhythmen der RR-Intervalle genau dedektieren zu können. Diese Rhythmen, Schwingungen werden als Frequenzen erkannt und mittels Fourieranalyse in Frequenzbänder aufgeschlüsselt. Aus den Frequenzbändern ergibt die Spektralanalyse dann das ©AutoChrone Bild.

Das ©AutoChrone Bild wurde von Prof. Max Moser (1) entwickelt.

HRV-Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien für die HRV-Messung sind begreiflicherweise alle Rhythmusstörungen wie VH-Flimmern, Reizleitungsstörungen, Extrasystolien etc. und natürlich Schrittmacherpatienten.

Wodurch entsteht die HRV?

Alle unsere Körperrhythmen (Hormone, Neurotransmitter, Blutdruck, Durchblu-

Alle Körperrhythmen spiegeln sich in der Herzratenvariabilität

tung, Körpertemperatur, Stoffwechsel etc., Abb. 4), alles, was wir tun und fühlen (Emotionen, körperliche Aktivität, Stress, Burnout usw.), findet sich in der HRV wieder. Diese Einflussfaktoren bewirken eine für sie charakteristische Änderung der Herzschlagfolge (RR-Intervall) vorwiegend über das ANS (Abb. 5).

Humorale Rhythmen

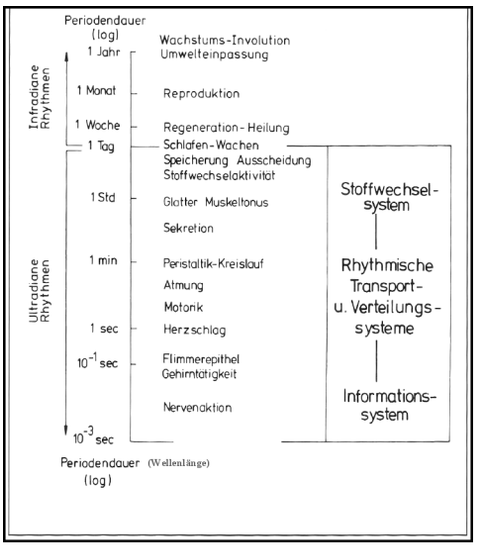

Abb. 4: Spektrum der Periodendauer rhythmischer Funktionen beim Menschen (nach Hildebrandt, 1993)

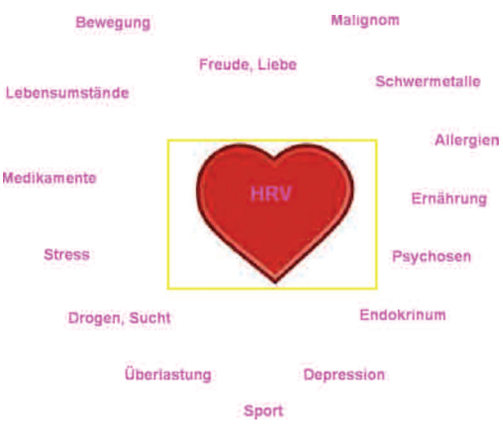

Abb. 5: Einflüsse auf den Herzrhythmus via ANS

Rhythmen als Frequenzbänder

Die vielen unterschiedlich langen RR-Intervalle werden mittels der raschen Fourieranalyse in Frequenzbänder aufgeschlüsselt. Es hat sich empirisch überprüft gezeigt, dass bestimmte Körperrhythmen genau diesen Frequenzbändern entsprechen (Atmungs-, Blutdruck-, Durchblutungsrhythmik, Abb. 6).

Über eine Spektralanalyse werden nun diese Frequenzbänder zu einem Spektrogramm (Abb. 7) und weiteren Diagrammen (lntot/HF/LF, Vegetativer Quotient, SDNN, logRSA, Herzrate, Pulsatemquotient) umgewandelt, wodurch letztlich das ©AutoChrone Bild entsteht. In Zuordnung zu einem vom Probanden geführten Tag-Nacht-Tätigkeitsprotokoll können dann Aussagen über die vegetative Regulationsbreite und weitere Parameter wie Schlafqualität, Stress, Burnout etc. getroffen werden.

Spektrogramm

In der Abb. 8 finden wir das ©AutoChrone Bild eines jungen Mannes mit einer beispielhaft guten Variabilität und Vitalität. Man erkennt eine ideale Verteilung der einzelnen Rhythmen (Tagesgang, Schlafarchitektur) sowohl im Spektrogramm als auch in den anderen Diagrammen. Der vegetative Quotient imponiert in einer ausgewogenen Balance zwischen Sympathikus und Parasympathikus und mit einem deutlichen rhythmischen Tagesgang (BRAC-Cycles).

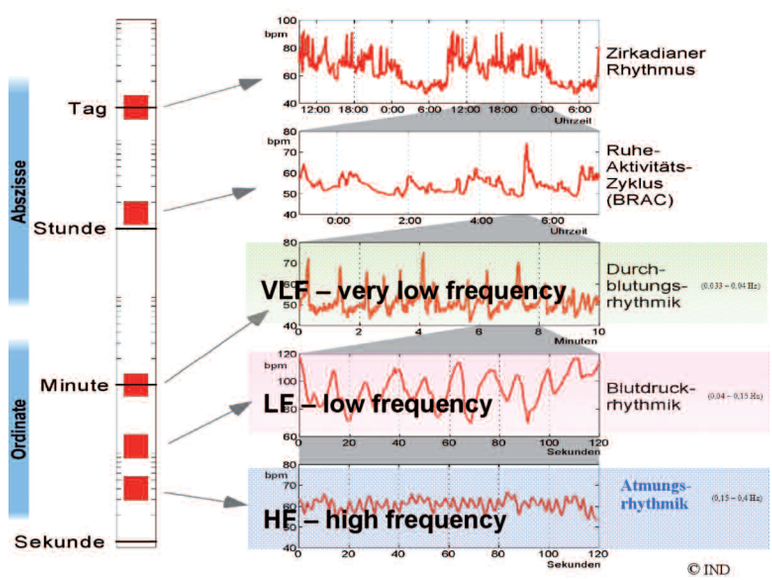

Abb. 6: Rhythmen der Herzfrequenz

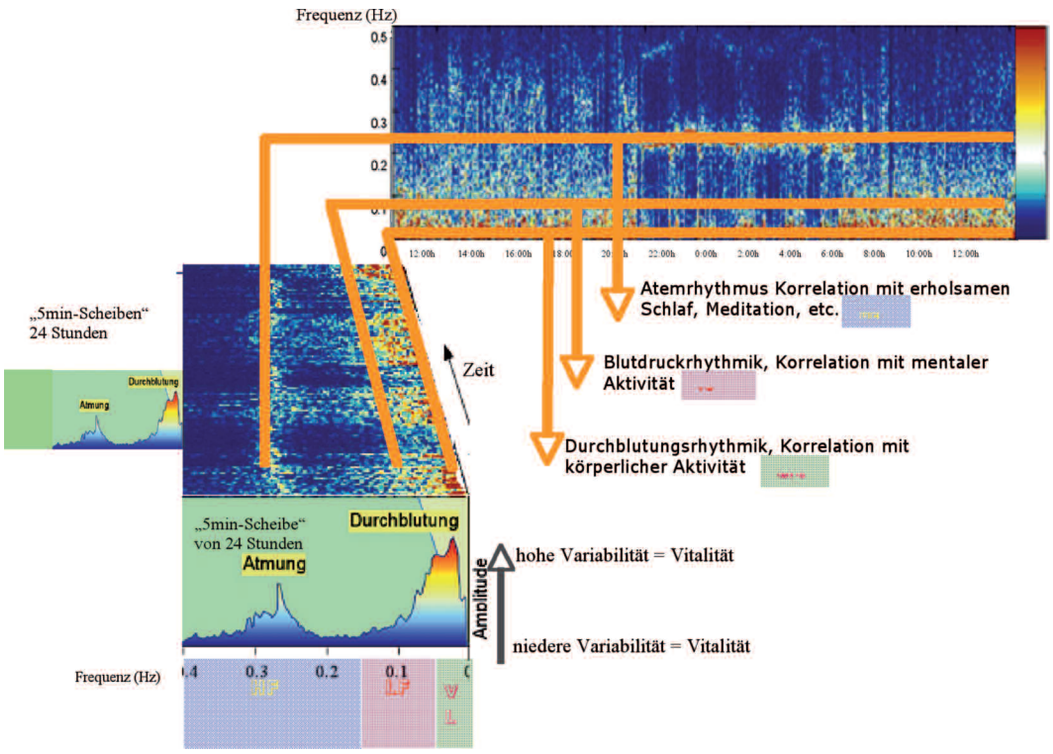

Abb. 7: Spektrogramm
Das ©AutoChrone Bild

29-jähriger Mann, sehr gute Vitalität

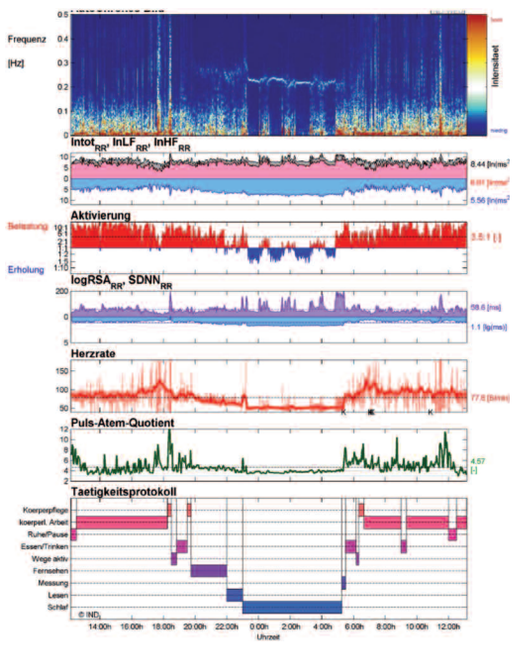

Abb. 8: 29-jähriger Mann

Unterschiede in der Schlafqualität können sichtbar gemacht werden

Schlafqualität

Wenn man die beiden nächsten ACBs (Abb. 9a, 9b) betrachtet, kann man sehr gut die Unterschiede in der Zeit des Schlafes erkennen.

In der Abb. 9a erkennt man während der Schlafzeit im Spektogramm eine gute Schlafqualität (zwischen den gelben Pfeilen). Die Abb. 9b zeigt dagegen die Zeichen einer gestörten Schlafqualität. Demzufolge zeigen sich während des Tages Zeichen von Übermüdung (grüne Pfeile).

Dass die Schichtarbeit zu Schlafstörungen führt, ist nicht überraschend. Der Schlaf während des Tages ist aus vielen Gründen nie so erquickend und keinesfalls so erholsam, wie ein Schlaf zu sein hat. In der Abb. 10 erkennt man im Spektrogramm eines Fahrdienstleiters einen deutlichen Unterschied der Qualität des Schlafes während der Nacht und der während des Tages (weißer Pfeil).

Körperliche Tätigkeit, mentale Tätigkeit

Im ACB ist die Unterscheidung zwischen einer vorwiegend körperlich betonten Tätigkeit und einer vorwiegend mentalen Tätigkeit möglich. In diesem Sinne wurde bei einigen Mitarbeitern eines Unternehmens in der Informationstechnik die HRV gemessen, um genau die bei dieser Berufsausübung vorwiegend mentale Herausforderung darstellen zu können. Diese Mitarbeiter arbeiten systemimmanent den Großteil ihrer Arbeitszeit unter teilweise sehr hoher geistiger Anspannung an ihren Computern. Wie vorhin in Abb. 8 gezeigt wurde, findet man im Spektrogramm im 0,1-Hz-Band repräsentiert jene Aktivitätsdichte, die besonders bei geistiger, mentaler Beschäftigung ausgeprägter imponiert (roter Balken, Abb. 11).

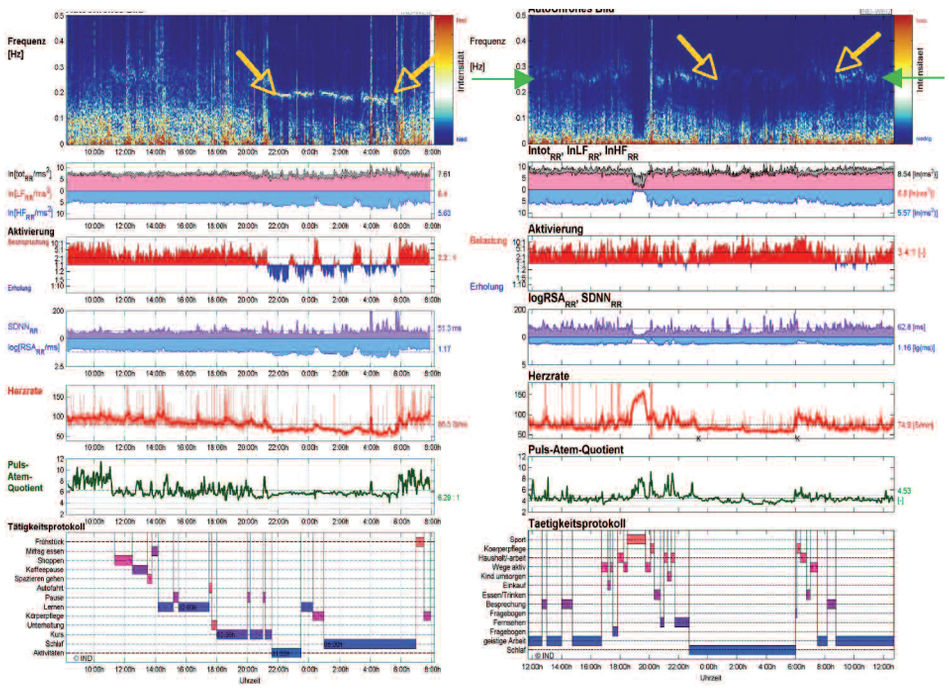

Abb. 9a: Gute Schlafqualität
Abb. 9b: Schlechte Schlafqualität

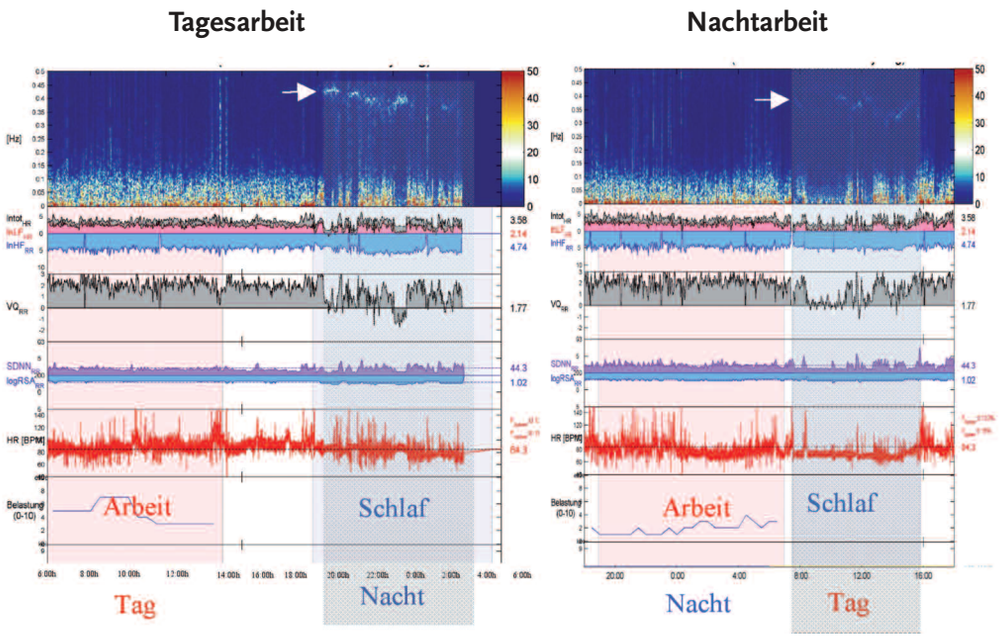

Abb. 10: Schlafqualität bei Nacht- und bei Tagschlaf

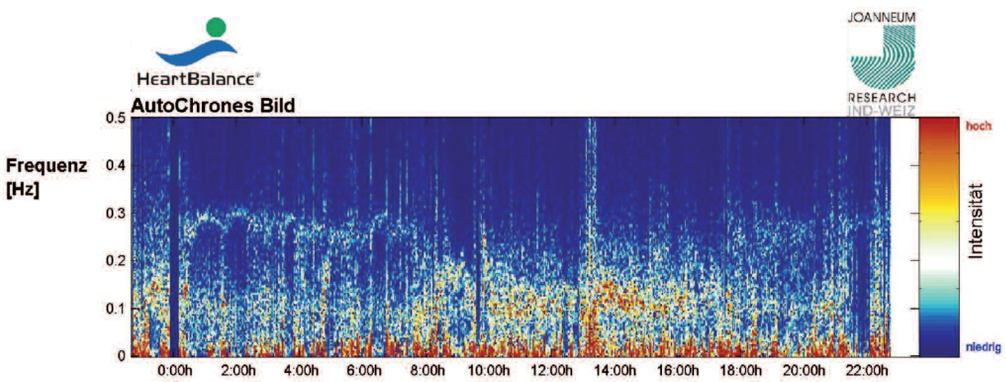

Abb. 11: Mentale Aktivitätsanreicherung bei 0,1 Hz

Pausengestaltung

In diesem IT-Unternehmen ist es üblich, den leistungsfordernden Tagesablauf immer wieder mit kurzen, regenerierenden Pausen zu unterbrechen (eine arbeitsmedizinisch durchaus wertvolle und kluge Handlungsweise). Diese Pausen werden aber in einer außergewöhnlichen Art zelebriert. Nicht nasenbohrend und Beine auf den Tisch liegend, sondern Tischfußball spielend (Abb. 12). Ein gewolltes herausreißen aus dem digitalen Konzentrationsjoch in ein spaßmachendes, reaktionsforderndes und auch prestigegenerierendes Spiel (es wird wettbewerbsmäßig um eine firmeninterne Rangordnung gespielt).

Pausengestaltung macht messbare Unterschiede

Abb. 12: Tischfußball

Was kann man im ACB erkennen?

In der Zeit, in der Tischfußball gespielt wird, kommt es zum einen zu einer Steigerung der Herzrate auf ca. 90/min. und zum anderen zu einer durchgehenden Aktivitätsanreicherung in den Frequenzbändern von 0,033 Hz bis 0,1 Hz. Die Anreicherung im VLF-Band repräsentiert die gesteigerte körperliche Aktivität, die beim Spiel notwendig ist, um die „Spieler“ über die Bedienstangen sehr rasch zu bewegen. Die durchgehende Anreicherung bis ins LF-Band rührt daher, dass ja neben der körperlichen Aktivität auch die Aufmerksamkeit und Reaktionsschnelligkeit gefordert ist. Dies bedeutet also doch auch den Einsatz einer Art von mentaler Leistung (Abb. 13, grüner Balken), allerdings aus anderen Zentren des Gehirns.

Nun zeigte sich etwas sehr Interessantes. Nach der „gespielten Pause“ war wieder die übliche Computertätigkeit angesagt. Daher war zu erwarten, dass alle Parameter auf das Niveau zurückfallen werden, auf welchem sie vor dem Spiel waren. Dies traf aber nur für die Herzrate und für die Aktivität im VLF-Band zu (0,033 Hz, korreliert mit körperlicher Aktivität).

Nicht so im LF-Band (0,1 Hz, korreliert mit mentaler Aktivität). Hier zeigte sich unmittelbar nachher eine Zunahme der Aktivitätsdichte (Abb. 13, roter Balken) im

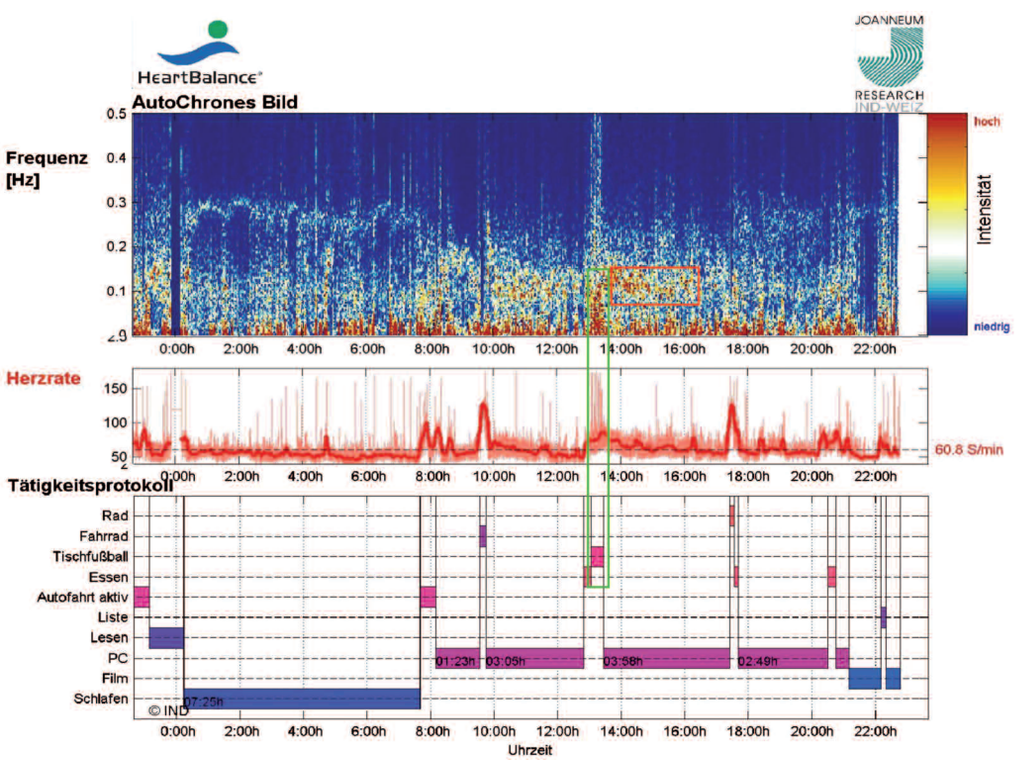

Abb. 13: ACB bei Tischfußball

Herzratenvariabilität als Methodik zur Bestimmung der Vitalität

Rhythmische Ausgewogenheit zwischen Sympathikus und Parasympathikus ist die Basis für Vitalität

Stress kann die gesundheitserhaltenden Rhythmen dämpfen

Vergleich zu den Zeiten mit PC-Arbeit vorher (siehe Tätigkeitsprotokoll PC). Dies lässt darauf schließen, dass es während der Pause, in der Tischfußball gespielt wurde, zu einer erfrischenden Regeneration jener Zentren im Gehirn gekommen ist, die während der üblichen Computerarbeit leistungsbereit sind und dementsprechend auch einem Ermüdungsprozess – wie alle anderen Organe ja auch – unterliegen. Offenbar hat die Kombination Wegsein von den mentalen Arbeitsbelastungen und Dasein bei einem aktivierenden, Reaktionsschnelligkeit fordernden, spaßmachenden und auch den Ehrgeiz (Rangordnung) herausfordernden Handeln (Tischfußball) die Basis gelegt, um wieder erfrischt die Tagesanforderung „PC“ viel effizienter meistern zu können.

Zusammenfassung

Das Vegetativum (Autonomes Nervensystem) steuert in komplexen Abläufen und in einer erstaunlichen Rhythmizität die Aktivitätsbereitschaft (Leistung) und die Entspannungsfähigkeit (Erholung) des Organismus. Rhythmische Ausgewogenheit zwischen Sympathikus und Parasympathikus ist die Basis für eine entsprechende Vitalität. Wird diese Ausgewogenheit, aus welchem Grund auch immer, gestört, kann es zu Befindlichkeitsstörungen (Erkrankungen) kommen. Der Organismus kommt außer Tritt, aus dem Rhythmus.

Chronomedizinische Erkenntnisse zeigen, dass störende Einflüsse wie z. B. Stress (Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit, Anerkennungsdefizit etc.) diese gesundheitserhaltenden Rhythmen dämpfen (reduzierte Herzratenvariabilität) und somit zu Prädiktoren für Krankheitsereignisse werden können.

Die Herzratenvariabilität spiegelt in kongenial einfacher Weise die Vitalitätsparameter des Menschen wider und ist ein anerkannter Indikator für den Zustand des Vegetativums. Durch Messung eines 24-Stunden-EKGs (Messung mit ©HeartMan) wird die Herzratenvariabilität dedektiert und mittels Spektralanalyse als „©AutoChrones Bild“ (ACB) abgebildet. Damit wird quasi ein Sichtfenster in das Vegetativum geöffnet. Dieser Blick in das vorliegende psychovegetative Zustandsbild des Menschen erlaubt sehr frühzeitig Zeichen von Überbeanspruchung (Burnout) zu erkennen und mittels sinnhafter Interventionen den zwingenden Weg in die Erkrankung zu unterbinden (Prävention).

An dem Beispiel „sinnvolle Pausengestaltung“ konnte mittels HRV-Messung und AutoChronen Bildes gezeigt werden, dass man durch kleine, sinnhaft genützte Pausen (Tischfußball) einerseits das Manko der geringen körperlichen Aktivität (vor dem PC sitzend) und andererseits die Belastung durch die hohe geistige Konzentration am Computer ausgleichen bzw. lindern kann. Ja, es konnte sogar ein Effekt beobachtet werden, dass die Pause zu einer Regeneration der mentalen Leistungszentren führte. Damit wurde erreicht, das man dermaßen regeneriert und erfrischt die beruflichen mentalen Herausforderungen insgesamt besser und weniger beanspruchend bewerkstelligen kann.

(1) Ao. Univ.-Prof. Dr.phil. Maximilian Moser
Physiologisches Institut
Medizinische Universität Graz
Institut für Nichtinvasive Diagnostik
Joanneum Research Weiz

Stand der Projekte zur Aus- und Weiterbildung von Fachleuten der Prävention

Österreichische Arbeitsschutzstrategie 2007–2012, Arbeitsgruppe 4: „Aus- und Weiterbildung sowie Information im Arbeitsschutz, Verbesserung der Tätigkeit von Fachleuten der Prävention“

Franz Kaida
Verband Österreichischer Sicherheits-Ingenieure
E-Mail: kaida@aon.at

Arbeitsunfälle sollen um 25 % gesenkt werden

Ziel der europäischen Arbeitsschutzstrategie ist, Arbeitsunfälle um 25 % und Berufskrankheiten sowie berufsbedingte Erkrankungen nachhaltig europaweit bis zum Jahr 2012 zu senken. Für die Schwerpunkte Gefährdungsbeurteilung, Reduktion von Unfällen, Reduktion von Berufskrankheiten und berufsbedingte Erkrankungen sowie für den Bereich der Aus- und Weiterbildung wurden in Österreich Arbeitsgruppen gebildet.

Schon im Namen der Arbeitsgruppe 4 wird durch die Bezeichnung „Fachleute der Prävention“ deutlich zum Ausdruck gebracht, dass nicht nur die Präventivfachkräfte, sondern Repräsentanten aller Fachbereiche, die sich mit Prävention befassen, zum Erreichen der Ziele der Arbeitsschutzstrategie wichtige Partner sind, wenn auch die meisten Fachleute der Prävention aus den Bereichen Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik kommen.

Die nach außen sichtbare Arbeit in der Arbeitsgruppe ist die Initiierung und Organisation von Projekten, die von einzelnen Mitgliedern der Arbeitsgruppe durchgeführt werden, oder von Gruppen, die sich spontan zu einem Thema bilden unter Berücksichtigung von Gender Mainstreaming.

Zur Mitarbeit sind VertreterInnen aller Fachbereiche und von Behörden und Organisationen eingeladen.

Für die AG 4 ergeben sich folgende Ansatzpunkte:

- die Präventionsarbeit in den Betrieben durch interne und externe Fachleute,
- die Sensibilisierung, Information und Ausbildung von jungen Menschen, bevor sie in den Beruf eintreten, zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit,
- die Einbindung der schulischen Organisationen und anderer Ausbildungsstätten,
- die Sensibilisierung der LehrerInnen und AusbildnerInnen zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit,
- Verbesserung der Ausbildung und Weiterbildung der Fachleute,
- Schaffung von Qualitätskriterien und Motivation zur Weiterbildung.

9 Projekte wurden durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe bereits initiiert und sind in Umsetzung, weitere Projekte werden diskutiert.

Die Projekte der AG 4

Evaluierung der SFK-Ausbildungseinrichtungen (bereits abgeschlossen)

- Durchführung, BMASK, Abt. VII/3
- Fragebogen
- Überblick über die Ausbildung, Anzahl der Kurse, Anzahl der TeilnehmerInnen ...

Fragebogen: Präventivdienste

- Durchführung: Arbeitsinspektion, Verkehrs-Arbeitsinspektion, Land- und Forstwirtschaftsinspektion
- Sammlung von Daten über die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung in den Betrieben sowie über den Einsatz sonstiger Fachleute
- Bericht und Präsentation der Ergebnisse 2010

Weiterbildungsnachweis für Sicherheitsfachkräfte

- Durchführung: VÖSI
- Einheitliche Dokumentation und Nachweis erfolgter Weiterbildung für SFK
- Steigerung der Aus- und Weiterbildungsqualität
- Motivation und Anreize zur Weiterbildung

Sensibilisierung für „Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit“ in den berufsbildenden Schulen: HTLs, Berufsschulen und Polytechnische Schulen

- Durchführung: BMUKK, BMASK, BMVIT, AUVA, KfV, VÖSI
- Allgemeine Informationen und didaktische Umsetzung im Bereich ArbeitnehmerInnenschutz, Gesundheit und Sicherheit
- Ausbildung von LehrerInnen zu MultiplikatorInnen
- Dreitägiges Seminar an der Pädagogischen Hochschule Steiermark

Integration von „Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit“ in den berufsbildenden Unterricht

- Durchführung: BMUKK, AUVA
- Vermittlung von Basiswissen über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit

Sensibilisierung der SPAR-Lehrlinge für Sicherheit und Gesundheitsschutz sowie Hygiene durch Ausbildung zur Sicherheitsvertrauensperson mit dem Lehrabschluss

- Durchführung: SPAR-Akademie
- Ausbildung aller SPAR-Lehrlinge zu Sicherheitsvertrauenspersonen mit dem Lehrabschluss
- Sensibilisierung für Sicherheit, Gesundheit und Hygiene
- „Bewusstseinstransfer“ in die Filialen

Barrierefreie Gestaltung von Arbeitsplätzen

- Durchführung: BMASK-ZAI, easy entrance BAN GmbH, VÖSI
- Erarbeitung von Unterlagen zum Thema: „Barrierefreiheit und ArbeitnehmerInnenschutz“
- Fachleute der Prävention sollen in die Lage versetzt werden, in den Betrieben Barrieren zu erkennen und Maßnahmen zu deren Beseitigung vorzuschlagen.
- PlanerInnen sollen in die Lage versetzt werden, Barrierefreiheit bei der Planung von Arbeitsstätten zu berücksichtigen.

Lehrfilm: Bauarbeiten im Gefahrenraum der Gleise

- Durchführung: BMVIT-VAI, VAEB, ÖBB, Raab-Ödenburg-Ebenfurter Eisenbahnen
- Unterweisungshilfe für ArbeitnehmerInnen im Gefahrenraum von Gleisen

Ausbildung von AuditorInnen von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen (SGMS)

- Durchführung: AUVA, AAm, VÖSI
- ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräfte sollen mit Wissen über Methoden und Techniken des Sicherheits- und Gesundheitsmanagements und erweiterten arbeitsmedizinischen bzw. sicherheitstechnischen Kenntnissen in die Lage versetzt werden, Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme zu prüfen und zu angemessenen Auditfeststellungen und -schlussfolgerungen zu gelangen.
- Modulare Ausbildung gemäß ON-Regel 2619011: 2008

Ausblick

Durch die Arbeit der Fachleute der Prävention hat Österreich bereits ein sehr hohes Sicherheitsniveau in den Betrieben zum Schutz der ArbeitnehmerInnen erreicht. Vielfach werden von Organisationen, Betrieben und Behörden sowie von den Fachleuten der Prävention Einzelaktionen gesetzt, die nicht allgemein bekannt sind. Durch eine Vernetzung all jener Personen und Institutionen und mit einem effizienten Informationsaustausch können einerseits Ressourcen gespart und gleichzeitig kann auch die Effektivität durchgeführter Projekte wesentlich erhöht werden.

Die österreichische Arbeitsschutzstrategie bietet allen Beteiligten die Chance zur Schaffung von Netzwerken und einem koordinierten Vorgehen zum Wohle der österreichischen ArbeitnehmerInnen und der österreichischen Betriebe.

Der Arbeitsgruppe 4 ist es bereits erfolgreich gelungen, mit Repräsentanten des Schulwesens Weichen für eine frühzeitige Sensibilisierung, Information und Ausbildung junger Menschen auf den Gebieten **„Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit“** zu stellen. Das Ziel kann nur schrittweise erreicht werden und kann nur über die LehrerInnen erfolgen.

Alle MitarbeiterInnen in der Arbeitsgruppe sind hoch motiviert und leisten ehrenamtlich ihren Beitrag, dass unsere Ziele und damit auch die Ziele der Arbeitsschutzstrategie erreicht werden und eine nachhaltige Veränderung bewirkt wird.

Beurteilung von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen

Vernetzung und effizienter Informationsaustausch

Sensibilisierung für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit schon während der Ausbildung

Gesundheitsförderung in der Seniorenzentren Linz GmbH

Günther Bauer
SZL Seniorenzentren
Linz GmbH
A-4020 Linz,
Glimpfingerstr. 12
Tel.: +43(0)732/
3408-5003
Fax: +43(0)732/
3408-5005
E-Mail: guenther.
bauer@szl.linz.at
visit: http://www.
seniorenzentren-
linz.at

5 Gesundheitszirkel initiiert

Optimierung des Ressourceneinsatzes

Ein umfangreicher Maßnahmenkatalog wurde entwickelt

Die Seniorenzentren Linz GmbH betreibt einen Verbund von Pflegeheimen auf acht Standorten mit insgesamt 1.250 Bewohnerinnen und Bewohnern und nahezu 1.000 MitarbeiterInnen. Zum Aufgabenbereich gehören auch noch drei Tagespflegezentren und 18 Seniorenclubs. Bereits im Jahre 2005 wurde mit Förderung des „Fonds Gesundes Österreich" und in Kooperation mit der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und dem Betriebsärztlichen Dienst der Stadt Linz ein betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt ins Leben gerufen. Als Projektziele wurden damals formuliert:

- Erhaltung/Förderung der Gesundheit (-sressourcen) der MitarbeiterInnen,
- Verbesserung der gesundheitlichen Situation,
- Information/Aufklärung über vermeidbare Belastungen/Krankheiten,
- Information/Aufklärung über gesundheitsbeeinflussende, seelische, geistige und soziale Faktoren,
- Erhöhung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz,
- längere Verweildauer im Betrieb.

Diese Ziele sollten vorwiegend durch eine Optimierung des Ressourceneinsatzes erreicht werden, u. a. durch:

- Senkung des Arbeitsdruckes im Pflegebereich,
- Erleichterung der Pflegetätigkeit,
- Beteiligung der MitarbeiterInnen,
- Weiterentwicklung der Führungskultur auf allen Ebenen im Betrieb.

Die Steuerungsgruppe des Projektes bestand aus 4 internen Personen:

Der für Personal zuständige Geschäftsführer als Projektleiter, der für Finanzen zuständige Geschäftsführer, die Pflegedirektorin und die Betriebsratsvorsitzende. Externe Mitglieder der Steuerungsgruppe waren eine Vertreterin des Betriebsärztlichen Dienstes der Stadt Linz, eine Vertreterin der oö. Gebietskrankenkasse und eine externe Projektcontrollerin.

Das Projekt sollte mit einer „Salutogenetischen Subjektiven Arbeitsanalyse" (SALSA)-Befragung gestartet und beendet werden. Der Projektzeitraum war ursprünglich auf drei Jahre geplant.

Die Ergebnisse der ersten SALSA-Befragung wurden den Führungskräften präsentiert und in speziellen Gesundheitszirkeln diskutiert. Insgesamt wurden 5 Gesundheitszirkel initiiert, je einer für MitarbeiterInnen in den Küchen und in den Bereichen Verwaltung und Haustechnik und 3 Gesundheitszirkel für MitarbeiterInnen im Bereich der Pflege, einer davon für die Führungskräfte in der Pflege vor Ort, weil diese eine zentrale Rolle in der Organisation einnehmen. In diesen Gesundheitszirkeln wurden nicht nur die Ergebnisse der ersten SALSA-Befragung diskutiert, sondern auch Hypothesen über mögliche Gesundheitsbelastungen aufgestellt und Maßnahmenvorschläge ausgearbeitet, um vermeidbare Gesundheitsbelastungen zu vermeiden und gleichzeitig Gesundheitsressourcen zu fördern.

Die Zwischenergebnisse aus der Arbeit der Gesundheitszirkel wurden im Rahmen von Veranstaltungen an die Führungskräfte kommuniziert, die Steuergruppe diskutiert in mehreren Sitzungen die Vorschläge aus den Gesundheitszirkeln und konkretisiert und priorisiert diese nach Rücksprache mit den TeilnehmerInnen der Gesundheitszirkel. Daraus entstand ein umfassender Maßnahmenkatalog, der in allen Teilorganisationen zur Information der MitarbeiterInnen aufgelegt wurde. Aufgrund des Umfanges des Maßnahmenkataloges wurde der geplante Umsetzungszeitraum von einem auf drei Jahre ausgeweitet. Im Zuge des zweijährigen Umsetzungszeitraumes wurde ein Großteil der geplanten Maßnahmen umgesetzt. Es waren dies so

Coaching für Führungskräfte

unterschiedliche Aktivitäten wie etwa ein Führungsteamentwicklungsprozess, an dem alle Heimleitungen und Pflegedienstleitungen der Organisation gemeinsam mit der Geschäftsführung an der Führungskultur im Unternehmen arbeiteten. Es wurde aber auch Coaching für einzelne Führungskräfte angeboten, ein Führungskräftelehrgang für Nachwuchsführungskräfte im Unternehmen und eine Vertiefung der Führungskompetenz für erfahrene Führungskräfte. Durch eine finanzielle Beteiligung des Betriebsrates wurde die Aktion „Gesunde Jause" ins Leben gerufen, das Ernährungsangebot bei der Ausspeisung von MitarbeiterInnen wurde verbessert. Es wurden zusätzliche Ruheräume eingerichtet und die Ausstattung mit Arbeitshilfsmitteln wurde überdacht und teilweise verändert. Es gab ressourcenorientierte Weiterbildungsangebote für MitarbeiterInnen, z. B. Kinästhetik in der Pflege, Humor in der Pflege, Mentales Gesundheitstraining und Ähnliches.

Änderungen im Gesundheitsbewusstsein festgestellt

Seitens der Geschäftsführung und der Führungskräfte wurde das Thema Mitarbeitergesundheit in dutzenden Besprechungen immer wieder thematisiert und zu einem bewussten und aktiven Umgang mit Gesundheit und gesundheitlichen Belastungen aufgerufen. Gegen Abschluss wurde das Projekt in mehreren Veranstaltungen qualitativ evaluiert, teilweise mit Beteiligten am Projekt, teilweise mit MitarbeiterInnen, die aufgrund einer Zufallsstichprobe ausgewählt wurden. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass sich das Gesundheitsbewusstsein der MitarbeiterInnen doch deutlich verändert hätte. Dies ließe sich u. a. an der Anzahl an RaucherInnen erkennen, die im Unternehmen deutlich abgenommen hätte. Dies erscheint besonders bemerkenswert, da das Thema Raucherentwöhnung nicht mit besonderem Nachdruck im Rahmen des Projektes betrieben wurde. Andererseits musste auch festgestellt werden, dass trotz aller Versuche, das Gesundheitsprojekt in der Organisation zu thematisieren, MitarbeiterInnen das Gefühl hatten, zu wenig über das Projekt zu wissen. Es waren zwar die meisten der umgesetzten Maßnahmen bei den MitarbeiterInnen bekannt, aber die Assoziation mit dem Gesundheitsprojekt war bei vielen nicht von vornherein gegeben. Das Gesundheitsförderungsprojekt wurde im Herbst 2009 mit einer 2. SALSA-Befragung abgeschlossen, die noch ausgewertet wird. Mit Ende des Jahres 2009 endet in der Seniorenzentren Linz GmbH das Projekt „Gesundheit im Zentrum". Was aber nicht enden wird, ist die betriebliche Gesundheitsförderung als Managementaufgabe und als laufender reflexiver Prozess in der Organisation. Ähnlich dem beschriebenen Projektablauf ist nach Auswertung der Befragungsergebnisse eine Fortsetzung der Gesundheitszirkel vorgesehen, die sich der Fragestellung widmen sollen, welche Erfolge der bisherigen Gesundheitsförderungsaktivitäten bereits erkennbar sind und in welchen Bereichen weitere Initiativen erforderlich erscheinen.

Es sollen in der Folge wieder Maßnahmenvorschläge erarbeitet, diskutiert und umgesetzt werden. Dies wird vermutlich nicht mehr mit dem intensiven finanziellen Aufwand der letzten Jahre möglich sein (für die Maßnahmen waren 128.000 € an Kosten geplant, 50 % davon wurden durch den „Fonds Gesundes Österreich" gefördert, alle im Projektzeitraum gesetzten Maßnahmen, die dem Bereich Gesundheitsförderung im weitesten Sinn zuzuordnen sind, zusammengerechnet werden voraussichtlich einen Betrag von 180.000–200.000 € ergeben). Aber die wichtigsten Maßnahmenvorschläge werden auch in Zukunft aus dem regulären Budget umgesetzt werden müssen, wenn man das Anliegen der betrieblichen Gesundheitsförderung ernst nehmen will.

Abschließend sollen noch die Erkenntnisse aus vier Jahren Projekterfahrung zusammengefasst werden:

Verhältnisprävention sollte im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen

Verhältnisprävention sollte im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Das bedeutet, dass den Verhältnissen am Arbeitsplatz, den gesundheitlichen Belastungen, aber auch den gesundheitlichen Ressourcen größte Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Denn in diesen Bereichen können die offensichtlichsten Effekte in Bezug auf Gesundheitsförderung erzielt werden. Wenn sich betriebliche Gesundheitsförderung vorwiegend oder ausschließlich mit verhaltenspräventiven Aspekten beschäftigt, also das Gesundheitsverhalten der MitarbeiterInnen im Privatleben themati-

siert, verliert es seine Glaubwürdigkeit als betrieblicher Ansatz und bleibt weitgehend wirkungslos.

Weiters wurde aus dem Projekt die Erkenntnis gezogen, dass „weiche“ Faktoren die Gesundheit oft stärker belasten als „harte“ Faktoren. Das bedeutet, dass die Kultur des Umgangs in einem Unternehmen dann als Ressource verstanden werden kann, wenn sie von Empathie, Werten, Sinn und von hoher Beziehungsqualität getragen sind. Mangelt es allerdings an Empathie, positiver Sinnkonstruktion, an tragfähigen Werten, an Verständnis oder auch an Beziehungsqualität, so wird dies von MitarbeiterInnen als erhebliche Belastung empfunden. MitarbeiterInnen betreiben unterbewusst eine genaue Buchführung darüber, wie viel Leistung, Engagement und Arbeitskraft sie ins Unternehmen einbringen und wie viel sie dafür in Summe an monetären und nichtmonetären (Sinnhaftigkeit der Tätigkeit, wertschätzende Behandlung durch Führungskräfte, Eingebundenheit in eine Teamstruktur ...) Gegenleistungen erhalten. Wenn aufgrund mangelnder Unternehmenskultur die nichtmonetären Aspekte wenig bis kaum zu Buche schlagen, gerät die empfundene Balance zwischen eigener Verausgabung und Belohnung aus dem Gleichgewicht. Es kommt zur so genannten Gratifikationskrise (Siegrist), eine potentiell gesundheitsgefährdende Situation. Daraus kann man folgern:

Es gibt nicht nur toxische Arbeitsstoffe, sondern auch toxische Unternehmens- und Führungskulturen

Es gibt nicht nur toxische Arbeitsmittel und Substanzen, sondern auch toxische Unternehmens- und Führungskulturen. Oft muss man in diesem Bereich ansetzen. Dafür braucht es die Offenheit des Managements, damit im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts in den einzelnen Gesundheitszirkeln auch und gerade diese Aspekte angesprochen werden können. Dadurch kann verhindert werden, dass diese wichtigen Themen der Unternehmens- und Führungskultur in einer Art betrieblichen Tabuzone untergehen.

Für den Erfolg eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammes ist auch die Haltung des Managements ausschlaggebend

Daher sind nicht nur die Projektarchitektur und das Projektdesign eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts für den Erfolg ausschlaggebend, sondern auch die dahinter liegende Haltung des Managements.

Neuer Forschungspreis in Kooperation zwischen Medichem und der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin: NOHA

Medichem hat mit dem „National Occupational Health Association Award (NOHA)“ einen neuen Forschungspreis zur Förderung von NachwuchswissenschafterInnen ins Leben gerufen. Dieser Preis wird 2010 erstmalig in Österreich von der Gesellschaft für Arbeitsmedizin im Rahmen der nächsten Jahrestagung vergeben werden.

Teilnahmeberechtigt sind WissenschafterInnen im Bereich Arbeitsmedizin (nicht notwendigerweise ÄrztInnen), welche nicht älter als 35 Jahre sind. Bei der eingereichten Arbeit muss es sich um eine Originalarbeit handeln, welche im inhaltlichen Bezug zu arbeits- bzw. umweltmedizinischen Fragestellungen in Zusammenhang mit der Produktion und Weiterverarbeitung von Chemikalien steht. Dieser Bezug ist durch die Einreichenden darzulegen.

Alterslimit: 35 Jahre

Dotierung

Medichem als eigentlicher Initiator sowie Sponsor und die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGAM) finanzieren den Preis; die genaue Höhe wird in der nächsten ÖFAM-Ausgabe bekannt gegeben. Zusätzlich zum Preisgeld wird der Gewinner/die Gewinnerin eine Zweijahresmitgliedschaft bei Medichem erhalten.

Auswahlverfahren, Ermittlung der Preisträgerin/des Preisträgers, Einreichung

Die Auswahl der Preisträgerin/des Preisträgers wird von einer durch die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin benannten Fachjury vorgenommen. Die Jury entscheidet in allen Fach- und Ermessensfragen endgültig und unanfechtbar. Die Beratungen der Jury sind nicht öffentlich. Aus den eingereichten Arbeiten werden drei ausgewählt; aus diesen wird im Anschluss vom Medichem-Vorstand der Preisträger/die Preisträgerin bestimmt.

Die Preisträgerin/der Preisträger ist gebeten, die prämierte Arbeit bei der nächsten Jahrestagung Arbeitsmedizin zu präsentieren. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Auswahlverfahren werden bis zum 31. August schriftlich über Ort und Zeit der Überreichung oder darüber, dass die Preisvergabe entfällt, informiert.

Urheber- und Nutzungsrechte

Das geistige Eigentum der eingereichten Arbeiten verbleibt bei den Verfasserinnen und Verfassern. Die eingereichten Unterlagen gehen in das sachliche Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin über.

Einsendeschluss: 31. Mai 2010

Einreichungsunterlagen

Teilnehmer und Teilnehmerinnen müssen die nachfolgenden Einreichunterlagen bis zum Einsendeschluss (31. Mai 2010) an Herrn Doz. Dr. Robert Winker übermitteln.

E-Mail:
robert.winker@meduniwien.ac.at

Adresse:
Doz. Dr. Robert Winker
Medizinische Universität Wien
Arbeitsmedizinische Ambulanzen/Universitätsklinik für Innere Medizin II
Währingergürtel 18–20
1090 Wien

1. **Antrag**
   Eine von der Verfasserin/vom Verfasser schriftlich an Doz. Dr. Robert Winker gerichtete Bewerbung mit folgenden Angaben:
   - Titel: Bewerbung um den „National Occupational Health Association Award (NOHA)“
   - Titel der eingereichten Arbeit
   - Angabe, ob bereits zur Publikation angenommen
   - Akademischer Titel, Vorname/n und Familienname der einreichenden Person
   - sowie der Satz „Ich erkenne die Ausschreibungsbedingungen zum National Occupational Health Association Award (NOHA)“ vollinhaltlich an
   - und die Unterschrift der einreichenden Person
2. **Curriculum Vitae** der einreichenden Person
3. Die **Originalarbeit**

Informationen zu Medichem

Medichem (www.medichem.org) ist eine internationale wissenschaftliche Gesellschaft, die sich mit arbeitsmedizinischen und umweltmedizinischen Fragestellungen befasst, die in Zusammenhang mit der Produktion und Weiterverarbeitung von Chemikalien stehen. Die Gesellschaft wurde 1972 in Ludwigshafen gegründet und feiert somit 2010 ihren 38. Geburtstag. Zurzeit hat Medichem ca. 250 Mitglieder in 41 Ländern. Medichem richtet seit seiner Gründung regelmäßig jedes Jahr einen Kongress aus, der alle drei Jahre mit dem Kongress der ICOH zusammenfällt. Der Kongress wird 2010 in Taipeh, Taiwan stattfinden, im Jahre 2011 in Heidelberg, Deutschland sowie im Jahr 2012 wiederum in Zusammenarbeit mit der ICOH in Monterrey, Mexiko.

Dreimal jährlich erscheint der Medichem Newsletter, der an alle Mitglieder weltweit verschickt wird. Neben dem regelmäßigen Bezug des Newsletters zu aktuellen Themen der Gesellschaft wird man als Mitglied kompetent in allen berufsrelevanten Fragen durch die Gesellschaft unterstützt. Der Vorteil liegt hierbei auch darin, dass man im Rahmen der Kongresse persönliche Kontakte zu anderen Mitgliedern knüpfen kann und daher Zugang zu verschiedenen Fachkräften im Bereich Arbeitsmedizin sowie Umweltmedizin erhält. Mitglieder haben des Weiteren Zugang zum Mitgliederbereich auf der Medichem-Homepage und erhalten vergünstigte Tarife bei Medichem-Veranstaltungen. Die derzeitige Geschäftsführerin (Secretary) Dr. Diane Mundt arbeitet für Environ International Corporation mit Sitz in Boston, USA. Bei Interesse an einer Mitgliedschaft können Sie Dr. Mundt via E-Mail kontaktieren (dmundt@environcorp.com) oder finden ein Anmeldeformular auf der Medichem-Homepage unter www.medichem.org.

Impressum

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

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

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

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

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz