184

Siegfried Leittretter (Hrsg.)

Arbeit in Krankenhäusern human gestalten

edition der
Hans **Böckler**
Stiftung
Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Siegfried Leittretter (Hrsg.)

Arbeit in Krankenhäusern human gestalten

Arbeitshilfe für die Praxis von Betriebsräten, betrieblichen Arbeitsschutzexperten und Beschäftigten in Krankenhäusern

edition der Hans-Böckler-Stiftung 184

© Copyright 2008 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
Buchgestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Printed in Germany 2008
ISBN: 978-3-86593-063-7
Bestellnummer: 13184

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages,
der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung,
der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT **5**

1. ARBEITSPLATZ KRANKENHAUS **9**

1.1 Gesundheitsschutz als Kostenfaktor in Krankenhäusern 9
Dirk Völpel-Haus, Gewerkschaft ver.di

1.2 Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz Krankenhaus 15
Siegfried Leittretter, Hans-Böckler-Stiftung

2. PSYCHISCHE BELASTUNGEN REDUZIEREN **25**

2.1 Unterweisung: Führung, Beteiligung, Erkennen und Vermindern von psychischen Belastungen 25
Christa Eggerdinger, Hannelore Moser

2.2 Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen mit dem Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) Praxisbeispiel Krankenhaus 32
Lohmann, Jochen Prümper, Imke Ehlbeck

2.3 Erfassung und Abbau psychischer Belastungen mit dem finnischen Arbeitsfähigkeitskonzept 59
Jürgen Tempel, Arbeitsmediziner

2.4 Die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit – Statement zur Praxis 67
Marianne Giesert, DGB-Bildungswerk

3. NADELSTICHVERLETZUNGEN IM KRANKENHAUS **75**
Dieter Weigel, Arbeitsmedizinisches Zentrum, Charité-Universitätskliniken Berlin

4. ÜBERLANGE ARBEITSZEITEN ABBAUEN – NEUE ARBEITSZEITREGELUNG IM KLINIKUM ANSBACH (BETRIEBSVEREINBARUNG) **99**
Norbert Lechler, Betriebsratsvorsitzender

5. ARBEITSSCHUTZ ORGANISIEREN UND ÜBERWACHEN 107

5.1 Die Grundstruktur zur Umsetzung und Organisation des Arbeitsschutzes in einer hochspezialisierten Fachklinik in NRW 107
Mumtaz Köksal, Kaufmännischer Direktor der Klinik

5.2. Überwachen und Beraten – wie kann die Arbeitsschutzbehörde ihrem Auftrag gerecht werden? 109
Rainer Gensch; Arbeitsschutzbehörde Berlin

HINWEISE ZU DEN AUTOREN 125

SELBSTDARSTELLUNG DER HANS-BÖCKLER-STIFTUNG 131

VORWORT

Die Broschüre ist ein Ergebnis des Beratungsprojektes für Betriebs- und Personalräte »Arbeits- und Umweltschutz in Krankenhäusern«, das ich für die Hans-Böckler-Stiftung gemeinsam mit Experten durchgeführt habe. Für die Kooperation und Unterstützung danke ich den Kolleginnen und Kollegen der Gewerkschaft Ver.di ganz besonders.

Die Broschüre wendet sich an die Beschäftigten und ihre Interessenvertretung in Krankenhäusern und soll ihre Arbeit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen unterstützen. Ihre/Eure Arbeitsbedingungen sollen nachhaltig verbessert werden. In der Broschüre werden einige Schwerpunkte behandelt, die maßgeblich die Arbeit beeinflussen und praktische Handlungsmöglichkeiten gezeigt.

Das Pflegepersonal in Krankenhäusern ist physisch und psychisch stark belastet. Schicht- und Nachtarbeit, Arbeitszeitwechsel, z.T. zu lange Arbeitszeiten, ohne angemessene Pausen, hohes Arbeitstempo, Stress, hohe Verantwortung für Leben und Gesundheit der Patienten prägen die Arbeit. Verglichen mit anderen Berufsgruppen im Dienstleistungssektor ist das Unfallrisiko höher, auch die Stressbelastung sowie andere spezifische Gesundheitsrisiken, wie Muskel- Skeletterkrankungen, Hauterkrankungen, psychische Überforderung, u.a. Zur Zeit fährt der Zug in die falsche Richtung. Partizipationsmöglichkeiten schwinden, das Arbeitstempo wird erhöht, die Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes wächst, Arbeitsplätze werden abgebaut. Gute Arbeitsbedingungen helfen aber nicht nur den dort beschäftigten Menschen, sie verbessern auch nachhaltig die Qualität der Patientenbetreuung. Gute Arbeit erhöht nicht zwangsläufig die Kosten, sondern sie verbessert die Qualität der Patientenbetreuung und kann insgesamt sogar oft zu Kostensenkungen beitragen. Betriebs- und Personalräte können die Initiative ergreifen. Beide Seiten, Krankenhausleitungen und die betriebliche Interessenvertretung sollten gezielt über betriebliche Gefährdungsanalysen nach dem Arbeitsschutzgesetz - inklusive psychischer Belastungen - gemeinsam Belastungsschwerpunkte abbauen. Abbau von Belastungen ist machbar. Gute Beispiele in Krankenhäusern gibt es. Die Beiträge zeigen konkrete Handlungsmöglichkeiten.

Ausgangspunkt des Beratungsprojektes waren Besuche und Gespräche mit Betriebs-/Personalräten in Krankenhäusern mit öffentlicher oder privater Trägerschaft, verteilt über das Bundesgebiet. Parallel sichteten wir einschlägige Materialien und Berichte zur Arbeitssituation in Krankenhäusern, führten Gespräche mit Experten der Berufsgenossenschaft für das Gesundheitswesen, der Arbeits-

schutzämter, der Fachabteilung der Gewerkschaft Ver.di, des DGB-Bildungswerks, im Gesundheitsbereich erfahrenen Arbeitsschutzexperten. Basierend auf diesen Vorarbeiten haben wir einen Workshop für Betriebs- und Personalräte in Krankenhäusern in den Charité-Universitätskliniken in Berlin durchgeführt.

Ich wünsche Ihnen interessante Anregungen für Ihr Engagement für humane Arbeit in Krankenhäusern und Reha-Kliniken.

Siegfried Leittretter

Einigen, die unser Beratungsprojekt maßgeblich unterstützt haben, danke ich an dieser Stelle persönlich:

Marianne Giesert, DGB-Bildungswerk, Leiterin des Kompetenzzentrums Sicherheit, Gesundheit, Umwelt, und Dipl.-Psychologin Christine Eggerdinger, Mayer & Partner. Sie haben mich mit ihren ausgeprägten Erfahrungen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit für Betriebsräte in Krankenhäusern unterstützt

Dirk Völpel-Haus, Bundesfachgruppenleiter Krankenhäuser, Gewerkschaft Ver.di hat wichtige Kontakte vermittelt und mich mit seinen Praxiserfahrungen unterstütz

Prof. Dr. Jochen Prümper, sowie den Diplompsychologinnen Andrea Lohmann-Haislah und Imke Ehlbeck, alle bao, Büro für Arbeits- und Organisationspsychologie GmbH, Berlin. Sie haben ihre vielfältigen Projekterfahrungen bei Analyse und Abbau psychischer Belastungen im Betrieb eingebracht.

Ulrike Teske und Dr. Horst Riesenberg-Mordeja, Ver.di, Bundesvorstand, für ihre Anregungen und Hinweise zum Arbeitsschutz in Krankenhäusern.

Norbert Lechler, Personalratsvorsitzender, Klinikum Ansbach, der mit fundierten Einschätzungen aus seiner Praxis unterstützte. Ihm danke ich stellvertretend für weitere engagierte Betriebs- und Personalräte in Krankenhäusern.

Barbara Winder: Sie hat uns ein halbes Jahr als Praktikantin während ihres Studiums Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Krems mit Literaturrecherchen und Mitwirkung bei den Betriebsbesuchen die Arbeit engagiert unterstützt.

Weitere Arbeiten im Rahmen des Projektes Arbeits- und Umweltschutz in Krankenhäusern

Siegfried Leittretter (Hrsg., 2005): *Energieeffizientes Krankenhaus - für Klimaschutz und Kostensenkung*, edition der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 154., Düsseldorf.

Beim Umweltschutz haben wir aus aktuellem Anlass den Schwerpunkt auf Energieeffizienz und den Umstieg auf erneuerbare Energieträger gesetzt. Immer stärker belasten steigende Energiepreise den Etat der Krankenhäuser. Leider werden die Einsparpotenziale beim »Energiefresser« Krankenhaus zu wenig genutzt, stattdessen wird am Personal eingespart. Zwischen Energie und Arbeit zeichnet sich eine klare Beziehung ab, die positiv genutzt werden kann. »Kilowattstunden arbeitslos machen statt Menschen«. Zwischen 20 und 70 % Kosteneinsparungen sind möglich. Nicht beim Pflegepersonal, den Ärzten, dem Verwaltungs- und technischen Personal die Arbeit immer stärker verdichten und die Arbeitsbedingungen verschlechtern, sondern zuerst die Effizienzpotenziale und Erneuerbare nutzen, sollte angestrebt werden. Personalabbau und schlechte Arbeitsbedingungen gefährden zudem die Qualität der stationären Versorgung der Patienten. Die Senkung der Energie- und Wasserkosten sollte Vorrang haben. In vielen Krankenhäusern sind erhebliche Potentiale ungenutzt, die sich wirtschaftlich oft rasch rechnen. Verschwendete Energie- und Wassermengen schaden nur der Umwelt und dem Klima. Die jährlich eingesparten Mittel können wirksamer für das Personal eingesetzt werden.

1. ARBEITSPLATZ KRANKENHAUS

1.1 GESUNDHEITSSCHUTZ ALS KOSTENFAKTOR IN KRANKENHÄUSERN

Dirk Völpel-Haus, Gewerkschaft ver.di, Fachgruppenleiter Krankenhäuser

1. Aktuelle Situation im Bereich der Krankenhäuser

Im Jahr 2000 wurde von den Partnern der Selbstverwaltung eine Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems getroffen. Das neue Finanzierungssystem der Krankenhäuser wurde im Wesentlichen auf der Basis der Australischen DRGs[1] implementiert und seit 2003 sukzessive umgesetzt. Das System führt zu einer stärkeren ökonomischen Ausrichtung der Krankenhäuser. Die DRGs sollen die vorhandenen Finanzströme transparenter gestalten und die Krankenhäuser zu einer wirtschaftlicheren Verwendung ihrer finanziellen Mittel anhalten. Die Ausgaben der Krankenhäuser bleiben aber weiterhin in diesem Kontext gedeckelt. Es gilt das erklärte politische Ziel, zu Kostensenkungen im Bereich der Krankenhäuser zu kommen. Die Umsetzung soll durch eine Reduzierung der vorhandenen Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern erfolgen. Diese Entwicklung führt zeitverzögert nach der sog. Konvergenzphase[2] zu einem fundamentalen Wandel im Bereich der Krankenhäuser. Verschiedene Studien[3] gehen davon aus, dass dadurch eine größere Anzahl von Krankenhäusern vom Markt verschwinden werden, bzw. als unwirtschaftlich eingestuft werden.

Der Wandel manifestiert sich bereits 1993 durch die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips. Er ist erkennbar, dass es seit diesem Zeitpunkt eine noch striktere Budgetierung der Ausgaben gibt und die Budgets auch an die Beitragssatzentwicklung, d.h. die Veränderungsrate[4] der gesetzlichen Krankenkasse gekoppelt sind. In 2006 stiegen die Budgets bundeseinheitlich um 0,63 %. Seit der Ein-

1 Australian Refinded Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) bedeuten übersetzt Diagnosebezogene Fallpauschalen, die optionale Einführung wurde am 1. Januar 2003 durchgeführt.

2 Konvergenzphase bedeutet die schrittweise Einführung der DRGs mit einer verbindlichen vollständigen Umsetzung ab 2009 im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 1.1.2005.

3 Business Breakfast, Studie von Prof. Dr. Rainer Salfeld.

4 Das BMGS stellt bis zum 15. September eines jeden Jahres die durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen fest.

führung der DRGs ist eine Zunahme des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander erkennbar. Krankenhäuser konkurrieren um Patienten. Krankenhäuser konkurrieren innerhalb einzelner Versorgungsregionen. Das führt zu einer kontinuierlichen Veränderung der Trägerstrukturen innerhalb der Krankenhauslandschaft. Immer mehr private Konzerne übernehmen öffentlich-rechtliche Krankenhäuser, sei es durch Managementverträge, sei es durch Aufkauf oder andere Formen der Beteiligung.

Im öffentlichen Sektor werden sukzessive betriebswirtschaftliche Steuerungselemente eingesetzt, da vielfach noch die Einschätzung besteht, private Instrumente seien besser zur Führung öffentlicher Krankenhäuser geeignet.

Auch ist erkennbar, dass in vielen Krankenhäusern bereits eine große Anzahl von Personal abgebaut wurde. Parallel dazu ist eine deutlich spürbare Leistungsverdichtung durch die Steigerung und Ausweitung der behandelten Patienten vollzogen worden.

Ein weiteres großes Problem der öffentlich-rechtlichen Häuser ist, dass Teilbereiche der Krankenhäuser weiter privatisiert werden. Es gibt bereits heute Krankenhäuser, bei denen außer der medizinisch-pflegerischen Kompetenz alle anderen peripheren Bereich wie z. B. Labor, Reinigung, Küche, Haustechnik, Krankenpflegeschule bereits privatisiert, verkauft oder geschlossen wurden.

Es gibt aber auch Krankenhäuser, die mittlerweile erkennen, dass es durchaus sinnvoll ist, diese Bereiche wieder selbst zu organisieren und durch eigenes Personal auszustatten. Denn die angestrebten angeblichen Kostenersparnisse sind unter einer mittelfristigen Betrachtung oft nicht realisierbar gewesen.

Ein weiteres Problem ist, dass in vielen Krankenhäusern ein großer Investitionsstau besteht. Dringend notwendige bauliche Investitionen oder medizinische notwendige Anschaffungen wurden bisher nicht getätigt und führen dadurch zu einem Standortnachteil.

2. Reaktionen der Krankenhäuser

Die Reaktionen der Krankenhäuser in diesem Kontext sind sehr unterschiedlich. Es finden teilweise Kooperationen zwischen räumlich nah gelegenen Krankenhäusern statt oder einzelne Krankenhäuser versuchen auch zu expandieren. Damit soll die eigene Marktposition gesichert und ausgebaut werden.

Auch werden in vielen Krankenhäusern die vorhandenen eigenen Leistungsangebote kritisch überprüft. Einige Einrichtungen haben bereist Profitcenter gebildet, um die Erlössituation langfristig zu sichern. Dies führt auch dazu, dass einzelne

Krankenhäuser ihre medizinischen Angebote noch stärker ökonomischen Prinzipien unterordnen und damit medizinische Leistungen rationieren oder nicht mehr anbieten. Konsequenterweise wird zusätzlich eine weitere deutliche Verkürzung der Verweildauer der Patienten angestrebt.

Als weitere Reaktion sind Rechtsformänderungen und Fusionen zu nennen. Auch versucht man, die ambulanten Leistungen in den Krankenhäusern weiter auszubauen. Die Öffnung der Krankenhäuser ist an diesem Punkt durch den Gesetzgeber nur halbherzig geschehen, um in keinen ernsthaften qualitativen Wettbewerb mit den niedergelassenen Ärzten einzutreten. Die Verbesserung der eigenen Qualität der Leistungen sowie das Durchführen von Zertifizierungen vieler Krankenhäuser runden diese aktuelle Entwicklung ab.

Die Teilnahme an der Integrationsversorgung entwickelt sich Schritt für Schritt in den einzelnen Häusern. In vielen Krankenhäusern werden Effizienzsteigerungen angestrebt. Es sollen neue, zusätzliche Erlöse generiert werden.

3. Unliebsame Nebeneffekte

Die jetzigen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser führen zu einigen heftigen Nebenwirkungen für die Beschäftigten. Viele Krankenhäuser versuchen, durch die Bildung von Tochterunternehmen zu Einsparungen zu kommen. Die selbstständigen Unternehmen werden als Umsatzsteuerliche Organschaft geführt und entziehen dadurch dem Staat erhebliche Einnahmen in Form der nicht mehr anfallenden Umsatzsteuer.

In den betroffenen Bereichen arbeiten überwiegend Frauen, die durch diese Ausgliederung einer mittelbaren Diskriminierung ausgesetzt sind. Altersarmut oder keine ausreichende tarifliche Absicherung der Beschäftigten sind oftmals das Ergebnis solcher einschneidender Maßnahmen.

Ein weiterer, noch relativ neuer Nebeneffekt ist die Umgehung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes[5] (AÜG). Seit der Einführung der sog. Hartz-Gesetze[6] ist es möglich, dass auch Krankenhäuser eigene Personal-Service-Agenturen (PSA) bilden. Mit der Bildung dieser Agenturen wird eine aktive Tarifflucht in den Krankenhäusern betrieben. Denn in den Tochterunternehmen werden Beschäftigte mit niedrigeren und vor allen Dingen schlechteren Tarifleistungen beschäftigt. Rechtlich

5 Das AÜG wurde am 23.12.2002 durch das verabschiedete »Erste Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt« erheblich verschlechtert.

6 Zum Konzept der Aufwertung der Leiharbeit gehören die von den Agenturen für Arbeit zu errichtenden Personal-Service-Agenturen, die Arbeitslose nach den Vorschriften des AÜG verleihen.

wird dies zumeist in eine Arbeitnehmerüberlassung gekleidet, so dass die Kolleginnen und Kollegen das Gefühl behalten, bei ihrem Arbeitgeber noch beschäftigt zu sein, wenn auch mit deutlich schlechterer Bezahlung.

Als letzter Nebeneffekt ist noch die Verschlechterung der betrieblichen Mitbestimmung zu nennen. Dies erklärt sich dadurch, dass es in kleineren betrieblichen Einheiten immer schwieriger ist, die Instrumente der betrieblichen Mitbestimmung wirksam einzusetzen und eine Freistellung von Betriebsräten oft nicht mehr möglich ist.

4. Gesundheitsschutz als Kostenfaktor?

Welche Rolle spielt in diesem Spannungsfeld der Gesundheitsschutz in den deutschen Krankenhäusern?

Der Gesundheitsschutz wird im Bereich des Gesundheitswesens und insbesondere in den Krankenhäusern immer noch stiefmütterlich behandelt. Er wird von den Arbeitgebern überwiegend als reiner Kostenfaktor betrachtet. Auch ist es problematisch, dass die Beschäftigten die gesetzlichen Vorgaben teilweise als Zumutung empfinden. Das macht es doppelt schwierig.

Die staatlichen Stellen zur Prüfung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes betreiben teilweise auch keine effektiven Überprüfungen. In vielen Krankenhäusern finden nur im Ansatz echte Prüfungen der tatsächlichen Arbeitsbedingungen statt. Das wird häufig damit erklärt, dass es angeblich zu wenig Personal in den Behörden gibt. Oder es wird behauptet, es existierten keine ordentlichen Dienstpläne in den Krankenhäusern. Insgesamt sind die Aufsichtsbehörden gut beraten, diese Prüfungen effektiver vorzunehmen. Denn es ist bekannt, dass in vielen Krankenhäusern weit über die arbeitszeitgesetzlich zulässigen Bestimmungen hinaus gearbeitet wird. Nach wie vor wird Vollarbeit in Kombination mit Bereitschaftsdienst durchgeführt und die Arbeitszeiten erreichen so nicht selten bis zu 24 Stunden am Stück. Vielfach wird dies auch noch unter dem Aspekt eines Notfalls deklariert.

Die Aufsichtsbehörden haben eine sehr wichtige Funktion, die sie in vielen Fällen noch besser ausgestalten könnten. Die Beschäftigten und die Patienten würden sicherlich positiv davon partizipieren. Denn kürzere Arbeitszeiten führen zu weniger Fehlern und sind auch ein Beitrag zum aktiven Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Insgesamt gibt es in den Tarifverträgen von ver.di bisher nur wenige Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Krankenhäusern. Aber im Rahmen der Umsetzung des neuen Tarifvertrages im Öffentlichen Dienst[7] (TVöD) wurden

erste Vereinbarungen getroffen, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz sicherstellen sollen.

In der Frage der Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern müssen seit dem Inkrafttreten des TVöD Gefährdungsanalysen durchgeführt werden. Dies gilt in den Fällen, in denen die Arbeitzeit verlängert oder weiter flexibilisiert werden soll. Außerdem ist vorher verbindlich zu prüfen, ob es Möglichkeiten alternativer Arbeitszeitregelungen gibt.

Das bedeutet aber nicht, dass die Arbeitgeber aus ihrer Pflicht entlassen sind. Sie haben auch weiterhin die aktive Verpflichtung, sich um die Gesundheit ihrer Beschäftigten besonders zu kümmern.

Die aktuelle Erfahrung zeigt, dass es hinsichtlich dieser Verpflichtung durchaus Unterschiede zwischen privaten Gesundheitskonzernen und öffentlichen Arbeitgebern gibt.

Bei einzelnen privaten Betreibern von Krankenhäusern, die natürlich vorrangig an einer Gewinnmaximierung interessiert sind, besteht ein großes Interesse daran, dass auch die Ausfallzeiten der Beschäftigten relativ gering sind. Unter dieser finanziellen Betrachtung wird der Gesundheitsschutz dann nicht alleine als Kostenfaktor gesehen, sondern vielmehr auch im Rahmen der Gesundheitsprävention genutzt.

Ein weiteres großes Problem ist die in einigen Bereichen schon praktizierte Arbeitszeitverlängerung, die zwar tarifvertraglich nicht vereinbart wurde, aber faktisch leider vorhanden ist. So zum Beispiel im Bereich der Länder, wo die Regelungen zur Arbeitszeit gekündigt wurden und die Arbeitszeitverlängerung für Neueingestellte Beschäftigte aktiv betrieben wird. Aber auch in vielen anderen Krankenhäusern wird länger gearbeitet, wie es tarifvertraglich eigentlich vorgesehen ist. Es werden Überstunden gemacht, um die zu erledigende Arbeit doch noch zu Ende zu bringen, moralisch unterstützt von dem Druckmittel der notwendigen Patientenversorgung.

Ebenso zu nennen sind auch alle anderen zusätzlichen Belastungen wie z. B.

Schichtarbeit, Nachtarbeit, regelmäßig anfallende Überstunden, ein geringer Anteil planbarer Freizeit und enorme psychische und physische Belastungen in der täglichen Arbeitssituation.

Ich habe nur eine Studie[8] herangezogen, die immer noch sehr aktuell ist und die die Bedeutung Gesundheitsschutz plastisch beschreibt:

7 Der TVöD wurde am 1. Oktober 2005 in Kraft gesetzt und gilt für eine Vielzahl der Öffentlichen Krankenhäuser im Bereich des Bundes und der Kommunalen Arbeitgber.

8 Bolm-Audorff 1998.

Nacht- und Schichtarbeit oder häufige Überstunden führen zu einem signifikant höheren Infarktrisiko. Im 3-Schicht-Betrieb ist das Herzinfarktrisiko um den Faktor 3,6 erhöht. Das ist eine eindeutige Botschaft. Bei lang andauernden, häufigen Überstunden erhöht sich der Faktor auf 7,3. Trotz dieser schon seit längeren bekanten Ergebnisse wird leider in vielen Krankenhäusern nicht ernsthaft über Ändeerungen bei der Dienstplangestaltung nachgedacht.

5. Ausblick und weitere Entwicklung

Die dargestellte Entwicklung lässt leider keine allzu großen Hoffnungen für eine schnelle Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Krankenhäusern zu.

Es muss auch zukünftig einen gewissen Gestaltungsspielraum für einen funktionierenden Arbeits- und Gesundheitsschutz. geben.

Die Arbeitszeit in Krankenhäusern muss planbarer und beeinflussbarer für die Beschäftigten werden. Deswegen hat ver.di auch neue Regelungen erstmalig im neuen Tarifvertrag (TVöD) abgeschlossen.

Im Ergebnis müssen aber dennoch die überlangen Arbeitszeiten auf das wirklich notwendige Maß reduziert werden. Denn die Verkürzung der Arbeitszeiten ist der wirksamste Schutz der Gesundheit der Beschäftigten.

Durch belastungsnahe Zeitausgleiche von Mehrarbeit und Phasen hoher Arbeitsleistung zur Entlastung und der Regeneration, die tariflich neu vereinbart werden, wäre ein Schritt in Richtuung mehr Arbeits- und Gesundheitsschutz getan.

Ein erster Ansatzpunkt, um dies auch durchzusetzen ist die regelmäßige und effektive Kontrolle der Dienstpläne durch die Personal- und Betriebsräte. Die tatsächliche Arbeitszeit muss erfasst und dokumentiert werden.

Hauptproblem des nur bedingt funktionierenden Gesundheitsschutzes ist nach wie vor die nur mangelhafte Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern.

In diesem Zusammenhang tragen die Betriebsparteien vor Ort eine sehr hohe Verantwortung, derer sie noch besser gerecht werden müssen.

Ein funktionierender Gesundheitsschutz hat Vorteile für alle Beteiligten.

Gesundheitsschutz gibt es nicht zum Nulltarif und muss in vielen Krankenhäusern auch gegen den Widerstand der Beschäftigten und des Arbeitgebers durchgesetzt werden.

1.2 GESUNDHEITSRISIKEN AM ARBEITSPLATZ KRANKENHAUS

Siegfried Leittretter

1. Veränderte wirtschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen wirken auf die Tätigkeit der Pflegekräfte ein

In den letzten zehn Jahren haben sich rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland massiv verändert. Ein neuer Gesundheitsmarkt etabliert sich – neue gesetzliche Rahmenbedingen greifen. Wesentliche Entwicklungstrends sind:

- Die Krankenhäuser sind mitten im Prozess kontinuierlicher Anpassung an neue rechtliche Bedingungen und im Prozess der Umsetzung interner Kostensenkungsstrategien. Die Prozesse wirken direkt auf die Beschäftigen und die Arbeitsorganisation im Pflegebereich ein. Die Beschäftigten im Pflegebereich sind verunsichert und sorgen sich um ihren Arbeitsplatz .
- Krankenhäuser konkurrieren mit ihren Leistungen, Angeboten und Kosten untereinander. Mit dem Ziel der Kostensenkung im Gesundheitswesen setzt die Politik neue Rahmenbedingungen für den Markt der stationären Behandlung in Krankenhäusern. Zunehmend bestimmen Wirtschaftlichkeit und Kostensenkung auch die konkrete Tätigkeit der Pflegekräfte.
- Eine wachsende Zahl von Krankenhäusern ist in den letzten Jahren an private Träger verkauft worden. Viele kleine Krankenhäuser stehen kurz- oder mittelfristig zur Disposition, Verkauf oder Schließung. Fachabteilungen/Stationen in Krankenhäusern sind geschlossen oder zusammengelegt worden.
- Arbeitsplätze im Pflegebereich wurden abgebaut. Die Maßnahmen führen zu stärkerer Verdichtung der Arbeit der verbliebenen Pflegekräfte. Das Arbeitstempo wächst und mit ihm Angst vor Überforderung und das Stressempfinden.
- Die Arbeit im Pflegebereich der Krankenhäuser ist in den letzten zehn Jahren stark verdichtet worden. Gleichzeitig nimmt der Anteil von Administrations- und Verwaltungsarbeiten zulasten der Arbeit im direkten Kontakt mit den Patienten zu. Andererseits wird das Aufgabenspektrum auch durch neue interessante Tätigkeitsfelder erweitert. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung steigt.

2. Pflegekräfte werden unzureichend am Veränderungsprozess beteiligt

Der kontinuierliche Umstrukturierungs- und Veränderungsprozess zeigt vielfältige Facetten, positive und eher negative. Viel hängt aber davon ab, wie die Beschäftigten in den Krankenhäusern darauf vorbereitet werden, dass die Ziele und Veränderungsprozesse transparent und beteiligungsorientiert gestaltet und Überforderungen vermieden werden. Die Bedingungen, sich auf neue Anforderungen einzustellen und gestaltend mit zu tragen, sind insgesamt schlecht, weil die Pflegekräfte unzureichend in das Veränderungsmanagement einbezogen werden.

Zu diesem Schluss kommen die Deutsche Angestellten Krankenkasse und die Berufsgenossenschaft für das Gesundheitswesen in ihrem DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 bei der Auswertung ihrer Befragung von Pflegekräften in Krankenhäusern.

> *»Die wichtigste Schlussfolgerung …« lautet, »dass die Krankenhäuser in den kommenden Jahren verstärkte Anstrengungen unternehmen müssen, um die Pflegenden stärker in die Bewältigung des Strukturwandels und die Gestaltung der zukünftigen Arbeitsprozesse einzubinden. Einrichtungen, die das Engagement ihrer Beschäftigten durch umfassende Information über betriebliche Veränderungen und Möglichkeiten zur Beteiligung und Mitsprache fördern, schaffen die Basis für gesunde und persönlichkeitsförderliche Arbeitsbedingungen. Gesunde und engagierte Mitarbeiter wiederum tragen maßgeblich zu dem wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtungen bei.«*

Auszug aus DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege – S. 9

Nicht ohne Grund stellen sie diese Forderung auf, denn die befragten Pflegekräfte beurteilen die Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten in ihren Häusern 2005 deutlich schlechter als bei der letzten Befragung 1999. Die Beurteilung der Partizipationsmöglichkeiten ist negativ. So geben fast 50 % der Befragten des o.g. DAG-BGW Gesundheitsreports an, dass keine rechtzeitige und vollständige Information über Veränderungen erfolgt, weitere 30 % sagen, sie erfolge nur teilweise und nur 5 % fühlen sich vollständig und umfassend informiert.

46 % der Befragten geben an, dass Beschwerden der Mitarbeiter nicht berücksichtigt werden. 84 % sagen, Beschwerden werden nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Der Anteil derjenigen, die angeben, dass Beschwerden berücksichtigt werden, ist von 30,3 % (1999) auf 16 % (2004) gesunken. Schlechter beurteilt wird

entsprechend auch die Haltung der Pflegeleitung gegenüber Verbesserungsvorschlägen. Während 1999 noch 38,9 % der Befragten sagen, dass die Pflegeleitung zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert, sagen das 2004 nur noch 23,5 %. Zwei Drittel der Befragten meinen sogar, dass der Arbeitgeber keine Verbesserungsvorschläge wünscht – eigentlich ein dramatisches Ergebnis, das zum Nachdenken anregen sollte.

Die Befragungsergebnisse des DAK-BGW Gesundheitsreports belegen den dringenden Handlungsbedarf zur Verbesserung von Information und Transparenz, Mitwirkung und Beteiligung der Beschäftigten. Denn die starken Veränderungsprozesse können nur mit den Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen optimal bewältigt werden. Daher müssen die Kenntnisse und das Erfahrungswissen der Pflegekräfte in die konkrete Gestaltung der Veränderungsprozesse einbezogen werden. Nur wer Ziele und geplante Maßnahmen kennt, kann aktiv mitgestalten. Ansonsten dominieren Ängste gegenüber allen Veränderungen. Aber Angst ist bekanntlich ein schlechter Ratgeber.

Mangelnde Transparenz, Mitwirkung und Beteiligung, diese Beurteilung der Arbeitssituation in Krankenhäusern, deckt sich mit den Erfahrungen aus den Betriebsbesuchen in Krankenhäusern und den Gesprächen mit Beschäftigten und ihrer betrieblichen Interessenvertretung.

Beim DAK-BGW Gesundheitsreport fällt auf, dass sie in ihrer Befragung die Rolle der Mitbestimmung durch Betriebs- und Personalräte nicht ausleuchten. Betriebliche Interessenvertretungen tauchen als Akteur nicht auf, obwohl sie der Gesetzgeber bewusst mit durchsetzbaren Mitbestimmungsrechten beim Arbeitsschutz ausgestattet hat und sie aktiv gestaltend mitwirken können und sollen. Sie tun es auch oder versuchen zumindest, geeignete Strategien zu entwickeln. Auf positive Beispiele für aktive Mitwirkung und Gestaltung sind wir in Krankenhäusern gestoßen, die beweisen, betriebliche Interessenvertretungen können verkrustete Strukturen aufbrechen. Einfacher wäre es, wenn die Führungskräfte speziell geschult werden. Ihnen fehlt oft Wissen, Erfahrung und Verständnis dafür, wie Veränderungsprozesse beteiligungsorientiert gestaltet werden, auch welche Anforderungen das Arbeitsschutzrecht an sie stellt. Allzu oft mühen sich Betriebs- und Personalräte in einem langwierigen Prozess, Führungskräfte zu informieren, die Mitbestimmungsrechte durchzusetzen und Führungskräfte von den Vorteilen der Mitwirkung und Mitbestimmung bei Veränderungen der Arbeitsorganisation und des Arbeitsschutzes zu überzeugen.

3. Arbeitsintensität und Arbeitstempo nehmen zu

Nicht nur subjektiv nehmen die Pflegekräfte das wahr. Maßgeblich beeinflusst werden Arbeitsintensität und erhöhtes Arbeitstempo durch den Abbau des Arbeitsvolumens in der Pflege. Einige Zahlen aus dem Pflegethermometer 2007 illustrieren das. Demnach sind in den letzten zehn Jahren 48.000 Arbeitsplätze, gerechnet als Vollzeitäquivalente (-13,5 %), in der Pflege in den Betten führenden Bereichen abgebaut worden (Pflege-Thermometer 2007).

Die Fallzahl der stationär behandelten Patienten hat sich erhöht, während die durchschnittliche Verweildauer gesunken ist. Entsprechend ist die Belastungszahl des Pflegedienstes nach Fällen in zehn Jahren um 23 % gestiegen, von 48 Patienten auf 59. Während in diesem Zeitraum die Arbeitskapazität im Pflegebereich um 13,5 % reduziert worden ist, ist sie im ärztlichen Bereich um 19,5 % angestiegen. Nach der aktuellen Befragung des dip (Pflege-Thermometer2007, ebenda) rechnen 52 % der leitenden Pflegekräfte auch für die nächsten fünf Jahre mit einem weiteren Personalabbau im Pflegebereich, obwohl 42 % von ihnen inzwischen dort eigentlich einen Mehrbedarf sehen. 90 % der befragten leitenden Pflegekräfte weisen darauf hin, dass sich die Pflegebedürftigkeit der Patienten erhöht und Administrations- und Dokumentationsaufgaben zugenommen haben. Sie glauben aber, dass sie sich dem Einsparungsdruck nicht entziehen zu können.

Kompensiert wird das Missverhältnis zwischen reduzierten Arbeitskapazitäten und gewachsenen Anforderungen an die Pflegekräfte durch Überstunden. So ersetzten 2006 die Mehrarbeitsstunden die Arbeitskapazität von ca. 5.000 Vollzeitstellen. (Pflegethermometer 2007, Zusammenfassung S. 2). Mit zwei neuen Strategien planen die Führungskräfte das zu geringe Arbeitsvolumen der Pflegekräfte auszugleichen: Durch stärkeren Einsatz von Hilfskräften und flexible Personaleinsatzplanung der Pflegekräfte (Mitarbeiterpool).

Dass die Verdichtung der Arbeit der Pflegekräfte und der sinkende Anteil ihrer Tätigkeiten am Patienten die Qualität der stationären Behandlung der Patienten bedrohlich senkt, ergibt sich aus den Antworten auf konkrete Fragen zur Patientenversorgung. Für die Versorgung, Betreuung und Beobachtung der Patienten bleibt immer weniger Zeit. Eigentlich verlangt die stark gesunkene Verweildauer der Patienten, die Betreuungsintensität zu verstärken. Tatsächlich geschieht aber das Gegenteil. Das dip sieht daher auch deutliche Anzeichen dafür, dass die Qualität der stationären Behandlung der Patienten abnimmt und belegt das in seiner Studie mit konkreten Fakten.

4. Neue Anforderungen – die Wahrnehmung der Beschäftigten

Fünf spezifische Prozesse bestimmen in den letzten fünf Jahre die Arbeit in der stationären Pflege. Der DAK-BGW Krankenhausreport 2005 untersucht ihre Wirkung auf die Beschäftigten(S. 60). Die fünf Prozesse sind:

- Rationalisierung und Umstrukturierung;
- Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups), das neue Vergütungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen;
- Einführung von Qualitätsmanagementsystemen;
- Einführung von Leitlinien und Standards;
- Wachsende Dokumentationsaufgaben im Pflegebereich.

Umstrukturierungen, Zusammenlegung und Schließung von Stationen erlebten die ca. 2/3 der Befragten in dem untersuchten Zeitraum, verbunden mit Betten- und Personalabbau. Bei mehr als einem Viertel war dies mit einem Trägerwechsel verbunden. Diese Prozesse lösen Ängste aus, besonders dann, wenn sie mit mangelnder Transparenz und Beteiligung verbunden sind (siehe oben).

Obwohl die neuen Fallpauschalen (DRGs) schon seit langem beschlossen und seit 1.4.2004 auch umgesetzt werden mussten, kennen die Pflegekräfte die konkreten Auswirkungen auf ihre Tätigkeit nicht. Selbst bei den Pflegekräften mit Leitungsfunktion fühlt sich nur weniger als die Hälfte gut informiert. Zwar sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen, aber nur 20 % der Pflegekräfte den Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) ihres Krankenhauses. Die meisten wissen nicht, was das konkret bedeutet und viele wissen nicht, dass sie ein QM-System in ihrem Krankenhaus haben. Inzwischen arbeiten sie mit einem Leistungserfassungssystem. Zwei Drittel von ihnen geben das an. Die Pflegedokumentation nimmt einen wachsenden Anteil an der Tätigkeit ein. So geben drei Viertel der Befragten an, dass sie dafür zwischen 30 Minuten bis zwei Stunden ihrer Arbeitszeit einsetzen müssen.

In den fünf Jahren hat die Arbeitszufriedenheit abgenommen, stellt der DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 bei Auswertung seiner Befragung fest. Zugenommen haben demnach das Arbeitstempo, der Leistungsdruck, die Schichtarbeit und die Sorge um den Arbeitsplatz. Auch das zeigt der Vergleich der beiden Befragungen der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen 1999 und 2004.

5. Zusammenfassung: Gesundheitliche Risiken der Pflegekräfte

Sinkende Arbeitszufriedenheit, hohes Arbeitstempo und Leistungsdruck, wechselnde Schichtarbeitszeiten und Angst um den Arbeitsplatz, verbunden mit geringer Mitsprache und Beteiligungsmöglichkeiten schaffen genau das Betriebs- und Arbeitsklima, das zu starken psychischen Belastungen der Pflegekräfte in Krankenhäusern führt. Ohnehin sind die Anforderungen an die psychischen Fähigkeiten bei der Betreuung und Versorgung ihrer Patienten hoch. Von den Pflegekräften wird hoher Einsatz und Verantwortung verlangt, der unter diesen Bedingungen rasch zu psychischen Überforderungen führen kann. Sie treten dann auf, wenn das soziale Klima im Krankenhaus zu wenig Ausgleich bietet, z.B. durch persönliche Anerkennung und gegenseitige Unterstützung und Hilfe.

Noch ist das soziale Klima - geht man nach der Befragung des DAK-BGW Reports - in einigen wesentlichen Punkten, wie Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen, Anerkennung durch die direkten Vorgesetzten, im Durchschnitt der Befragten im positiven Bereich, aber der Vergleich der beiden Befragungen 1999 und 2005 zeigt, der Zug fährt aktuell in die falsche Richtung – die Belastungen wachsen, das soziale Klima bei der Arbeit verschlechtert sich. Psychosomatische Erkrankungen, höheres Unfallrisiko und seelische Störungen sind oft die Folge. Menschen sind keine Maschinen sondern ganzheitliche Wesen mit körperlichen und geistigen Fähigkeiten, mit Verstand und Gefühlen.

Um einen konkreten praktischen Eindruck über die Arbeitssituation der Beschäftigten mit Blick vor allem auf die große Zahl der Pflegekräfte zu gewinnen, haben wir im Beratungsprojekt der Hans-Böckler-Stiftung zum Arbeits- und Umweltschutz in Krankenhäuser Einrichtungen mit unterschiedlicher Trägerschaft und in verschiedenen Bundesländern besucht, Begehungen durchgeführt, mit Beschäftigten, den Betriebs- und Personalräten Gespräche geführt. Verbunden war dies auch mit Beratungsangeboten bzw. –vermittlung für die betriebliche Interessenvertretung. Mit Hintergrundinformationen haben die Experten der Gewerkschaft Ver.di unterstützt. Verknüpft haben wir die Auswertungen mit den Ergebnissen aktueller Berichte der zuständigen Berufsgenossenschaft, der Krankenkassen, der Bundesregierung sowie einschlägigen Forschungsergebnissen. Die offiziellen Berichte und die Befragungsergebnisse decken sich im Wesentlichen mit den gesammelten Betriebserfahrungen.

Vor Ort zeigte sich zusätzlicher Handlungsbedarf bei einfachen, bekannten Gefährdungen wie Unfall (Rutschen, Stolpern, Fallen), Raumklima, starke körperliche Belastungen, die abzubauen wären. Offensichtlich besteht oft kein systematisch aufgebautes Arbeitsschutzsystem entsprechend den Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes. Aus der zufälligen Auswahl besuchter Krankenhäuser können jedoch keine belastbare Aussage getroffen werden, inwieweit vorgefundene Mängel symptomatisch sind. Eine systematische, flächendeckende Befragung der Akteure im Arbeitsschutz von Krankenhäusern, die die tatsächlichen Leistungen des Arbeitsschutzsystems bewertet, ist uns nicht bekannt geworden. Um dennoch die Wirkungen zu beurteilen, kann die offizielle Statistik der Arbeitsunfälle, der Berufskrankheiten und der Krankheitstage ausgewertet werden.

Bestimmende Faktoren für die Arbeit im Pflegedienst sind aktuell:

- Stark belastend wirken *unregelmäßige Arbeitszeiten, Schicht- und Nachtarbeit* und häufige Mehrarbeit. 80 % der Befragten des DAK-BGW-Reports arbeiten in Wechselschicht, darunter 57 % auch in Nachtschicht und nur ca. 11 % arbeiten ausschließlich im Tagesdienst.
- Der *Altersdurchschnitt* der Beschäftigten steigt deutlich an. Daher müssten mehr Anstrengungen unternommen werden, um die Arbeit altersgerecht zu gestalten.
- Schwere *körperliche Belastungen* durch Heben, Tragen, Umbetten, Rumpfbeugung und -drehung mit starker Belastung der Wirbelsäule bestimmen die Tätigkeit noch immer stark. Viele der starken körperlichen Belastungen könnten durch geeignete Maßnahmen und technische Hilfsmittel reduziert werden. Sie verursachen eine überdurchschnittlich hohe Rate von Muskel-, Skeletterkrankungen bei den Pflegekräften.
- *Zeitdruck, unvorhergesehene Unterbrechungen, Zunahme des Arbeitstempos* nennen mehr als zwei Drittel der befragten Pflegekräfte. Die Stressbelastung wächst.
- Organisationsbedingte *psychische Belastungen* nehmen zu mit ihr psychosomatische Erkrankungen, Erschöpfung bis hin zu Depression. Hier zeichnet sich hoher Handlungsbedarf ab.
- *Zunahme der Administrations- und Dokumentationstätigkeiten* während der Anteil der Arbeitszeit beim Patienten abnimmt. Das wird negativ bewertet.
- Zwar gehen auch die *Arbeitsunfälle* zurück, aber das Unfallrisiko durch Stolpern, Rutschen, Fallen bleibt, verglichen mit anderen Berufsgruppen, hoch. Im Krankenhaus tragen das Pflegepersonal und die Köche das höchste Unfallrisiko. Im

Prinzip läßt sich das Risikopotenzial zunächst mit ersten einfachen Schritten reduzieren, durch Sensibilisierung und Unterweisung, regelmäßige Begehung des Arbeitsschutzausschusses und unverzügliche Beseitigung erkannter Sicherheitsmängel.

- Unter den *Berufskrankheiten* dominieren inzwischen Hauterkrankungen mit 71 % der anerkannten Berufskrankheiten. Unterweisung, rasches Erkennen der Krankheitssymptome, frühzeitige Behandlung, Ursachen ermitteln und ggf beseitigen können erste einfache Maßnahmen sein. (Dringender Handlungsbedarf, da der Anteil der Hauterkrankungen in den letzten Jahren aktuell weiter angestiegen ist).
- *Infektionserkrankungen* gehen zwar nach dem DAK-BGW Gesundheitsreport zurück, allerdings ist das Gefährdungspotenzial in Krankenhäusern und Fachabteilungen unterschiedlich hoch. Konkrete Maßnahmen zeigten in der Vergangenheit Erfolge.

Zusätzliche Informationen liefern jährliche betriebliche Gesundheitsberichte. Sie geben Hinweise auf Unfallschwerpunkte, auf Überforderungen z.B. bei auffallend steigenden Krankheitstagen in bestimmten Stationen, sozusagen ein innerbetriebliches Controlling. Arbeitsschutzausschüsse und betriebliche Interessenvertretung können die Berichte gemeinsam auswerten und Maßnahmen entwickeln.

Erstaunlich ist - trotz abnehmender Arbeitszufriedenheit in den letzten Jahren - die immer noch relativ hohe Zufriedenheit und die Motivation der Pflegekräfte für ihre Tätigkeit am Patienten. Sie schätzen auch die inhaltliche Anreicherung ihrer Arbeit, sind offen, Neues zu lernen. Ihre hohe Motivation darf nicht zur Selbstüberforderung führen, sondern kann in beteiligungsorientierten Verfahren Umstrukturierungen positiv mit gestalten im Interesse der Patienten und der Pflegekräfte. Arbeit in Krankenhäusern humaner gestalten, dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Veränderungsprozess einen höheren Stellenwert einräumen, diese Ziele können im Betrieb verwirklicht werden, maßgeblich gefördert und unterstützt von ihren Betriebs- und Personalräten. Gesunde Arbeit in der Pflege dient auch den Patienten.

Materialien:

Pflege-Thermometer 2007, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(dip), Köln, Projektleitung Prof. Dr. Frank Weidner, Dipl.-Pflegewissenschaftler Michael Isfort (Lang- und Kurzfassung)

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems, herausgegeben von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg, und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), DAK-Zentrale, Hamburg. Erstellt von IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH im Auftrag von BGW und DAK.

Gute Arbeit - Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung - Hrsg. AiB-Verlag, Arbeitsrecht im Betrieb Verlagsgesellschaft mbH, Frankfurt (Main)

Auswertung von Protokollen von Betriebsbegehungen/Gesprächen mit Betriebs- und Personalräten in Krankenhäusern in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Thüringen, S. Leittretter (2004-05). Protokolle sind nicht zur Veröffentlichung geeignet.

2. PSYCHISCHE BELASTUNGEN REDUZIEREN

2.1 UNTERWEISUNG: FÜHRUNG, BETEILIGEN, ERKENNEN UND VERMINDERN VON PSYCHISCHEN BELASTUNGEN

Christa Eggerdinger, Hannelore Moser

Regelmäßige und umfassende Unterweisungen sind ein *wesentliches Element* und die Grundlage für einen modernen Arbeitsschutz im Betrieb und damit gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung für eine gute Produktivität und Qualität im Unternehmen sowie für gesundheitsgerechtes und sicheres Arbeiten der Belegschaft.

Es zeigt sich aber, dass Unterweisungen tatsächlich auch ein *nützliches Instrument* sein können arbeitsbedingte, psychische Belastungen zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Dieses nachzuweisen war das wesentliche Ziel des INQA-Projektes, welches vom Juli 2003 bis zum Juli 2004 am Bezirkskrankenhaus Günzburg unter kontinuierlicher Beteiligung der Beschäftigten durchgeführt wurde. Projektnehmer war das DGB-Bildungswerk unter der Leitung von Marianne Giesert. Die Durchführung des Projektes lag bei Christa Eggerdinger und der Betriebsärztin des Bezirkskrankenhauses Günzburg, Dr. Hannelore Moser. Der Personalrat war durch Stefan Korisansky von Anfang an engagiert beteiligt.

Es war ein sehr praxisbezogenes Projekt, welches von Beginn an die Vorgesetzten, welche die Unterweisungen durchführen müssen, aber auch die Beschäftigten mit einbezog, an denen die Unterweisung dann greifen musste. Die Kooperation der externen Projektleiterin (Frau Christa Eggerdinger, Arbeitspsychologin) mit den innerbetrieblichen Ansprechpartnern (Betriebsärztin, Sicherheitsfachkraft, Personalrat) funktionierte ausgezeichnet, außerdem begleitete die Krankenhausleitung das Projekt mit Wohlwollen und großem Interesse. Dies schuf ein Vertrauensklima, in dem ohne Ängste auf Seiten der Beschäftigten und der Führungskräfte gehandelt werden konnte.

Körperliche Gesundheitsrisiken durch technische Mängel an den Arbeitsplätzen haben tendenziell abgenommen. Die arbeitsbedingten Gefährdungen der psychischen Gesundheit sind jedoch mehr und vielfältiger geworden. Die Gesundheitsberichte der großen Krankenkassen (z.B. AOK, DAK, TKK etc.) widmen diesem Phänomen in den letzten Jahren viel Raum und zeigen, dass psychische Erkrankungen inzwischen die vierthäufigste Ursache für Fehlzeiten in deutschen Unter-

nehmen sind. Es gibt also neben den gesetzlichen Verpflichtungen betriebswirtschaftliche, volkswirtschaftliche und auch ethische Gründe für einen Betrieb, sich mit den psychisch wirksamen Belastungen intensiv auseinander zu setzen.

Im beschriebenen Projekt sollten *psychische Belastungen* mittels Musterunterweisungen in acht verschiedenen betrieblichen Situationen erfasst werden, denn – Unterweisungen sind das wichtigste Mittel, die Beschäftigten ständig am Arbeitsschutz zu beteiligen und gemeinsam mit ihnen alle Probleme dieses Arbeitsplatzes aufzuarbeiten und zu verbessern.

Nach § 12, Abs. 1 des Arbeitsschutzgesetzes muss der Arbeitgeber Unterweisungen durchführen. Ebenso müssen Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 Arbeitsschutzgesetz erstellt werden. Die Unterweisung muss an die Gefährdungsentwicklung angepasst sein und erforderlichenfalls regelmäßig wiederholt werden. Viele Führungskräfte sehen Unterweisungen als eine eher lästige und zeitraubende gesetzliche Pflichtveranstaltung an. Sie schrecken umso mehr davor zurück, das Problem der *psychischen Belastungen* anzugehen, weil sie unsicher sind, wie sie diese erkennen und in den Griff bekommen sollen und welche Konsequenzen eventuell aus den Erkenntnissen zu ziehen sind.

So wird die *»Unterweisung alten Stils«* mehr oder weniger gut didaktisch aufbereitet und zielt in erster Linie auf die technische Arbeitssicherheit zur Vermeidung von Unfällen ab. Lang gediente Mitarbeiter erhalten möglicherweise zum wiederholten Mal die gleiche Sicherheits-Unterweisung, auch kommt es oft vor, dass theoretische Unterweisungen nicht mit den Erfordernissen des betrieblichen Alltags übereinstimmen. Was bleibt am Ende? … Pflichtveranstaltung …

Die *»Unterweisung neuen Stils«* soll es ermöglichen, im *Unterweisungsgespräch* die *Gesamtsituation* und die Gefährdungen, die durch den *Arbeitsablauf* und alle *Arbeitsumstände* entstehen, zu betrachten und individuell darauf zu reagieren.

- Die Beschäftigten werden als »Experten« vor Ort angesehen, deren Erfahrungswissen wichtig ist und berücksichtigt wird.
- Von den Beschäftigten wird im Gegenzug nicht nur die Entgegennahme der Verhaltensanweisungen erwartet, sondern die aktive Beteiligung bei der Darstellung möglicher Gefährdungen und bei der Diskussion von geeigneten Gegenmaßnahmen.
- Die Beschäftigten sind laut Arbeitsschutzgesetz an der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung zu beteiligen. Die Unterweisung ist das Mittel der Wahl, ihnen entsprechende Kenntnisse zu vermitteln und sie in den *kontinuierlichen Prozess der Gefährdungsbeurteilung* mit einzubeziehen.

- Der Vorgesetzte erfährt von riskanten Gegebenheiten im Alltag und kann *präventiv handeln*: Verhaltsanforderung kann durch Verhältnisprävention ergänzt werden
- Als Ergebnis einer derartigen Unterweisung sind deshalb i. d. R. nicht nur Verhaltensanweisungen festzuhalten, sondern auch meist arbeitsorganisatorische Maßnahmen, die vom jeweiligen Vorgesetzen zu treffen sind.

Die nachstehende Graphik soll nochmals verdeutlichen, welche vielfältigen Chancen in einer Unterweisung liegen:

Quelle: Eggerdinger, C./Giesert, M./INQUA Bericht Nr. 7

Für diese Idee, die herkömmliche Unterweisung, die sich mit der Vermeidung von Verletzungen und Unfällen befasst, um das Thema der psychisch wirksamen Belastungen zu erweitern, wurden eine Reihe von Hilfsmitteln geschaffen, mit denen sich eine Führungskraft vorbereiten kann. »Hilfsmittel« heißt in diesem Fall vor allem eine so genannte *Matrix der psychischen Belastungen*, (eine Zusammenstellung arbeitsbedingter psychisch wirksamer Faktoren), die eine Führungskraft bei der Vorbereitung eines Unterweisungsgespräches unterstützt, zu erkennen, wo die Probleme dieser Tätigkeit oder bei diesen Mitarbeitern liegen können.

Die gesetzlich verankerte Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und das Arbeitsschutzgesetz gebieten, *alle Arbeitsbedingungen* im Auge zu behalten, also auch insbesondere diejenigen Belastungen, die psychisch wirksam sind. Es reicht also nicht,

jemandem zum dritten Mal zu sagen, dass er seine Sicherheitsschuhe anziehen solle, weil er ansonsten eine Abmahnung bekomme. Es geht mir darum im Dialog zu klären, warum der Mitarbeiter eine Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit nicht befolgt, obwohl er genau Bescheid weiß. In der Regel werden dann die Probleme an den Arbeitsbedingungen oder am Führungsverhalten erkennbar, denn kein Mensch hat Lust, sich vorsätzlich gesundheitlich zu schädigen.

Es wurde den Vorgesetzten eine Reihe von Formblättern an die Hand gegeben, sozusagen ein »roter Faden« in der Vorbereitung der Unterweisungen. Die Führungskräfte wurden mit der Handhabung der »Matrix« und der Formblätter in einem Seminar vertraut gemacht um im Anschluss daran und mit dieser Hilfe eigene »Unterweisungen neuen Stils« zu erarbeiten und in der Praxis auszuprobieren.

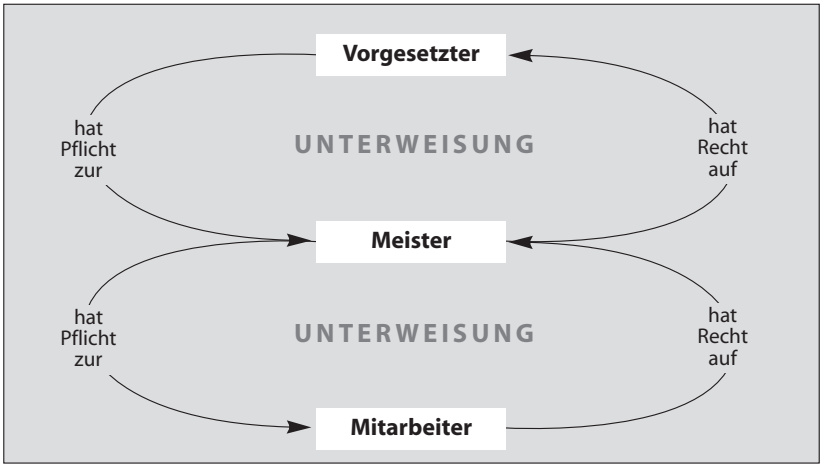
Für diese sog. Musterunterweisungen wurden von den Führungskräften folgende Themen ausgewählt:

- ***»Heben und Tragen von Lasten«***
  - Vom Leiter des Technischen Betriebsamtes des BKH Günzburg, von der Leiterin der Wäscherei, dem stellvertretenden Küchenleiter und dem Leiter der Schreinerei.
- ***»Gefahren im Büroalltag«***
  - Vom Leiter einer Abteilung im Verwaltungsbereich und vom stellvertretenden Personalratsvorsitzenden.
- ***»Umgang mit einem Gefahrstoff«***
  - Von einer Abteilungsleiterin im Bereich der Pflege.

In diesem Zusammenhang stellte sich auch die Frage:

Ein betriebliches Unterweisungsmanagement muss darauf eine Antwort geben. In der Regel wird dies durch ein Seminar geschehen. Dies gilt zumindest so lange, bis die Erfassung psychisch wirksamer Belastungen im Rahmen der Unterweisung der allgemeine Standard geworden ist.

Unterweisung: Recht und Pflicht



Aus: WEKA Praxishandbuch Sicherheitsfachkraft

Wie gestaltete sich so eine »neue Unterweisung« – ein Beispiel:

Der Vorgesetzte in der Verwaltung konnte in der Vorbereitung nur wenige Gefährdungen in seinem Bereich erkennen, wunderte sich aber, warum zwei Mitarbeiterinnen immer auf Bürodrehstühle stiegen um an hohe Schränke zu gelangen, obwohl er schon mehrmals gebeten hatte, dies zu unterlassen und in einem benachbarten Raum auch eine ausreichend hohe Leiter vorhanden war.

Im *Unterweisungsgespräch* stellte sich folgendes heraus: bei beiden Mitarbeiterinnen kamen Anrufe externer Personen an, die dringende Auskünfte, z.B. zu bestimmten Kosten erbaten. Wegen der (vermeintlichen) Dringlichkeit hatte es sich so eingespielt, dass die Anrufer in der Leitung auf die Auskunft warteten. Die »Eile« bewegte die beiden Damen – im Bewusstsein ihrer Pflichterfüllung – auf ihren Drehstuhl zu steigen um schnell den gewünschten Aktenordner zu holen und nachzublättern. Eine absolute Gefahr für die Gesundheit! Bisher war noch nicht thematisiert worden, was denn passieren könnte, sollten sie diese »Eile« verweigern und später zurückrufen. Was würde der Vorgesetzte sagen, wenn die externe Person bei ihm anriefe? Im Unterweisungsgespräch wagten die Mitarbeiterinnen ihre Befürchtungen und Probleme anzusprechen. Die Gesamtsituation wurde diskutiert und der Erwartungsdruck durch die Anrufer als das auslösende Moment für das Fehlverhalten erkannt. Daraufhin wurden die Abläufe verändert. Es war für die Mitarbeiterinnen zunächst nicht einfach, sich dem Druck am Telefon zu widersetzen. Sie mussten sozusagen lernen, »NEIN« zu sagen. Aber mit der Rückendeckung des

Vorgesetzten gelang es, weitgehend stressfreie Arbeitsabläufe zu schaffen und das Betriebsklima eindeutig zu verbessern.

Dieses Beispiel zeigt, wie auch bei den anderen Unterweisungen, dass Beschäftigte Mitwirkungsmöglichkeiten erkennen, wenn sie in einem sanktionsfreien Rahmen dazu ermuntert werden. Die teilnehmenden Mitarbeiter/innen waren sehr interessiert an Möglichkeiten, ihren Handlungsspielraum zu erweitern und ihr Expertenwissen einzubringen zur belastungsfreien Gestaltung der Tätigkeit.

Es wurde immer wieder klar, dass Führungskräfte und Beschäftigte bei dem Thema der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz noch ungewohntes Terrain beschreiten und die meisten »Akteure des betrieblichen Gesundheitswesens« noch am Anfang stehen, ihre Rolle, ihre Verantwortung und ihre Chancen in diesem Zusammenhang zu reflektieren.

Die Kompetenz zu *erkennen*, durch welche Arbeitsbedingungen negativ wirksame Belastungen entstehen, muss durch *Informationsvermittlung* verbessert werden. Ebenso muss die Sensibilität der Führungskräfte für die eigene gewünschte Vorbildfunktion, für ein sicherheitsgerechtes und gesundheitsbewusstes Verhalten erhöht werden. Dies sind notwendige Voraussetzungen, denn nur dann sind die Vorgesetzten in der Lage, relevante Veränderungen ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen. Es stellte sich im Rahmen des Projektes auch he-raus, dass die Qualität der Gesprächsführung gesteigert werden kann und von den Führungskräften entsprechende Hinweise gerne aufgenommen wurden. Eine wichtige Erkenntnis bestand darin, dass die Minderung oder sogar das Beseitigen psychisch wirksamer Belastungen in der Regel nicht das Budget belasten, sondern dass dies durch ein Umdenken und Verändern von Arbeitsorganisation, Tätigkeit und von Gewohnheiten möglich ist.

Das Bezirkskrankenhaus Günzburg betreibt schon seit vielen Jahren aktiv gesundheitsfördernde Maßnahmen, so dass die anfängliche Skepsis der Beschäftigten, die an dieser Schulung teilnahmen, schnell einer konstruktiven Diskussion wich. Sowohl die Führungskräfte als auch ihre Mitarbeiter konnten die Musterunterweisungen als lebendigen Erfahrungsaustausch nutzen. Es kann gesagt werden: die Beteiligten haben alle gerne mitgewirkt und davon in der Zukunft profitiert.

Die »Unterweisungen neuen Stils« bewirkten für

- die Beschäftigten:
  - dass sie ernst genommen wurden und ihr Selbstwertgefühl stieg;
  - dass sie Feedback (Rückmeldungen) bekamen und geben durften;
  - dass ihre Arbeitszufriedenheit wuchs, sie wurden wertgeschätzt;
  - dass sie weniger gefährdet waren.

- die Vorgesetzten:
  - ☐ dass Anweisungen greifen konnten, wo es ungelöste Probleme gab;
  - ☐ dass die Arbeitsabläufe verbessert, belastungsärmer wurden;
  - ☐ dass sie Feedback geben und auch bekommen konnten;
  - ☐ dass das Expertenwissen der Beschäftigten nutzbar gemacht werden konnte.

Nachbearbeitung des Projektes (– 2005) – hat sich etwas verändert?

In den Bereichen, in denen Vorgesetzte Musterunterweisungen unter Berücksichtung der psychischen Belastungen ihrer Mitarbeiter erarbeiten und erproben konnten,hat sich in der Nachbeobachtungszeit einiges zum Positiven gewendet.

- Die Angst der Beschäftigten, auf etwaige Probleme, die für sie »Stressoren« waren oder eine Gefährdung beinhalteten, hinzuweisen, ist weitgehend verschwunden. Sie wissen, dass sie ihre Meinung sagen dürfen, dass es sogar gewünscht ist, wenn sie auf Probleme hinweisen, und sie von ihren Vorgesetzten ernst genommen werden. Gerade in der oben beispielhaft erwähnten Verwaltungsabteilung hat sich das Arbeitsklima nachhaltig zum Guten gewendet.
- Der technische Leiter hat den Part der »psychischen Belastungen« in seine Gefährdungsbeurteilung mit aufgenommen – als erste Abteilung des Krankenhauses! Es kommen Themenaspekte wie »Monotonie«, »Zeitdruck«, »Überforderung«, »Teamarbeit«, »Verantwortlichkeit« zur Sprache. Das »Miteinander-Reden« hat sich eindeutig gebessert.
- Der Schreinermeister, der eine ausgezeichnete Musterunterweisung zum Thema »Heben – und Tragen unter Einbeziehung psychischer Belastungen« erarbeitet hatte unterweist jetzt andere technische Abteilungen zu diesem Thema mit. Er zeigt seinen Kollegen: »wie mache ich es jetzt besser!«.
- Auch die Bereichsleiterin in der Pflege hat ihr »neues Wissen« an ihre Kollegen weitergegeben. Mittlerweile wurden alle Stationsleitungen mit dem Thema: »wie unterweise ich richtig« vertraut gemacht. Ängste konnten abgebaut werden.

All dieses sind zwar kleine Schritte, aber wer sich mit Gesundheitsförderung beschäftigt, der weiß: nur »steter Tropfen höhlt den Stein«. Wichtig ist, dass viele, wenn auch manchmal nur kleine Schritte, gegangen werden. Jede einzelne Unterweisung, die durchgeführt wird, bietet die Chance, einen Schritt weiter zu kommen bei der Reduzierung physisch **und psychisch** beeinträchtigender Belastungen.

2.2 ERFASSUNG UND BEWERTUNG PSYCHISCHER BELASTUNGEN MIT DEM KURZFRAGEBOGEN ZUR ARBEITSANALYSE (KFZA) PRAXISBEISPIEL KRANKENHAUS

Imke Ehlbeck, Andrea Lohmann und Jochen Prümper

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag gibt einen praktischen Einblick in die Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz Krankenhaus und eine darauf aufbauende Ableitung und Umsetzung von diesbezüglichen Verbesserungsmaßnahmen. Die gekoppelte Anwendung zweier Verfahren hat sich in diesem Zusammenhang in der Praxis vielfach bewährt: im ersten Schritt wird mit dem KFZA, dem »Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse« von Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) eine Grobanalyse zur quantitativen Erfassung von Merkmalen der Arbeitsorganisation durchgeführt, die für das Auftreten psychischer Belastungen relevant sind. Auf den Ergebnissen dieser Grobanalyse basierend werden zur Feinanalyse vertiefende IPLV-Workshops durchgeführt. Das Ziel dieses Workshops besteht im Schwerpunkt darin, die in der Grobanalyse identifizierten Problembereiche konkreter zu beschreiben und Lösungsvorschläge zur ihrer Verbesserung zu erarbeiten. Am Beispiel der Untersuchung eines Krankenhauses wird der Einsatz dieser Vorgehensweise erläutert und mit praktischen Beispielen veranschaulicht.

1. Psychische Belastung im Arbeitsalltag

Human gestaltete Arbeitstätigkeiten sind die Basis für zufriedene, gesunde und motivierte Mitarbeiter (Ulich, 2005). »Falsch« gestaltete Arbeitsbedingungen können hingegen zu Belastungen verschiedenster Art führen. Im Gesundheits- und Pflegebereich können diese *physischer Art* (z.B. durch das Heben von schweren Lasten), *chemischer oder bakterieller Art* (beispielsweise durch den Umgang mit infektiösem Material) und nicht zuletzt *psychischer Art* sein (Erschöpfung, Nicht-Abschalten-Können, Gereiztheit bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen).

Das 1996 in Kraft getretene Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hinsichtlich einer möglichen Sicherheits- und Gesundheitsgefährdung zu beurteilen, zu dokumentieren und Verbesserungsmaßnahmen festzulegen (vgl. ArbSchG, § 5). Dass die gesetzliche Vorschrift einer solchen Untersuchung sinnvoll ist, zeigen empirische Untersuchungen, die

immer wieder verdeutlichen, dass Belastungen aufgrund der Arbeitsbedingungen, insbesondere solche psychischer Art, ein sehr weit verbreitetes Phänomen sind. So wurden in einer Längsschnittstudie mit den Erhebungszeitpunkten 1995, 1999 und 2004 die körperlichen und psychischen Belastungen der Arbeitswelt erhoben (Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW, 2005). Nach Durchführung dieser drei repräsentativen Befragungen kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Bedeutung der psychischen Belastungen im Vergleich zu den körperlichen deutlich zugenommen hat. So klagt jeder zweite Befragte über psychische Belastungen wie hohen Zeitdruck oder Arbeitsmenge, während Belastungen wie Lärm oder ungünstige klimatische Bedingungen tendenziell sogar rückläufig sind.

2. Psychische Belastung im Gesundheits- und Pflegebereich

Insbesondere der *Gesundheits- und Pflegebereich* ist von hohen Belastungen psychischer Art durch die Arbeitsumgebung geprägt. Auf der Organisationsebene ist die hohe Arbeitsteilung zu nennen (Büssing & Glaser, 2003), zudem sind unbestimmte Arbeitsabläufe, Arbeitsunterbrechungen sowie wechselnde Anforderungs- und Belastungssituationen Kennzeichen des Arbeitsalltags (Friesdorf, 2005); im Gesundheitsreport 2005 von DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) und BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) werden zusätzlich noch die Belastungsfaktoren Zeitdruck und keine Möglichkeit, Pausen einzuhalten, genannt (Grabbele, Nolting & Loos, 2005).

Dem ohnehin hohen Zeitdruck, dem die Mitarbeiter des Gesundheits- und Pflegebereichs ausgesetzt sind, stehen Bedingungen gegenüber, die diese Belastung weiter verstärken. So berichten im Rahmen der durchgeführten Umfrage im Auftrag von DAK und BGW (Grabbele, Nolting & Loos, 2005) 63% der Befragten von einem Stellenabbau auf der eigenen Station. Die aktuellen Restrukturierungen im Krankenhauswesen – wie beispielsweise die Einführung des neuen Entgeltsystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) – erhöhen schließlich noch diese Belastungen (Dietscher, Krajic, Stidl & Pelikan, 2003), was sich nicht zuletzt negativ auf die Qualität der geleisteten Arbeit und die Gesundheit der Patienten auswirkt (Aiken, 2001).

Auf der einen Seite sind die Mitarbeiter des Gesundheits- und Pflegebereichs also hohen psychischen Belastungen sowie Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozessen des Krankenhauswesens ausgesetzt. Auf der anderen Seite ist ein erhöhter Krankenstand zu verzeichnen, der sich sowohl auf den größeren Anteil

überhaupt erkrankter Personen, als auch auf die längere Dauer der einzelnen Krankheitsepisoden zurückführen lässt (Grabbele, Nolting & Loos, 2005). Im Bereich der körperlichen Erkrankungen sind insbesondere Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane sowie Verletzungen die Ursache für Krankschreibungen. Auffällig ist auch die hohe Zahl der Krankheitstage aufgrund Diagnosen psychischer Erkrankungen: so sind es im Gesundheits- und Pflegebereich 132,5 Ausfalltage pro 100 Versichertenjahre; im Mittel aller DAK-Versicherten sind es lediglich 111 Tage (Grabbele, Nolting & Loos, 2005). Nach einem Vergleich verschiedener Wirtschaftszweige kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis: »an erster Stelle hinsichtlich der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen steht das Gesundheitswesen« (Grabbele, Nolting & Loos, 2005, S. 50). Zudem denken knapp 20% der Befragten oft oder sehr oft daran, ihren Beruf ganz aufzugeben (für einen umfassenden Einblick in die im Pflegebereich auftretenden Belastungen und Beanspruchungen vgl. Ulich, 2003).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Mitarbeiter des Gesundheits- und Pflegebereichs zunehmend hohen psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sehen, die mit einem Anstieg der gesundheitlichen und psychischen Folgen einhergehen und in Zusammenhang mit Fehlzeiten stehen.

Aus diesen Gründen ist es – nicht nur im Gesundheits- und Pflegebereich – besonders erstrebenswert, sich mit der Erfassung arbeitsbedingter psychischer Belastungen zu beschäftigen, denn trotz aufgezeigter empirischer Bedeutsamkeit und gesetzlicher Vorschrift im Rahmen des Arbeitsschutzgesetztes wird diesem Bereich in den meisten Organisationen noch immer zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. So ergab eine Studie von Ahlers und Brussig (2005), dass maximal zwei Drittel der Unternehmen Gefährdungsbeurteilungen durchführen und darunter bei lediglich 23 % psychische Belastungen mit einbezogen wurden.

3. Psychische Belastung: eine Begriffbestimmung

Der arbeitswissenschaftliche Gebrauch einiger Begriffe rund um die Themen *Belastung* und *Beanspruchung* deckt sich nicht notwendigerweise mit dem der Alltagssprache. Die im Volksmund häufig sinngleiche Verwendung der Begriffe Belastung und Beanspruchung wird in den Arbeitswissenschaften differenziert. Deshalb werden im folgenden für eine detaillierte Betrachtung der Arbeits- und Organisationsstruktur und daraus resultierenden Auswirkungen, denen die Mitarbeiter ausgesetzt sind, zunächst einige grundlegende Definitionen vorgenommen.

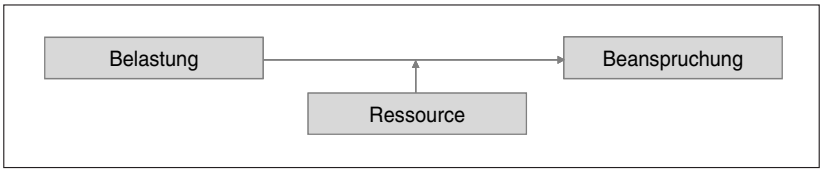
3.1 Das Belastungs-Beanspruchungskonzept

Belastung wird in den Arbeitswissenschaften definiert als die Gesamtheit aller Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn einwirken (vgl. DIN EN ISO 10075-1, 2000; Rohmert & Rutenfranz, 1975). Im Gegensatz zur allgemeinen Verwendung ist der Begriff der Belastung also zunächst nicht negativ besetzt. Die aus der Belastung erwachsende und individuell verschiedene psychische Beanspruchung allerdings kann schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Mitarbeiter (z.B. gesundheitsgefährdender Art) haben.

Unter psychischer *Beanspruchung* wird in den Arbeitswissenschaften »die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich individueller Bewältigungsstrategien« verstanden (Rohmert & Rutenfranz, 1975, S.8). Es wird deutlich, dass sich die *Belastung* auf diejenigen Einflüsse bezieht, die von außen auf die in einer Organisation arbeitenden Menschen einwirken (z.B. Zeitdruck). Die individuellen Folgen dieser Einwirkungen werden als *Beanspruchungen* bezeichnet, die sich zum Beispiel äußern in Gereiztheit, Depressionen oder psychosomatischen Beschwerden.

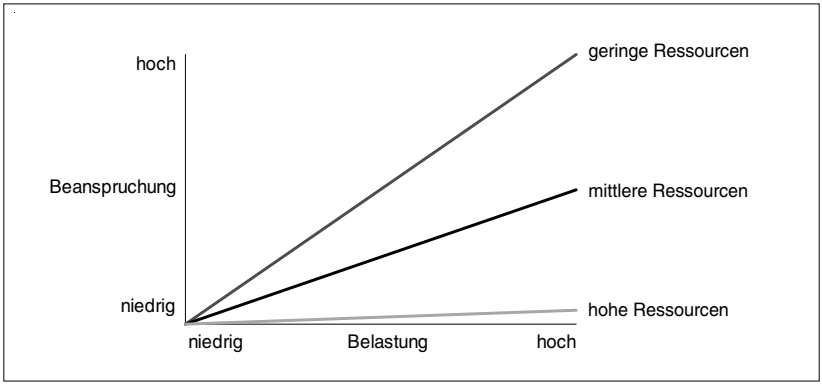
Die gleiche Belastung kann individuell unterschiedliche Auswirkungen (in Form von Beanspruchungen) zeigen; so reagiert ein Mitarbeiter auf Zeitdruck mit Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, ein anderer spürt keinerlei Beeinträchtigungen. Die Ursache hierfür liegt darin, dass der Zusammenhang zwischen Belastung und Beanspruchung von *Ressourcen* beeinflusst wird. Unter Ressourcen versteht man in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten, mit auftretenden Belastungen umzugehen, also solche Merkmale, die vor negativen Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit schützen (v. Rosenstiel, 2001). Diese können einerseits im Menschen selbst liegen (z.B. gute Problemlösekompetenzen), andererseits auch in der Umwelt, in der Organisation bzw. am Arbeitsplatz (z.B. hohe soziale Unterstützung durch Kollegen oder ein großer Handlungsspielraum bei der Aufgabenerledigung). Abbildung 1 veranschaulicht diesen Zusammenhang.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Zusammenwirkens von Belastung und Ressourcen auf die Beanspruchung



Eine hohe Belastung führt also nur dann zu hoher Beanspruchung, wenn die vorhandenen Ressourcen gering sind, oder umgekehrt. Bei hohen Ressourcen bleibt trotz hoher Belastungen die Beanspruchung gering. Abbildung 2 verdeutlich dieses Zusammenspiel nochmals: so ist in Abhängigkeit des Ausmaßes der vorhandenen Ressourcen bei gleich hoher Belastung mit niedriger, mittlerer oder hoher individueller Beanspruchung zu rechnen.

Abbildung 2: Zusammenhang von Belastung und Beanspruchung unter Einwirkung von unterschiedlichen Ausmaßen an Ressourcen



3.2. Stellschrauben zur Reduzierung der Belastung

Ausgehend von diesen Differenzierungen lassen sich für die Praxis bedeutsame Ableitungen vornehmen, um die Beanspruchung von Beschäftigten zu minimieren bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen. Wir unterscheiden hier zwei Stellschrauben, die im Folgenden erläutert werden.

- *Stellschraube Belastung:* Ein Ansatzpunkt ist die Minimierung aufgabenbe-zogener bzw. organisationsbedingter Belastungen (Stressoren) wie beispielsweise qualitative Arbeitsbelastung oder Arbeitsunterbrechungen. So könnte der qualitativen Belastung (Überforderung) der Mitarbeiter dadurch begegnet werden, dass regelmäßige, fachspezifische Fortbildungen (beispielsweise zur Pflegeplanung oder zum Qualitätsmanagement) wahrgenommen werden.
- *Stellschraube Ressourcen:* Die Stärkung bzw. der Ausbau der Ressourcen der Mitarbeiter ist die zweite Option, um die individuelle Beanspruchung der Mitarbeiter zu minimieren (z.B. durch Erweiterung des Handlungsspielraums oder Verstärkung der Zusammenarbeit zur Aufgabenerledigung). Eine Verbesserung der Kommunikationsstruktur zwischen Ärzten und stationärem Team könnte

durch ein Führungskräftetraining erreicht werden, in dem Führungstechniken, wie beispielsweise das Geben kompetenter Rückmeldung vermittelt werden. Eine gemeinsame Optimierung der beiden Stellschrauben sollte angestrebt werden, wobei die Einbindung der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess maßgeblich ist.

4. Reduktion von Belastungen – Stärkung von Ressourcen

Um in der Krankenhauspraxis einen positiven Einfluss auf die psychische Beanspruchung der Beschäftigten zu nehmen, gibt es zwei Ansatzpunkte:

- *die Reduktion von Belastungen und*
- *die Stärkung von Ressourcen.*

Zur Diagnose, an welcher Stelle eine Veränderung zielführend ist, wird im Folgenden eine Vorgehensweise beschrieben, die sich aus einer Grob- und Feinanalyse der Arbeitstätigkeit zusammensetzt und im Ergebnis in handlungsleitende Vorschläge zur Verbesserung der Organisationsstruktur und zur Kräftigung von Ressourcen mündet (vgl. hierzu auch Döbele-Martin, v. Harten, Martin & Prümper, 2002).

Die Grobanalyse der Arbeitstätigkeit wird mithilfe des KFZA, »Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse« von Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) durchgeführt. Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden gemeinsam mit den Mitarbeitern/innen zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen Feinanalysen in Form von Workshops verwirklicht. Die Instrumente der Grob- und Feinanalyse werden im nachstehenden Abschnitt erläutert.

4.1 Grobanalyse mittels KFZA-Befragung

Der KFZA ermöglicht als Screening-Instrument die ökonomische Erfassung positiver (Ressourcen) und negativer Einflüsse (Belastungen) der Arbeits- und Organisationsstruktur. Es werden insgesamt elf Faktoren anhand jeweils mehrerer Fragen, so genannter Items, von den Beschäftigten eingestuft. Diese lassen sich, anknüpfend an das oben beschriebene Modell (vgl. Abb. 1 und 2), wie folgt (vgl. Abb. 3) zuordnen:

Abbildung 3: Schematische Darstellung des Zusammenwirkens von Belastungen und Ressourcen, die mit dem KFZA erfasst werden, auf die individuelle Beanspruchung

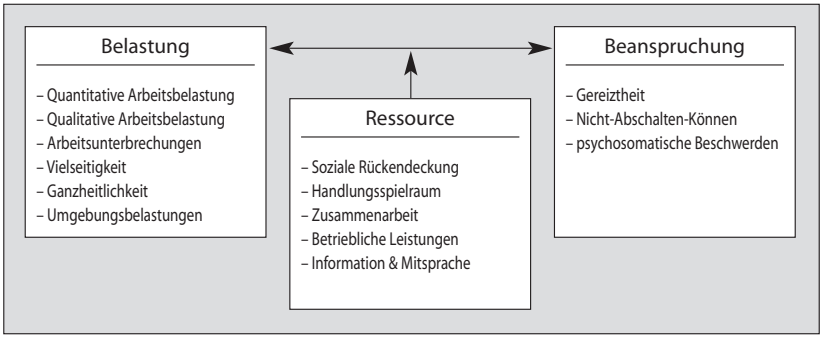


Abbildung 3 verdeutlicht das Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen – so wie sie in dem KFZA messbar gemacht werden – auf die Beanspruchung. Die elf Faktoren des KFZA werden hier den organisational bedingten Belastungen und Ressourcen zugeordnet. Konkret bedeutet dies: Ist die qualitative oder quantitative Arbeitsbelastung hoch, sind die Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit der Arbeitstätigkeit nicht gegeben und treten viele Unterbrechungen während der Ausführung der Arbeitsaufgabe auf, so sind die Belastungen hoch. Je nachdem, in welchem Umfang Ressourcen vorhanden sind, wirken die Belastungen auf den Mitarbeiter. Zu den arbeitsbedingten Ressourcen zählen hohe Soziale Rückendeckung, ein großer Handlungsspielraum, gute Zusammenarbeit, angemessene Betriebliche Leistungen und für die Mitarbeiter ausreichende Information und Mitsprache. Die Beanspruchung der Mitarbeiter, die sich in Gereiztheit, Nicht-Abschalten-Können oder psychosomatischen Beschwerden äußern kann, hängt also vom Ausmaß der Belastungen und der Ressourcen ab.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Faktoren genauer erläutert. Eine Auswahl jeweils zugehöriger Fragen des Instruments wird in tabellarischer Form abgebildet.

4.1.1 Erfassung der Belastung

Um die Belastungen, die aufgrund der Arbeitsorganisation entstehen, zu erfassen, werden von den Beschäftigten sowohl Merkmale der Arbeitsinhalte (Ganzheitlichkeit und Vielseitigkeit), als auch die auftretenden Stressoren eingestuft. Für die Arbeitsinhalte gilt, dass eine geringe Ausprägung der Faktoren Ganzheitlichkeit

und Vielseitigkeit eine Belastung für den Mitarbeiter darstellen, ebenso wie eine hohe Ausprägung der Stressoren.

4.1.1.1 Ganzheitlichkeit

Die Ganzheitlichkeit einer Arbeitsaufgabe bezieht sich auf die Möglichkeit des Erkennens des Anteils der eigenen Tätigkeit am Gesamtprodukt und die Möglichkeit am Arbeitsergebnis die Qualität der eigenen Leistung zu erkennen. Eine Aufgabe ist dann ganzheitlich, wenn sie Arbeitsplanung, -vorbereitung, -ausführung und -kontrolle umfasst. Ganzheitliche Arbeitsgestaltung legt Wert auf *Transparenz* und *Vollständigkeit* der Arbeitsaufgabe. Eine Arbeit ist dann transparent, wenn der Mensch selber am Ergebnis sehen kann, ob die Arbeit gut war oder nicht. Vollständig ist eine Arbeit dann, wenn der Mensch die Möglichkeit hat, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen. Ist eine Tätigkeit nicht ganzheitlich, sondern im Gegenteil arbeitsteilig angelegt, führt dies zu einer Verkümmerung von Kenntnissen und Fähigkeiten sowie zu einer Verringerung der individuellen Leistungsfähigkeit.

4.1.1.2 Vielseitigkeit

Der Grad des Einsatzes von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung der Aufgaben und zum Treffen von Entscheidungen wird als Vielseitigkeit bezeichnet. Sie beinhaltet die Möglichkeit, durch die Arbeit Neues hinzuzulernen. Die Voraussetzung hierfür ist, dass sich Arbeiten mit unterschiedlichen körperlichen und geistigen Anforderungen abwechseln.

Eine vielseitige Arbeitsaufgabe beinhaltet also Lernförderlichkeit, Einsatz von Wissen und Abwechslungsreichtum.

Ist eine Arbeitsaufgabe zu einseitig, führt dies zu Monotonie und geistiger Unbeweglichkeit.

Nicht unterschätzt werden sollte in diesem Zusammenhang ebenfalls der Umstand, dass eine einseitige Belastung des Bewegungsapparates und der Sinnesorgane körperliche Beschwerden begünstigen.

4.1.1.3 Qualitative Arbeitsbelastung

Eine zu hohe qualitative Arbeitsbelastung liegt vor, wenn die Schwierigkeit oder Kompliziertheit der Arbeitsaufgabe die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person übersteigen oder sich die Arbeitsaufträge durch Mehrdeutigkeit und Unvereinbarkeit auszeichnen. Damit einher gehen zu große Konzentrationsanforderungen, da bei derartigen Gelegenheiten zu viele Informationen gleichzeitig oder

zu lange im Gedächtnis behalten werden müssen. Qualitative Arbeitsbelastung beschreibt also die *Kompliziertheit der Arbeitsaufgabe* und die notwendige *Konzentration* zur Aufgabenerledigung und bezieht sich somit auf Schwierigkeit und Kompliziertheit der Arbeitsaufgabe in Bezug auf die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person. Bei qualitativer Überforderung sind insbesondere erhöhte psychische Folgen wie Unzufriedenheit, psychische Gespanntheit oder geringes Selbstwertgefühl zu verzeichnen.

4.1.1.4 Quantitative Arbeitsbelastung

Eine zu hohe quantitative Arbeitsbelastung liegt dann vor, wenn eine zu große Aufgabenmenge pro Zeiteinheit erledigt wurden muss oder das Arbeitsleben von Zeit- und Termindruck bestimmt wird. Quantitative Arbeitsbelastung gliedert sich somit auf in die zwei Bereiche Zeitdruck und Arbeitsmenge. *Zeitdruck* entsteht dann, wenn die Arbeit geprägt ist von Hetze und einem Zustand, alles übereilt machen zu müssen. Wenn ständig zu wenig Zeit zur Erledigung der Arbeitsaufgaben zur Verfügung steht, dann können Ängste entstehen, die Arbeit nicht mehr nach den fremd- oder selbst gesetzten Ansprüchen erledigen zu können. Die *Arbeitsmenge* als quantitative Arbeitsbelastung bezeichnet ein zu großes Arbeitsvolumen und die damit potentiell einhergehende Arbeitsverausgabung.

Wenn Menschen über eine zu lange Zeit zu viel Arbeit ausgesetzt sind, häufig die Notwendigkeit besteht, Pausen durchzuarbeiten und Überstunden zu machen, dann kann dies zu *Burnout*, einem besonderen Fall berufsbezogener, chronischer Erschöpfung führen (vgl. Hölzer, 2003; Maslach & Leiter, 2001).

Bei quantitativer Überforderung sind insbesondere erhöhte physiologische Stressreaktionen festzustellen wie z.B. erhöhte Herzfrequenz, Adrenalin- und Noradrenalinausschüttung oder Cholesterinerhöhung.

4.1.1.5 Arbeitsunterbrechungen

Arbeitsunterbrechungen beschreiben Behinderungen, die während der Ausübung von Arbeitstätigkeiten auftreten. Sie können entstehen aufgrund von materiellen oder sozialen Unterbrechungen. *Materielle Unterbrechungen* beziehen sich darauf, dass benötigte Informationen oder Arbeitsmittel oft nicht zur Verfügung stehen. In diesen Momenten müssen auf umständliche und zeitraubende Art und Weise die fehlenden Informationen oder Arbeitsmittel besorgt werden. Häufige materielle Unterbrechungen sind also insbesondere ein Hinweis auf eine unzureichende Arbeitsorganisation. *Soziale Unterbrechungen* treten dann auf, wenn man immer wieder durch andere Personen bei der eigentlichen Arbeit unterbrochen wird. Bei

zu häufigen Arbeitsunterbrechungen sind insbesondere erhöhte psychische Folgen, wie Nervosität, psychische Gespanntheit oder Kontrollverlust zu verzeichnen.

4.1.1.6 Umgebungsbelastungen

Umgebungsbelastungen beschreiben die physikalisch-technologische Umgebung des Arbeitsplatzes und können aufgegliedert werden in Umgebungsbedingungen und Raumerleben. Unter ungünstigen *Umgebungsbedingungen* werden Stress verursachende sensorische Eigenschaften wie Lärm, Staub, Temperatur, Blendung, etc. verstanden. *Raumerleben* beschreibt die Beurteilung der Räume und der Raumausstattung. Beim Raumerleben spielen Aspekte wie Flächenbedarf, Auswahl von Farben oder Art der Beleuchtung eine wichtige Rolle, um Wohlbefinden und Arbeitssicherheit positiv zu beeinflussen.

Ein schlechtes Raumklima belastet die Gesundheit und kann Allergien, Bindehautentzündungen, Erkältungskrankheiten, trockene Schleimhäute, Übelkeit und Schwindelgefühle verursachen. Auch Konzentrationsstörungen und Ermüdungserscheinungen können mit den klimatischen Bedingungen zusammenhängen.

In der nachstehenden Tabelle 1 werden einige ausgewählte Items des KFZA zur Erfassung der verschiedenen Facetten der Belastung dargestellt:

Tabelle 1: Auswahl von KFZA-Items zur Erfassung der Belastung

Ganzheitlichkeit	Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht. Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt, eine vollständige Arbeitsaufgabe von Anfang bis Ende herzustellen bzw. zu erledigen.
Vielseitigkeit	Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen? Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde, unterschiedliche Arbeitsaufgaben.
Qualitative Arbeitsbelastung	Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind. Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt.
Quantitative Arbeitsbelastung	Ich stehe häufig unter Zeitdruck. Ich habe zu viel Arbeit.
Arbeitsunterbrechungen	Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel nicht zur Verfügung. Ich werde bei meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen.
Umgebungsbelastungen	An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen, wie Lärm, Klima, Staub. An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend.

4.1.2 Erfassung der Ressourcen

4.1.2.1 Handlungsspielraum

Handlungsspielraum beschreibt die Möglichkeit, eigene Entscheidungen in Bezug auf Arbeitsverfahren, Verwendung von Arbeitsmitteln und die zeitliche Organisation der Arbeit zu treffen. Der Handlungsspielraum ist dann groß, wenn die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmt werden kann, Einfluss auf die Art der Arbeit genommen werden kann und die Planung und Einteilung der Arbeit selbstständig bestimmbar ist. Die Möglichkeit, die *Reihenfolge der Arbeitsschritte* selbst bestimmen zu können, bedeutet beispielsweise, dass Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erfordern, in störungsfreie Zeiten verlegt werden. Die Möglichkeit, *Einfluss auf die Art der Arbeit* nehmen zu können, bedeutet insbesondere, dass man mitbestimmen kann, welchen Arbeitsaufgaben man sich annimmt. Die Möglichkeit, die *Planung und Einteilung der Arbeit* selbständig vornehmen zu können, bedeutet z.B. die Arbeitsgeschwindigkeit je nach Tagesform variieren zu können.

Der Handlungsspielraum stellt eine große Ressource im Sinne der Stressvermeidung dar.

Ein eingeschränkter Handlungsspielraum stört das Wohlbefinden, schränkt die geistige Beweglichkeit ein, reduziert die Persönlichkeit und fördert passives Verhalten in der Arbeit, in der Freizeit und im politischen Bereich.

4.1.2.2 Soziale Rückendeckung

Soziale Rückendeckung beschreibt die Qualität der sozialen Interaktion mit Kollegen und Vorgesetzten und gibt das Ausmaß an, inwieweit man sich auf Personen der Arbeitsumgebung verlassen kann. Sie kann sowohl in Form der affektiven Unterstützung (z.B. durch Verständnis, Aufmunterung) auftreten, als auch konkrete Hilfe bei Problemen bedeuten. Soziale Rückendeckung lässt sich aufgliedern in Soziale Unterstützung durch Kollegen, Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Soziale Kohäsion. *Soziale Unterstützung durch Kollegen* bedeutet, dass man sich auf diese verlassen und sie bei Problemen um Rat fragen kann. Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte bedeutet, dass diese für ihre Mitarbeiter da sind, Ratgeber und Anwalt sind und diese, sei es bei fachlichen oder persönlichen Problemen, bedenkenlos mit dem Beistand ihrer Vorgesetzten rechnen können. *Soziale Kohäsion* beschreibt den Umstand, dass man in der Abteilung gut zusammenhält, sich im Laufe der Zeit ein angenehmes »Wir-Gefühl« entwickelt hat und Kolleginnen oder Kollegen nicht ausgegrenzt werden.

Fehlende soziale Rückendeckung – oder gar Mobbing, Intrigen und Schikanen gegen Personen am Arbeitsplatz – kann zu psychischen Qualen und chronischen Krankheiten führen.

Indirekt wirken Kommunikationsmöglichkeiten Stress mildernd, wenn Probleme mitgeteilt werden können, auch wenn keine aktive Hilfe gegeben werden kann.

4.1.2.3 Zusammenarbeit

Zusammenarbeit beschreibt, in welchem Umfang es im Rahmen der Aufgabenerledigung notwendig ist, mit anderen Personen im Unternehmen zu kommunizieren und zu kooperieren. Zusammenarbeit lässt sich aufgliedern in Kooperationserfordernisse, Kommunikationsmöglichkeiten und Rückmeldung. *Kooperationserfordernisse* sind dann gegeben, wenn die Arbeit eine enge Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen im Betrieb erfordert. *Kommunikationsmöglichkeiten* sind vorhanden, wenn man sich während der Arbeit mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen über dienstliche und private Dinge unterhalten kann. Von guter *Rückmeldung* kann dann gesprochen werden, wenn von Vorgesetzten sowie Kollegen in ausreichendem Maße Rückmeldung über die Qualität der eigenen Arbeit gegeben wird.

Bei hohen Kooperationserfordernissen sind gute Kommunikationsmöglichkeiten und ausreichende Rückmeldungen durch Vorgesetzte und Kollegen bzw. Kolleginnen notwendig. Gute Kommunikationsmöglichkeiten sind sowohl direkte als auch indirekte Ressourcen. Als direkte Ressource ist die Möglichkeit zu verstehen, bei Kollegen oder Vorgesetzten um Rat fragen zu können.

4.1.2.4 Information und Mitsprache

Unter Information und Mitsprache wird die betriebliche Informationspolitik über technologische oder organisatorische Neuerungen sowie die angemessene Möglichkeit zur Mitsprache der Mitarbeiter bei Veränderungsprozessen thematisiert. Information und Mitsprache beschreibt damit zwei Kommunikationskanäle: zum einen, mit dem Aspekt der Information, den Weg von der Geschäftsleitung und den Vorgesetzten zu den Mitarbeitern und zum anderen, mit dem Aspekt der Mitsprache, den Weg von den Mitarbeitern zur Geschäftsleitung und den Vorgesetzten. Eine gute *Information* liegt dann vor, wenn die Mitarbeiter von der Geschäftsleitung und den Vorgesetzten über wichtige Dinge und Vorgänge in dem Betrieb ausreichend informiert werden. Wir sprechen dann von Möglichkeiten zur *Mitsprache*, wenn die Geschäftsleitung und die Vorgesetzten bereit sind, die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berücksichtigen.

Eine solide Informationspolitik ist Voraussetzung dafür, dass Mitarbeiter wirkungsvoll und verantwortlich von Mitsprache Gebrauch machen können. Eine gute Informationspolitik und ausreichende Möglichkeiten zur Mitsprache befähigen Unternehmen dazu, flexibel und effektiv auf sich verändernde Umweltbedingungen zu reagieren.

4.1.2.5 Betriebliche Leistungen

Unter Betriebliche Leistungen wird insbesondere verstanden, in welchem Maße die Beschäftigten die Möglichkeit zur Weiterbildung und Weiterentwicklung haben.

Zu den Weiterentwicklungsmöglichkeiten zählen auch Aufstiegschancen. »Aufstieg« sollte jedoch nicht einseitig gleichgesetzt werden mit dem »Erreichen der nächst höheren Stufe der Karriereleiter« oder einer höheren Entlohnung. Unter Aufstieg wird auch die Möglichkeit zur Übernahme von mehr Selbstbestimmung, Verantwortung und Eigenständigkeit verstanden. *Weiterbildungsmöglichkeiten* beinhalten all die betrieblichen Maßnahmen, die die Beschäftigten in der Entwicklung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten unterstützen. Unter *Entwicklungsmöglichkeiten* werden all die betrieblichen Maßnahmen verstanden, die die Beschäftigten in die Lage versetzen, einen betrieblichen Aufstieg zu bewerkstelligen.

Gute Weiterbildungsmöglichkeiten stellen eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass Beschäftigte fehlerfrei, stressfrei und effizient arbeiten können. § 5 Abs. 3 Nr. 5 ArbSchG weist darauf hin, dass sich insbesondere durch »unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten« eine Gefährdung ergeben kann.

Gute Weiterbildungsmöglichkeiten sind eine Voraussetzung für gute Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Einige Items, die der Erfassung der Ressourcen dienen, können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Auswahl von KFZA-Items zur Erfassung der Ressourcen

Handlungsspielraum	Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen? Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?
Soziale Rückendeckung	Ich kann mich auf meine Kolleginnen und Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird. Ich kann mich auf meine/n direkte/n Vorgesetzte/n verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.
Zusammenarbeit	Diese Arbeit erfordert enge Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen im Betrieb. Ich bekomme von Vorgesetzten und Kollegen immer Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.
Information und Mitsprache	Über wichtige Dinge und Vorgänge in unserem Unternehmen sind wir ausreichend informiert. Die Leitung unseres Unternehmens ist bereit, die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berück-richtigen.
Betriebliche Leistungen	Unserer Unternehmen bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten. Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen (z.B. auch durch Erweiterung des bisherigen Tätigkeitsfeldes).

Nachdem die Grobanalyse der Arbeits- und Organisationsstruktur mithilfe des KFZA-Fragebogens abgeschlossen und ausgewertet ist, werden im nächsten Schritt Themen und Organisationseinheiten festgelegt und zusätzliche Feinanalysen in Form von Workshops nach der IPLV-Methode durchgeführt. Diese Vorgehensweise wird im Folgenden erläutert.

4.2 Feinanalyse mittels IPLV-Workshops

IPLV bedeutet eine partizipative und lösungsorientierte Vorgehensweise
mit dem Ziel,

- die momentane **I**ST-Situation zu beschreiben,
- die daraus resultierenden **P**robleme zu bewerten,
- mögliche **L**ösungen zu bestimmen und
- **V**erantwortliche für die weitere Bearbeitung zu berufen (vgl. Abb. 4).

Es sollen also die im Rahmen der Grobanalyse identifizierten Problemfelder genauer mit kleinen Gruppen von Mitarbeitern bearbeitet werden. Dazu wird den Teilnehmern nochmals der Projektverlauf zurückgespiegelt und anschließend eine aktuelle IST-SOLL-Bestimmung der elf Faktoren des KFZA mit den Mitarbeitern durchgeführt. Aus der Diskrepanz zwischen den IST- und SOLL-Werten ergeben sich

Themenfelder, die es im Rahmen der Workshops zu vertiefen und für die es Lösungsansätze zu erarbeiten gilt.

Der Kern der IPLV-Methode besteht in der moderierten Feinanalyse der Arbeitstätigkeit in Kleingruppen von maximal drei Mitarbeitern. Die Realisierung erfolgt in vier nacheinander folgenden Schritten, die der nachstehenden Abbildung 4 zu entnehmen sind.

Abbildung 4: Dokumentation der vierschrittigen Fallerarbeitung im Rahmen von IPLV-Workshops

Büro für ARBEITS- und ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE GmbH

Ressource

Betriebliche Weiterbildung

IST-Situation:	Die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen stößt auf der eigenen Station auf Widerstand, da mehr und mehr zu tun ist, Personal abgebaut wird und nicht geregelt ist, wer in dieser Zeit die Arbeit erledigt.
Problem:	Man traut sich kaum noch, sich für Weiterbildungsmaßnahmen anzumelden.
Lösung:	1) Information an alle Beschäftigten darüber, wie viel Anspruch auf Weiterbildung besteht. 2) Berücksichtigung im Stellenplan
Verantwortlich:	Pflegemanagement

Beispiel

Auf diese Art und Weise wird im Verlauf mehrer Workshops eine Vielzahl von Fällen herausgearbeitet, die einheitlich dokumentiert werden.

Im Anschluss an alle Workshops wird die Gesamtheit der Ergebnisse derart nachbereitet, dass alle erarbeiteten Vorschläge zueinander passend gebündelt und zu Projekten zusammengefasst werden. Im Rahmen der Projekt- bzw. der Steuerungsgruppe werden diese dann diskutiert, priorisiert, verabschiedet und die Umsetzungsprozesse überwacht. Die nötigen Veränderungsprozesse werden in den jeweiligen Fachabteilungen angestoßen und die so initiierten Veränderungen zum Zweck der Wirkungskontrolle im Rahmen einer erneuten KFZA-Befragung (in der Regel etwa 3-4 Jahre nach der ersten) ermittelt.

4.3 Projektablauf

Im Rahmen der hier empfohlenen Vorgehensweise zur Erfassung, Bewertung und Reduzierung der psychischen Belastungen, die durch die Arbeitsorganisation bedingt sind, wird in der Regel nachstehend dargestellter Phasenablauf verfolgt:

Tabelle 3: Vorgehen bei der Erfassung, Bewertung und Minimierung psychischer Belastungen

Projektphase	grundsätzliches Vorgehen
1	Vorbereitung der Analyse
2	Durchführung der Grobanalyse durch die Beschäftigten mittels KFZA-Befragung
3	statistische Auswertung
4	Festlegung der Themen und Organisationseinheiten, die einer Feinanalyse unterzogen werden
5	Durchführung der Feinanalysen in Form von IPLV-Workshops
6	Dokumentation der Maßnahmenbeschreibung/Regelung der Verantwortung
7	Durchführung der Verbesserungsmaßnahmen und Wirkungskontrolle

Zunächst ist im Rahmen der Vorbereitungsphase *(Phase 1)* eine Steuerungsgruppe einzurichten, die sich – in Abhängigkeit von der Art und Größe der Einrichtung – aus verschiedenen Interessenvertretern des Krankenhauses zusammensetzten sollte. Neben der Planung und Begleitung des Projektes obliegt diesem Personenkreis auch die Anpassung des Befragungsinstrumentes an die individuellen Bedürfnisse der untersuchten Einrichtung. Dies betrifft insbesondere die Definition weiterer zu erfassender soziodemografischer Variablen (wie z.B. Berufsgruppen oder Stationen), oder die Klärung, ob nicht weitere Fragebögen (z.B. zur Erfassung physischer Beschwerden) oder spezifische Einzelfragen zur Beschreibung der Situation der jeweiligen Einrichtung von Interesse sind. Nach flächendeckender KFZA-Befragung aller Mitarbeiter *(Phase 2)* erfolgt die statistische Auswertung des Fragebogens *(Phase 3)*. Diese erlaubt eine repräsentative Beurteilung der bestehenden Arbeitsbedingungen und gibt als Grobanalyse erste fundierte Hinweise für eine Auswahl von vertiefend zu analysierenden Problembereichen. In einem nächsten Schritt *(Phase 4)* werden Themen und Organisationseinheiten festgelegt, in denen auf Basis der Auswertung der Grobanalyse Anzeichen für Handlungsbedarf deutlich wurden. Z.B. könnte aus den Ergebnissen ersichtlich werden, dass die Mitarbeiter einer Pflegestation im Vergleich zu den übrigen deutlich mehr unter Zeitdruck stehen bei gleichzeitig geringer Sozialer Rückendeckung in der Abteilung. Die Mitarbeiter die-

ser Station könnten nun zu einem Workshop eingeladen werden, um Verbesserungsvorschläge bezüglich ihrer Arbeitssituation gemeinsam zu erarbeiten *(Phase 5)*. Hier werden neben Lösungsvorschlägen mit den Mitarbeitern auch Verantwortlichkeiten erarbeitet und festgelegt (vgl. Abschnitt »IPLV-Workshops«). Die Gesamtheit der zu Projekten gebündelten erarbeiteten »Fälle« der Feinanalyse wird anschließend der Steuerungsgruppe vorgelegt, im Rahmen derer schließlich Maßnahmen verabschiedet werden. Diese werden dokumentiert und es werden Verantwortlichkeiten festgelegt *(Phase 6)*. Zum Abschluss *(Phase 7)* erfolgt die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen und – neben der kontinuierlichen Begleitung der Umsetzung der Maßnahmen – etwa 3-4 Jahre später eine erneute Befragung der Beschäftigten, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.

Das Ziel der oben dargestellten Projektdurchführung ist, auf diese Art und Weise eine Optimierung der Arbeitsbedingungen zu erreichen, also sowohl die Belastungen, die auf die Mitarbeiter einwirken, als auch die resultierenden Beanspruchungen zu minimieren und zugleich die Ressourcen zu stärken. Am Beispiel eines untersuchten Krankenhauses soll die beschriebene Vorgehensweise verdeutlicht werden.

5. PRAXISBEISPIEL ST.-JOSEPH-KRANKENHAUS

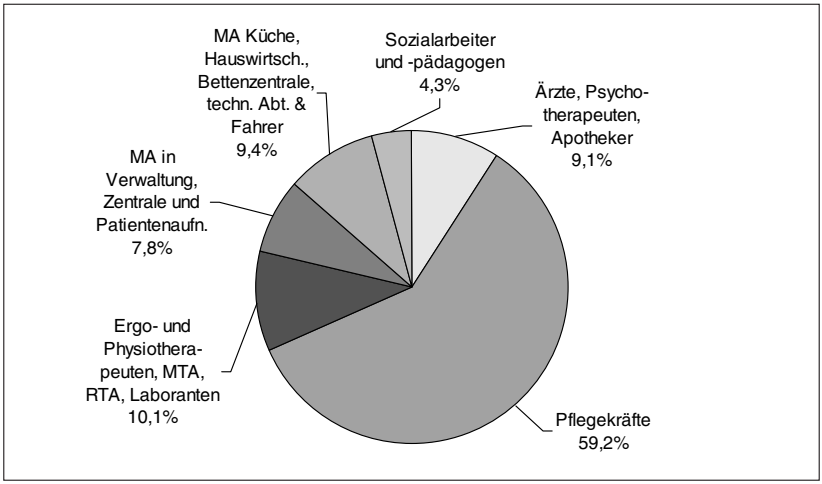
5.1 Beschreibung der Einrichtung

Bei der untersuchten Einrichtung, dem St.-Joseph-Krankenhaus in Süddeutschland[9], handelt es sich um ein konfessionell gebundenes Krankenhaus einer gemeinnützigen Stiftung mit den medizinischen Hauptabteilungen Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin und den zusätzlichen Belegabteilungen Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe und Urologie.

An dieser flächendeckend durchgeführten Befragung nahmen insgesamt 406 Mitarbeiter der Einrichtung teil, davon waren 71,8 % weiblich und 28,2 % männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 38,5 Jahren. Der überwiegende Teil war im Bereich Pflege tätig (59,2 %). Die detaillierte Verteilung der untersuchten Berufsgruppen ist Abbildung 5 zu entnehmen.

9 Aufgrund der zu wahrenden Anonymität der untersuchten Einrichtung wurde der Name geändert.

Abbildung 5: Übersicht der in der Grobanalyse untersuchten Berufsgruppen des St-Joseph-Krankenhauses



5.2 Ergebnisse

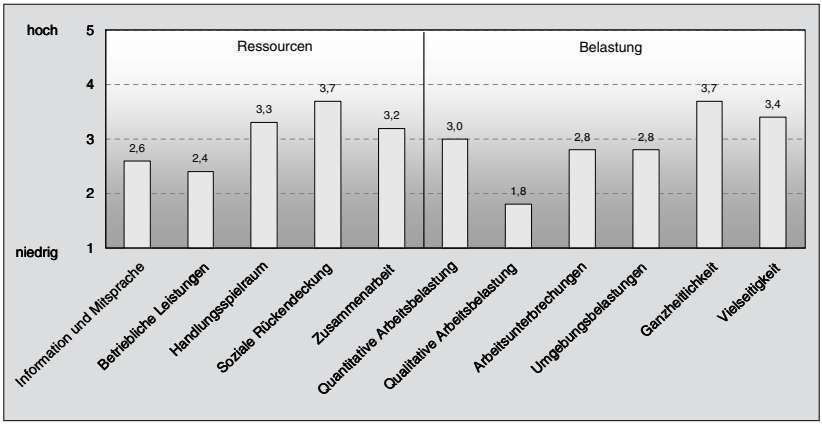
Im Folgenden werden zunächst einige Ergebnisse der Grobanalyse dargestellt und erläutert. Im Anschluss werden exemplarisch zwei im Rahmen von Feinanalyse-Workshops ermittelte Fälle dargestellt.

5.2.1 Ergebnisse der Grobanalyse

5.2.1.1 Mittelwerte des KFZA insgesamt

Die gemittelten Werte aller elf Faktoren sind der nachfolgenden Abbildung 6 zu entnehmen.

Abbildung 6: Im Rahmen der Befragung des St.-Joseph-Krankenhauses ermittelte Mittelwerte der elf Faktoren des KFZA



Zusammenfassend lassen sich auf dieser Auswertungsebene die folgenden Aussagen treffen:

Die *organisationalen Belastungen* sind unterschiedlich ausgeprägt. Die quantitative Arbeitsbelastung ist am höchsten, die qualitative gering, Umgebungsbedingungen und Arbeitsunterbrechungen liegen jeweils im mittleren Bereich. Insgesamt werden die Arbeitsaufgaben als eher ganzheitlich und vielseitig beschrieben, es liegt diesbezüglich also keine Belastung vor.

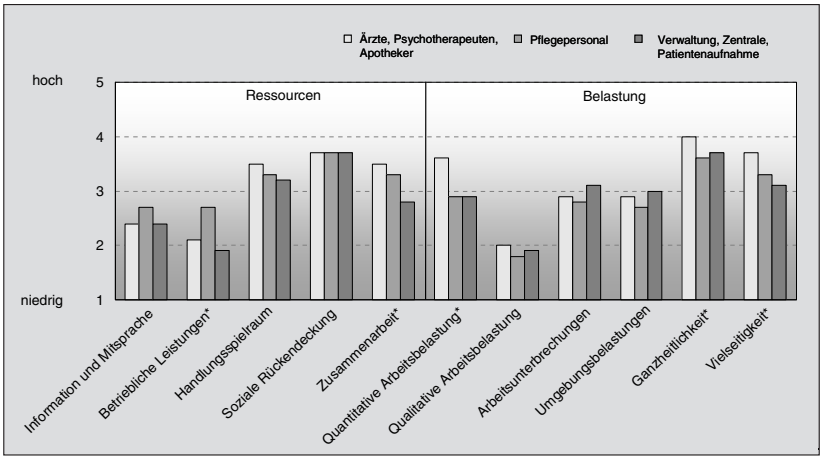
In Bezug auf die Einschätzung der *organisationalen Ressourcen* ist die Soziale Rückendeckung hoch, Handlungsspielraum und Zusammenarbeit siedeln sich im mittleren und Information und Mitsprache sowie Betriebliche Leistungen im unteren Bereich an.

Die Auswertung auf dieser allgemeinen Ebene (es werden lediglich Mittelwerte der Faktoren über alle Stationen berechnet) dient einer ersten Orientierung. Spezifischer Handlungsbedarf ist in der Regel hieraus noch nicht ableitbar. Deshalb wird im Folgeschritt ein Vergleich angestrebt: die ermittelten Daten können für *externes oder internes Benchmarking* genutzt werden. Zum einen ist es sinnvoll, die ermittelten Werte mit denen anderer Unternehmen zu vergleichen (aus der gleichen Branche oder auch branchenübergreifend). Zudem ist eine Vielzahl interner Vergleichsmöglichkeiten gegeben. Häufig werden beispielsweise verschiedene Abteilungen bezüglich der von den Mitarbeitern angegebenen Werte miteinander verglichen, um festzustellen, an welcher Stelle besonderer Handlungsbedarf bezüglich welcher Faktoren besteht.

5.2.1.2 Mittelwerte des KFZA nach Berufsgruppen

Ein derartiger Vergleich wurde im St.-Joseph-Krankenhaus vorgenommen; hier wurden drei Berufsgruppen gegenübergestellt: »Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker«, »Mitarbeiter in Verwaltung, Zentrale und Patientenaufnahme« und »Pflegekräfte«. Bereits die nach den einzelnen Berufsgruppen differenzierte Betrachtung der Faktormittelwerte offenbart einige Unterschiede, die Abbildung 7 entnommen werden können:

Abbildung 7: Nach Berufsgruppen differenzierte Mittelwerte der elf Faktoren des KFZA im Rahmen der Befragung des St.-Joseph-Krankenhauses



Anmerkung: * Unterschiede signifikant auf dem 0.01-Niveau

Zusammenfassend lassen sich aus oben dargestelltem Auszug der Detailauswertung folgende Schlüsse ziehen:

- *Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker* haben im Vergleich die vielseitigsten und ganzheitlichsten Arbeitsaufgaben und gleichzeitig die höchste quantitative Arbeitsbelastung.
- Das *Pflegepersonal* berichtet das größte Ausmaß an Information und Mitsprache und an betrieblichen Leistungen.
- Das *Personal in Verwaltung, Zentrale und Patientenaufnahme* gibt die geringste Zusammenarbeit und die geringsten Betrieblichen Leistungen an.

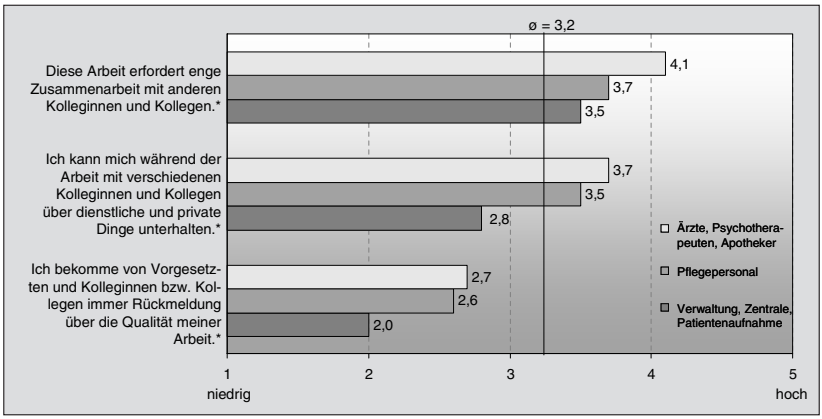
Es wird deutlich, dass die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen signifikant unterschiedlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Um genauer zu klären, worin die identifizierten Divergenzen bezüglich der Faktoren begründet sind und wo

jeweils Handlungsbedarf besteht, empfiehlt sich die zusätzliche Betrachtung auf Ebene der Einzelfragen (Itemebene) neben den Faktormittelwerten.

Es werden hier exemplarisch zwei Bereiche herausgegriffen, die von den Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen signifikant unterschiedlich bewertet wurden: die Faktoren »Zusammenarbeit« und »Betriebliche Leistungen«. Die Detailbetrachtung auf Itemebene ergibt folgende Ergebnisse:

Faktor Zusammenarbeit

Abbildung 8: Nach Berufsgruppen differenzierte Mittelwerte des KFZA-Faktors Zusammenarbeit auf Itemebene im Rahmen der Befragung des St.-Joseph-Krankenhauses

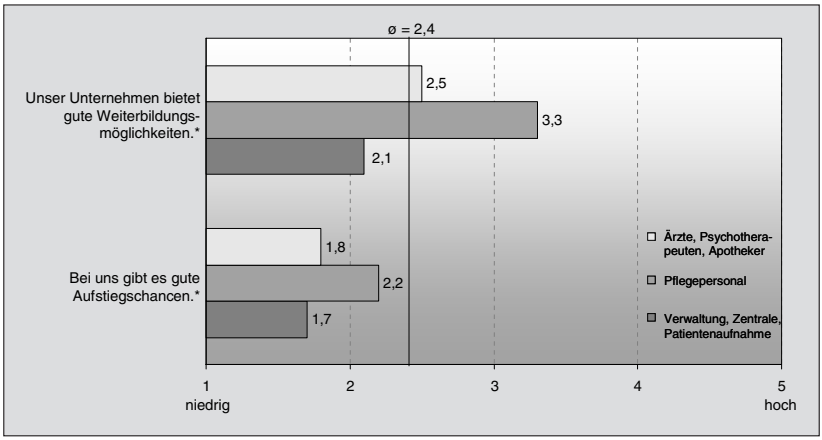


Anmerkung: * Unterschiede signifikant auf dem 0.01-Niveau.
ø = 3,2 kennzeichnet den Mittelwert aller abgegebenen Beurteilungen des St.-Joseph-Krankenhauses.

Die abgebildete Grafik zeigt die im Mittel von den drei verschiedenen Berufsgruppen angegebenen Beurteilungen jeder der drei Einzelfragen des Faktors Zusammenarbeit. Die Angestellten der Verwaltung, Zentrale und Patientenaufnahme weisen in jedem der drei erfragten Bereiche – enge Zusammenarbeit mit Kollegen, Kommunikationsmöglichkeiten, Rückmeldung von Vorgesetzten und Kollegen – jeweils die signifikant schlechtesten Werte auf. Dagegen beurteilen die Mitarbeiter der beiden anderen Berufsgruppen die Güte der Zusammenarbeit vergleichsweise positiv.

Faktor Betriebliche Leistungen

Abbildung 9: Nach Berufsgruppen differenzierte Mittelwerte des KFZA-Faktors Betriebliche Leistungen auf Itemebene im Rahmen der Befragung des St.-Joseph-Krankenhauses



Anmerkung: * Unterschiede signifikant auf dem 0.01-Niveau

Eine detaillierte Betrachtung deckt auf, dass das Pflegepersonal einerseits, im Vergleich zu den Mitarbeitern anderer Berufsgruppen des St.-Joseph-Krankenhauses, die bestehenden Weiterbildungschancen als recht gut bewertet. Andererseits fällt auf, dass die Mitarbeiter von Verwaltung, Zentrale und Patientenaufnahme insbesondere die Weiterbildungsmöglichkeiten, aber auch die Aufstiegschancen, im Vergleich als sehr schlecht beurteilen. Auch die Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker bewerten ihre Aufstiegschancen als schlecht. Hier sollte im Rahmen der Feinanalyse nach Lösungsmöglichkeiten des Ausbaus der Weiterbildungsangebote bzw. des Beförderungssystems gesucht werden.

Aus der Betrachtung der beiden abgebildeten Detailauswertungen lässt sich verdeutlichen, dass insbesondere im Bereich von Verwaltung, Zentrale und Patientenaufnahme scheinbar Handlungsbedarf bezüglich einer Umgestaltung der Arbeitsbedingungen besteht. So sollte die hier genauer betrachtete Ressource Zusammenarbeit gestärkt werden (zumal die Stressoren Umgebungsbelastung und Arbeitsunterbrechungen recht hohe Werte aufweisen) und zusätzlich die Betrieblichen Leistungen verbessert werden.

In einem weiterführenden Schritt werden die aufgedeckten Handlungsbedarfe gemeinsam mit Mitarbeitern der Einrichtung im Rahmen der oben dargestellten Feinanalyse bearbeitet.

5.2.2 Ergebnisse der Feinanalyse

Wie bereits erläutert, wird im Rahmen des vorgeschlagenen Ablaufs (vgl. Tab. 1) eine vertiefende Analyse zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen in Form von IPLV-Workshops durchgeführt. Für die Arbeitssituation im Krankenhaus seien an dieser Stelle beispielhaft einige IPLV-Fälle dargestellt[10].

5.2.2.1 IPLV-Beispiel Nr. 1: Versorgung ambulanter Patienten zur OP

In unserem ersten Beispiel geht es um die Situation, dass durch die Einführung von DRG´s (Diagnoses Related Groups) viele operative Eingriffe nur noch als ambulante Leistung bezahlt werden. Aufbauend auf dieser beschriebenen IST-Situation (Einführung von DRG´s) und Darstellung der daraus resultierenden Probleme (räumlicher und zeitplanerischer Art) werden Lösungsvorschläge erarbeitet. Zentral ist die Festlegung von Verantwortlichkeiten (hier: verschiedene Bereiche und Ebenen).

Der hier dargestellte Fall bezieht sich auf die Stellschraube Belastung (vgl. Abschnitt »Stellschrauben in der Organisation zur Reduzierung der Belastung«). Durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation wird die Minimierung der arbeitsbedingten Belastungen angestrebt. Konkret wurde diese beschriebene Situation wie in dem folgenden Beispiel in Abbildung 10 beschrieben.

10 Es handelt sich hier bewusst um fiktive Fälle, die von den Autoren zum Schutz der Klienten realen Fällen entlehnt sind. Ähnlichkeiten zu wahren Gegebenheiten sind zufällig.

Abbildung 10: IPLV-Beispiel »Versorgung ambulanter Patienten zur OP«

Büro für ARBEITS- und ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE GmbH

Quantitative Arbeitsbelastung

Versorgung ambulanter Patienten zur OP

IST-Situation:	U.a. durch Einführung der DRG's (Diagnosis Related Groups) werden viele operative Eingriffe nur noch als ambulante Leistung bezahlt. Patient kommt morgens, wird untersucht, in der Ambulanz aufgeklärt, auf der Station vorbereitet und dann vom OP abgerufen. Nach der OP wird der Patient von der Station wieder übernommen und nach der Untersuchung „Vitalzeichen" nach Hause entlassen.
Problem:	Krankenhaus ist für die Versorgung ambulanter Patienten schlecht ausgerüstet (Räumlichkeiten), Patienten ballen sich in kurzem Zeitraum, kein Platz für persönl. Dinge (abschließbare Schränke), Wartezeiten durch Vorziehen von Notfällen, für ambulante Patienten sehr ungemütlich.
Lösung:	1) ausgeklügeltere zeitliche Einbestellung der Patienten 2) Schaffung von entsprechenden Räumlichkeiten für ambulante Patienten 3) Bereitstellung von Personal zur Betreuung ambulanter Patienten
Verantwortlich:	1) Abteilungsleitung Pflege der Station 2) Klinikleitung 3) Pflegedirektion

Beispiel

In diesem Beispiel wird deutlich, dass es für eine IST-Situation und den daraus resultierenden Problemen durchaus auch mehr als einen Lösungsvorschlag geben kann. In diesem Fall wurden sogar drei Lösungsvorschläge, mit jeweils einer für die Umsetzung verantwortlichen Stelle, erarbeitet.

5.2.2.2 IPLV-Beispiel Nr. 2: Betriebliche Weiterbildung

Das zweite hier vorgestellte Beispiel beschäftigt sich mit dem Problem der geringen Akzeptanz in Bezug auf die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen von Kolleginnen und Kollegen. Gerade aufgrund des hohen Zeitdrucks, dem viele Mitarbeiter/innen in Krankenhäusern ausgesetzt sind, wird es von manchen Beschäftigten nicht gerne gesehen, wenn sich Kolleginnen und Kollegen für Weiterbildungsveranstaltungen anmelden. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die fehlenden personellen Ressourcen weiter verstärkend auf die ohnehin hohe Arbeitsmenge der verbleibenden, nicht teilnehmenden Mitarbeiter wirken. Dabei ist die gute Qualifizierung der Mitarbeiter eine wichtige Ressource, sowohl für den einzelnen Mitarbeiter, als auch für die gesamte Station. Die hier beschriebene Situation wird in dem IPLV-Beispiel in Abbildung 11 konkretisiert.

Abbildung 11: IPLV-Beispiel »Betriebliche Weiterbildung«

Büro für ARBEITS- und ORGANISATIONSPSYCHOLOGIE GmbH

Ressource

Betriebliche Weiterbildung

IST-Situation:	Die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen stößt auf der eigenen Station auf Widerstand, da mehr und mehr zu tun ist, Personal abgebaut wird und nicht geregelt ist, wer in dieser Zeit die Arbeit erledigt.
Problem:	Man traut sich kaum noch, sich für Weiterbildungsmaßnahmen anzumelden.
Lösung:	1) Information an alle Beschäftigten darüber, wie viel Anspruch auf Weiterbildung besteht. 2) Berücksichtigung im Stellenplan
Verantwortlich:	Pflegemanagement

Beispiel

Die dargestellten Fälle veranschaulichen, wie mithilfe der Beschäftigten eines Krankenhauses vertiefende Analysen und Lösungsvorschläge für verbesserungsbedürftige Umstände der Arbeitsorganisation erarbeitet werden können. Zu beachten ist hierbei, dass die dargestellten Lösungsvorschläge keinesfalls allgemeingültig und auf jede Einrichtung übertragbar sind. Auch bei ähnlicher IST-Situation müssen für jede Einrichtung individuell und jeweils unter Mitarbeit der Belegschaft Lösungen und Verantwortlichkeiten erarbeitet werden.

Die Gesamtheit der erarbeiteten Fälle wird in der nächsten Projektphase gebündelt und der Steuerungsgruppe vorgelegt, die Maßnahmen zur Verbesserung festlegt. Unter Aufsicht der Projektverantwortlichen werden die Maßnahmen angestoßen und umgesetzt. *Nach etwa 3-4 Jahren erfolgt eine Kontrolle der Wirkung der umgesetzten Maßnahmen anhand einer erneuten KFZA-Befragung (Phase 7 in Tab. 1).*

6. AUSBLICK

Rationalisierungen und das Inkrafttreten verschiedener Reformen führen zu Veränderungen der Arbeitssituation in Krankenhäusern. Mitarbeiter und Mitarbei-

terinnen der Einrichtungen leiden vermehrt unter den Auswirkungen bestehender und sich verändernder Arbeits- und Organisationsstrukturen. Nicht wenige Beschäftigte reagieren auf derartige Bedingungen mit psychischen und physischen Beanspruchungen. Als symptomatisch lassen sich die kurze Verweildauer und erhöhte Krankenstände (insbesondere aufgrund psychischer Erkrankung) deuten. Im vorliegenden Beitrag wurde eine Methode aufgezeigt, um Belastungen und Ressourcen, die durch die Arbeitsorganisation bedingt sind, zu erfassen, zu bewerten und Verbesserungsmaßnahmen anzustoßen. Die Durchführung einer solchen Analyse leistet einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Humanisierung der Arbeit im Krankenhaus und zur Steigerung der Qualität der Pflege.

LITERATUR

Ahlers, E./Brussig, M. (2005) Gefährdungsbeurteilungen in der betrieblichen Praxis. *WSI-Mitteilungen*, 9, 517- 523.

Aiken, L. (2001). *Nursing Shortage and the Quality of Hospital Care.* [Onlinedokument] www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/Council-Dec-14-2001-Aiken-presentation.pdf. Zugriffsdatum: 05.02.2006.

ArbSchG (1996). *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit*. Zuletzt geändert durch Artikel 11, Nummer 20 G v.30.7.2004 I 1950. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.

Büssing, A./Glaser, J. (2003). Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegesystems. In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus* (S. 101-130). Göttingen: Hogrefe.

Dietscher, Ch./Krajic, K., Stidl, T. & Pelikan, J.M. (2003). *Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser.* Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
[Onlinedokument] http://www.bmsg.gv.at/. Zugriffsdatum: 05.02.2006.

DIN EN ISO 10075 (2000). *Ergonomische Grundlagen in Bezug auf psychische Belastung, Teil 1: Allgemeine Begriffe.* Berlin: Beuth.

Döbele-Martin, C./v. Harten, G., Martin, P. & Prümper, J. (2002). *Ergonomie-Prüfer.* Oberhausen: TBS.

Friesdorf, W. (2005). *Arbeitsplatz Krankenhaus.* [Onlinedokument] http://www.awb.tu-berlin.de/forschung/ap_kh/. Zugriffsdatum: 05.02.2005.

Grabbele, Y., Nolting, H.-D./Loos, S. (2005). *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege*. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse.

Hölzer, R. (2003). *Burnout in der Altenpflege*. München: Urban & Fischer.

Maslach, C./Leiter, M.P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout: Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Heidelberg: Springer.

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW (2005). *Notiert in NRW. Arbeitswelt in NRW 2004. Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit.* Düsseldorf: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Prümper, J., Hartmannsgruber, K./Frese, M. (1995). KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 39,* 125-132.

Rohmert, W./Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Rosenstiel, L. v. (2001). Die Bedeutung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (S. 15-42). Göttingen: Hogrefe.

Ulich, E. (2003). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Bern: Hans Huber.

Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

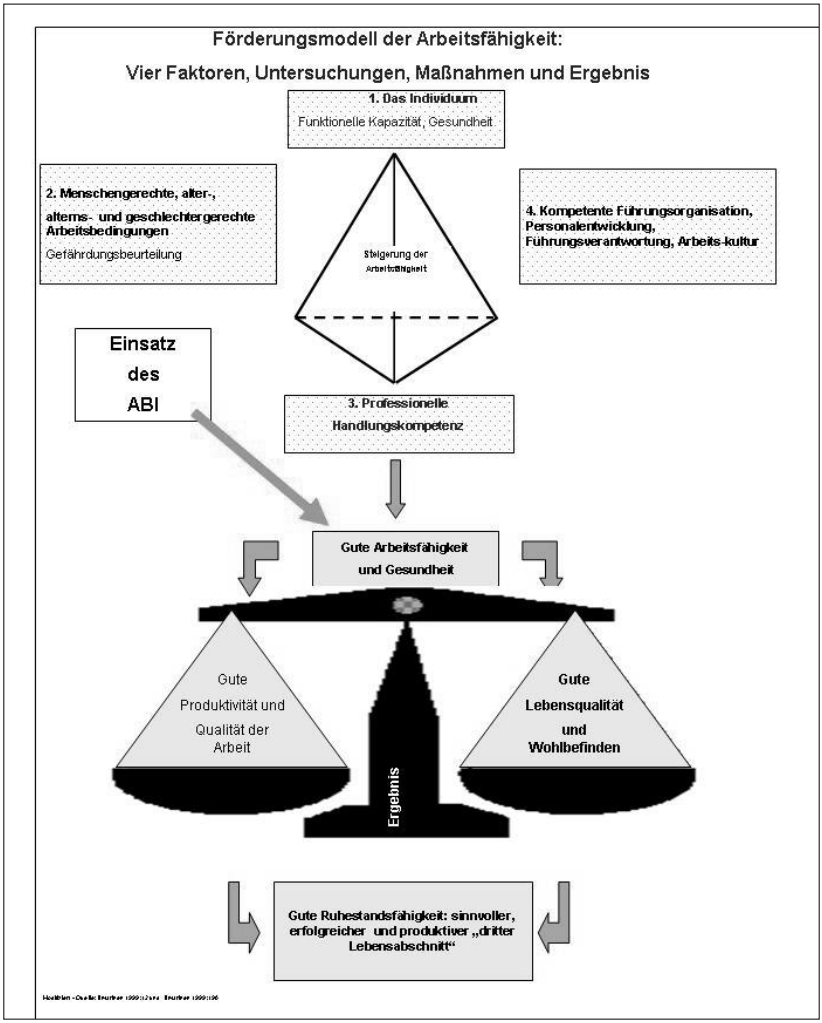
2.3 ERFASSUNG UND ABBAU PSYCHISCHER BELASTUNGEN MIT DEM FINNISCHEN ARBEITSFÄHIGKEITSKONZEPT

Jürgen Tempel, Arbeitsmediziner

Die Überlegungen und Ergebnisse, die ich vorstelle, basieren auf dem Finnischen Arbeitsfähigkeitskonzept. Dabei handelt es sich um eine der größten Verlaufsstudien, die bisher in der Arbeitswissenschaft durchgeführt wurden. Etwa 6.000 Beschäftigte in den verschiedensten Betrieben wurden 11 Jahre lang (von 1981 – 1992) durch ihr Arbeitsleben begleitet. [1], [2]

Als Ergebnis dieser Forschung entstand, einerseits, das Modell zur Förderung und Aufrechterhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, andererseits wurde ein Fragebogen entwickelt, der Arbeitsbewältigungsindex (ABI), mit dessen Hilfe für die aktuell gültige Arbeitsbewältigungsfähigkeit eine Maßzahl gefunden werden kann.[3]

Diese Maßzahl beschreibt das bestehende Verhältnis von betrieblicher Arbeitsanforderung zu individueller Leistungsfähigkeit. Uns interessiert nun in diesem Zusammenhang besonders die Kombination des Fragebogens Arbeitsbewältigungsindex, der im Wesentlichen die subjektive Sicht und die Belastungen erfasst, während ein anderer ebenfalls hoch valider und standardisierter Fragebogen, der Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA), stärker die bestehenden Belastungen und die möglichen Ressourcen, die sich aus der Gestaltung der Belastungen ergeben, beschreibt.[4] Wir bewegen uns also auf der Grundlage des Beanspruchungsbelastungsmodells, dies allerdings in einem erweiterten Sinn und Aspekten von Arbeit.



Quelle: Ilmarinen, modifiziert aus [5]

Grundsätzlich benötigen Unternehmen eine gute Produktivität und Qualität der Arbeit. Darin sind sich alle einig. Die Ergebnisse der Forschung zeigen nun aber auf, dass mittel- und langfristig gute Produktivität und Qualität der Arbeit ohne Gesundheit und Wohlbefinden der MitarbeiterInnen nicht herzustellen und zu sichern sind. Voraussetzung hierfür ist die gute Arbeitsfähigkeit, die wiederum auf vier wesentlichen Komponenten basiert:

1. Da geht es einmal um *die aktuelle Verfassung der Individuen, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.* Diese Verfassung kann sich ändern sowohl geschlechterabhängig, vor allen Dingen aber auch altersabhängig. Wir unterscheiden begrifflich physische, psychische und soziale Fähigkeiten der Beschäftigten. Auch hier kann es ganz unterschiedliche Veränderungen und Auswirkungen geben. Entscheidend ist, dass die beste individuelle Verfassung eines Individuums nicht ausreicht, wenn z. B. die Arbeitsbedingungen »mittelalterlich« sind.
2. *Die Arbeit muss menschengerecht, alterns- und geschlechtergerecht gestaltet werden.* Ein entscheidendes Instrument ist hierbei die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen. (Ausführlich in [5])
3. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist *die professionelle Handlungskompetenz und hier vor allen Dingen die Weiterbildung.* Das will besagen, dass die Grundausbildung und fachliche Qualifikation eines Menschen ihm zwar den Eingang in sein Arbeitsleben ermöglichen, ihn aber nicht durch seinen ganzen Arbeitslebenslauf tragen kann. Hier spielen vielmehr die Methodenkompetenz (Weiterbildung) und die sich entwickelnde Sozialkompetenz eines Menschen eine richtungsweisende Rolle.

   Stichwortartig kann hier angemerkt werden, dass im Unternehmen klar sein sollte, dass regelmäßige und gut organisierte Weiterbildung nicht nur die Qualität der Arbeit sichert, sondern auch die Gesundheit der MitarbeiterInnen. Das gilt besonders dann, wenn gute Weiterbildung aus welchen Gründen auch immer einzelnen oder mehreren Personen (ältere Beschäftigte) verweigert wird.
4. Ein ganz wichtiger und entscheidender Faktor bildet aber die Frage der Führungsorganisation, des Führungsverhaltens und der im Betrieb vorherr-schenden Arbeitskultur.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass es also richtungsweisende Komponenten gibt, die bei Störungen der Arbeitsfähigkeit untersucht werden müssen.

- *Das bedeutet, dass es keine individuell schlechte Arbeitsbewältigungsfähigkeit gibt, sondern nur ein gestörtes Verhältnis zwischen der vorherrschenden Arbeitsanforderung und der individuellen oder kollektiven Leistungsfähigkeit.*

Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit kann mit dem Arbeitsbewältigungsindex gemessen werden, und wir verfügen über wichtige Erkenntnisse, welche Faktoren hier den größten Einfluss haben.

Unternehmen, die den Führungsstil vernachlässigen oder verschlechtern, haben eindeutig das höchste Risiko, dass sich die Arbeitsbewältigungsfähigkeit mittel- und langfristig wesentlich vermindert. Umgekehrt können Unternehmen, die hier anset-

zen, für sich ausgezeichnete Chancen ausrechnen, die Situation der Belegschaft zu verbessern. Ähnliches gilt für die Ergonomie. Hier müssen vor allen Dingen die Monotonie und die schwerere körperliche Arbeit reorganisiert werden. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und die Anerkennung durch die Führung sind wesentliche Faktoren.

Man muss aber auch festhalten, dass MitarbeiterInnen, die mit der Zeit ihre individuellen Bemühungen aufgeben, um z.B. ein kleines Bewegungsprogramm, das sie regelmäßig durchführen oder ein kleines Lauftraining, deutlich Risiken haben, ihre Arbeitsfähigkeit zu verschlechtern. Und umgekehrt: Es ist nie zu spät, damit wieder anzufangen. Die beiden folgenden Tabellen zeigen die Chancen und Risiken, die ermittelt worden sind:

Abb./Tab. 118: Handlungsmöglichkeiten zur Förderung der Arbeitsfähigkeit: Chancen durch Maßnahmen der Entlastung

Darstellung von Arbeits- und Lebensstilfaktoren, die mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einhergehen.[a] Odds Ratio (OR) und 95% Konfidenzbereich (95% CI) des logistischen Regressionsmodells (Tuomi et al. 1997)

Variable	OR	95% CI
Repetitive, monotone Bewegungen[b]		
Nicht vermindert	1,0	
Vermindert	*2,1*	1,0-3,4
Zufriedenheit mit dem Verhalten des Vorgesetzten[b]		
Nicht erhöht	1,0	
Erhöht	*3,6*	1,8-7,2
Anstrengendes körperliches Training in der Freizeit[b]		
Nicht vermehrt	1,0	
Vermehrt	1,8	1,0-3,5

[a] Der Arbeitsbewältigungsindex hat sich wenigstens um *drei Punkte* in der Zeit von 1981 bis 1992 verbessert

[b] Veränderungen in der Zeit von 1981 bis 1992

Quelle: Ilmarinen 1999:188

Zitiert aus [1]

Die Chancen oder Risiken eines Unternehmens werden aus der Differenz der odds ratio (OR) z. B. »nicht vermindert« und »vermindert« errechnet.

Abb./Tab. 119: Negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Risiken durch Unterlassung oder Verschlechterung

Darstellung von Arbeits- und Lebensstilfaktoren, die mit einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit einhergehen.

[a] Odds Ratio (OR) und 95% Konfidenzbereich (95% CI) des logistischen Regressionsmodells (Tuomi et.al. 1997)

Variable	OR	95% CI
Monotones Stehen an einem Platz[b]		
Nicht erhöht	1,0	
Erhöht	1,7	1,0-2,9
Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz [b]		
Nicht vermindert	1,0	
Vermindert	1,6	1,0-2,6
Möglichkeiten für Anerkennung und Wertschätzung bei der Arbeit[b]		
Nicht vermindert	1,0	
Vermindert	*2,4*	1,4-4,3
Anstrengendes körperliches Training in der Freizeit[b]		
Nicht vermindert	1,0	
Vermindert	*1,8*	1,2-2,8

[a] Der Arbeitsbewältigungsindex hat sich wenigstens um *zehn Punkte* in der Zeit von 1981 bis 1992 verschlechtert.

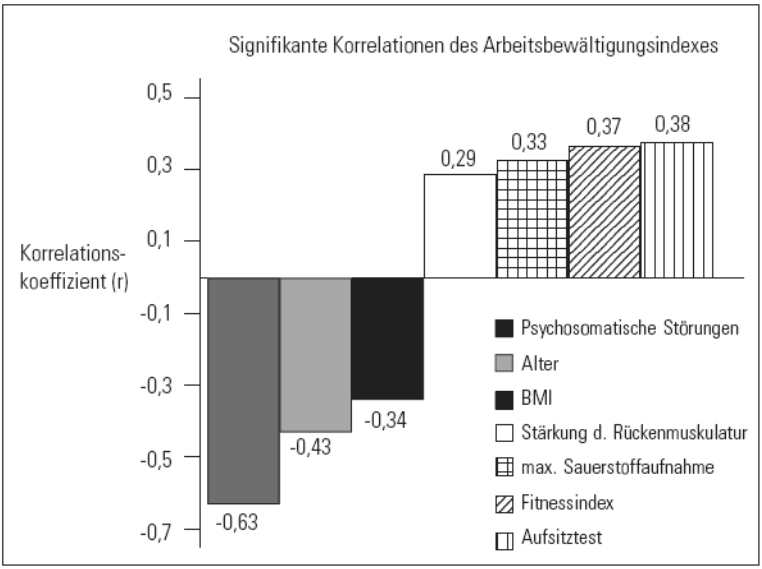
[b] Veränderungen in der Zeit von 1981 bis 1992

Quelle: Ilmarinen 1999:188

Zitiert aus [1]

Einen der stärksten – negativen – Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit haben die psychosomatische Störungen. Das ist besonders wichtig bei Tätigkeiten mit hoher psychischer und mentaler Belastung, wie wir es in der folgenden Tabelle finden. Die Ergebnisse wurden an Polizeibeamten in Helsinki ermittelt.

Abb./Tab. 175: Zusammenhang zwischen Arbeitsbewältigungsindex, psychosomatischen Störungen und »Fitness«



Signifikante Korrelationen ($p < 0.01$, Pearson's correlation test) des Arbeitsbewältigungsindexes mit psychosomatischen Störungen, Alter, BMI (Body Mass Index/Maßeinheit für Körper-Gewicht-Index) und physischer Fitness.

Quelle: Soininen 1999:134

Zitiert aus [1]

Demnach haben verschiedene Formen von körperlicher Fitness positive Einflüsse auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit, wie wir es bereits kennen. Negative Einflüsse haben das Alter, das Übergewicht und am stärksten, das soll hier rausgearbeitet werden, die psychosomatischen Beschwerden.

Leider kennen wir nicht den Begriff der arbeitsbedingten psychosomatischen Störungen. Es ist aber von großer Bedeutung, dass mit Hilfe der Durchführung der psychischen Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz wichtige Hinweise auf arbeitsbedingte und damit prinzipiell vermeidbare psychische Störungen gefunden werden können.

In einem der ersten Forschungsprojekte in Deutschland, in dem wir den Arbeitsbewältigungsindex als Screeninginstrument eingesetzt haben [6], hat Christa Egger-

dinger die Kombination des Arbeitsbewältigungsindex mit dem KFZA vorgeschlagen und durchgeführt. Nach Durchsicht der Ergebnisse konnten wir die Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Stichprobe von Feuerwehrleuten und wichtigen Ergebnissen aus dem KFZA aufzeigen. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass Feuerwehrleute einer großen psychischen, sozialen und körperlichen Belastung ausgesetzt sind und man mit Hilfe des KFZA vor allen Dingen die Einschränkung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit, also die negativen Ergebnisse, bei der Anwendung des Fragebogens erklären kann.

Wir fanden bei der Analyse der Erkrankungen einen deutlich höheren Anteil von psychischen Störungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen als in der Tagarbeitervergleichsgruppe und bei den anderen Schichtarbeitern. Und wir fanden eine deutliche Infektanfälligkeit, die weder als chronische Bronchitis noch als Raucherbronchitis oder als allergische Erkrankung auftrat, sondern als häufige, wiederholte, akute Infekte, wie man sie sehr oft bei erhöhten psychischen Belastungen finden kann.

Untersucht man jetzt die Zusammenhänge zwischen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und den Fragen des KFZA, dann konnte man negative Korrelation feststellen für die Frage der geringen Möglichkeiten, beruflich neues Wissen zu erwerben, und für die Möglichkeit, Abwechslung bei der Arbeit zu finden, also unterschiedliche Tätigkeiten auszuüben.

Ein weiterer wichtiger Effekt ergab sich aus der Frage der Verlässlichkeit auf den direkten Vorgesetzten und den Zusammenhalt bei der Arbeit. Man kann also jetzt schon erkennen, dass es sich nicht nur um Fragen der körperlichen, psychischen und sozialen Belastung durch »das Feuer« oder »die Notfallrettung« handelt, sondern dass bei der Beeinträchtigung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit Fragen der Arbeitsorganisation und des Zusammenhalts sowohl im Team wie auch die Unterstützung durch die Führung einen wichtigen Einfluss ausüben.

Abschließend ist festzuhalten, dass hier erste Ergebnisse vorliegen, wie man modellhaft einen standardisierten Fragebogen, der die Beanspruchung durch die Arbeit beschreibt, den ABI, mit einem zweiten Fragebogen kombiniert, der stärker die Belastungen bei der Arbeit und die unterschiedlichen Ressourcen erfasst, dem KFZA.

Diese Kombination hilft, zusätzliche Informationen zur Erklärung von guter oder schlechter Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu gewinnen und gleichzeitig vor Ort im Unternehmen Belastungsschwerpunkte zu definieren, und sie z.B. im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, aber auch einfach in der ASA-Sitzung zu diskutieren und gemeinsam eine Rangfolge aufzustellen, welche Punkte zuerst abgearbeitet werden können und müssen.

Zu dieser Kombination wird zunächst (das ist mittlerweile durchgeführt worden) eine Pilotstudie in einem Unternehmen des Öffentlichen Dienstes, das sich im Übergang zur Privatindustrie befindet, durchgeführt, und dann wollen Professor Prümper und Frau Giesert mit ihren Instituten und Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen eine systematische Untersuchung und Beratung der Unternehmen auf dieser Grundlage durchführen.

LITERATUR

1. Ilmarinen, J. und J. Tempel, *Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* 2002: VSA-Verlag.
2. Ilmarinen, J., *Ageing Workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment.* 1999, Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour.
3. Tuomi, K., et al., *Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index.* Schriftenreihe Übersetzung, ed. B.f.A.u. Arbeitsmedizin. Vol. Ü14. 2001, Bremerhaven: Wirt-schaftsverlag NW.
4. Prümper, J., K. Hartmannsgruber, und M. Frese, KFZA – *Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse.* Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 1995. 39: p. 125-132.
5. Tempel, J. und M. Giesert, *Arbeitsfähigkeit 2010: Von 16 bis 65 in einem Unternehmen! – Abschlussbericht zum ABI-NRW Projekt.* 2005, IQ-Consult gGmbH – Marianne Giesert, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf: Düsseldorf.
6. Korczak, D., et al., *Ernährungszustand von Nachtschichtarbeitern.* Schriftenreihe Arbeitsmedizin, ed. B.f.A.u. Arbeitsmedizin. Vol. S 68. 2002, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

2.4 DIE ERHALTUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT – STATEMENT ZUR PRAXIS

Marianne Giesert, DGB-Bildungswerk, Leiterin des Kompetenzzentrums Arbeitssicherheit, Gesundheit und Umwelt beim DGB Bildungswerk und bei IQ Consult Düsseldorf

Das Arbeitsfähigkeitskonzept ist ein bewährtes Konzept für die betriebliche Praxis damit die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis zur Rente erhalten bleibt bzw. optimiert werden kann.

Der Arbeitsbewältigungsindex ist ein Messinstrument, der im Zusammenhang mit der Arbeitsanforderung die Arbeitsfähigkeit eines Menschen beschreibt, Gesundheitsgefährdungen verdeutlicht und eine drohende, bevorstehende Erwerbsunfähigkeit frühzeitig prognostizieren und damit gleichzeitig Gegenmaßnahmen ermöglichen kann.

Beispiele aus der Praxis belegen, dass der Arbeitsbewältigungsindex ein gutes Analyseinstrument ist,

- ☐ um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in einem Betrieb zu beschreiben und
- ☐ um Gesundheitsgefährdungen aufzuzeigen.

Außerdem belegen sie, dass das Arbeitsfähigkeitskonzept als Kompetenzmodell vor allem für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Praxis tauglich ist.

Ergebnisse und Effekte

Beispiele in der Praxis sind erfolgreich durchgeführt worden. Dies wird durch die umfangreichen Initiativen und Maßnahmen deutlich, die in den Projekt-Betrieben mit den Mitarbeitern und Mitarbeitern erfolgreich zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden. Ein Betrieb, Malzer's Backstuben, wurde in dem Zusammenhang mit zwei Preisen von der Gemeinschaftsinitiative Gesünder Arbeiten ausgezeichnet: 1. »Best-Practice-Award Gesünder Arbeiten in NRW« und 2. mit dem Sonderpreis »Demografischer Wandel«.

Tipps für Menschen, die mehr über die Theorie und Praxis des Arbeitsfähigkeitskonzepts wissen wollen

Diese aufgeführten Thesen werden anschließend durch die Theorie und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung des Arbeitsfähigkeitskonzeptes belegt.

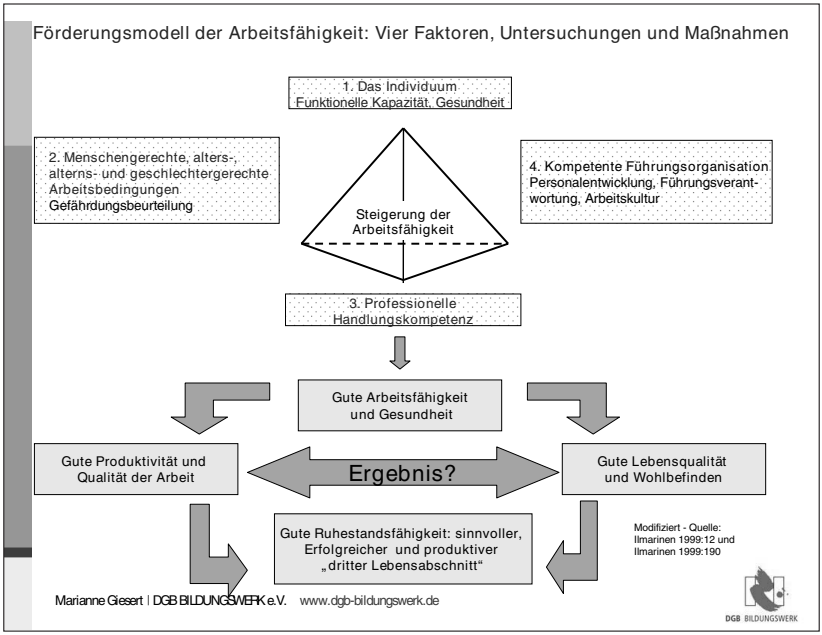
Das Arbeitsfähigkeitskonzept entwickelt und in der Praxis erprobt von Prof. Dr. Ilmarinen und anderen Wissenschaftlern in Finnland, beschreibt die Potenziale eines

Menschen, eine bestimmte Arbeitsanforderung zu bewältigen. Dieses Kompetenzmodell geht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Beschäftigten mit dem Alter abnehmen, gleich bleiben oder zunehmen kann. Anders als bisherige Modelle aus der Arbeitswissenschaft, die Alter mit Mangel und eingeschränkter Leistungsfähigkeit, gleichsetzen.

In den Betrieben muss sich ein Wandel des Denkens, von dem bisher verbreiteten und praktizierten Defizitmodell hin zum Kompetenzmodell der Arbeitsfähigkeit älterer Beschäftigter vollziehen. Das bedeutet, dass Ältere nicht nur Defizite gegenüber Jüngeren haben, sondern auch besondere Fähigkeiten, die für die Betriebe von großer Bedeutung sind, wie z.B. eine größere Toleranz bei abweichenden Meinungen, Problemlösungskompetenzen auf der Basis ihres Erfahrungswissens, große Zuverlässigkeit.

Grundlage ist bei dem Arbeitsfähigkeitsmodell eine ganzheitliche Betrachtung von Mensch und Arbeit. Hier sehen Sie noch mal das Arbeitsfähigkeitsmodell mit den 4 Faktoren. Herr Dr. Tempel hat es in seinem Beitrag im Einzelnen vorgestellt.

Abb. 1: Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit: Vier Faktoren, Untersuchungen und Maßnahmen



Der Arbeitsbewältigungsindex

Zur Beurteilung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit ist ein Werkzeug der **Arbeitsbewältigungsindex** kurz ABI (Englisch: work ability index kurz wai) in Finnland entwickelt worden. Mit diesem Fragebogen lässt sich die Arbeitsfähigkeit eines Menschen in einem bestimmten Alter in Bezug auf die Arbeitsanforderung beschreiben. Er berücksichtigt alle vier Faktoren des Arbeitsfähigkeitskonzepts und stellt die subjektive Betrachtung des Befragten in den Mittelpunkt. Der errechnete Punktwert aus dem Fragebogen beschreibt die aktuelle Arbeitsfähigkeit des befragten Arbeitnehmers und lässt Vorhersagen für seine Gesundheitsgefährdung zu. Auch können Ressourcen erkannt werden, die die Arbeitsfähigkeit verbessern.

So ein Fragebogen-Interview dauert ca. eine halbe Stunde, alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den beteiligten Betrieben können freiwillig und unter den Regeln des Datenschutzes, teilnehmen. Hier auch noch einmal der Hinweis: dass sich der ABI mit anderen Fragebogen und Fragen zu besonderen Belastungsschwerpunkten gut kombinieren lässt.

Der ABI setzt sich aus folgenden Items zusammen:

Abb.2: Der ABI enthält sieben Items

Der ABI enthält sieben Items:

Abb./Tab. 82: Der Arbeitsbewältigungsindex setzt sich aus den folgenden Fragenkomplexen (Items) zusammen:

Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Vergleich mit der besten jemals erreichten	0-10 Punkte
Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Verhältnis zu den Anforderungen der Arbeit	2-10 Punkte
Anzahl der aktuellen Krankheiten, die von einem Arzt diagnostiziert worden sind	1-7 Punkte
Geschätzte Behinderung bei der Arbeit als Folge dieser Erkrankungen	1-6 Punkte
Krankenstand während des letzten Jahres (12 Monate)	1-5 Punkte
Eigene Vorhersage über die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ab jetzt innerhalb der nächsten zwei Jahre	1, 4 u. 7 Punkte
Mentale Ressourcen und Befindlichkeiten	1-4 Punkte

Marianne Giesert | DGB BILDUNGSWERK e.V. www.dgb-bildungswerk.de

DGB BILDUNGSWERK

Aufgelistet sind die 7 Items, aus denen sich der Punktwert im Einzelnen zusammensetzt.

Folgende Einstufungen werden beim ABI vorgenommen:

Abb.3 Mögliche Einstufungen des Arbeitsbewältigungsindex

Es werden die folgenden Einstufungen des Arbeitsbewältigungsindex vorgenommen:

Ergebnis	Kategorie der Arbeitsfähigkeit	Maßnahme
2 - 27 Punkte wieder	„schlecht“	Arbeitsfähigkeit herstellen
28 - 36 Punkte	„mäßig“	Arbeitsfähigkeit verbessern
37 - 43 Punkte	„gut“	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44 - 49 Punkte	„sehr gut“	Arbeitsfähigkeit erhalten

Marianne Giesert | DGB BILDUNGSWERK e.V. www.dgb-bildungswerk.de

DGB BILDUNGSWERK

Aufgezeigte Einstufungen zeigen mögliche Resultate und anzustrebende Vorgehensweisen.

Ergebnisse der Finnischen Verlaufsforschung haben gezeigt, dass die Ergebnisse des ABI sehr verlässlich sind und Gesundheitsgefährdungen sowie eine drohende Erwerbsunfähigkeit damit frühzeitig vorhergesagt werden kann.

Beispiele aus der Praxis

Ein konkretes Beispiel aus der Praxis ist das Projekt »Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?« ein Modellprojekt in NRW. Gefördert durch das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen mit einer Laufzeit von Januar 2003 bis Februar 2005. Das Projekt ist in drei Betrieben durchgeführt worden, in einem pharmazeutischen Betrieb, in einer Großbäckerei und in Bäckereifilialen (Malzer’s Backstuben). Erstmalig wurden dort finnische Erkenntnisse zum demografischen Wandel berücksichtigt und angewendet. Beispielhaft wurde in den beteiligten Betrieben ein alters- und alternsgerechtes Gesundheitsmanagement aufgebaut

Wie sind wir in den einzelnen Betrieben vorgegangen?

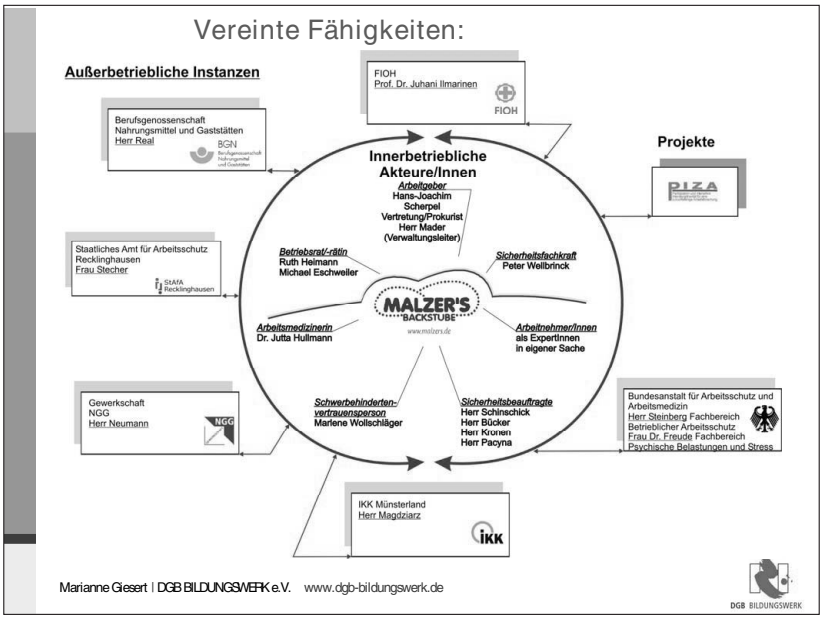
In Gesprächen mit der Geschäftsführung und der betrieblichen Interessenvertretung haben wir für sie von dem Konzept überzeugt. Dies war ein längerer Prozess. Es gab viele Fragen, die beantwortet werden mussten. Dieser 1. Schritt im Projekt ist einer der Bedeutendsten, für den man sich ausreichend Zeit lassen muss. Wichtig ist, dass die betriebliche Interessenvertretung und die Geschäftsführung gemeinsam dem Projekt zustimmen.

Die Einbindung der Beschäftigten war von Anfang gewährleistet, durch umfassende schriftliche und mündliche Informationen z.B. konnten wir in einem beteiligten Unternehmen an der Betriebsversammlung teilnehmen und unser Projekt vorstellen.

Weiterhin ist die Einbindung der inner- und außerbetrieblichen Akteure mit ihren Möglichkeiten und Potenzialen von Bedeutung. Die Kooperationsprozesse sind nachstehend am Beispiel Malzer's Backstuben in Gelsenkirchen dargestellt.

Die innerbetrieblichen Akteure, (innerer Kreis), die beteiligt waren sind auch im Arbeitsschutzausschuss tätig. Darüber hinaus sind auch Sicherheitsbeauftragte und betroffene Beschäftigte in den Prozess mit einbezogen worden.

Abb 4. Kooperationen – inner- und außerbetrieblicher Akteure



Im großen Steuerkreis, der während der Projektlaufzeit einmal im Monat tagte, waren von den außerbetrieblichen Akteuren, (äußerer Kreis), die Gewerkschaft, die Krankenkasse IKK, die zuständige Berufsgenossenschaft, das Amt für Arbeitsschutz von der Planung bis zur Umsetzung in den Prozess integriert.

In der folgenden Aufstellung sind die Ergebnisse der Analyse (Arbeitsbewältigungsindex) der beteiligten Betriebe im Vergleich.

Abb.5: Ergebnisse der Analyse in den beteiligten Betrieben

Betrieb	Größe der Grundgesamtheit / des Betriebes	Stichprobengröße: N / Beteiligung	Aussagefähigkeit der Stichprobe	Arbeitsanforderung	Durchschnittsalter (J.) / Durchschnitt ABI (Punkte)
A) Chemie	169 MitarbeiterInnen	N=100 / 60 %	Gute Übereinstimmung nach Alter und Geschlecht, ausreichende Größe	Zweischichtarbeit in der Produktion, teilweise Monotonie, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit	37 Jahre / 43 Punkte
B) Bäckereiunternehmen	253 MitarbeiterInnen	N=133 / 53%	Gute Übereinstimmung nach Alter und Geschlecht, ausreichende Größe	Nachtarbeit, Zweischicht und Normalschicht, Monotonie, hohe Überstundenanteile, körperlich mittelschwere bis schwere Arbeit	30 Jahre / 43 Punkte
C) Bäckereifilialen	853 MitarbeiterInnen	N=100 / 12% Vergleichsstichprobe aus drei Branchen (Drogerie, Schuh- und Textilverkauf): N=82	Die Stichprobe ist zu klein. Es werden zusätzlich 9 sehr unterschiedliche Filialen besucht (Begehung nach Arbeitsschutzgeset z) und die Ergebnisse mit einer anderen Untersuchung im Einzelhandel verglichen (Tempel, 2003).	Zweischichtarbeit im Verkauf, Backen und „Snacks", die vor Ort hergestellt werden. Teilweise Monotonie, leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit, sozialer Druck durch die Kunden. Die Arbeitsanforderungen entsprechen denen in der Vergleichsstichprobe.	37 Jahre / 43 Punkte, 88 % Frauen Vergleichstichprobe: 37 Jahre / 43 Punkte, 83 % Frauen

Marianne Giesert | DGB BILDUNGSWERK e.V. www.dgb-bildungswerk.de

DGB BILDUNGSWERK

Ergebnisse und Effekte in den beteiligten Betrieben

- Die Arbeitsorganisation konnte verbessert werden. Monotone Arbeitsabläufe wurden durch Lastwechsel und die Variation der Arbeitsanforderungen entschärft.
- Arbeitszeiten wurden so gestaltet, dass sie auch im Alter eingehalten werden können, z.B. bei Teilzeitarbeit – weitere unterschiedliche Modelle.
- Die Arbeitszeit war in dem einen Unternehmen mit schweren körperlichen Belastungen ein besonderes Problem, da auch über eine lange Zeit viele Überstunden gemacht wurden. Dieser Faktor hatte schon kurzfristig gesundheit-liche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten; denn hohe körperliche Belastungen, lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden mit geringen Erhol-

zeiten sind für ältere Arbeitnehmer nicht geeignet. Die Geschäftsführung änderte daraufhin kurzfristig die überlangen Arbeitszeiten.

- Beschäftigte und Führungskräfte werden kontinuierlich qualifiziert: z.B. wurden Führungskräfte geschult, die Gefährdungsbeurteilung mit Beteiligung der Beschäftigten durchzuführen. Zum Thema Heben und Tragen von Lasten wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen direkt am Arbeitsplatz geschult und unterwiesen.
- Eine kontinuierliche Weiterbildung der einzelnen Mitarbeiter zum Allrounder wurde gestartet, zur Stärkung der Arbeitsfähigkeit bis zur Rente.
- Eingeleitet wurde das Gesundheitsmanagement als gesamter Prozess im Betrieb. Er soll die Beschäftigten über ihr Arbeitsleben begleiten und das Selbst-verständnis im Betrieb bestimmen. Eingebunden sind dabei die Führungskräfte für die Schaffung einer Arbeitskultur, in der die Beschäftigten den Schutz und die Förderung ihrer Gesundheit sowie die Anerkennung ihrer Arbeit erfahren. Das ist nicht von heute auf morgen zu realisieren. Es wird längere Zeit in Anspruch nehmen, bzw. ein kontinuierlicher Prozess sein.
- In dem Zusammenhang ist auch der Arbeitskreis »Arbeit, Alter, Wohlbefinden« gegründet worden. Mitglied sind 4 Beschäftigte unter 40 Jahren, 4 Beschäftigte über 40 Jahren, eine Führungskraft, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Arbeitsmediziner, die Schwerbehindertenvertretung. Ziel dieser Gruppe ist, die Entwicklung von Maßnahmen zur Entlastung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis zur Rente. Dieser Arbeitskreis ist mit guten Ergebnissen im Projekt gelaufen und arbeitet jetzt weiter über das Projekt hinaus.

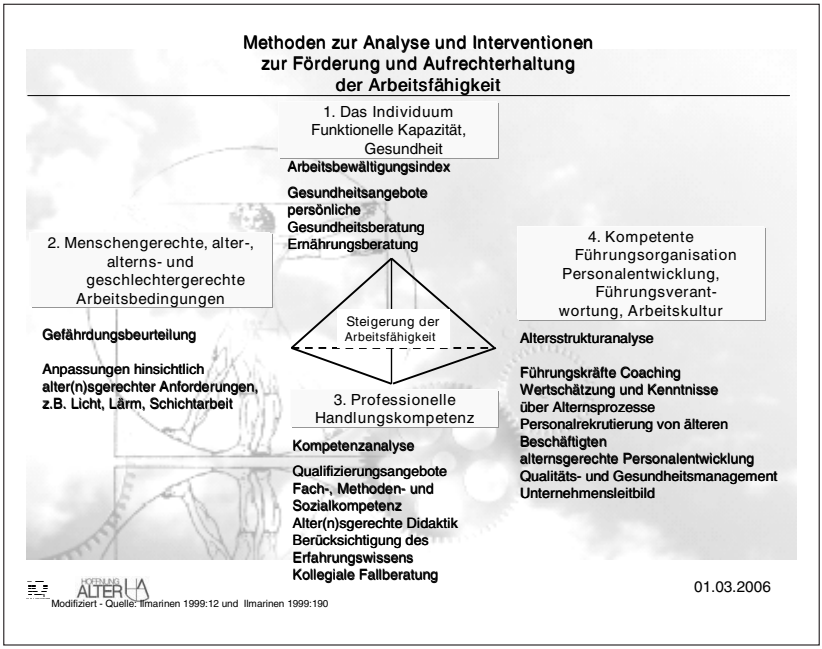
Weitere Erfahrungen haben wir im Projekt »Innovative Ansätze für eine alter(n)sgerechte Personalpolitik in der Pflege- und Gesundheitsbranche« in Brandenburg gemacht.

Dieses Projekt wird gefördert durch das Land Brandenburg und hat eine Laufzeit bis zum 30.04.2006. Träger ist der Förderverein Akademie der 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.

Ziel des Projektes ist es, in der Region Brandenburg kleine und mittlere Unternehmen durch kostengünstige Beratung, Qualifizierung und Coaching bei der Alternsgerechten Personalentwicklung zu unterstützen. Dabei soll das finnische Arbeitsfähigkeitskonzept Grundlage sein. Dazu wurde auch in zwei Unternehmen der Arbeitsbewältigungsindex als Analyseinstrument für die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten eingesetzt.

In der Abb. 6 sehen sie die in diesem Zusammenhang die eingesetzten Analyseinstrumente und Interventionen in den beteiligten Betrieben.

Abb 6: Methoden zur Analyse und Interventionen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit



Es ist ein erfolgreicher Prozess, der in den Betrieben einige positive Veränderungen für eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung mit sich bringt und damit sowohl den Betrieben und als auch den Beschäftigten zu Gute kommt.

Weitere Informationen zum Arbeitsfähigkeitskonzept und zum Arbeitsbewältigungsindex gibt es unter:
www.abi-nrw.de, www.arbeitsfaehigkeit.net, www.hatools.whpr.net

3.0 NADELSTICH-VERLETZUNGEN IM KRANKENHAUS

Dieter Weigel, Arbeitsmedizinisches Zentrum, Charité-Universitätskliniken

500.000 Stich- und Schnittverletzungen im Krankenhaus, so die Schätzungen, davon nur etwa 10 % auch gemeldet, stellen ein ernstes Problem für den Arbeitsschutz im Krankenhaus und die Gesundheit der dort Beschäftigten dar.

Daher müssen Präventionsmaßnahmen ergriffen werden, die kontinuierlich an den konkreten Arbeitsprozessen ansetzen.

Gefährdungen jeder Art sollten nach dem T-O-P-Prinzip in Angriff genommen werden, das heißt in der Rangfolge: zunächst technische, dann organisatorische, dann personenbezogene Maßnahmen.

Technische Maßnahmen wären im konkreten Fall unter anderem der Einsatz »sicherer Instrumente«.

Der Ausdruck »sicher« bezieht sich hier auf die Eigenschaft, dass derartige Instrumente nach Benutzung möglichst einfach »entschärft« werden können, so dass die Verletzungsgefahr minimiert wird.

Bereits in der ersten Fassung der »Technischen Regel Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen« (TRBA 250) fand sich die Formulierung, dass spitze, scharfe oder zerbrechliche Arbeitsgeräte durch solche Geräte ersetzt werden sollen, bei denen keine oder eine geringere Verletzungsgefahr besteht, insbesondere, wenn mit besonderen Gefährdungen zu rechnen sei. Beispielhaft hierfür wurden u.a. HIV-Schwerpunktpraxen und Rettungsdienst genannt.

(Nachtrag bei Drucklegung:) Anläßlich der letzten Änderung der TRBA im Jahre 2006 wurde dieser Punkt deutlich präzisiert:

Die Eigenschaften von »sicheren Arbeitsgeräten« wurden definiert (Sicherheitsmechanismus unmittelbar nach Gebrauch mit einer Hand zu aktivieren, erneuter Gebrauch des Geräts ausgeschlossen …).

Verpflichtend (»soweit technisch möglich«) ist der Einsatz derartiger Systeme künftig bei

- Patienten, die nachgewiesenermaßen mit Erregern der Risikogruppe 3 (einschließlich 3**) oder höher infiziert sind
- Behandlung fremdgefährdender Patienten

- im Rettungsdienst und in der Notaufnahme
- in Gefängniskrankenhäusern

»Grundsätzlich« sind sichere Geräte auch sonst bei Blutentnahmen sowie Punktionen zur Entnahme von Körperflüssigkeiten einzusetzen.

Hiervon darf jedoch unter bestimmten Bedingungen abgewichen werden: im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung werden Arbeitsabläufe festgelegt, die das Verletzungsrisiko minimieren oder es wird ein geringes Infektionsrisiko ermittelt; schriftliche Dokumentation dieser speziellen Gefährdungsbeurteilung unter Beteiligung des Betriebsarztes.

Die Botschaft ist deutlich: »sichere Arbeitsgeräte« sind vom Verordnungsgeber (und den arbeitsmedizinischen Experten) gewollt, für einen vermutlich begrenzten Zeitraum wird der Einsatz herkömmlicher Instrumente noch toleriert.

Organisatorische Maßnahmen bestehen z.B. anderem darin, dass nur ausgebildete und in die Handlungsabläufe eingewiesene Mitarbeiter infektionsträchtige Tätigkeiten ausüben, dass für störungsfreie Arbeitsabläufe gesorgt wird usw.

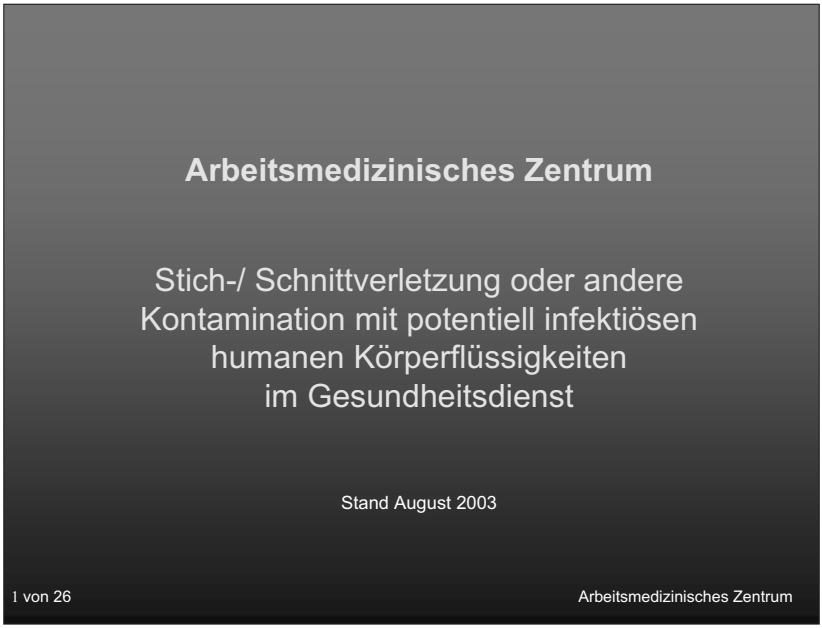
Stress, Notfallsituationen, schlechte Arbeitsorganisation und zu lange Dienste wirken hier kontraproduktiv.

Persönliche Schutzausrüstung ist hier nur begrenzt wirksam: stichsichere Handschuhe existieren nicht.

Selbstverständlich sollten dennoch Handschuhe getragen werden, und wenn die Gefahr von Verspritzen besteht (Durchspülen von Kathetern, …) sollte das Tragen von Schutzbrille und Mundschutz selbstverständlich sein.

Das eigentliche Thema meines Beitrags ist die Frage, was im Krankenhaus getan werden kann, um nach einer Stich-/Schnittverletzung die gesundheitlichen Folgen für den betroffenen Mitarbeiter möglichst gering zu halten.

(Folie 1)



Was ich hier vorstelle, ist nichts, was besonders neu oder revolutionär wäre. Die Besonderheit liegt vielleicht darin, dass das Verfahren hier bei uns in der Charité gut umgesetzt wird. Wir »tingeln« mit dem Vortrag über Stationen, manchmal auch zu Chefärzten, und das Thema wird regelmäßig in der Krankenpflegeschule vorgetragen. Ziel ist, alle Mitarbeiter für das Thema zu sensibilisieren: was ist zu tun nach Stich- und Schnittverletzungen.

(Folie 2)

Definitionen

Stich- / Schnittverletzung

- jegliche Stich-, Schnitt- u. Kratzverletzung der Haut durch Nadeln, Skalpelle, spitze und scharfe Gegenstände etc.,
- die mit Patientenblut und anderem potentiell infektiösem Material verunreinigt waren oder sein können,
- unabhängig davon ob die Wunde geblutet hat.

Kontamination

- Kontamination der vorgeschädigten Haut
- oder der Schleimhaut
- mit Patientenblut und anderem potentiell infektiösem Material

2 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

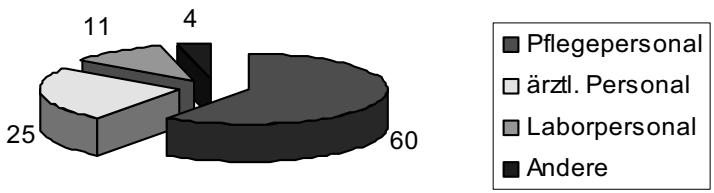
Zunächst ein paar Definitionen: Mit Stich- und Schnittverletzungen ist jeglicher Stich, Schnitt oder Kratzer der Haut durch Nadeln, Skalpelle oder ähnliche scharfe Gerätschaften gemeint, die mit Patientenblut oder anderem potentiell infektiösen Material verunreinigt waren oder sein können. Nicht wichtig hierbei ist die Frage, ob die Wunde des Verletzten geblutet hat oder nicht.

Eine Kontamination ist ein »Bekleckern« oder Verunreinigen von geschädigter Haut oder der Schleimhaut. Bei Schleimhäuten (Augen, Mund, Nase) muss man generell davon ausgehen, dass sie so empfindlich und verletzungsanfällig sind, dass sie für Krankheitserreger durchlässig sind.

Im Gegensatz dazu können die im Krankenhaus relevanten Erreger eine gesunde, intakte Haut nicht durchdringen.

(Folie 3)

Risikogruppen für Nadelstichverletzungen im Krankenhaus

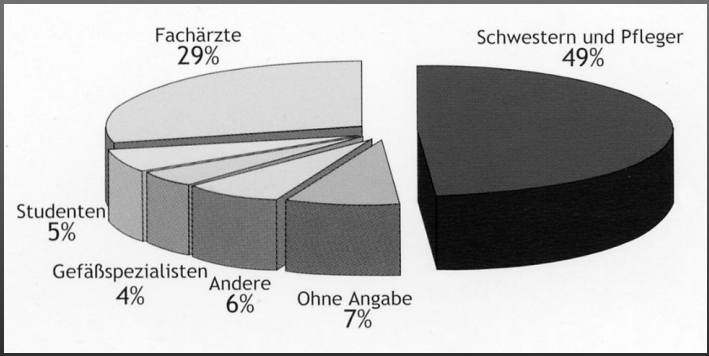


Bundesverband der Unfallkassen, 1997

3 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

(Folie 4)

Besonders gefährdete Personengruppen im Gesundheitsdienst



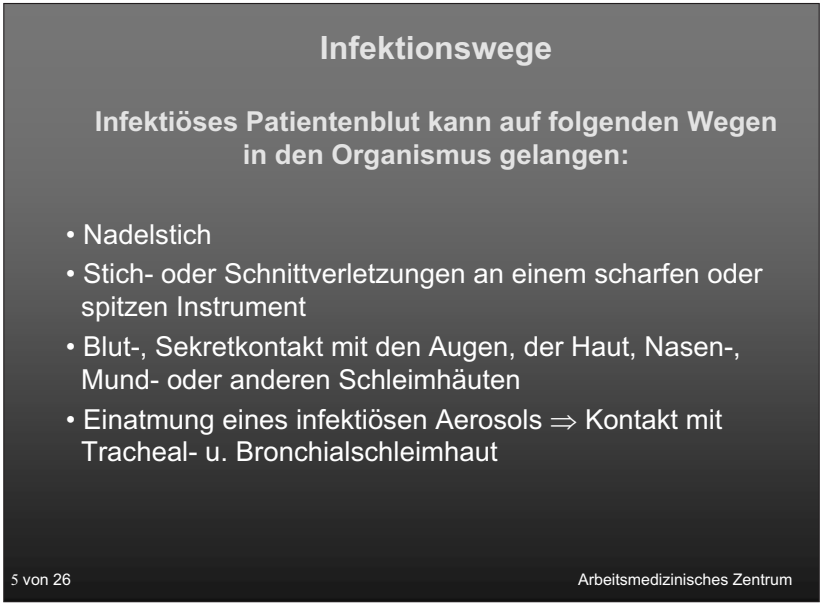
nach De Carli et al. 2002

4 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Hier eine Übersicht über die Stichverletzungs-Risikogruppen im Krankenhaus.

Die nicht ganz aktuelle Statistik zeigt, wenig überraschend, dass überwiegend Pflegepersonal und ärztliches Personal davon betroffen sind, also genau diejenigen, die überwiegend die Blutabnahmen und Injektionen vornehmen.

(Folie 5)



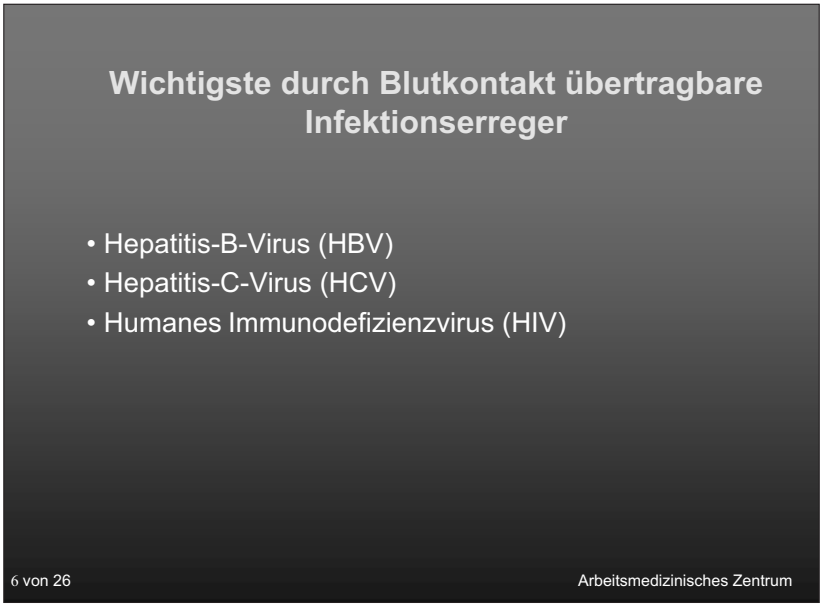
Der Eintrittsweg des Krankheitserreger in den Organismus ist meist der typische Kanülenstich, aber auch eine Stich- oder Schnittverletzung mit sonstigen scharfen Instrumenten (z.B. Skalpelle, manchmal aber auch scharfkantige zerbrochene Laborröhrchen.

Weiterhin kommt eine Kontamination der Schleimhäute überwiegend im Bereich von Augen, Nase und Mund in Frage.

Ein dritter Weg ist das Einatmen von infektiösen Tröpfchen, insbesondere wenn bei Tätigkeiten an den Atemwegen (Atemgymnastik, Absaugen von intubierten Patienten) der Patient hustet.

Aber auch Zahnarztbohrer und Zentrifugen können zum Entstehen lungengängiger infektiöser Partikel führen.

(Folie 6)



Die in der Praxis wichtigsten hierbei übertragenen Krankheitserreger sind aufgrund von Häufigkeit (Hepatitis) oder Gefährlichkeit (HIV) die Erreger von Hepatitis B, Hepatitis C und HIV.

Ein kurzer infektiologischer Exkurs für Nicht-Ärzte:

Früher kannte man nur die sogenannte Gelbsucht (medizinisch Hepatitis, Leberentzündung)

Erst später stellte man fest, dass sich hierunter verschiedene Krankheiten und Erreger verbergen, welche sich auch vom Übertragungsweg her wesentlich unterscheiden.

Die Hepatitis A ist eine virusbedingte Schmierinfektion (fäkal/oral, das heißt, der Ansteckungsweg geht von den Ausscheidungen zum Mund).

Es ist eigentlich eine typische Kinderkrankheit, aber auch eine Reisekrankheit.

Bei Einhaltung der üblichen Hygieneregeln ist eine Ansteckung von Mensch zu Mensch fast auszuschließen.

Ausnahme hierbei: im Bereich der Kleinkinderbetreuung kann durch engen körperlichen Kontakt eine Übertragung stattfinden, da eine Virusausscheidung über den Stuhlgang bereits etliche Tage vor der Erkrankung beginnt, und Kleinkinder

naturgemäß noch keine hohen Hygienestandards (Händewaschen nach dem Stuhlgang…) einhalten.

Mit den diagnostischen Fortschritten der 70iger Jahren fand man weitere Viren, welche Leberentzündungen auslösen konnten.

Für meine Ausführungen relevant davon sind eigentlich nur zwei Viren,die sich vom Krankheitsbild her sehr ähneln.

(Folie 7)

Hepatitis B

Erreger	Hepadnavirus, mehrere Genotypen
Inkubationszeit	1 – 6 Monate
Übertragung	Kontakt mit erregerhaltigen Körpersekreten, besonders Blut (z.B. kontaminierte med. Instrumente; aber auch durch Geschlechtsverkehr)
Verbreitung	weltweit ca. 5-8 % der Bevölkerung in Deutschland hat anti-HBc, ca. 0,7 % sind chronische Virusträger (ca. 500 000)
Klinik	symptomloser Verlauf möglich (auch bei Erwachsenen!); unspez. Prodromi: Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, rechtsseitge abdominelle Schmerzen, Leitsymptom: Ikterus (in 30% der Erwachsenen) in ca. 5-10 % chronische Hepatitis (Virusträger) Spätfolgen: Lebercirrhose, hepatocelluläres Karzinom
Therapie	Interferon / Lamivudin
Impfung	gentechnisch hergestellter Totimpfstoff

7 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Bei der Hepatitis B beträgt die Inkubationszeit, sprich die Zeit zwischen Ansteckung und Ausbruch der Krankheit, bis zu einem halben Jahr. Ansteckungsweg ist der direkte Blutkontakt.

Im Privatleben, und das ist auch die angenehmste Art, sich anzustecken, sind das Sexualkontakte.

Drogenabhängige infizieren sich durch gemeinsame Benutzung von Kanülen.

Im Krankenhaus, und kommen wir zu meinem Thema zurück, steckt man sich in der Regel durch Stich- und Schnittverletzungen mit kontaminierten Instrumenten an.

Die Hepatitis B ist weltweit verbreitet. Man nimmt an, dass in Deutschland ca. 5 – 8 % der Menschen irgendwann einmal eine Infektion durchgemacht haben, viele davon, ohne es zu merken. 90% der Infektionen heilen aus, ca. 10% bleiben chronisch krank.

Hierin liegt die Brisanz des Themas.

Man muß davon ausgehen, dass im Mitteleuropa ca. 0,07 %, also 7 von 1000 Personen, eine ansteckungsfähige Hepatitis B haben, oft, ohne davon zu wissen.

Bei Patienten aus anderen Erdteilen liegen die Zahlen teilweise noch wesentlich höher. In Südostasien gibt es Regionen, wo bis zu 30% der Menschen Hepatitis B Virusträger sind.

In der Praxis sollte man sicherheitshalber davon ausgehen, dass jeder Mensch Hepatitis-B-Virus-Träger sein kann, solange eine Infektion nicht durch eine Laboruntersuchung ausgeschlossen ist.

(Folie 8)

Hepatitis C

Erreger	Flavivirus (RNA – Virus), mehrere Genotypen
Inkubationszeit	15 - 150 Tage
Übertragung	Blutkontakt im weitesten Sinn, z.B. kontaminierte med. Instrumente, Geschlechtsverkehr (selten)
Verbreitung	weltweit Seroprävalenz in Deutschland ca. 0,4 – 0,7 % der Bevölkerung, davon sind ca. 70-80 % chronische Virusträger (400.000 bis 500.000)
Klinik	sehr häufig symptomloser Verlauf (auch bei Erwachsenen!); unspez. Prodromi: Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, rechtsseitige abdominelle Schmerzen, Leitsymptom: Ikterus, in ca. 80% Übergang in chronische Hepatitis Spätfolgen: Lebercirrhose, hepatocelluläres Karzinom
Therapie	Interferon und Ribaverin
Impfung	keine

8 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Bei der Hepatitis C beträgt die Inkubationszeit bis zu 5 Monaten, der Übertragungsweg entspricht dem der Hepatitis B, die Krankheit ist weltweit verbreitet.

Die Rate der chronischen Virusträger liegt jedoch wesentlich höher. 70 – 80% der Menschen, die Kontakt mit Hepatitis C hatten (was durch einen Labortest relativ einfach herauszufinden ist), sind Virusträger.

Diese wiederum sind leider nicht so leicht zu identifizieren.

Bei der Hepatitis B kann man anhand von zwei Laborparametern schnell sehen, ob ein Mensch nach Viruskontakt geheilt und immun oder Virusträger ist.

Bei der Hepatitis C muss mit einem aufwändigen und teueren Verfahren das Virus direkt im Blut gesucht werden.

Der Krankheitsverlauf ist bei Hepatitis B und -C ganz ähnlich.

Es gibt symptomlose Verläufe, manchmal treten unspezifische Symptome wie Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Gelenkschmerzen, manchmal kleinere Oberbauchbeschwerden auf.

Das Leitsymptom der Erkrankung ist die Gelbsucht. Die Leberfunktion ist gestört, und der Gallenfarbstoff staut sich im Blut.

Nach mehr oder minder langer Erkrankung werden die meisten Patienten mit Hepatitis B wieder gesund, lediglich ca. 10 % entwickeln eine chronische Hepatitis.

Bei der Hepatitis C bleiben unbehandelt ca. 80 % der Erkrankten chronisch krank. Die Spätfolgen sind jeweils die gleichen; Leberzirrhose und Gefahr von Leberkrebs.

Es gibt für beide Hepatitisformen Therapiemöglichkeiten mit nicht ganz schlechten Aussichten, und insbesondere bei der Hepatitis C bestehen bei frühzeitigem Therapiebeginn recht gute Heilungschancen.

Das hat praktische Konsequenzen für unseren Leitfaden zum Vorgehen nach Stichverletzung, den ich Ihnen gleich noch vorstelle.

Eine vorbeugende Impfung gibt es derzeit nur gegen die Hepatitis B.

(Folie 9)

HIV

Erreger	Retroviridae (Human Immunodeficiency Virus) 2 Typen: HIV 1, HIV 2; mit Untergruppen und diversen Subtypen
Inkubationszeit	ca. 2 Wochen bis zur akuten Initial-Erkrankung; danach sehr variables latentes, symptomfreies Intervall (Jahre)
Übertragung	Blutkontakt (im weitesten Sinn, z.B. kontaminierte med. Instrumente), Geschlechtsverkehr
Verbreitung	Weltweit, mit Schwerpunkt Afrika und Asien. ca. 39 000 Virusträger in Deutschland (ca. 0,05 % der Bevölkerung). Höhere Prävalenz in Risikogruppen: u.a. i.v.-Drogenbenutzer, männl. Homosexuelle. 1600-2000 Neuinfektionen/Jahr in Deutschland (RKI)
Klinik	Akute Erkrankung „grippeähnlich“, nach Jahren Übergang in zunehmende Immunsuppression und Auftreten Erkrankungen, die durch Schwächung der zellulären Abwehr begünstigt werden: „opportunistische Infektionen“, TBC, Lymphome
Therapie	diverse anti-retrovirale Medikamente in Kombinationen. „Heilung“ bisher nicht möglich
Impfung	keine

9 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Einige Worte zu HIV:

Nach der Ansteckung treten relativ schnell völlig unspezifische Symptome auf, ähnlich einem grippalen Infekt mit Lymphknotenschwellung. Dann kommt ein symptomfreies oder symptomarmes Intervall, welches sehr lange dauern kann.

Zum eigentlichen Krankheitsausbruch kommt es, wenn sich das Virus im Immunsystem festgesetzt hat und es funktionsuntüchtig macht.

Dies führt dazu, dass HIV vom Körper selbst nicht bekämpft werden kann, dass aber auch viele andere Krankheiten, die von gesunden Menschen mit intaktem Immunsystem mühelos abgewehrt werden, ausbrechen und zu schweren Erkrankungen führen.

Ein Beispiel hierfür sind Pilzerkrankungen der Schleimhäute und der Lunge. Diese Pilze kommen bei jedem im und auf dem Körper vor, und sie gefährden uns nicht, weil unser Immunsystem dafür sorgt, dass sie sich nicht ausbreiten können.

Beim Zusammenbruch des Immunsystems kommt es zu einer ungehemmten Ausbreitung der Pilze, die dann auch innere Organe befallen können.

Auch andere Infektionskrankheiten, z.B. Tuberkulose, treten gehäuft auf.

Man geht davon aus, dass in Deutschland 0,05 % der Bevölkerung, d.h. 5 von 10.000 Leuten, Virusträger sind.

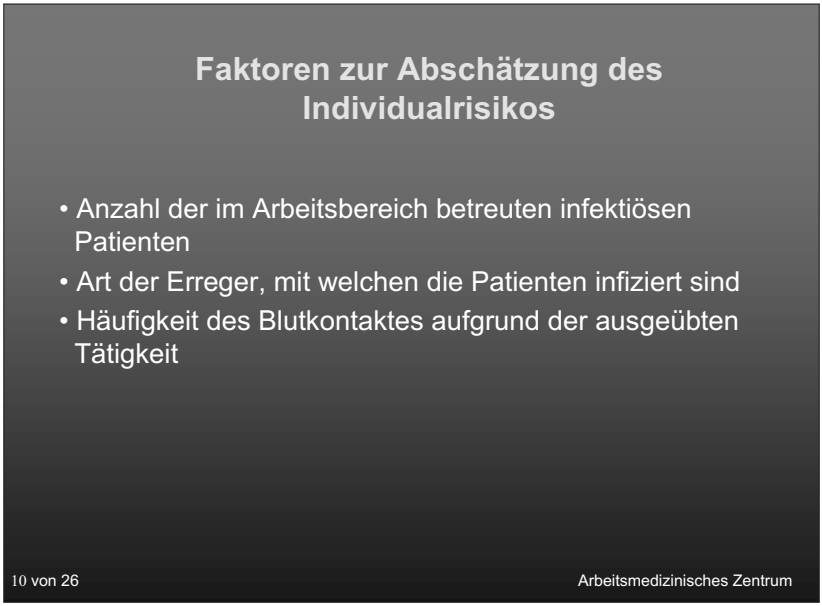
Höhere Zahlen findet man in den so genannten Risikogruppen, beispielsweise bei Drogenabhängigen.

Es gibt seit einigen Jahren Therapiemöglichkeiten, so dass man mit der Krankheit HIV relativ lange relativ gut leben kann, allerdings mit Betonung auf dem Wörtchen relativ.

Die erforderlichen Medikamente müssen häufig, pünktlich und regelmäßig genommen werden und haben nicht unerhebliche Nebenwirkungen.

Eine vorbeugende Impfung gibt es derzeit noch nicht.

(Folie 10)



Bei Abschätzung des Infektionsrisikos durch eine Stichverletzung ist zu berücksichtigen, dass es Arbeitsbereiche gibt, die aufgrund des betreuten Patientenkollektivs ein erhöhtes Infektionsrisiko haben, beispielsweise Infektionsstationen.

(Folie 11)

Infektionsrisiko

Übertragungswahrscheinlichkeiten nach Nadelstichverletzung mit bekannt *positivem „Spender“* und bekannt *negativem „Empfänger“*:

- HBV - ca. 30 %
- HBV-Risiko bei HBe-Ag positivem Spender - 100 %!
- HCV - ca. 3 %
- HIV - unter 0,3 %

11 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

(Folie 12)

Erhöhtes Infektionsrisiko

Das Risiko einer blutübertragbaren Infektion ist erhöht bei:

- tiefer Verletzung
- sichtbarem Blut auf dem Instrument
- zuvor in ein Gefäßlumen eingeführter Nadel
- hoher Erregerzahl im Patientenblut („virusload“)

12 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Die Übertragungswahrscheinlichkeit nach Nadelstichverletzung mit infektiösem Blut hängt vor allem von der Art des Erregers ab.

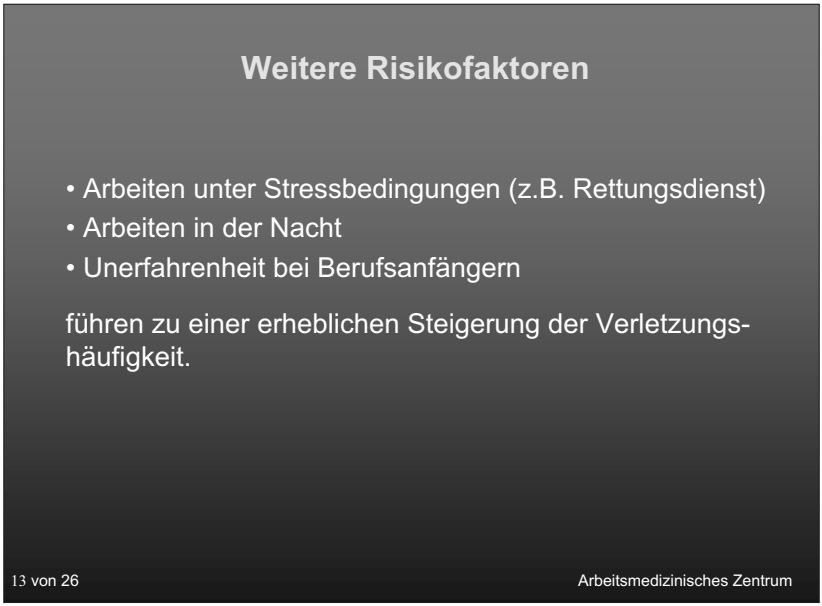
Bei Hepatitis B liegt sie bei ca. 30 % (bei hochinfektiösen »Blutspendern« kann die Ansteckungsrate allerdings auf bis zu 100 % steigen), bei Hepatitis C bei 3 % und bei HIV unter 0,3 %.

Auch die übertragene Blutmenge ist natürlich von Bedeutung.

Eine tiefe Stichverletzung mit einer dicken Blutabnahmekanüle birgt ein höheres Risiko als eine oberflächliche Hautläsion mit einer ganz feinen Schleimhautnadel.

Wichtig ist letztlich auch, welche Virusmenge der Patient im Blut hat.

(Folie 13)



Überall wo es Arbeiten unter Notfallbedingungen gibt, lässt die Konzentration auf sichere Arbeitstechniken zwangsläufig nach. Das Gleiche gilt für Nachtarbeit, zumal wenn man nicht ausreichend geschlafen hat oder die Nachtschichten nicht arbeitsphysiologisch gut geregelt sind.

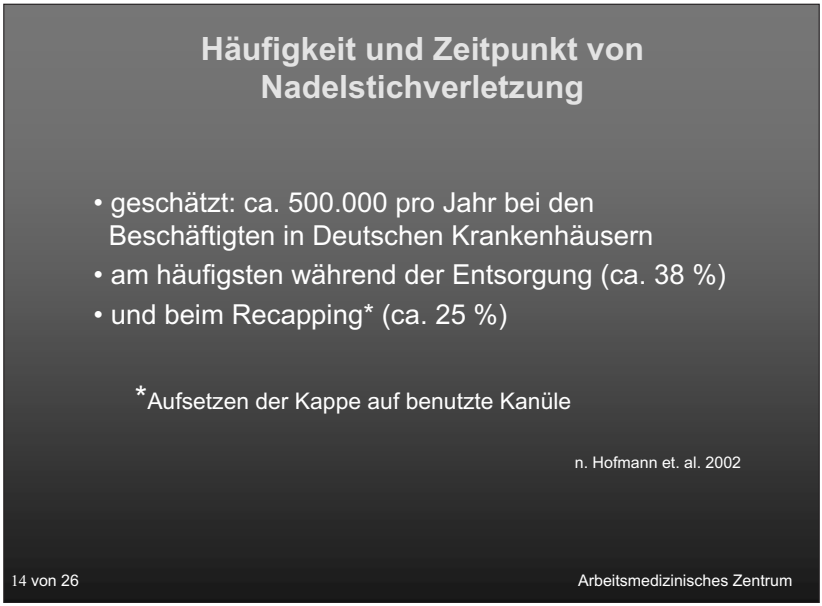
Dies sollte im Sinne der Verhältnisprävention noch mehr Beachtung finden.

Arbeitsunfälle jeder Art, aber auch Stichverletzungen, haben typische Häufigkeiten in Abhängigkeit von der Berufserfahrung.

Bei Berufsanfängern findet man zunächst ziemlich hohe Unfallraten. Dann kommt eine Phase, in der die Zahl der Unfälle deutlich absinkt, man arbeitet routiniert und sorgfältig.

Bei Leuten höheren Dienstalters kommt es typischerweise wieder zu einem Anstieg der Unfallhäufigkeiten, wenn Routine in Sorglosigkeit und Selbstüberschätzung umschlägt.

(Folie 14)



Am häufigsten kommt es zu Stichverletzungen während der Entsorgung der benutzten Kanülen/Instrumente.

An der Charité besteht die Regelung, dass jeder Nadelstichverletzte persönlich zum Betriebsarzt geht, um dort im Rahmen einer Beratung den genauen Unfallablauf zu klären.

Auch nach unseren Erhebungen ereignen sich die meisten Verletzungen nach der Blutentnahme, wenn die Nadel entsorgt wird.

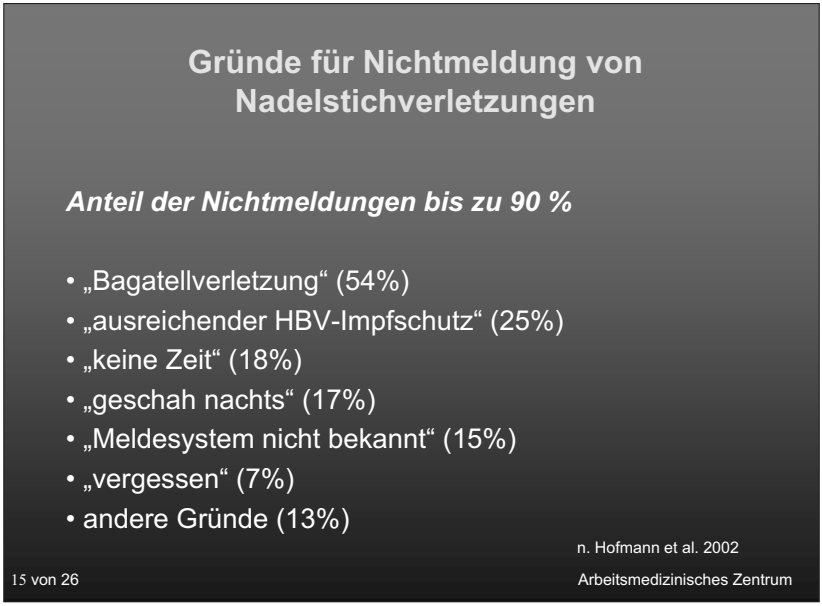
Es gibt verschiedene Möglichkeiten das falsch zu machen.

Eine der beliebtesten und dümmsten ist immer noch das so genannte re-capping d.h. der Versuch, die benutzte Kanüle in die Schutzhülle zurückzustecken.

Auch in Bereichen, wo ordentliche Nadelabwurfbehälter vorzufinden sind, bedeutet das nicht zwangsläufig bedeuten, dass kein re-capping vorkommt. Werfen Sie mal einen Blick in diese Kanister, und sie werden immer noch Bereiche finden, wo die Nadeln ordentlich re-capped in diesen Sicherheitseimer abgeworfen werden.

Das ist dann ein Punkt, wo sich Beratungsmaßnahmen lohnen.

(Folie 15)



Bei 90 %, so hatte ich eingangs erwähnt, liegt die Dunkelziffer. Woran liegt das?

Zum an der Annahme, das sei nur eine Bagatellverletzung. Das ist retrospektiv meist auch zutreffend, aber leider nicht immer.

Andere melden sich nicht, weil sie gegen Hepatitis ausreichend geimpft sind. Das ist natürlich lobenswert, aber kein Grund, eine Stichverletzung nicht zu melden, da bekanntlich außer der Hepatitis B noch andere Krankheiten übertragen werden können.

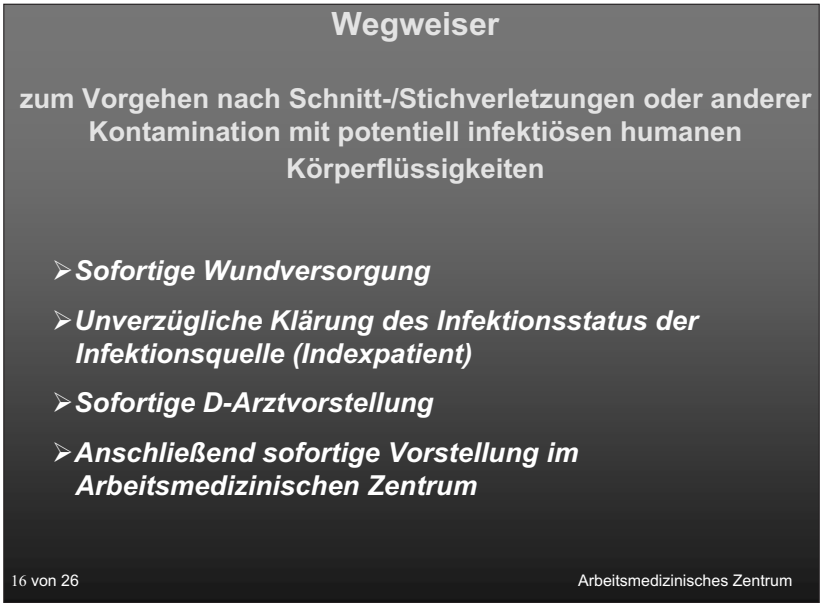
Die Begründung »keine Zeit« ist in der Klinik sehr beliebt, vor allem bei Ärzten, die haben selten Zeit…

Dass Unfälle auch nachts geschehen, sollte kein Grund sein, die erforderlichen Sofortmaßnahmen zu unterlassen. Das Ausfüllen des Meldeformulars kann natürlich auch am nächsten Werktag nachgeholt werden…

Dass das Meldesystem nicht bekannt sei, wird auch in der Charité noch gelegentlich angeführt.

Das ist einer der Gründe, weswegen unser »Wegweiser zum Vorgehen nach Stich- und Schnittverletzungen«, den ich im Folgenden vorstelle, erstellt und klinikintern bekannt gemacht wurde.

(Folie 16)



(Folie 17)

➢ *Sofortige Wundversorgung (I)*

Stich-/ Schnittverletzungen

Kontamination vorgeschädigter Haut

Blutfluss fördern durch Druck auf das umliegende Gewebe (mind. 1 Min.)

Intensive Desinfektion mit **hochproz. Alkohollösung** (mind. 70 %ig), z.B. Desderman N o. **Kombinationspräparat** mit hochproz. Alkohollösung u. PVP-Jodlösung, z.B. Braunoderm o. Betaseptic

17 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

(Folie 18)

➢ *Sofortige Wundversorgung (II)*

Kontamination von Schleimhaut (Auge, Mundhöhle)

Intensive Spülung mit **nächstmöglich Erreichbarem:**
Wasser oder isoton. Kochsalzlösung
o. für *Mundhöhle:* Betaisodona-Mund-Antiseptikum o. hochproz. unvergällte Alkohollösung
o. für *Auge:* isoton. wässr. PVP-Jodlösung (2,5 %)

18 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Nach Verletzung soll eine sofortige Wundversorgung durchgeführt werden, was im Wesentlichen eine Wunddesinfektion beinhaltet. Weiterhin wird empfohlen, den Stichkanal ausdrücken, obwohl nach neuerer Literatur eine Wirksamkeit dieser Maßnahme nicht belegt ist.

(Folie 19)

➢ ***Unverzügliche Klärung des Infektionsstatus der Infektionsquelle (Indexpatient)***

Wer?	Stationsarzt oder diensthabende(r) Arzt/Ärztin	
Wie?	Patientenakte, falls aktuelle Befunde fehlen: Blutentnahme sofort (mit schriftlicher Einwilligung des Patienten!)	
Was?	HBsAg, Anti-HIV 1/2	ggf. Laborschnelltest
	Anti-HBc, Anti-HBs u. Anti-HCV	ggf. Normallabor
Wo?	CVK: Institut für Laboratoriumsmedizin u. Pathobiochemie CCM: Institut für Medizinische Virologie	

19 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Als nächstes ist unverzüglich klären, ob der Indexpatient, also der Blutspender, hinsichtlich Hepatitis B, C und HIV infektiös ist.

Bewußseinsklare Indexpatienten werden um ihr Einverständnis zur Blutentnahme gebeten (soweit die Daten nicht ohnehin aus der Patientenakte hervorgehen).

Wenn der »Blutspender« stationär liegt, ist der Stationsarzt per Dienstanweisung verpflichtet, dieses Verfahren zu unterstützen.

Bei nicht ansprechbaren Patienten, ist durch Anweisung des ärztlichen Direktors geregelt, dass Blut abgenommen werden darf, das Einverständnis des Betreffenden wird vorausgesetzt.

Juristisch gesehen ist dieses Vorgehen nicht ganz unproblematisch. Sie ist das Ergebnis einer Rechtsgüterabwägung, der Entscheidung nämlich, ob das Recht des

verletzten Mitarbeiters, eine optimale Versorgung zu bekommen oder das Recht des Patienten, eine für ihn medizinisch nicht notwendige Blutentnahme abzulehnen, höher zu gewichten ist.

Möglichst umgehend nach der Verletzung soll der Durchgangsarzt aufgesucht werden.

Dies zum einen deswegen, weil der D-Arzt aufgrund berufsgenossenschaftlicher Festlegung bei Arbeitsunfällen einzuschalten ist. Zum anderen ist er im Gegensatz zu uns Betriebsärzten rund um die Uhr ansprechbar.

Sofort anschließend, oder ggf. am nächsten Werktag sollte dann der Betriebsarzt aufgesucht werden.

(Folie 22)

Was ist die Aufgabe des Betriebsarztes im weiteren Verlauf?

Wir haben drei Verfahrensroutinen nach Stich- und Schnittverletzungen:

Bei HepatitisB, -C und HIV negativen Indexpatient könnte man im Prinzip die Akten schließen.

Weil jedoch bekannt ist, dass es in relativ seltenen Fällen falsch negative Laborergebnisse gibt (vom Labor nicht erkannte Infektiosität des Indexpatienten), führen

wir unter Berücksichtigung der Inkubationszeiten Laborkontrollen über einen Zeitraum von 6 Monaten durch.

Nach 4 bis 6 Wochen, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten erfolgt eine Bestimmung von Anikörpern gegen Hepatitis B (falls der Mitarbeiter nicht geimpft war), immer aber von Hepatitis C und HIV.

Wenn der Indexpatient eine Hepatitis C hat, dann läuft die Routine anders.

Dann erfolgt die erste Blutkontrolle beim Mitarbeiter bereits nach 2 Wochen, zusätzlich findet eine Bestimmung der Hepatitis-C-Viren im Blut statt. Falls bei dem Verletzten Viren nachgewiesen werden, werden zur Einleitung einer Therapie unverzüglich unsere Leberspezialisten eingeschaltet. Diese Therapie hat im Frühstadium einer Hepatitis C gute Erfolgsaussichten.

(Folie 20)

(Folie 23)

Postexpositionelle Prophylaxe (PEP)

- Vermeidung einer Virusinfektion nach Blutkontakt bei Nadelstichverletzung / Kontamination
- bei HBV: Gabe von Hepatitis-B-Impfstoff u. Hepatitis-Immunglobulin innerhalb von max. 72 Std. bei ungeschützten Personen
- bei HIV: sofortige Einleitung der trivalenten antiviralen Therapie (durch diensthabenden Infektiologen)
- HCV-Infektion noch nicht durch PEP zu verhindern, evtl. sehr früh nach der Infektion (HCV-Genom) begonnene Interferon/Ribaverin-Therapie ⇒ HCV-Elimination mit großer Wahrscheinlichkeit möglich

23 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Ist der Index-Patient HIV-positiv, wird der verletzte Mitarbeiter aufgefordert, sich unverzüglich in unserer HIV-Tagesklinik oder beim diensthabenden Infektiologen vorzustellen. Der führt eine Beratung durch um zu klären, ob eine »postexpositionelle Prophylaxe« (PEP) zur Verhinderung einer Infektion indiziert ist.

Ein ähnliches Verfahren wird bei nicht gegen Hepatitis B immunen Mitarbeitern durchgeführt, falls diese sich mit einer Hepatitis-B-kontaminierten Nadel stechen. Hier würde man die Impfung beginnen und gleichzeitig ein Hepatitis-B-Hyperimmunglobulin geben.

(Folie 24)

Betriebsärztliche Betreuung durch das AMZ

- Unterstützung bei vollständiger Realisierung aller notwendigen Maßnahmen
- Nachuntersuchungen einschl. postexpositioneller serologischer Verlaufskontrollen
- Dokumentation in der Gesundheitsakte einschl. Berichtswesen
- umfassende arbeitsmedizinische Beratung: Unfallanalyse und Prävention

24 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

(Folie 25)

Prävention

- Impfprävention (Hepatitis B)
- persönliche Schutzausrüstung (Handschuhe, Schutz-kleidung,Schutzbrillen etc.)
- Abwurf- und Entsorgungsbehälter
- ergonomisch günstige Aufstellung von Abwurfbehältern
- gute Arbeitsplatzbeleuchtung
- Optimierung von Arbeitsabläufen
- verbesserte Arbeitsanweisungen
- ggf. Einsatz von sogenannten sicheren Instrumenten

25 von 26 Arbeitsmedizinisches Zentrum

Die letzten beiden Folien fassen nochmals die Aufgaben des Arbeitsmedizinischen Zentrums zusammen.

Neben organisatorischen, beratenden und betreuenden Schritten nach Stichverletzungen sind dies präventive Maßnahmen.

Neben der Impfprävention, die annähernd 100 %ig wirksam, aber nur für Hepatitis B verfügbar ist, sind dies vor allem technische und arbeitsorganisatorische Maßnahmen.

4. ÜBERLANGE ARBEITSZEITEN ABBAUEN – NEUE ARBEITSZEITREGELUNG IM KLINIKUM ANSBACH (BETRIEBSVEREINBARUNG)

Norbert Lechler, Betriebsratsvorsitzender, Klinikum Ansbach

Anlässlich einer bevorstehenden Rechtsformänderung im Jahr 2001 beschloss die Personalvertretung, alle geltenden Arbeitszeitregelungen zu kündigen und mit der künftigen Klinikleitung neu zu vereinbaren. Grund dafür war insbesondere die Befürchtung, dass nach der Rechtsformänderung durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die Arbeitsverdichtung und damit der physische und psychische Arbeitsdruck für die Beschäftigten weiter zunehmen werde. Die bevorstehenden Änderungen der Krankenhausfinanzierung durch Fallpauschalen (DRG) ließen eine weitere Verschärfung der Arbeitsbedingungen erwarten.

Auch die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes, nachdem Bereitschaftsdienst im Sinne des Arbeitsschutzes als Arbeitszeit zu werten ist, ergab einen zusätzlichen Handlungsbedarf.

Die Kündigung der Arbeitszeitregelungen löste nicht nur bei der Klinikleitung Unruhe aus. Auch unter den Beschäftigten war die Verunsicherung groß. In Personalversammlungen, Betriebszeitungen und zahlreichen Gesprächen informierte die Personalvertretung jeweils zeitnah über die geplanten Änderungen. Nur durch das geschlossene Auftreten des Personalrats konnte diese »heiße Phase« ohne größere Probleme durchgestanden werden. Erleichtert wurden die Verhandlungen mit der Klinikleitung durch eine gesetzliche Regelung, nach der die Krankenhäuser einen Aufschlag von 0,2 % ihres Budgets erhielten, die mit der Personalvertretung eine »Dienstvereinbarung über die Verbesserung der Arbeitszeiten in Krankenhäusern« abgeschlossen hatten.

Die Arbeitszeiten der Funktionsbereiche und des ärztlichen Dienstes unterschieden sich bis dahin nicht wesentlich von denen anderer Krankenhäuser:

- nach einem 8-Stunden-Arbeitstag schloss sich ein bis 16-stündiger Bereitschaftsdienst an
- z.T. bezahlte 24-Stunden-Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen über die Regelarbeitszeit hinaus

- hohe Auslastung in den Bereitschaftsdiensten,
- Verlagerung von Routinetätigkeiten in Bereitschaftsdienste,
- hohe Überstundenzahl,
- Demotivation und Frustration der Mitarbeiter.

Dass derartige Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern von den Beschäftigten überhaupt akzeptiert wurden, hat sehr unterschiedliche Gründe.

Bereitschaftsdienste sind im ärztlichen Bereich über lange Zeit hauptsächlich von Assistenzärzten in Weiterbildung mit befristeten Arbeitsverträgen für einen überschaubaren Zeitraum geleistet worden. Durch Bereitschaftsdienste und Überstunden konnten sie z.B. ihren »OP-Katalog« schneller abarbeiten, dadurch die Facharztausbildung verkürzen und mit den Bereitschaftsdienstvergütungen relativ viel Geld verdienen. Es traf hier normalerweise junge »Dynamiker«. »Ältere« Fachärzte leisteten als Oberärzte den in der Regel weniger belastenden Hintergrunddienst in Form von Rufbereitschaft von zu Hause aus. 50 oder gar 60 jährige Assistenten im Bereitschaftsdienst waren, zumindest in unserem Haus, eher Seltenheit.

Diese Situation hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Aufgrund der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen lassen sich nach der klinischen Zeit weniger Ärzte nieder. Dadurch steigt der Altersdurchschnitt der im Krankenhaus tätigen Ärzte, die Bereitschaftsdienst leisten müssen. Hinzu kommt, dass wegen Personaleinsparungen in den Krankenhäusern der Arbeitsdruck bereits während der Regelarbeitszeit erheblich zugenommen hat und immer weniger Studienabgänger eine Tätigkeit im Krankenhaus beginnen.

Auch in den nichtärztlichen Funktionsbereichen nahmen Altersdurchschnitt und Arbeitsbelastung permanent zu. Nicht selten wurden »ausgepowerte« Mitarbeiter, die nicht mehr Schritt halten konnten, in »ruhigere« Bereiche umgesetzt.

Art. 6 (1) ArbZG: »Die Arbeitszeit der Nacht- und Schichtarbeitnehmer ist nach den gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit festzulegen.«

Der Personalrat beschloss, Art. 6 (1) ArbZG in den Mittelpunkt der künftigen Arbeitszeitregelungen zu stellen. Durch entsprechende Vereinbarungen sollten ausreichend Rekonvaleszenzzeiten geschaffen werden, die neben einer Verminderung der physischen und psychischen Belastung auch soziale Belange der Mitarbeiter berücksichtigen.

Zunächst legte der Personalrat die eigenen Rahmenbedingungen für die anstehenden Gespräche und Verhandlungen zu den geplanten Arbeitszeitänderungen fest.

- Aktive Beteiligung der Mitarbeiter,
- Akzeptanz der Mitarbeiter,
- Keine Verlängerung der Anwesenheitszeiten,
- Keine »Umwandlung« von Arbeitszeitreduzierungen in Überstunden,
- Freizeitausgleich statt Überstundenvergütung,
- Maximal 48 Wochenstunden pro 7-Tage-Zeitraum,
- Mindestens 11 Std. tägliche Ruhezeit,
- Mindestens 35 Std. Ruhezeit pro 7-Tage-Zeitraum,
- Keine Bereitschaftsdienste zu Zeiten mit mehr als 50 % Auslastung,
- Sinnvolle Nutzungsmöglichkeit und Planbarkeit der Freizeit,
- Einrichtung von Arbeitszeitkonten mit Regelungen für Zeiten personeller Engpässe, die zwingend in Freizeit ausgeglichen werden,
- Die entstehende Freizeit darf nicht als »Reserve« genutzt werden,
- Kontrollmöglichkeit der Arbeitszeiten durch ein elektronisches Zeiterfassungssystem.

Bei den Gesprächen mit den Beschäftigten zeigte sich, dass sich die betroffenen Beschäftigten vor allem wegen der künftigen Nachtdienste Sorgen machten. Die meisten konnten sich nicht vorstellen, nach vielen Jahren Bereitschaftsdienst Nachtdienst wie das Pflegepersonal auf den Stationen zu machen, nachts um zwei Uhr Arztbriefe zu diktieren oder schlaftrunkene Patienten zu sonografieren. Man wollte zwar deutlich kürzere Arbeitszeiten, aber nicht auf das Bereitschaftszimmer verzichten.

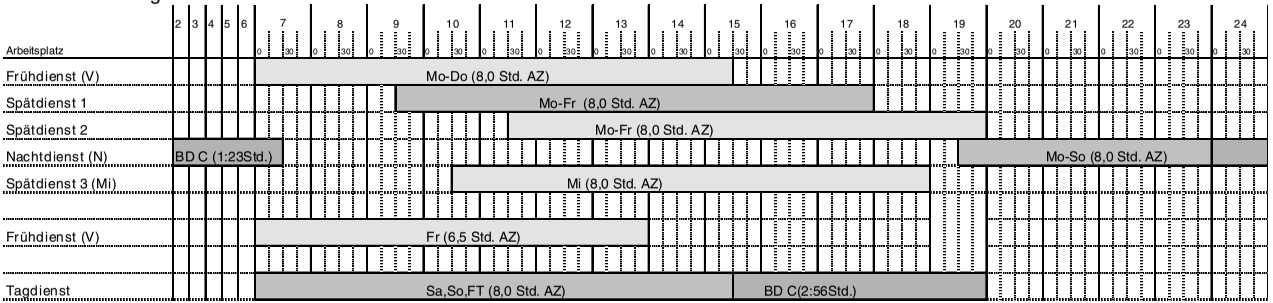
Daher wurde von Seiten des Personalrats nach einer Möglichkeit gesucht, Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst zu verknüpfen und trotzdem die Vorgaben des EuGH zu beachten.

Ab Januar 2002 wurde in jeder Abteilung mit Bereitschaftsdienst die Inanspruchnahme in dieser Zeit dokumentiert.

Mit Hilfe der Bereitschaftsdienstaufzeichnungen wurden für jeden Bereich »Betriebszeiten« definiert, bei denen die Inanspruchnahme über 50% lag. Während dieser Zeiten war somit kein Bereitschaftsdienst möglich. Ein weiteres Problem war, dass bei einer Kombination von Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst mit weniger als 10 Stunden die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit nicht erreicht wurde.

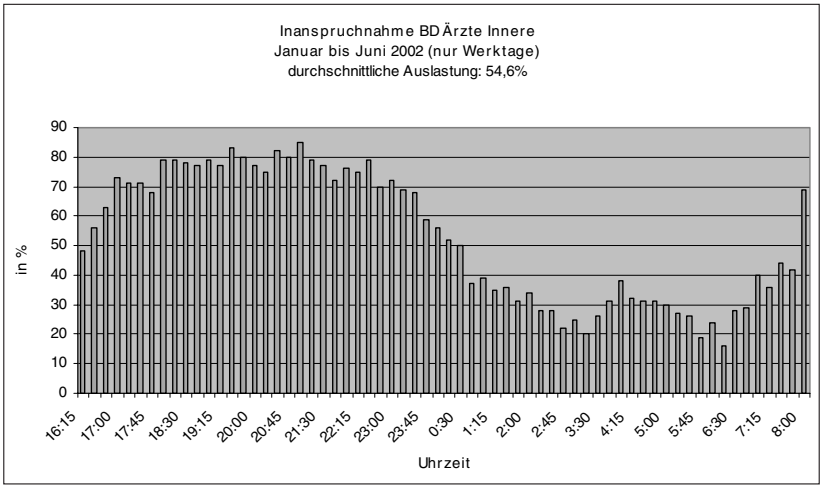
Gemäß BAT kann die tägliche Arbeitszeit auf bis zu 12 Stunden verlängert werden, wenn der Angestellte lediglich an der Arbeitsstelle anwesend sein muß, um im Bedarfsfall vorkommende Arbeiten zu verrichten.

Anästhesie Pflege



Der Personalrat beschloss daher, von dieser Regelung Gebrauch zu machen, solange die Mindestruhezeit der EU-Richtlinie gewährleistet ist und keine entsprechenden Änderungen im ArbZG oder Tarifvertrag vorgenommen wurden.

Die neuen Arbeitszeiten sollten im Falle einer absoluten Obergrenze von 10 Stunden relativ einfach auf die neuen Bestimmungen abgeändert werden können. Dies ist uns in allen Bereichen gelungen, da die Verlängerung oder Verschiebung des Spätdienstes und die Verkürzung des Nachtdienstes kurzfristig und ohne größere organisatorische Änderungen durchgeführt werden kann. Allerdings müßten dann die Zeiten des Bereitschaftsdienstes in Vollarbeit umgewandelt werden.



Eine bestimmte Anzahl von Nachtdiensten hintereinander wurde in den Arbeitszeitregelungen nicht festgelegt, wobei die Höchstgrenze von 48 Stunden innerhalb von 7 Tagen zu berücksichtigen ist. In zahlreich erstellten Musterdienstplänen zeigte sich, dass für die Beschäftigten ein sog. 4/3-Rhythmus am günstigsten ist. Der erste Mitarbeiter beginnt mit insgesamt. 4 Nachtdiensten Dienstag abend. Der zweite Mitarbeiter fängt am Samstag abend mit insgesamt 3 Nächten an. Die meisten Abteilungen halten sich an diesen Rhythmus, da der Informationsfluss und zusammenhängende Freizeit hierbei am besten gewährleistet sind.

Der erste und wohl wichtigste Schritt war eine »Rahmendienstvereinbarung« zwischen Klinikleitung und Personalrat. Darin wurde neben der Bildung einer Arbeitsgruppe und einem Zeitrahmen das gemeinsame Ziel beschrieben:

§ 2 Ziel: Die Vertragsparteien stimmen überein, daß insbesondere in Bereichen mit Bereitschaftsdiensten Änderungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Arbeitszeitfestsetzung für Mitarbeitergruppe: Ärzte — Abteilung: Anästhesie — Anlage: 4.4.1.6

gültig ab: 01. Januar 2004

Schichtart	Rahmenzeit / Gleitzeit		Normalzeit			Schichtdauer in Std.		Sollzeit	festgelegte Ruhepause		Dauer der Ruhepause		Karenzzeit J / N		Bemerkung
	Beginn	Ende	von	bis	K	von Std.	bis Std.	in Std.	von	bis	von Std.	bis Std.	vor	nach	
T	07:30	16:15	07:30	16:00		08:00	08:15	07:42	gleitend		00:30		J	N	Mo-Fr
S	10:30	19:15	10:30	19:00		08:00	08:15	07:42	gleitend		00:30		J	N	Mo-Fr
I	07:00	16:15	07:00	15:30		08:00	08:45	07:42	gleitend		00:30		J	N	Mo-Fr
IS	12:00	20:30	12:00	20:30		08:00		07:42	gleitend		00:30		J	J	Mo-Fr
WT	08:00	21:00	08:00	21:00			12:00	12:00	gleitend		01:00		J	J	Sa,So,F
N	20:00	8:30	20:00	8:30			05:00	11:00	keine				J	N	Mo-So

K = Kernzeit

Schichtart	Bereitschaftsdienst		Rufdienst			Dauer	BRD-Stufe	bewertete AZ	nach						Bemerkung
	Beginn	Ende	Beginn	bis	K	in Std.	in %	in Std.	Schichtart						
B5	00:00	07:30				07:30	80	06:00	N						Mo-So
R1			19:00	07:30		12:30			S						Mo-Do
R2			19:00	08:30		13:30			S						Fr
R3			16:00	08:30		16:30									Sa,F<fT
R4			16:00	07:30		15:30									So,F<AT
R5			19:00	07:30		12:30			S						Mo-Fr
R6			07:30	07:30		24:00									Sa,So,F

Teilnehmer am Nachtdier 1 AA täglich

Freizeitausgleich: Sollzeit des Arbeitsmusters

Teilnehmer am RD: 1 OA, 1 AA täglich

Nacharbeit: FA möglich

Arbeit in RB: FA möglich

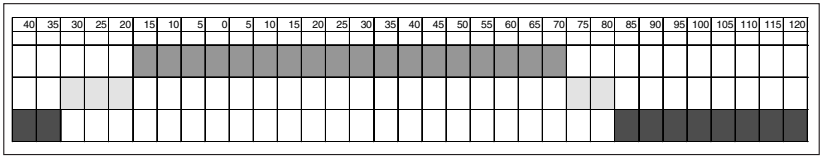
notwendig sind. Um dieses Ziel zu erreichen wird eine Arbeitsgruppe gebildet, die hierfür im Rahmen der gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen, wirtschaftlich vertretbare Lösungen erarbeitet.

Die Erkenntnis aller Beteiligten, dass Veränderungen der Arbeitsbedingungen tatsächlich notwendig waren, erleichterte die weiteren Gespräche und Verhandlungen erheblich. Der allgegenwärtige Spruch »Das geht bei uns nicht« stand natürlich auch bei uns am Anfang aller Gespräche.

Kurz nachdem die erste Abteilung auf die neue Arbeitszeit umgestellt hatte, kamen Beschäftigte aus anderen Bereichen auf den Personalrat zu, die ihre Arbeitszeiten ebenfalls ändern wollten.

Es zeigte sich rasch, dass der Wunsch nach einer Verringerung der Arbeitsbelastung weitaus stärker war, als die Angst vor Veränderungen. Insbesondere ältere Mitarbeiter und »Familienmenschen« äußerten sich sehr positiv über die Arbeitszeitänderungen. Aus heutiger Sicht kann man den Eindruck haben, dass viele dieser Beschäftigten die Arbeitsbedingungen vor allem deshalb schweigend ertragen haben, damit sie nicht als weniger belastbar als ihre jüngeren Kollegen erscheinen.

Arbeitszeitkonto – Ampelkonto



Die Einführung von Arbeitszeitkonten in Verbindung mit einem elektronischen Zeiterfassungssystem war bei der Umstellung der Arbeitszeiten sehr hilfreich. Nachdem die zuvor zusätzlich vergüteten Wochenenden und Feiertage, sowie Teile des Bereitschaftsdienstes nunmehr in Freizeit ausgeglichen wurden, entstanden in diesen Abteilungen natürlich personelle Engpässe. Im ärztlichen Bereich konnten diese durch Verlängerungen befristeter Arbeitsverträge kompensiert werden, in den anderen Funktionsbereichen durch Neueinstellungen. *Insgesamt wurden durch die Arbeitszeitumstellungen ca. 20 neue Stellen geschaffen. Finanziert wurden diese Stellen aus eingesparten Bereitschaftsdienst- und eingesparten Überstundenvergütungen, dem bereits erwähnten Budgetzuschlag aufgrund gesetzlicher Regelungen sowie diversen Umstrukturierungen.*

Um die von den Beschäftigten befürchteten Einkommensverluste zu vermindern, wurden verschiedene Varianten angeboten:

- geleisteter Bereitschaftsdienst kann komplett oder mit mind. 7,7, Std. in Freizeit ausgeglichen werden, der Rest wird vergütet,
- im Rufdienst geleistete Stunden können in verschiedenen Bereichen in Freizeit ausgeglichen oder vergütet werden.

Überraschend viele Abteilungen haben sich für einen kompletten Freizeitausgleich entschieden. Die so eingesparten Kosten konnten in zusätzliches Personal investiert werden.

Seit 2003 beteiligt sich unser Haus an dem neuen Krankenhausabrechnungssystem DRG. Durch die erhebliche Senkung der Verweildauer und deutlich beschleunigte Organisationsabläufe findet die erwartete Arbeitsverdichtung tatsächlich statt. Die neuen Arbeitszeiten unseres Hauses ermöglichen in Verbindung mit dem Zeiterfassungssystem und den Arbeitszeitkonten hier eine höchstmögliche Flexibilität, die nicht nur zu Lasten der Beschäftigten geht. Durch die entsprechenden Vereinbarungen ist auch bei hoher Arbeitsauslastung die planbare Freizeit der MitarbeiterInnen sichergestellt.

Als Beispiel hierfür mag der Kontostand der Arbeitszeitkonten aller ca. 1.000 Beschäftigten zum 31.12.2003 dienen. Ca. 2.000 Plusstunden stehen ca. 300 Minusstunden gegenüber, was durchschnittlich 1,7 »Überstunden« pro Beschäftigten entspricht, ein Wert, der sich auch im Vergleich mit anderen Krankenhäusern durchaus sehen lassen kann.

Nach zwei Jahren Erfahrungen mit den neuen Arbeitszeiten zeigt sich, dass die Akzeptanz unter den Beschäftigten sehr hoch ist, auch wenn, vor allem im ärztlichen Bereich, die Einkommensminderungen z. T. deutlich sind. Nachfragen ergeben, dass im Prinzip niemand mehr den alten Arbeitszeit- und Bereitschaftsdienstregelungen nachtrauert.

Von Seiten der Klinikleitung ist man mit den getroffenen Vereinbarungen ebenfalls zufrieden. Mittlerweile wird bei Stellenangeboten des Klinikums sogar mit unseren Arbeitszeiten, den Arbeitszeitkonten und dem Zeiterfassungssystem geworben.

5. ARBEITSSCHUTZ ORGANISIEREN UND ÜBERWACHEN

5.1 DIE GRUNDSTRUKTUR ZUR UMSETZUNG UND ORGANISATION DES ARBEITSSCHUTZES IN EINER HOCHSPEZIALISIERTEN FACHKLINIK IN NRW,

Mümtaz Köksal, Kaufmännischer Direktor der Klinik

Die rechtssichere und effiziente Umsetzung unter Berücksichtigung der aktuellen Vorschriften, so kann die Herausforderung vor dem das Krankenhaus vor 3 Jahren stand, bezeichnet werden. Damit diese Herausforderung nicht nur den formalen Kriterien des Amts für Arbeitsschutz stand hält, sondern auch allen Mitarbeitern unmittelbar nutzt, setzte sich die Fachklinik ein hohes Niveau im Arbeitsschutz als Unternehmensziel.

Mit Hilfe eines externen Arbeitsicherheitsexperten konnte mehr Licht in das Dickicht aus Gesetzen, Verordnungen, Normen und Formularen gebracht werden. Die Vielzahl der gesetzlichen Auflagen wurde aufgelistet und Prioritäten bei der Umsetzung vergeben. Folgende Themenfelder konnten als die mit der höchsten Priorität für die Klinik definiert werden: Brandschutz, Erste Hilfe, Gefahrenstoffe, MPBetreibV/1 und 2, Betriebsmittel, Röntgen und Biostoffe.

Um die obigen Themenfelder sukzessive in Angriff zu nehmen, wurde zunächst eine Ist-Analyse durchgeführt. Aus der Analyse ließen sich verschiedene Maßnahmenpakete ableiten, die innerhalb von 2 Jahren abgearbeitet werden sollten. Die kurze Zeit von der Analysephase zur Umsetzung kann als ein Indikator für das Bekenntnis der Unternehmensführung zum Stellenwert des Gesundheitserhaltung und -förderung der Mitarbeiter gewertet werden.

Zunächst wurde in der Klinik der organisatorische Rahmen durch die Bildung eines Arbeitssicherheitsausschusses etabliert. Nachdem in den jeweiligen Funktionsbereichen alle Sicherheitsbeauftragten schriftlich benannt und in externen Lehrgängen ausgebildet werden konnten, transformierten die Sicherheitsbeauftragten in regelmäßigen Unterweisungen ihr Wissen an ihre Kollegen in den Funktionsbereichen. Regelmäßige Begehungen in allen Bereichen der Klinik waren zudem hilfreich die Mitarbeiter zu gewinnen und somit weitere Punkte des Maßnahmenkatalogs zügig umzusetzen. Dies umfasst z.B. die Organisation und Umsetzung der

MPBetreibV, Gefährdungsanalysen und Prüflisten der einzelnen Funktionsbereiche, die Organisation und Umsetzung der Betriebssicherheitsverordnung und der neuen Gefahrstoffverordnung. Es konnten stoffbezogene Betriebsanweisungen für den Umgang mit Gefahrstoffen und berufsbezogene Gefährdungsanalysen nach der Betriebssicherheitsverordnung erstellt werden. Die Erstellung von Arbeitsmitteldatenblättern nach der Betriebssicherheitsverordnung und des Gefahrstoffkataster mit Gefährdungsermittlung für den Umgang mit Gefahrstoffen waren weitere Ergebnisse in der Umsetzungsphase.

Die vor kurzem durchgeführten Begehungen der Berufsgenossenschaft Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und des Amtes für Arbeitsschutz bescheinigen der Klinik nicht nur eine vorbildliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, sondern ermutigen in einem weiteren Schritt, die nun anstehende Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsmanagements anzugehen.

Berücksichtigt man die obigen Leistungen, in Anbetracht der wirtschaftlich engen Spielräume eines Krankenhauses im DRG-Zeitalter, so kann hier von einer umfassenden erfolgreichen Umsetzung gesprochen werden. Damit ist die Unternehmensleitung ihrem Ziel, den/die Mitarbeiter/in in den Mittelpunkt zu stellen, ein deutliches Stück weiter gekommen.

5.2. ÜBERWACHEN UND BERATEN – WIE KANN DIE ARBEITSSCHUTZBEHÖRDE IHREM AUFTRAG GERECHT WERDEN?

Rainer Gensch; Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit, Berlin

»Die Überwachung des Arbeitsschutzes ist staatliche Aufgabe«.

So bringt das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) den Beitrag der staatlichen Verwaltung zum Arbeitsschutz auf den Punkt (§ 21 Abs. 1 Satz 1). Das entsprechende Gebot, welches der Gesetzgeber an die Verwaltung richtet, lautet *»Die zuständigen Behörden haben die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen zu überwachen und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten zu beraten« (§ 21 Abs. 1 Satz 2)*.

Das Gebot richtet sich zunächst an die Bundesländer: sie haben Organisationen (»Behörden«) zu schaffen, die in der Lage sind, den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Inwieweit die Behörden den Auftrag erfüllen können, wird bei der gegenwärtig prekären Haushaltslage der Länder überwiegend finanzpolitisch entschieden. D.h.: die Arbeitsmöglichkeiten der Behörden werden nicht an einem fachpolitisch festgelegten Bedarf an Überwachung ausgerichtet. Sie ergeben sich vielmehr aus einem Ausgangsstatus, von dem aus dann Kürzungen vorgenommen werden, die bestenfalls im selbem Umfang erfolgen wie in der übrigen Verwaltung.

Überwachung der Normbefolgung

In dem sich somit ständig verengenden Rahmen hat die Behörde »die Einhaltung des Gesetzes« zu überwachen. Dieser Auftrag ist sowohl quantitativ, als auch qualitativ recht unbestimmt. Deshalb ist eine fachpolitische Steuerung erforderlich, die dadurch erschwert wird, dass die Wirksamkeit der behördlichen Arbeit auf der Basis der veröffentlichten (Leistungs-)Daten kaum eingeschätzt werden kann (Gensch, 2006). Gleichwohl muss die Behörde täglich aufs Neue entscheiden, wen oder was, wo, wie und wann sie überwachen soll.

- Trotz der Unbestimmtheit des Überwachungsauftrages ist zumindest eine Aussage möglich, was behördliche Überwachung nicht sein kann. Wenn nämlich die Einhaltung des Gesetzes (oder anders ausgedrückt: die Befolgung der Norm) zu überwachen ist, muss »Irgendjemand« vorausgesetzt werden, der zu befolgen hat. Da aber z.B. die Luft im Arbeitsbereich nicht in der Lage ist, die Norm zu befolgen, kann die Luft (bzw. ihre Qualität) auch nicht Gegenstand der behörd-

lichen Überwachung sein. Vielmehr ist die Überwachung der Luftqualität Sache des Arbeitgebers.

- Auch ein Arbeitsmittel ist nicht in der Lage, die Norm zu befolgen. Das Arbeitsmittel wird vom Arbeitgeber bereitgestellt und von den Beschäftigten benutzt. Deshalb gilt, dass der Zustand des Arbeitsmittels vom Arbeitgeber (und nicht von der Behörde) regelmäßig und ggf. unter Zuhilfenahme von Sachkundigen überprüft werden muss. Selbst die sog. »überwachungs-bedürftigen Anlagen« (z.B. Aufzüge) werden nicht von der Behörde überwacht, sondern von Sachverständigen (z.B. TÜV), die der Arbeitgeber beauftragt.

Es lassen sich im Arbeitsschutz somit zwei Arten von Überwachung unterscheiden. Da ist zunächst die Überwachung der (um in der Terminologie des ArbSchG zu bleiben) »Umstände der Arbeit«. Diese Überwachung ist Bestandteil der Normbefolgung durch den Normadressaten »Arbeitgeber« (als »Rechtsunterworfenem«). Er hat die gesundheitsrelevanten Umstände der Arbeit zu ermitteln und hinsichtlich des Erfordernisses von Schutzmaßnahmen zu bewerten (§ 3 Abs. 1). Er hat die jeweils erforderlichen Maßnahmen auszuwählen, durchzuführen und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Von der Überwachung der Umstände der Arbeit ist zu unterscheiden die Überwachung der Erfüllung der Pflichten. Mit dieser Überwachung befolgt der Normadressat »Behörde« (als Teil des »Rechtstabes«) das an ihn gerichtete Gebot.

Um diese Unterscheidung besser nachvollziehbar zu machen, soll zunächst dargelegt werden, welchen Zweck und welche Mittel der Normautor im ArbSchG festlegt. Der Zweck besteht im Sichern und Verbessern von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit (§ 1 Abs. 1). Der Zweck ist erfüllt, wenn die Arbeit der Beschäftigten menschengerecht ist, und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sowie Arbeitsunfälle verhütet sind (§ 2 Abs. 1). Der Zweck des Gesetzes erfüllt sich jedoch nicht von alleine. Vielmehr muss irgendjemand beauftragt werden zu handeln. Dieser irgendjemand ist der Rechtsunterworfene. Durch sein Handeln soll der Zweck des Gesetzes erfüllt werden. Der Rechtsunterworfene wird vom Normautor instrumentalisiert, er ist Werkzeug, er ist »Mittel zum Zweck«. Damit er »funktioniert«, muss ihm gesagt werden, wie er handeln soll. Erst dadurch, dass er so handelt, wie er handeln soll, befolgt er das Gesetz.

Der Normadressat ist nun aber keine Maschine, sondern eine Person. Die Norm ist kein Konstruktionsplan, mit dem ihre Funktionsweise substantiell determiniert wäre. Vielmehr stellt die Norm ein Programm dar, mit dessen Anwendung der Normadressat die jeweils richtige Handlung aus der Fülle möglicher Handlungen selektiert. Er hat die Freiheit, sich programmieren zu lassen oder auch nicht. Er hat die

Freiheit, sich dem Programm entsprechend zu verhalten oder auch nicht. Da er sich jedoch nicht irgendwie verhalten soll, sondern programmgemäß, entsteht das Problem, zu dessen Lösung die Behörde geschaffen ist.

Durchsetzung der Norm

Dadurch, dass der Normautor ein Modell richtigen Verhaltens vorgibt, will er das Verhalten der Normadressaten anleiten und steuern. Die Behörde soll nun dafür sorgen, dass das tatsächliche Verhalten dem normativen Verhaltensmodell entspricht. Es geht also darum, der Norm zur Wirksamkeit zu verhelfen. Dies leistet die Behörde nicht dadurch, dass sie die Norm selbst anwendet (also etwa die Rolle des Arbeitgebers übernimmt), sondern indem sie die Norm implementiert und durchsetzt.

- Mit dem Begriff der Durchsetzung ist die Realisierung der Norminhalte durch die Anwendung von Zwangsmitteln gemeint. Wäre das Arbeitsschutzrecht nach dem Muster »Wenn Ampel rot, dann anhalten« gestrickt, wäre es leicht zu befolgen und seine Befolgung leicht zu kontrollieren. Der Norminhalt des Arbeitsschutzrechts besteht jedoch nicht aus einer abgeschlossenen Sammlung vorgegebener Maßnahmen, deren Erfordernis sich mit einem Konditional-programm aus vorgegebenen Tatbeständen ableiten ließe (Gensch, 2006a).

Tatsächlich handelt es sich beim modernen (deregulierten) Arbeitsschutzrecht im wesentlichen um Handlungsanleitungen in der Form von Organisations- und Verfahrensvorschriften. Dies trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass es im Arbeitsschutz um komplexe Probleme der Arbeitsgestaltung geht, die sich nicht durch die Vorgabe einer zwangsläufig begrenzten Zahl von Maßnahmen lösen lassen, die »in jedem Fall« durchzuführen sind. Dem Normadressaten soll bzw. muss einerseits die Möglichkeit eingeräumt werden, unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände selbst zu entscheiden, was die jeweils richtige Maßnahme des Arbeitsschutzes ist.

Andererseits – und das ist die zwangsläufige »Nebenwirkung« der Deregulierung – ***darf*** *der Normadressat nicht nur entscheiden, er* ***muss*** *auch entscheiden* (weil dies kein anderer mehr für ihn tut). Er muss somit eine Entscheidungsarbeit leisten, die ihm früher der Gesetzgeber abgenommen hatte (Gensch, 2004). Es wäre jedoch nicht im Sinne des Normautors, wenn der Normadressat nicht richtig entscheiden würde. Deshalb weist der Normautor an, wie der Normadressat vorgehen soll, um zu den jeweils richtigen Maßnahmen zu kommen. Er soll eine – in den Grundzügen vorgegebene – Organisation schaffen, die in der Lage ist, in einem vorgegebenen (Entscheidung-)Verfahren und unter Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitsumstände sowie unter Beachtung vorgegebener Ziele und unter Anwendung vorgegebener Auswahlprinzipien und Auswahlkriterien die jeweils richtigen Maßnahmen festzulegen (Gensch, 2005).

Besteht der Norminhalt nicht aus vorgegebenen Maßnahmen, sondern aus Regeln der Entscheidungsfindung, so kann auch der Normalfall der Durchsetzung nicht darin bestehen, bestimmte Maßnahmen, sondern vielmehr die Beachtung der Entscheidungsregeln zu erreichen. Die Norm ist ja erst dann befolgt, der Norminhalt erst dann realisiert, wenn der Normadressat die richtigen Maßnahmen festgelegt und durchgeführt hat. Hat er dies (noch) nicht getan, so wäre es nicht im Sinne des Normautors, wenn die Behörde das an seiner Statt erledigen würde: der Normalfall soll die Befolgung sein.

D.h.: die Behörde muss den Normadressaten (wenn es nötig und Erfolg versprechend ist auch mit Zwangsmaßnahmen) dazu bringen, die von ihm erwartete Entscheidungsarbeit qualifiziert zu erledigen. Führt diese Arbeit zum falschen Ergebnis, wird ihre Wiederholung durchzusetzen sein. Wird ihr Ergebnis nicht umgesetzt, wird die Umsetzung durchgesetzt werden müssen. Von diesem für die Behörde geltenden Verhaltensmodell gibt es nur eine Abweichung: droht den Beschäftigten durch Nicht-Entscheidung des Arbeitgebers unmittelbare Gefahr, so legt die Behörde die erforderliche Maßnahme selbst fest. Durchführen muss aber der Arbeitgeber. Der Rechtsstab nimmt dem Rechtsunterworfenen also allenfalls die Entscheidung, nicht aber ihre Umsetzung ab.

- Nicht unerwähnt bleiben soll, dass sich auch die Bugeldtatbestände, die in den Verordnungen nach ArbSchG aufgeführt sind, kaum auf die Nicht-Durchführung bestimmter Maßnahmen, sondern überwiegend auf die Nicht-Befolgung von Verfahrensvorschriften beziehen. Per se ordnungswidrig kann bspw. das Nicht-Durchführen der Gefährdungsbeurteilung sein (BiostoffV, GefStoffV), nicht aber das Zulassen einer Gefährdung der Beschäftigten etwa durch rückenschädigende Hebearbeiten, durch inakzeptable Lichtverhältnisse oder durch unsichere Gerätschaften. Kommt der Arbeitgeber indes einer vollziehbaren Anordnung der Behörde nicht nach (setzt er also eine von ihr getroffene Maßnahmen-entscheidung nicht um), so handelt er wiederum ordnungswidrig.

Durchsetzung und Befolgung

Ob bzw. inwieweit Durchsetzung und Sanktionierung eine über die Bereinigung des Einzelfalls hinausgehende verhaltenssteuernde Wirkung hat, ist für den Bereich des Arbeitsschutzes weitgehend unbekannt. Es wäre jedoch sicher ein Fehler, Durchsetzung (als Realisierung des Norminhaltes mit Zwangsmitteln) mit Befolgung (als Übereinstimmung von Verhalten und normativer Verhaltenserwartung) gleichzusetzen (Noll, 1972). Wenn Durchsetzung und Sanktionierung die Befolgung der Norm überhaupt bewirken können, dann gerade nicht im Einzelfall ihres tatsächlichen

Vollzuges, sondern dadurch, dass sie »jederzeit« erfolgen können, also dadurch, dass sie bei Nicht-Befolgung »drohen« (Luhmann, 2003).

Die Drohung muss aber – um verhaltenssteuernd wirken zu können – überzeugend sein. D.h.: die Kontrolldichte darf nicht soweit absinken, dass das Risiko der Aufdeckung von Nicht-Befolgung für die Normadressaten zu vernachlässigen ist. Bei dem bereits eingetretenen Verlust an Überwachungskapazität dürfte die Beobachtung durch die Behörde alleine schon heute kein Aufdeckungsrisiko mehr mit sich bringen, dessen Höhe irgendjemanden von der Nicht-Befolgung der Norm abhält.

Das Aufdeckungsrisiko wird jedoch dadurch erhöht, dass die ganz überwiegende Zahl von Nicht-Befolgungen nicht im Schutz des privaten Bereichs, sondern betriebsöffentlich (insb. im Falle von Baustellen auch in einer breiteren Öffentlichkeit) stattfindet. D.h.: selbst wenn eine Nicht-Befolgung für die Behörde mangels Präsens vor Ort nicht mehr sichtbar ist, so wird sie doch von einer Vielzahl von Personen bemerkt (insb. von den Beschäftigten und den Betriebsräten). Diese Personen können Befolgung verlangen und sich bei Nicht-Befolgung beschwerdeführend an die Behörde wenden (z.B. § 17 Abs. 2 ArbSchG). Beschwerden sind also ein unverzichtbares Mittel, um Interventionsbedarf gezielt erkennen zu können.

- Nur ist die Nicht-Befolgung der Norm für die Beschäftigten nicht eben einfach festzustellen. Es handelt sich ja im Regelfall nicht um die leicht zu erkennende Übertretung eines Verbotes (die Regelungsform des ArbSchG und der Verordnungen ist ganz überwiegend das Gebot, nicht das Verbot). Vielmehr geht es um die Nicht-Durchführung von Maßnahmen, deren Erfordernis nach dem oben Gesagten gar nicht von vornherein feststeht, sondern erst von demjenigen, der sie durchführen soll, festgestellt werden muss.
- Insofern haben die Beschäftigten, die als Nebenfolge des Arbeitsvertrages vom Arbeitgeber die Normbefolgung erwarten können, keinen leichten Stand. Sie können – ebenso wie die Behörde – nicht auf einen Maßnahmenkatalog zurückgreifen, mit dessen Hilfe sie mühelos »checken« könnten, ob der Arbeitgeber die richtigen Maßnahmen durchgeführt hat. Vielmehr müssen sie denselben Prozess des Herausfindens der richtigen Maßnahmen durchlaufen, den auch der Arbeitgeber – allerdings unterstützt durch seine Experten – durchlaufen hat oder hätte durchlaufen müssen.

Soll der Arbeitgeber nun aber nicht zu einer Auffassung von der Gefährdung und die Beschäftigten zu einer anderen gelangen, ist es zwingend, dass die Gefährdungsermittlung und -beurteilung gemeinsam vorgenommen, und dass über das Ergebnis Konsens erreicht wird. In jedem Falle ist er erforderlich, dass der Arbeitge-

ber die Ergebnisse der Bewertung sowie die festgelegten Maßnahmen den Beschäftigten im Rahmen der Unterweisung bekannt gibt. Die Behörde indes ist als Außenstehende von der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung ausgeschlossen.

Wenn sie die Richtigkeit der betrieblichen Maßnahmen beurteilen können will, bleibt ihr keine andere Wahl, als selbst eine (Parallel-)Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen, deren Ergebnisse sie dann mit den betrieblichen Ergebnissen vergleichen muss. Das ist zweifelsfrei aufwändiger, als ein Vergleich tatsächlich durchgeführter Maßnahmen mit vorgegebenen Maßnahmen. Deshalb führt die Deregulierung auch zu einem höheren Überwachungsaufwand, der – neben dem Ressourcenverlust – das Absinken der Kontrolldichte bewirkt.

Bewirken von Befolgung

Bei der geschilderten Lage (sinkende Kontrolldichte, fehlende Wirkung der Betriebskontrollen über den Einzelfall hinaus) muss nach anderen bzw. zusätzlichen Formen der Implementierung der Norm gesucht werden. Wenn das Bewirken von Befolgung angezielt wird, ist ohnehin nicht der Betrieb, sondern der Normadressat der Gegenstand der behördlichen Einwirkung. Der Betrieb ist lediglich einer von vielen Orten, an dem der Normadressat angetroffen werden kann. Er ist aber der einzige Ort, an dem die Folgen der Handlungen des Normadressaten beobachtet werden können. Hier lassen sich auch die vom Normadressaten bereits getroffene Fehlentscheidungen identifizieren und korrigieren (Korrektur der Nicht-Befolgung: rückwärtsgewandte Intervention).

Geht es aber um die Beeinflussung des zukünftige Entscheidens und Handelns des Normadressaten (Bewirken von Befolgung: vorwärtsgewandte Intervention), so müssen vorrangig andere, tauglichere Mittel eingesetzt werden. Die Mittel sind danach auszuwählen, inwieweit sie geeignet sind, das zukünftige Verhalten der Akteure zu beeinflussen. Im Vordergrund stehen dabei zweifellos die Akteure, die infolge eines gesetzlichen Auftrages direkt mit der Gestaltung der Arbeit befasst sind (also Arbeitgeber, Betriebsräte, Betriebsärzte und FASIs). Ferner sind auch die Akteure von Bedeutung, die zwar nicht zum betrieblichen »Arbeitsschutzstab« gehören, jedoch als Helfer der Normadressaten fungieren (wie etwa Architekten, Planer, Ausstatter, Lieferanten etc).

Diese Personen werden bei den Betriebskontrollen möglicherweise gar nicht angetroffen. Selbst der Arbeitgeber ist häufig nicht präsent oder lässt sich durch die FASI oder andere »Beauftragte« vertreten. Deshalb müssen andere Wege gefunden werden, auf denen sich Begegnung und Kommunikation ermöglichen lässt, wenn möglich auch mit mehr als nur einer (ggf. dann auch noch »nicht-zuständige«) Per-

son. Wichtige Ansprechpartner der Behörde sind ferner die Stellen, auf die die Normadressaten hören (z.B. Kammern, Innungen, Verbände) oder von denen sie abhängig sind (z.B. Auftraggeber, Kunden). Diese Stellen gilt es zu veranlassen, im Sinne der Normbefolgung auf die Adressaten einzuwirken und dort ihren Einfluss geltend zu machen.

Gründe der Nicht-Befolgung

Der Behörde zu Hilfe kommt, dass die überwiegende Zahl der Fälle von Nicht-Befolgung der Arbeitsschutzvorschriften nicht auf einer bewussten Entscheidung gegen die Norm basiert. Der Adressat des Arbeitsschutzrechts zweifelt im Regelfall weder an, dass der Normautor befugt ist, Arbeitsschutznormen zu erlassen. Noch bestreitet er, dass die Ziele des Arbeitsschutzes richtig sind. Wäre dies der Fall, stünde die Behörde auf verlorenem Posten.

Der häufigste Grund für Nicht-Befolgung ist nach behördlicher Erfahrung vielmehr, dass dem Normadressaten die Vorschriften nicht oder nur vom Hörensagen bekannt sind. Insofern kann er gar keine Wahl treffen zwischen Befolgung und Nicht-Befolgung: er weiß nicht, was Befolgung im Sinne des modernen Arbeitschutzrechts eigentlich ist. Aber selbst wenn der Normadressat die Norm kennt (also z.B. gelesen hat), versteht er sie meist nicht und/oder kann sie nicht umsetzen (Gensch, 2006a). Dafür unterscheidet sich die Norm zu sehr von dem, was er sich unter einer »richtigen« Vorschrift vorstellt.

- So erwartet er von einer Vorschrift vorzugsweise klare »Befehle«, aus denen er ableiten kann, was genau er zu tun hat. Wenn eine Norm – wie etwa das ArbSchG, die LasthandhabV oder die ArbStättV – keine unmittelbar umsetzbaren Maß-nahmen bezeichnet, ist sie für ihn wertlos. Dies erklärt, warum die meisten Normadressaten das konkretere Technische Regelwerk als die eigentliche Vorschrift ansehen (was es nicht ist). Und es erklärt auch, warum die Verfahrensvorschriften als »Formalkram« abgetan werden (sie sind für den unverständlich, der nicht damit rechnet, die Maßnahmen selbst festlegen zu müssen).

Scheitert die Befolgung der Norm daran, dass der Normadressat sie nicht kennt oder nicht versteht, was genau der Normautor eigentlich von ihm erwartet, bzw. wie er der Erwartung gerecht werden kann, ist Durchsetzung grundsätzlich das falsche Mittel, um Befolgung zu bewirken. Die Durchsetzung beseitigt dann nicht den Grund der Nicht-Befolgung, sondern erreicht lediglich, dass der Normadressat eine unverstandene Handlung des lieben Friedens willens vornimmt. Ob dies zur zukünftigen Befolgung führt, mag bezweifelt werden, da der Sinn des gewünschten Verhaltens ja nach wie vor unverstanden bleibt.

Wenn unter diesen Umständen Befolgung bewirkt werden soll, muss Informieren, Orientieren und Motivieren an die Stelle der Durchsetzung treten. Nur auf diesem Wege kann der Normadressat dazu gebracht werden, seine Pflichten zu verstehen und sie zu akzeptieren. Er soll in die Lage versetzt werden und bereit sein, entsprechend zu handeln. Infolge der Orientierung, die ihm die Behörde gibt, ist der Normautor dann nicht mehr der, der er vorher war. Erst wenn der Normadressat sich verändert hat, wird er sich auch anders verhalten. Und erst wenn er sich anders verhält, werden auch die Umstände der Arbeit andere sein.

Behördliche Beratung

Die genannte Wirkungskette in Gang zu setzen, ist Aufgabe der Behörde. Der Normautor fasst die Aufgabe in das Gebot »Beraten des Arbeitgebers bei der Erfüllung seiner Pflichten« (§ 21 Abs. 1 ArbSchG). Da auch Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber beraten sollen (§§ 3 und 6 ASiG), erscheint die behördliche Beratung bei oberflächlicher Betrachtung überflüssig. Dieses Missverständnis, das durch die Verwendung des selben Begriffs für zwei funktional gänzlich unterschiedliche Aktivitäten hervorgerufene wird, löst sich jedoch bei näherem Hinsehen schnell auf.

Bereits der Blick in die beiden Rechtstexte macht deutlich, dass es im einen Fall um eine interne Operation des betrieblichen Arbeitsschutzsystems geht, im anderen Fall um eine Form der Intervention in das System. So lässt bspw. die Unterstellung des an die Behörde gerichteten Beratungsgebotes unter den Obersatz des § 21 Abs. 1 Satz 1 ArbSchG (»Die Überwachung des Arbeitsschutzes ist staatliche Aufgabe«) keinen Platz für das Missverstehen der Behörde als Dienstkraft des Arbeitgebers.

- Die Beratung durch Betriebsarzt und FASI dient der Lösung eines arbeitshygienischen oder sicherheitstechnischen Problems. Diese Eigenleistung des betrieblichen Arbeitsschutzsystems besteht darin, in die Entscheidungsfindung die erforderlichen Fachinformationen und fachlichen Wertungen einzuspeisen. Da der Arbeitgeber verpflichtet ist, bei den wesentlichen Arbeitsschutzentscheidungen auf Betriebsarzt und FASI zurückzugreifen (BGV A2), kann und darf die Behörde nicht deren gesetzliche Aufgaben übernehmen. Sonst würde sie die Befolgung der Norm konterkarieren, sie wäre »Betriebsbetreuer« und nicht »Überwacher«. Es ist nicht verwunderlich, dass viele Arbeitgeber sich derartige »Betreuungsleistungen« von der Behörde wünschen. Damit hätten die sie Behörde »eingemeindet« und sie dadurch jener Macht entkleidet, die die

Beratung erst zu einer »behördlichen« macht und ihr dadurch die erforderliche Akzeptanz sichert.

- Das Problem, das die behördliche Beratung lösen soll, ist zudem ein gänzlich anderes. Es geht gar nicht um die Lösung eines konkreten Arbeitsschutzproblems (das ist Sache des betrieblichen Systems), sondern um die Problemlösungsfähigkeit eben dieses Systems (also um seine Funktionstüchtigkeit). Der Zweck der behördlichen Beratung besteht darin, die betrieblichen Akteure so zu aktivieren, dass sie »ihre« Probleme selbständig, eigenverantwortlich und vor allem richtig lösen können. Beratungsgegenstand ist somit bspw., wie bei der Identifizierung und Bewertung der arbeitshygienischen Probleme vorgegangen werden soll. Oder wie die Entscheidungsfindung über die richtigen Maßnahmen des Arbeitsschutzes organisiert werden kann. Oder wie sich der geforderte kontinuierliche Verbesserungsprozess organisieren lässt.

Auf der Grundlage des Gesagten lässt sich eine Unterscheidung zwischen zwei Problemebenen treffen, die für die Abgrenzung der Rollen von betrieblichen Akteuren und Behörde generell nutzbar gemacht werden kann. Danach besteht die Funktion des betrieblichen Arbeitsschutzes darin, Probleme erster Ordnung zu lösen. Das sind die Probleme der Arbeitsgestaltung, die arbeitshygienischen und sicherheitstechnischen Probleme. Sind die Probleme erster Ordnung gelöst, ist der Gesetzeszweck erfüllt.

Demgegenüber besteht die Funktion der Behörde darin, Probleme zweiter Ordnung zu lösen. Das sind die Probleme, die der betriebliche Arbeitsschutz mit der Lösung der Problem erster Ordnung hat. Sind die Probleme zweiter Ordnung gelöst, so liegen die Voraussetzungen für das richtige Handeln der Normadressaten und somit für das Erfüllen des Normzweckes vor. Dann werden die Probleme erster Ordnung nicht nur zufällig, sondern verständig, in einer gewissen Erwartbarkeit und richtig gelöst.

Arbeitsschutz als Interaktionsmodell

In den bisherigen Ausführungen war immer von »dem Normadressaten« die Rede. Der Normautor richtet sich jedoch an unterschiedliche Adressaten. Das Verhaltensmodell, das er für jeden dieser Adressaten entwirft, ist Teil eines Interaktionsmodells, dass in den Grundzügen bereits in der Betriebsverfassung (BetrVG) zu finden ist. Das Interaktionsmodell des Arbeitsschutzes basiert darauf, dass den Akteuren unterschiedliche Rollen zugewiesen werden, die aufeinander bezogen sind. Der Normautor entwirft somit ein betriebliches Handlungssystem, für dessen Funktionieren der Arbeitgeber verantwortlich gemacht wird.

Das Modell regelt den Normalfall des Zusammenleben im Betrieb. Die Handlungsnormen fungieren als Organisationsnormen für das Gruppenleben. Indem sie ein Muster für »richtiges Verhalten« vorgeben, sollen sie die Einstellungen, die Erwartungen und das Verhalten der betrieblichen Akteuren steuern. Ziel der Verhaltenssteuerung ist Rechtssicherheit, wobei Rechtsicherheit (nach Rehbinder, 2003) in der Orientierungssicherheit besteht, die sich beim Adressaten der Verhaltensnorm durch normkonformes Verhalten einstellt. Der Orientierungssicherheit dienen insb. die Rollendefinitionen, die im Arbeitsschutzrecht herausgearbeitet sind. Das sind insb. die Rollen des Arbeitgebers, des Beschäftigten (und ergänzend die des Betriebsrates nach BetrVG) sowie die Rollen des Betriebsarztes und der Fachkraft für Arbeitssicherheit.

- »Interaktiv« ist die Rollenkonstruktion insofern, als der Vollzug der faktischen Rolle zwar jeweils nur in der Macht eines der »Sozialpartners« (hier gemeint als Anwesender im sozialen System »Betrieb«) liegt, gleichzeitig mit dieser Rolle aber doch die komplementäre Rolle eines anderen Partners mitdefiniert wird. Gerade dieser andere Partner (mehr noch als der Normautor als Schöpfer der Rolle) kann und wird das vorgeschriebene Verhalten vom Rollenträger erwarten. D.h.: die Erwartungen müssen nicht erst im Betrieb »ausgehandelt« werden, sondern sind in der Rechtsnorm bereits für alle verbindlich ausgeformt.
- So kann etwa der Beschäftigte erwarten, dass der Arbeitgeber vorab untersucht, wie gefährlich eine Tätigkeit mit Gefahrstoffen sein wird, die er vom Arbeitgeber übertragen bekommt (§ 7 GefStoffV). Der Beschäftigte darf auch erwarten, dass ihm das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung mitgeteilt und dass er über die zu seinem Schutz erforderlichen Maßnahmen und über das richtige Verhalten in der Gefahr informiert wird (§ 14 GefStoffV). Andererseits kann der Arbeitgeber vom Beschäftigten erwarten, dass dieser seinen Weisungen folgt, sich gefahrenadäquat verhält und festgestellte Gefahren oder Mängel an den Schutzsystemen meldet (§§ 15 und 16 ArbSchG),

Wenn nur einer der Akteure die Norm befolgt, ist damit für den betrieblichen Arbeitsschutz noch nicht allzu viel gewonnen. Um das System zum Funktionieren zu bringen, muss das Handeln der Akteure vielmehr synchronisiert werden. Dies leistet das Arbeitsschutzrecht, indem es einen einheitlicher Bezugsrahmen für alle Kommunikationen, Entscheidungen und Handlungen im betrieblichen Arbeitsschutz bietet. Erst dadurch, dass sich das betriebliche Handlungssystem bei seinen Operationen an den Vorgaben der Norm (Gegenstandsbereich, Ziele, Strukturen, Prozesse und Methoden) orientiert, werden seine Entscheidungen »richtig« im Sinne der Norm.

Betrieblicher Arbeitsschutz als System

Betrachten wir dieses Handlungssystem noch einmal etwas genauer und nehmen als sein Grundelement (quasi als seine »Währung«) die Arbeitsschutzentscheidung. Die Norm betrieblich umzusetzen heißt dann. die vorgegebene Ordnung in die Entscheidungsfindung zu bringen. Dies gelingt nur, wenn für alle Beteiligten gleichermaßen klar ist, worüber zu entscheiden ist, an welchem Wollen sich die Entscheidungen orientieren sollen, welche Beiträge zur Entscheidungsfindung von welchen Personen erwartet werden dürfen, wie die Etappen der Entscheidungsfindung zeitlich sortiert und welche Methoden bei der Entscheidungsfindung angewandt werden sollen.

Ist dies geklärt, so ist das System etabliert und in der Lage, die ihm vom Normautor gestellte Aufgabe zu erfüllen: im Sinne der Norm »richtig« zu handeln, auch wenn die jeweils richtigen Handlungen nicht en detail vorgegeben sind. Die Operationen des Systems füllen somit die Lücken bzw. Spielräume aus, die vom Normautor gelassen werden (müssen). Das betriebliche System – und nicht der einzelne Normadressat – ist also das eigentliche Werkzeug, mit dem der Normautor den Normzweck erreichen will.

Daraus folgt, dass die Beeinflussung des betrieblichen Arbeitsschutzsystems in der behördlichen Arbeit absolute Priorität haben muss: die Norm ist erst dann implementiert, wenn dieses System etabliert ist und funktioniert. Das System kann jedoch nicht direkt beeinflusst werden (es besteht aus Kommunikationen, Entscheidungen, Handlungen), sondern wieder nur über die Beeinflussung der Personen, die Träger der Kommunikationen, Entscheidungen und Handlungen sind. Da der Arbeitgeber dieses System zu schaffen und zu steuern hat, hat er auch eine herausgehobene Stellung unter den Akteuren: er ist (letzt-)verantwortlich für das Funktionieren des System.

- Dieser Verantwortung, die sich z.B. aus § 3 Abs. 2 ArbSchG ergibt, kommt der Arbeitgeber nach, indem er die allgemeinen Regeln der Norm in konkrete betriebliche Regelungen übersetzt. Er reicht damit die (Rollen-)Erwartungen des Gesetzgebers an die Mit-Akteure weiter und unterlegt sie mit präziseren Verhaltenserwartungen. So legt er bspw. fest, wie die Gefährdungsbeurteilung vorzunehmen, wie über die Auswahl der Maßnahmen zu entscheiden, von wem die Maßnahmen durchzuführen und wie ihre Wirksamkeit zu kontrollieren ist. Oder er legt fest, wie sich die Beschäftigten verhalten sollen, wie den Beschäftigten die Verhaltenserwartungen vermittelt werden sollen und wie die Erfüllung dieser Erwartungen kontrolliert werden soll.

Systemkontrolle

Die behördliche Prüfung, ob das – vom Normautor präformierte und vom Arbeitgeber ausgeformte und etablierte – System funktioniert, wird als »Systemkontrolle« bezeichnet. Sie ist die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (74. ASMK, 1997) vorgegebene Leitmethode der behördlichen Überwachung. Abstrakt ausgedrückt besteht sie aus drei Teilen.

- Am Anfang steht die Prüfung, ob die konkreten betrieblichen Vorkehrungen (also die betriebsinternen Regelungen) den allgemeinen Regeln der Norm entsprechen. Gemeint ist z.B. die Prüfung, ob ein Betriebarzt bestellt ist und ob er an den Entscheidungsverfahren beteiligt wird. Die vorgefundenen betrieb-lichen Vorkehrungen müssen in diesem ersten Teil der Prüfung (formale Prüfung) verglichen werden mit den gesetzlichen Vorgaben (im Beispielsfall etwa mit den Regelungen des ASiG (§ 2) und der BGV A2 (z.B. § 2 Abs, 2 i.V.m. Anlage 1)).
- Sodann folgt die Prüfung, ob die betrieblichen Regelungen »funktional« sind, also inwieweit sie das Problem, zu dessen Lösung sie aufgestellt wurden, überhaupt lösen können (funktionale Prüfung). Gemeint ist z.B. die Prüfung, ob die gewählte Form der Unterweisung geeignet ist, den Beschäftigten die nötigen Informationen über die Gefährdung und über die Verhaltenserwartungen des Arbeitgebers zu vermitteln. Der Bezugspunkt für den anzustellenden Vergleich ist hier nicht mehr die Norm, sondern ein »idealtypisches« Modell der Unterweisung, also eine Vorstellung davon, was eine »richtige« Unterweisung von einer »nicht-richtigen« unterscheidet.
- Der dritte Teil der Prüfung besteht in der Prüfung, ob die betrieblichen Regelungen befolgt werden: sind sie nicht bekannt und werden sie nicht befolgt, können sie ihren Zweck auch nicht erfüllen. Mit der Systemkontrolle tritt das Prüfschema, dass die Behörde sonst auf die Befolgung der allgemeinen Norm durch den Normadressaten anwendet, in das betriebliche System selbst ein: es wird geprüft, ob die in diesem System geltenden, selbst gesetzten Normen befolgt werden. Konkret geht es bspw. darum, ob die Unterweisung oder die Gefährdungsbeurteilung nach dem betrieblich festgelegten Schema durchgeführt werden.

Von diesen Prüfungen, die im wesentlichen in der Auseinandersetzung mit den betrieblichen Akteuren (also »kommunikativ«) erfolgen, ist abzugrenzen die Effektkontrolle als Prüfung des System-Output. Diese Prüfung ist auf die Inaugenscheinnahme der Arbeitsumstände angewiesen. Ins Blickfeld genommen wird die Arbeit der Beschäftigten, gesucht wird nach nicht beseitigten Gefahren und nicht minimierten Gefährdungen. Die Effektkontrolle erlaubt ggf. den Rückschluss, dass irgen-

detwas innerhalb der »black-box« des Systems nicht richtig funktioniert (Gensch, 2005a). Wo das Defizit aber liegt – in den nicht gesetzeskonformen bzw. dysfunktionalen Regelungen oder in der Regelmissachtung – , kann erst festgestellt werden, wenn die erwähnten drei Prüfungen vorgenommen wurden, mit denen die »black-box« ausgeleuchtet wird.

Intervention in das System

Werden bei der Inaugenscheinnahme nicht akzeptable oder nicht tolerable Gesundheitsrisiken für die Beschäftigten identifiziert, muss interveniert werden. Wie interveniert wird, hängt im Regelfall nicht primär von der Art des identifizierten Risikos ab, sondern eher von der Art des Defizits, das in der Auseinandersetzung mit den betrieblichen Akteuren als Erklärung für das Risiko erkennbar wird. Besteht das Defizit darin, dass die betrieblichen Vorkehrungen (Regelungen, Verfahren) verbindliche gesetzlichen Regelungen nicht oder nur ungenügend berücksichtigen, ist die Richtung, in die sich das System verändern muss, vorgezeichnet. Die Veränderung kann gefordert und ggf. mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden.

Aber selbst dann, wenn die durchsetzbaren formalen gesetzlichen Vorgaben eingehalten sind, können die betrieblichen Regelungen oder Vorgehensweisen dennoch falsch im Sinne von »dysfunktional« sein. D.h.: die formalen Vorgaben stecken lediglich einen Rahmen ab, in dem falsches Handeln nicht nur möglich, sondern aller Erfahrung nach heute sogar noch häufiger ist als richtiges. Beispiel: die Gefährdungsbeurteilung und die Unterweisung werden überwiegend dysfunktional geregelt und falsch durchgeführt. Die bloße Forderung nach Durchführung von Gefährdungsbeurteilung oder Unterweisung hilft dann wenig weiter, die Forderung wäre selbst dysfunktional im Sinne des Bewirkens von Befolgung.

Stattdessen müssen Orientierungen gegeben werden, die weiter gehen bzw. konkreter sind als die formalen gesetzlichen Vorgaben. Die erste Orientierung besteht in der Vermittlung von Vorstellungen darüber, wann die einzelnen formalen Vorgaben richtig umgesetzt sind (»Richtigkeitsvorstellungen«). Diese Vermittlung gelingt erfahrensgemäß am besten, wenn der Arbeitgeber zu einer funktionalen Betrachtung der zu treffenden Vorkehrungen gebracht werden kann: welches Problem soll mit einer Vorkehrung wie etwa der Gefährdungsbeurteilung oder der Unterweisung überhaupt gelöst werden (Funktion), und wie lässt sich das Problem wirksam und ökonomisch lösen (funktionale Äquivalente)?

Darauf kann dann eine zweite Orientierung aufbauen. Sie soll den Arbeitgeber dazu bringen, die verschiedenen organisatorischen Versatzstücke, die der Normautor vorgibt, nicht nur jedes für sich – isoliert – zu betrachten. Vielmehr soll der Arbeit-

geber die einzelnen Versatzstücke aufeinander beziehen: erst ihr Zusammenspiel macht den betrieblichen Arbeitsschutz wirksam. Diese Orientierung führt dazu, dass der Arbeitgeber die Relationen bspw. zwischen Gefährdungsbeurteilung, Betriebsarztbestellung, Unterweisung und Wirksamkeitskontrollen erkennt. Das »sinnvolle« Organisieren der erforderlichen Prozesse hat nämlich eine unabdingbare Voraussetzung: der Arbeitgeber muss die Norm (also ihr Ziel, ihren Gegenstandbereich, ihre Programme usw.) als den Sinn des betrieblichen Kommunikationssystems begreifen, das er etablieren soll. Diese Voraussetzung zu schaffen, ist die zentrale Leistung der Behörde bei ihrem Bemühen, die Befolgung der Norm zu bewirken.

Wahl der Objekte

Aus dem eben Gesagten wird noch einmal deutlich, dass das behördliche Handeln eine Veränderung des Normadressaten bezweckt. Diese Veränderung ist – wie oben bereits angedeutet – Mittel zum Zweck der Veränderung des betrieblichen Kommunikationssystems, die wiederum Mittel zum Zweck der Verbesserung der Arbeitsumstände ist. Deshalb ist der »Ort«, an dem die Behörde ihre Wirkungen entfaltet, primär der »Kopf« des Normadressaten, nicht der Betrieb.

Auch wenn der Betrieb nicht die primäre »Wirkstrecke« für die Behörde ist, so ist er doch eine wichtige »Beobachtungsstrecke«. Die Frage, in welchen Köpfen Veränderung vordringlich bewirkt werden muss, kann ja erst beantwortet werden, wenn bekannt ist, in welchen Betrieben die Beschäftigten am meisten gefährdet sind. Die Zweckprogrammierung der behördlichen Überwachung verlangt also nicht nur eine Entscheidung, was zu überwachen ist (die Funktionstüchtigkeit des betrieblichen Arbeitsschutzsystems) und wie dies zu erfolgen hat (mit dem Mittel der Systemkontrolle).

Erforderlich ist zusätzlich noch die Entscheidung, wo und wann interveniert werden soll. Diese Entscheidung kann sinnvoll nur auf der Grundlage einer systematischen Analyse getroffen werden, die dem Identifizieren jener Probleme dient, die der betriebliche Arbeitsschutz nicht gelöst hat. Für die Behörde aktuell sind dann die Probleme, deren Nicht-Lösung zu einer erheblichen Gefährdung der Beschäftigten führt. Für solch eine Analyse sind die Erfahrungen aus dem operativen Überwachungsgeschäft eine wichtige, aber keine hinreichende Basis. Hinzu genommen werden müssen insb. die Ergebnisse der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung (Kuhn, 2006). Die Ergebnisse der Problemanalyse werden dann in arbeitsschutzpolitische Prioritäten umgesetzt.

Einen allgemeinen Rahmen für die Bestimmung der Prioritäten gibt die ASMK in einem Eckpunkte-Papier von 2006 vor (82. ASMK). Dieses Strategie-Papier unter-

scheidet zwischen vorrangig anzugehenden Risiken (z.B. lärmbedingte Gesundheitsrisiken, Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Belastungen), vorrangig zu kontrollierenden Problembranchen (z.B. Baubranche, Gesundheitsdienst) und vorrangig zu schützenden Personengruppen (z.B. alte Beschäftigte, prekäre Beschäftigte). Innerhalb dieses Rahmen wählen die Behörden dann ihre Überwachungsschwerpunkte nach den jeweiligen regionalen Besonderheiten aus. Frequenzgesteuerte Regelbesichtigungen oder gar wunschgesteuerte »Betriebsbetreuungen« waren noch nie zweckrational und sind es bei den heutigen Überwachungsengpässen schon gar nicht.

ZITIERTE LITERATUR

Gensch, R.W. (2006), Arbeitsschutzberichterstattung heute – welche Anleitung braucht die Arbeitsschutzbehörde? In: Gesundheit zwischen Statistik und Politik (Hrsg. Kuhn,J., Busch.R.), Frankfurt, S. 161-189.

Gensch, R.W. (2006a), Wie die Schwierigkeiten beim Verstehen und beim Anwenden des modernen Arbeitsschutzrechts überwunden werden können – das Beispiel Gefahrstoffverordnung, in: Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst (Hrsg: Hofmann,F., Reschauer,G., Stößel,U.), Freiburg, S. 62-91.

Gensch, R.W. (2005), Das System des Arbeitsschutzes – zum Verhältnis von betrieblichem und staatlichem Arbeitsschutz, in: WSI Mitteilungen, Heft 9, S. 531-537.

Gensch, R.W. (2005), Der Beitrag der Arbeitsschutzbehörde zum Infektionsschutz, in: Handbuch der Infektionskrankheiten (Hrsg,: Hofmann,F.), Kapitel VII-1.1, S. 1-21, Ecomed, Landsberg, (10. Ergänzungslieferung).

Gensch, R-W. (2004), Ist der Arbeitsschutz noch zu retten? Widersprüche und Folgen von Deregulierung und Bürokratieabbau, in: Arbeit und Ökologie Briefe, Heft 8/9, S. 33-36.

Kuhn, J. (2006), Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe, In: Gesundheit zwischen Statistik und Politik (Hrsg. Kuhn,J., Busch.R.), Frankfurt, S. 269-288

Luhmann,N. (2003): Macht. Stuttgart, 3. Auflage.

Noll, P. (1972), Gründe für die soziale Unwirksamkeit von Gesetzen, in: Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Bd. 3, S. 225.

Rehbinder, M. (2003), Rechtssoziologie, 5.Auflage, S. 127ff.

HINWEISE ZU DEN AUTOREN:

Dirk Völpel-Haus, Gewerkschaftssekretär, Leiter der Bundesfachgruppe Krankenhäuser in der Ver.di Bundesverwaltung.

Siegfried Leittretter, Dipl.-Volkswirt, Studium in Tübingen und Berlin, 2 Jahre Bundesministerium Bildung und Wissenschaft, zuständig für Hochschule und Arbeitswelt, Humanisierung des Arbeitslebens, 2 Jahre Ruhruniversität Bochum, danach Hans-Böckler-Stiftung, Referatsleiter Betrieblicher Arbeits- und Umweltschutz.

Dipl.-Psych. Christa Eggerdinger, Studium in Regensburg; Zehn Jahre Verkehrs- und Arbeitspsychologie beim TÜV Bayern (heute TÜV SÜD); Seit 1989 selbstständig in diesen Bereichen tätig in der «Verkehrspsychologischen Praxis« in München und bei Mayer & Partner, Ingenieur und Sicherheitstechnik, München. Schwerpunkte der Tätigkeit: Arbeits-Gesundheitsschutz/Gesundheitsförderung; Organisations- und Personalentwicklung.

Dr. med. Hannelore Moder studierte Medizin an den Universitäten Würzburg und Ulm. Nach einer internistischen Ausbildung wechselte sie 1990 an das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Ulm. Seit 1991 betreut sie betriebsärztlich das Bezirkskrankenhaus Günzburg mit ca. 1400 Beschäftigten. Zu ihrem Arbeitsschwerpunkten gehören u.a. die Themen »Sucht am Arbeitsplatz« und »Umgang mit psychisch auffälligen und psychisch kranken Mitarbeitern«.

Dipl. Psych. Andrea Lohmann-Haislah studierte Psychologie in Berlin mit Schwerpunkt Gesundheitspsychologie. Nach ihrer Tätigkeit als Projektleiterin in der betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Betriebskrankenkasse Berlin führte sie eine Studie für das Gemeinsame Krebsregister Berlins und der Neuen Länder (GKR) durch und war im Anschluss Koordinatorin für Evaluation von Studium und Lehre an der FHTW-Berlin. Seit 2001 ist sie bei der bao GmbH tätig und leitet dort den Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Prof. Dr. Dipl. Psych. Jochen Prümper studierte Psychologie an den Universitäten Utrecht/NL, Landau und München. Nach seiner Promotion an der Universität Gießen war er betriebspsychologischer Leiter eines Unternehmens der IT-Branche. Seit 1995.

ist er Inhaber der Professur für Wirtschafts- und Organisationspsychologie an der FHTW-Berlin. Die Schwerpunkte seiner Forschungs- und Beratungstätigkeit liegen in den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personal- und Organisationsentwicklung sowie Einführung neuer Technologien.

Dipl. Psych. Imke Ehlbeck studierte Psychologie in Chemnitz und Freiburg im Breisgau mit dem Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie und ist seit 2005 als Beraterin bei der bao GmbH im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz tätig. Die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit liegen aktuell im Bereich Belastungs- und Beanspruchungsanalyse in Schulen, Krankenhäusern und öffentlicher Verwaltung sowie in der betriebspraktischen Umsetzung der Bildschirmarbeitsverordnung.

Dr. med. Jürgen Tempel, Arbeitsmediziner, arbeitete bis 1996 als Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin) und hat dabei erste Untersuchungen zur Frage der arbeitsbedingten Belastungen, Erkrankungen und Krisen in der Hausarztpraxis durchgeführt. Seine Schwerpunkte liegen in der Nacht- und Schichtarbeit, Stressbewältigung, den arbeitsbedingten Erkrankungen, den Gesundheitsbelastungen bei Feuerwehrleuten. Seit 1996 arbeitet er mit dem finnischen Arbeitsbewältigungsindex (ABI), der im Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) entwickelt wurde.

Marianne Giesert, Dipl. Betriebswirtin, Dipl. Sozialwirtin, Supervisorin, Coach, ist Leitern des Kompetenzzentrums Sicherheit, Gesundheit, Umwelt beim DGB Bildungswerk e.V. und bei der IQ Consult gGmbH in Düsseldorf. Schwerpunkte: Konzernbereich Sicherheit, Gesundheit, Umweltschutz im Betrieb: Arbeitsfähigkeitskonzept – Ältere Beschäftigte, psychische Belastungen, betriebliches Eingliederungsmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung.

Dieter Weigel, Medizinstudium in Berlin, Facharzt für Arbeits- und Umweltmedizin. 25jährige betriebsärztliche Tätigkeit, überwiegend in Universitätsklinika sowie in der asbestzementverarbeitenden Industrie und Verwaltungsbetrieben. Mitarbeit im Unterausschuss 3 der ABAS sowie im Fachausschuss Gesundheitsdienst (FAGES).

Norbert Lechler, Personalratsvorsitzender Klinikum Ansbach, abgeschlossene kaufmännische Ausbildung im Bereich Logistik, später Fachkrankenpflegeausbildung für Intensiv-, Anästhesie- und Notfallmedizin. Freiberufliche Tätigkeit mit Schwerpunkt Arbeitsorganisation und Arbeitszeitmanagement im Krankenhaus.

Dr. med. Mümtaz Köksal, kaufm. Direktor der Robert Janker Klinik, Bonn. Dozent für Gesundheitsökonomie an BA Stuttgart und Heidenheim.

edition der Hans-Böckler-Stiftung
Bisher erschienene Reihentitel ab Band 200

	Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Hartmut Küchle Die deutsche Heeresindustrie in Europa	13200	978-3-86593-080-4	18,00
Karin Schulze Buschoff unter Mitarbeit von Claudia Schmidt Neue Selbstständige im europäischen Vergleich	13201	978-3-86593-081-1	20,00
Lorenz Jarass • Gustav M. Obermair Steuerliche Aspekte von Private-Equity- und Hedge-Fonds unter Berücksichtigung der Unternehmenssteuerreform 2008	13202	978-3-86593-082-8	15,00
Hans-Joachim Voth Transparenz und Fairness auf einem einheitlichen europäischen Kapitalmarkt	13203	978-3-86593-083-5	12,00
Ulrich Jürgens • Thomas Sablowski Sektorale Innovationsprozesse und die Diskussion über deutsche Innovationsschwächen	13204	978-3-86593-084-2	15,00
Stefan Stracke • Erko Martins • Birgit K. Peters Friedemann W. Nerdinger Mitarbeiterbeteiligung und Investivlohn	13205	978-3-86593-085-9	18,00
Claudia Schippmann Betriebliche Mitbestimmungskulturen in Großbritannien, Spanien, Schweden, Frankreich und Ungarn	13206	978-3-86593-085-6	18,00
Bettina Graue Aufgaben, Grenzen und Perspektiven des Gender-Gedankens im Betriebsverfassungsgesetz	13207	978-3-86593-087-3	12,00
Herbert Bassarak Aufgaben und Konzepte der Schulsozialarbeit/Jugendsozialarbeit an Schulen im neuen sozial- und bildungspolitischen Rahmen	13208	978-3-86593-089-7	29,00
Christa Eggerdinger • Marianne Giesert Impulse für den Erfolg – psychische Belastungen bei der Arbeit reduzieren!	13209	978-3-86593-090-3	12,00
Hermann Groß Betriebs- und Arbeitszeitmanagement in tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Betrieben	13210	978-3-86593-091-0	10,00
Thorsten Ludwig, Jochen Tholen Schiffbau in Europa	13211	978-3-86593-092-1	30,00
Stephan Ricken Verbriefung von Krediten und Forderungen in Deutschland	13213	978-3-86593-094-1	16,00

	Bestellnr.	ISBN	Preis / €
Judith Aust, Volker Baethge-Kinsky, Till Müller-Schoell, Alexandra Wagner (Hrsg.) Über Hartz hinaus	13214	978-3-86593-096-5	25,00
Ulrich Zachert Verfahren und Kosten von Betriebsverlagerungen in ausgewählten Europäischen Ländern	13216	978-3-86593-098-9	10,00
Hans-Joachim Voth Transparency and Fairness in The European Capital Market	13217	978-3-86593-099-6	12,00
Klaus Maack, Judith Beile, Stefan Schott, Eckhard Voß Zukunft der Süßwarenindustrie	13218	978-3-86593-100-9	15,00

Ihre Bestellungen senden Sie bitte unter Angabe der Bestellnummern an den Setzkasten oder unter Angabe der ISBN an Ihre Buchhandlung. Ausführliche Informationen zu den einzelnen Bänden können Sie dem aktuellen Gesamtverzeichnis der Buchreihe **edition** entnehmen.

Setzkasten GmbH
Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax 0211-408 00 90 40
E-Mail mail@setzkasten.de

Hans-Böckler-Stiftung

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

Mitbestimmungsförderung und -beratung

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

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

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

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

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

Forschungsförderung

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

Studienförderung

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

Öffentlichkeitsarbeit

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

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

Hans **Böckler Stiftung**

Fakten für eine faire Arbeitswelt.