

03/2025



49. Jahrgang

www.ergo-med.de

ErgoMed

Praktische Arbeitsmedizin

BETRIEBSSICHERHEIT – BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Gewalt am Arbeitsplatz

Klimawandel

Suizidprävention



Offizielles Organ von:



Arbeitskreis
Betriebssicherheits-
management



Qualitätszirkel
Betriebliches
Gesundheitsmanagement



Deutsche
Gesellschaft für
Arbeitshygiene e.V.



Verband Arbeits-
medizinisches
Fachpersonal – VAF e.V.



In Zusammenarbeit mit:



Landesinstitut für
Arbeitsgestaltung
des Landes Nordrhein-Westfalen



Fachverband
Psychologie für Arbeitssicherheit
und Gesundheit e.V.





Praxiskongress **Recht**

Veranstalter:



3. Dezember 2025

ITZ Tagungszentrum
Fulda

**Jetzt
anmelden!**

4. Praxiskongress

Recht

Erfahren Sie, was Sie über Vorschriften, Risiken und Sanktionen im Arbeitsschutz wissen müssen. Aktuelle Rechtsprechung, gut verständliche rechtliche Erklärungen auch zu neuen Entwicklungen in der Arbeitswelt sowie ein Brückenschlag in die betriebliche Praxis: Das ist das Rezept, auf das der „Praxiskongress Recht“ setzt.

Teilnahmegebühr: 545,- Euro netto

Frühbucher bis zum 30.06.2025: 445,- Euro netto

In der Teilnahmegebühr ist ein Catering (Imbiss, Kaffeepausen) enthalten.

Weitere
Informationen und
Online-Anmeldeformular:
[www.praxiskongress-
recht.de](http://www.praxiskongress-recht.de)

- Vorschriften und Regeln • Risiken
- Arbeits- und Wegeunfälle • Arbeitsschutz und Sanktionen
- EU-Maschinenverordnung
- Praxisnahe Infos durch Fachvorträge und Diskussionen

Editorial

In der ZDF-Sendung Maybrit Illner am 13. März 2025 bezeichnete ein Politiker die gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen von Leitern als „Quatsch“ und forderte ihre Abschaffung mit der Begründung, dies sei „Misstrauen des Staates gegenüber seinen Bürgern“.

Hierzu sollte klargestellt werden: Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit sind kein Ausdruck von Misstrauen, sondern ein bewährtes und lebensretendes Instrument der Prävention.

Sinnvolle Regeln und Vorschriften für den Arbeitsschutz sind essenziell, um die Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten am Arbeitsplatz zu gewährleisten. Ihre Bedeutung lässt sich in mehreren Aspekten zusammenfassen:

- **Vermeidung von Unfällen und Gesundheitsrisiken:**
 - Klare Vorschriften helfen, gefährliche Situationen zu vermeiden und minimieren das Risiko von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
 - Sie regeln den Umgang mit Maschinen, Gefahrstoffen und anderen potenziellen Gefahrenquellen.
- **Schutz der Mitarbeiter und Förderung der Gesundheit:**
 - Zum Beispiel durch ergonomische Arbeitsplatzgestaltung und Maßnahmen wie Lärmschutz oder Stressprävention werden langfristige gesundheitliche Schäden vermieden.
 - Ein sicheres Arbeitsumfeld steigert das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Produktivität der Beschäftigten.

- **Verantwortung und Bewusstsein der Arbeitnehmer stärken:**

- Sinnvolle Arbeitsschutzvorschriften fördern ein verantwortungsbewusstes Verhalten.

- **Erhöhung der Produktivität und Reduzierung von Kosten:**

- Weniger Unfälle bedeuten weniger Ausfallzeiten und eine höhere Effizienz.
- Unternehmen sparen Kosten, die durch Arbeitsunfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen Ausfälle und Schadenersatzansprüche entstehen könnten.
- Die Anzahl der ungestörten Betriebsstunden wird gesteigert, was für die Betriebe höhere Gewinne bringt.

Zusammenfassend sind sinnvolle Regeln und Vorschriften für den Arbeitsschutz nicht nur gesetzlich notwendig, sondern auch wirtschaftlich und sozial vorteilhaft. Sie schützen die Gesundheit der Arbeitnehmer und tragen zu einer positiven Arbeitskultur bei.

Das steht in keinem Widerspruch dazu, dass eine sinnvolle Entbürokratisierung des Arbeitsschutzes ein Gewinn für alle Beteiligten wäre. Nicht jede Regelung, die wir haben macht Sinn, nur weil es sie gibt. Mit einer fachlich begründeten Entbürokratisierung könnten Arbeitgeber sich auf die Implementierung effektiver Schutzmaßnahmen konzentrieren, während Arbeitnehmer von einem praxisnäheren Ansatz profitieren würden. Behörden wiederum könnten durch weniger Verwaltungsaufwand ihre Kontrollfunktionen effizienter wahrnehmen.

Man darf auch nicht vergessen: Entbürokratisierung bedeutet, dass man versucht, bürokratische Prozesse zu vereinfachen oder zu verringern und nicht sinnvolle Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit abzuschaffen. Ein gutes Beispiel für Entbürokratisierung ist die Einführung von Online-Diensten. Statt persönlich auf Ämter zu gehen, könnten Unternehmer dann viele Anträge online stellen. Auch die Verkürzung und Vereinfachung von Genehmigungsverfahren würde den Betrieben weiterhelfen.

Entbürokratisierung ja, aber bitte mit Sachverstand und nicht völlig unbelastet von jedweder Fachkompetenz zur besten Sendezeit, nur um Wähler zu unterhalten.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr






06

Foto: © S. Siegmann



Foto: © Halfpoint - stock.adobe.com

14



Foto: © Heiko - stock.adobe.com

31

BsAfB-News

- 6 Voller Erfolg
21. Bundesweiter Betriebsärztetag in Dresden**
Silvester Siegmann
- 7 Innovationspreis für unsere Schriftleiter**
Betriebliches Gesundheitsmanagement
- 8 Krank arbeiten – oder doch nicht?**
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- 9 Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland im zeitlichen Verlauf und im europäischen Vergleich**
Demografischer Wandel
- 12 Wissen systematisch weitergeben**
IAG
- 25 Gesund und motiviert bis in den Ruhestand**
BAuA
- Aktuelles**
- 13 Ärzte-Stimmung steigt weiter**
Stiftung Gesundheit

- 26 Drei neue Berufskrankheiten können anerkannt werden**
DGUV

Gewalt am Arbeitsplatz

- 14 Schutz vor Gewalt**
- 15 Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz**
- 16 Gewaltprävention auf die Tagesordnung setzen**
- 17 Diese Faktoren erhöhen das Gewalt-Risiko für Beschäftigte**

Psychische Einwirkungen

- 18 Suizidpräventionsstrategien in ausgewählten europäischen Ländern**
Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste

Beurteilung der Arbeitsbedingungen

- 27 Gefährdungsbeurteilung bei der Interaktionsarbeit mit betriebsexternen Personen**
BAuA

Klimawandel

- 28 Gravierende Folgen des Klimawandels in Deutschland**
DWD

- 31 Trockenheit in Deutschland und Europa**

- 33 Das Gesundheitswesen: Mitverursacher des Klimawandels – und Teil der Lösung**
ExpertInnenrat der Bundesregierung

- 37 Patientenschutz im Klimawandel**
DGP

Infektionsschutz

- 39 Impfstrategien**

Biologische Einwirkungen

- 41 WSI zieht wissenschaftliche Bilanz nach fünf Jahren Corona**
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung

Si-Akademie

- 46 Immer auf der sicheren Seite**

Service

- 48 Termine**
- 50 Hinweise für Autoren**
- 50 Impressum**

Der BsAfB e. V. im Kurzportrait

- Wir sind der Berufsverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte
- Unsere berufspolitischen Ziele liegen darin, die Stellung der selbstständigen Betriebsärztinnen und -ärzte zu stärken
- Unsere Stärke ist die lokale Präsenz unserer Mitglieder und die Kontinuität der Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt des BsAfB
- Wir verstehen uns als der kompetente Partner für KMU
- Wir versenden regelmäßig einen kostenlosen Arbeitsmedizin-Newsletter
- Wir setzen uns für die Förderung eines hohen Qualitätsstandards auf den Gebieten Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliches Eingliederungsmanagement u. v. a. bei unseren Mitgliedern ein
- Im Rahmen von Forschungsaufträgen entwickelten wir das Verbundzertifikat (Osnabrücker Quality Assurance Management Modell – OsQa) mit der Hochschule Osnabrück
- Wir stehen im Gedankenaustausch in Qualitätszirkeln – via E-Mail und im öffentlichen Arbeitsmedizinforum (<http://www.arbeitsmedizinforum.de>). Wir möchten keine Einzelkämpfer sein
- Wir streben die synergistische Zusammenarbeit mit anderen Verbänden, wie z. B. der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) als Dachverband DIE ARBEITSMEDIZIN, der Deutschen Fachgesellschaft Reisemedizin (DFR), dem Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit (VDSI), dem Bundesverband freiberuflicher Sicherheitsingenieure und überbetrieblicher Dienste e.V. (BFSI) und der Aktion gesunder Rücken e.V. (AGR).
- Seit der Satzungsänderung vom 05. Februar 2005 können auch angestellte Ärzte, Sicherheitsingenieure oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit (außerordentliche) Mitglieder werden



Silke Kretzschmar
Vorsitzende BsAfB e. V.



Bundesverband selbstständiger
Arbeitsmediziner und freiberuflicher
Betriebsärzte e. V. – BsAfB

Gartenstr. 29
49152 Bad Essen
Telefon: (0) 5472 / 94 33 25
Fax: (0) 5472 / 94 44 20

www.bsafb.de
info@bsafb.de



Foto: © S. Siegmann

21. Bundesweiter Betriebsärztetag in Dresden ein voller Erfolg

Auch der diesjährige 21 Bundesweiter Betriebsärztetag in Dresden war ein voller Erfolg!

Es gab wieder sehr gute Vorträge, die bei den Teilnehmenden gut ankamen und gute Diskussionen. Das Netzwerk funktioniert.

Hier einige Stimmen von Teilnehmenden zum 21. Betriebsärztetag:

„[...] Die Tagung war in jeder Hinsicht hervorragend: Die Veranstaltung

war äußerst professionell organisiert, die Vorträge zeichneten sich durch hohe fachliche Qualität aus, und es gelang Ihnen und Ihrem Team, eine sehr angenehme und fast familiäre Atmosphäre zu schaffen, in der sowohl der fachliche Austausch als auch das persönliche Gespräch ihren Platz fanden [...]“

„[...] In vielen Gesprächen äußerten sich Betriebsärztinnen und Betriebsärzte einhellig, dass eine sehr freundliche und offene Atmosphäre auf Augenhöhe geschaffen wurde.

Ich habe den Aufenthalt und die Inhalte sehr geschätzt und nehme viele wertvolle Impulse mit in den Alltag [...]“

„[...] Es hat Freude gemacht, dabei zu sein, und es gab viele gute Vorträge und Gespräche [...]“

„[...] ich habe mich sehr gefreut, Sie am Wochenende persönlich kennen zu lernen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich mich noch einmal für die aus meiner Sicht sehr interessante Veranstaltung bedanken [...]“



Foto: © S. Siegmann



Foto: © S. Siegmann

„[...] **Glückwunsch und Respekt** an die Veranstalter und Organisatoren! Ein praxisorientierter Kongress mit breitem Programm [...]“

„[...] **Rückblick mit Weitblick:** Der 21. Bundesweite Betriebsärztetag in Dresden – Austausch, Impulse und Begegnungen am 29. & 30. März 2025. Was für eine inspirierende Veranstaltung! Der 21. Bundesweite Betriebsärztetag, ausgerichtet vom Bundesverband für selbstständige

Arbeitsmediziner und freiberufliche Betriebsmediziner e.V. (BsAfB), bot im DGUV Congress | Tagungszentrum des IAG nicht nur praxisnahe Beiträge und vielseitige Themen aus Arbeitsmedizin, Prävention und Arbeitssicherheit – sondern vor allem einen intensiven fachlichen Austausch [...]“

„[...] **Das Programm war vielseitig,** praxisnah und mit großer Sorgfalt kuratiert – es verband aktuelle wissenschaftli-

che Erkenntnisse mit konkreten Handlungsempfehlungen für den beruflichen Alltag. Renommierte Expertinnen und Experten lieferten wertvolle Einblicke und praxisrelevante Impulse.

Ein herzlicher Dank geht an Silvester Siegmann und Silke Kretzschmar, die in ihrer Rolle als wissenschaftliche Leitung und Moderation mit viel Engagement und Herzblut maßgeblich zum Erfolg der Veranstaltung beigetragen haben. [...]“

Innovationspreis für unsere Schriftleiter

Silvester Siegmann und Dirk-Matthias Rose wurden mit dem Innovationspreis der wissenschaftlichen Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) ausgezeichnet.

Der Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin wird seit 2006 an Einzelpersonen, Gruppen von Personen und Institutionen verliehen, die durch innovative Leistungen in Forschung, Lehre oder Weiter- und Fortbildung einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung des Fachgebietes geleistet haben.

Für Ihre Arbeit zur Erstellung des Online-Tools „RABiT“ zur Gefährdungsbeurteilung beruflicher Auslandseinsätze wurden Sie zusammen mit Klaus Schöne und Eva Dahlke geehrt.



Foto: © DGAUM



Foto: © DGAUM

Save the Date:

Der nächste Bundesweite Betriebsärztetag findet **am 07. & 08. März 2026 in Mainz** statt. Anmeldung ab Herbst unter www.bsafb.de



Foto: © Quality Stock Arts – stock.adobe.com

Krank arbeiten – oder doch nicht?

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Während krankheitsbedingte Abwesenheit (Absentismus) am Arbeitsplatz häufig thematisiert wird, ist das Phänomen des Präsentismus – das Arbeiten trotz Krankheit – in der öffentlichen Diskussion wenig beachtet. Dabei kann Präsentismus sowohl langfristige gesundheitliche Folgen für die Beschäftigten als auch erhebliche Kosten für Unternehmen nach sich ziehen. Ein neuer Bericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) analysiert, wie verbreitet Präsentismus und Absentismus sind und mit welchen Arbeitsbedingungen sie zusammenhängen.

Der neue Bericht basiert auf Daten der BAuA-Arbeitszeitbefragung. So zeigen die Ergebnisse der Befragung 2023, dass 76 Prozent der abhängig Beschäftigten in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Tag krankgemeldet waren (Absentismus), während 54 Prozent angaben, mindestens an einem Tag trotz Krankheit gearbeitet zu haben (Präsentismus). Zudem berichten Frauen häufiger von Präsentismus als Männer (Frauen: 60 Prozent; Männer: 48 Prozent), und sie geben auch an, im Schnitt mehr Tage krank gearbeitet zu haben (Frauen: 7,8 Tage, Männer: 5 Tage). Auch das Alter beeinflusst das Präsentismusverhalten: Jüngere Beschäftigte (18–29 Jahre) arbeiten eher trotz Krankheit als ältere (50–65 Jahre).

Studien zeigen, dass das Arbeiten trotz Krankheit das Risiko für langfristige Erkrankungen, Fehler und Unfälle am Arbeitsplatz und psychische Belastungen wie Burn-out oder Depressionen erhöhen kann. Für Unternehmen entstehen durch Präsentismus indirekt erhöhte Fehlzeiten und hohe Kosten aufgrund von verringertem Arbeitsoutput und möglichen Unfällen. Die Ursachen für Präsentismus sind vielfältig und reichen von individuellen Merkmalen (beispielsweise Persönlichkeit, soziodemografische Merkmale) bis hin zu den Arbeitsbedingungen (zum Beispiel Art der Tätigkeit, Arbeitsbedingungen).

Präsentismus und Absentismus unterscheiden sich deutlich je nach Berufsfeld. Beschäftigte in personenbezogenen

Dienstleistungsberufen, wie Pflege oder Lehre, weisen im Durchschnitt deutlich mehr Fehltag und Präsentismustage auf als Beschäftigte in IT- oder naturwissenschaftlichen Berufen. Insgesamt zeigen die Daten, dass Berufe mit häufiger sozialer Interaktion tendenziell mit höheren Präsentismus- und Absentismustagen verbunden sind. Auch Arbeitsbedingungen wie hohe Arbeitsintensität, häufige Änderungen der Arbeitszeiten und wenig Autonomie am Arbeitsplatz hängen mit dem Präsentismusverhalten zusammen. So geben Beschäftigte, die von ihren Vorgesetzten und Kollegen häufig Unterstützung erfahren, deutlich weniger Fehltag an und neigen weniger zu Präsentismus.

Die Auswertungen verdeutlichen, wie wichtig eine gesundheitsförderliche Ar-

beitsgestaltung ist. Um Präsentismus vorzubeugen, sollten Unternehmen eine Arbeitsumgebung schaffen, die es den Beschäftigten ermöglicht, im Krankheitsfall eine angemessene Entscheidung zu treffen. Maßnahmen wie flexiblere Arbeitszeiten, ein durchdachtes Ausfallmanage-

ment und eine Führungskultur, die den Wert der Regeneration im Krankheitsfall betont, sind entscheidend.

Der baua: Bericht kompakt „Präsentismus und Absentismus – Verbreitung und Zusammenhänge mit ausgewählten

Arbeitsbedingungen“ kann als PDF auf der Internetseite der BAuA unter www.baua.de/publikationen heruntergeladen werden.

www.baua.de

13. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“

Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland im zeitlichen Verlauf und im europäischen Vergleich

Datengrundlage der Arbeitsunfähigkeit und zeitlicher Verlauf

Im Krankheitsfall gilt es, zwischen der Meldung einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (AU) und dem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden. Während der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber umgehend mitteilen muss, dass er sich nicht arbeitsfähig fühlt (Krankmeldung), kann der Nachweis der AU nur durch eine ärztliche Bescheinigung (AU-Bescheinigung) und dies in der Regel später erfolgen. Ab dem vierten Tag ist die Vorlage einer AU-Bescheinigung gesetzlich vorgeschrieben. Der Arbeitgeber ist aber berechtigt, den Nachweis auch früher zu verlangen. Offizielle Statistiken beruhen meist auf AU-Bescheinigungen. Bis Ende 2021 bzw. Ende 2022 erfolgte die Erfassung papiergebunden, seitdem elektronisch (eAU).

Laut Statistischem Bundesamt sind die durchschnittlichen AU-Tage je beschäftigter Person 2022 und 2023 gegenüber den Vorjahren deutlich gestiegen: Von 2017 bis 2021 lagen die durchschnittlichen jährlichen Krankheitstage pro beschäftigter Person zwischen 10,6 und 11,2 Tagen, 2022 bei 14,8 und 2023 bei 15,1 Krankheitstagen. Laut Fehlzeiten-Report auf Grundlage der AOK-Versicherten entfiel von den AU-Tagen 2023 der größte Teil (39,3 %) auf die nur 3,4 % Langzeit-AU-Fälle mit mehr als 42 Tagen Dauer. Diese 3,4 % Langzeit AU-Fälle verursachen damit in etwa so viele AU-Tage wie die 87,1 % AU-Fälle mit bis zu 14 Tagen AU-Dauer (die Differenz von 9,5 % entfällt auf AU-

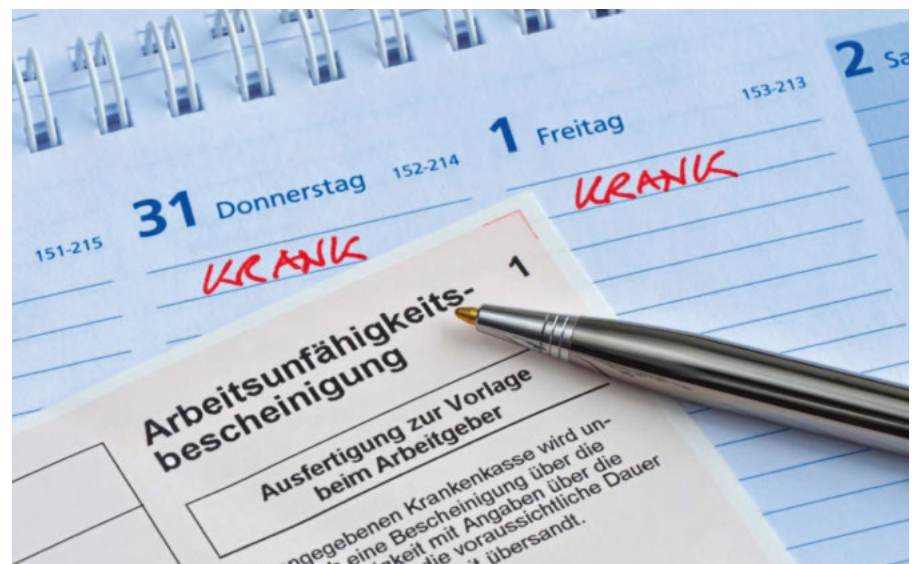


Foto: © nmann77 – stock.adobe.com

Fälle mit einer AU-Dauer zwischen 15 und 42 Tagen). Die Finanzierungsverantwortung für AU-Zeiten bis 42 Tage tragen die Arbeitgeber (Lohnfortzahlung), während ab dem 43. AU-Tag die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Zahlung des gegenüber der Lohnfortzahlung geringeren Krankengeldes übernimmt.

In Deutschland differenzieren die GKV-Daten zur AU nicht zwischen der Art der Krankschreibung – telefonisch, nach Arztgespräch oder nach Videosprechstunde. Daher gibt es keine spezifischen Daten zur sogenannten Telefon-AU.

Das ZEW (Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH Mannheim) geht in seinem Policy Brief „Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit

2022“ vier möglichen Erklärungsansätzen für den Anstieg nach: (1) Einführung der telefonischen Krankschreibung, (2) COVID-19 und andere Infektionskrankheiten, „Long COVID“, (3) einem durch die Pandemie veränderten Krankmeldeverhalten und (4) einer verbesserten elektronischen Datenübermittlung.

Das ZEW kommt zu folgender Schlussfolgerung: „Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die überwiegende Mehrheit des seit 2022 bestehenden, sprunghaften Anstiegs der AU-Tage durch Atemwegserkrankungen und Infektionen zwischen vier und 14 Tagen auf die elektronische Übermittlung der AU-Tage zurückzuführen ist. Das hat die Datenqualität erheblich verbessert.“ Es ist also davon auszugehen, dass ein Teil des gemessenen An-

stiegs auf eine verbesserte Erfassung zurückzuführen ist und es in der Vergangenheit zu einer Untererfassung kam.

Internationale Vergleiche

Internationale Vergleichsdaten liegen aus zwei unterschiedlichen Datenquellen vor: (1) Daten aus Haushaltserhebungen (Arbeitskräfte-, Sozial- oder Gesundheits-erhebungen) und (2) Daten aus administrativen Quellen (häufig Sozialversicherungs- und andere Versicherungsträger).

Bei (1) handelt es sich um Schätzungen der selbst-berichteten krankheitsbedingten Abwesenheit von der Arbeit, die den größten Teil, wenn nicht sogar die gesamte Erwerbsbevölkerung abdecken, unabhängig davon, ob die Abwesenheit von der Arbeit finanziell entschädigt wurde oder nicht („self-reported absence from work“). Bei (2) hingegen handelt es sich um Schätzungen der entschädigten krankheitsbedingten Abwesenheit von der Arbeit („compensated absence from work“), die in der Regel nur bestimmte Segmente der Erwerbsbevölkerung abdeckt.

Zu (1) ist insbesondere der „European Labour Force Survey“ zu nennen, der vierteljährlich in allen EU- und EWR-(Europäischer Wirtschaftsraum) Ländern durchgeführt wird und eine Unterscheidung nach Alter, Beruf, Einkommen und Region zulässt. Die vorliegenden Daten zeigen für 2019 gegenüber dem EU-Schnitt ca. 2 %-Punkte höhere Werte für Deutschland, während sie 2021 und 2022 (also vor und nach dem Sprung in den deutschen Daten) rund 3,5 %-Punkte niedriger als 2019 und 1–1,5 %-Punkte unter dem EU-Schnitt lagen. Erst 2023 und 2024 lagen die Werte rund 1,5 %-Punkte über dem EU-Schnitt, allerdings nicht höher als 2019.

Dagegen zeigen die (2) zuzuordnenen administrativen Daten, dass die Werte im Vergleich zu allen europäischen Ländern (nicht nur EU-Mitgliedern) in Deutschland schon seit 2012 am höchsten liegen (hellblaue Linie in der nachfolgenden Abb. mit Vergleich der Spanne aller Länder (grauer Bereich) und ausgewählten Nachbarländern). Einschränkend ist anzumerken, dass es in Europa keine einheitliche Definition für die erfassten AU-Tage gibt, dass die AU-Daten auf Basis unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen erhoben wurden (z. B. hinsichtlich der Berücksichtigung von Kinderkrankschreibung) und dass die mögliche Dauer einer

Krankschreibung (mit Bezug von gestaffelter Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld) zwischen den europäischen Ländern zwischen 26 und 104 Wochen variiert. In Deutschland erfolgt beispielsweise nach 78 Wochen eine Berentung, so dass die betreffenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der AU herausfallen. Zudem wird die Beurteilung zeitlicher Trends dadurch erschwert, dass bspw. in Deutschland mit der Einführung der eAU eine wesentliche Veränderung in der Erfassungsmethodik vorgenommen wurde, die vermutlich zu einer vollständigeren Erfassung geführt hat. Teilweise sind die erhobenen Daten auch lückenhaft.

Basierend auf den uns vorliegenden nationalen und internationalen Daten(quellen) und den genannten Einschränkungen sind daher folgende Aussagen gerechtfertigt:

1. Bei den selbst-berichteten Krankentagen des „European Labour Force Surveys“ (Haushaltserhebung) liegt Deutschland im Mittelfeld.
2. Deutschland belegt in einem auf administrativen Daten basierenden Ranking seit über 10 Jahren den „Spitzenplatz“. Bei Berücksichtigung der Untererfassung bis 2021 war der Abstand zu wichtigen Vergleichsländern bis 2021 noch größer.
3. Der in den deutschen Daten sichtbare deutliche Anstieg der AU-Zeiten von 2021 auf 2022 beruht primär auf einer besseren Datenerfassung durch die elektronische Erfassung der AU (eAU) und ist sehr wahrscheinlich nicht auf die (schon früher eingeführte) telefonische Krankschreibung zurückzuführen.
4. Für die Jahre bis 2021 ist von einer Untererfassung auszugehen.

Mögliche Ursachen der erhöhten Krankenstände in den letzten Jahren in Deutschland

In mehreren Erhebungen sind insbesondere Erkältungskrankheiten und respiratorische Infektionen wie SARS-CoV-2 und Influenza sowie sonstige Erkrankungen der Atemwege, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen für den Großteil der Krankentage verantwortlich. Dies ist für beide Geschlechter ähnlich, ein Anstieg sowohl psychischer als auch muskuloskeletaler Erkrankungen ist mit dem Alter nachweisbar. Hinsichtlich der Berufsgruppen sind die Krankenstände aufgrund von Atemwegs-

erkrankungen in Erziehungs- und Sozialberufen erhöht, während muskuloskeletale Erkrankungen in Verkehrs- und Logistikberufen überdurchschnittlich häufig vorkommen.

Eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund respiratorischer Infektionen in den pandemischen und post-pandemischen Jahren ist gut dokumentiert und entspricht den Ergebnissen der Surveillance von Atemwegsinfektionen des Robert Koch-Instituts sowie einzelner Landesgesundheitsämter. Es handelt sich also um eine tatsächliche Erhöhung von Atemwegsinfektionen, die zur AU führen, und nicht (nur) um eine erhöhte Sensibilität oder um eine AU zur Vermeidung von Übertragungen am Arbeitsplatz. Bezüglich des Respiratory Syncytial Virus (RSV) ist dies sowohl für Kinder als auch für Erwachsene in bevölkerungsbasierten Erhebungen und Auswertungen aus Surveillance-Daten nachweisbar.

Perspektivisch wird vermutlich auch die zunehmende Alterung der arbeitenden Bevölkerung zu einer weiteren Zunahme der AU-Tage führen, da das Risiko für viele Erkrankungen mit dem Alter steigt.

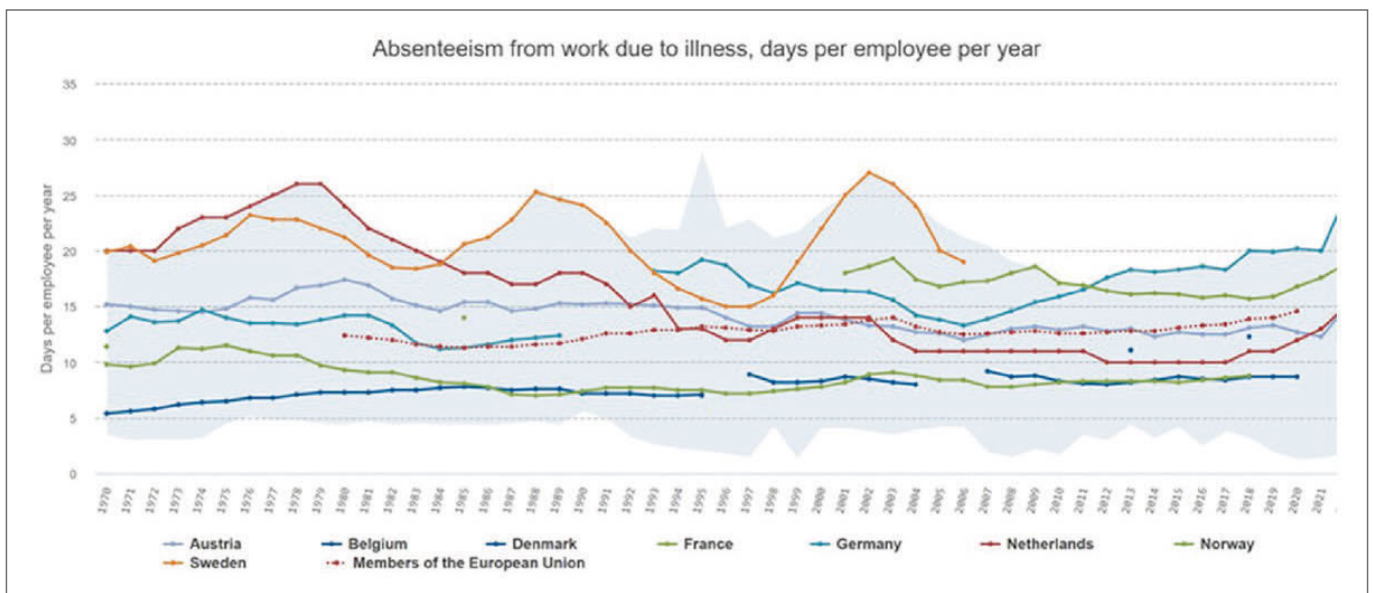
Mögliche Handlungsempfehlungen

Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz

Prävention und Gesundheitserhaltung sollten gestärkt, der Zugang zu notwendigen therapeutischen Angeboten erleichtert und die Rückkehr in den Arbeitsprozess unterstützt werden. Der positive Einfluss, den gezielte Maßnahmen der Arbeitgeber auf den Krankenstand haben können, ist in vielen Untersuchungen belegt. Diese Maßnahmen umfassen sowohl dezidierte betriebliche Gesundheitsangebote als auch die emotionale Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Arbeitsplatz bzw. an den Arbeitgeber.

Folgende Empfehlungen zielen daher darauf ab, die Krankheitslast in der arbeitenden Bevölkerung zu reduzieren:

- Eine Stärkung und eine bessere Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hierzu gehören auch Maßnahmen, um die Nutzung dieser Programme durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verbessern.



Datenquelle der Abbildung: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hia_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/#id=19398

Krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit, Tage pro arbeitender Person pro Jahr

- Stärkung der Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten bspw. in Bezug auf Mobilität und Ernährung (arbeitgeberseitig durch z. B. Dienstfahrräder, Kantinenangebote, Unterstützung von externen Sportangeboten, etc.).
- Ausreichende tatsächliche Erholungszeiten mit einer arbeitgeberseitigen Akzeptanz von Urlaubs- und Freitagen, an denen eine Erreichbarkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nicht gegeben sein muss.
- Durchsetzung von Vorgaben des Gesundheitsschutzes, von Sicherheitsstandards und Programmen zur Gesundheitsförderung insbesondere auch in prekären und möglicherweise nicht gut kontrollierten Arbeitsumgebungen.
- Verstärkte Umsetzung von (jährlichen) betrieblichen Impfprogrammen zur Erhöhung der Impfquote gegen respiratorische Erreger wie z. B. Influenza, Pneumokokken, SARS-CoV-2, RSV, in den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Bevölkerungsgruppen.
- Reduktion von übertragbaren Infektionen am Arbeitsplatz durch Etablierung von Standard-Hygienemaßnahmen (z.B. Händewaschen, Hustenetikette, bei eigener Infektion Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes).
- Schaffung eines allgemein wertschätzenden Arbeitsklimas.
- Im Bedarfsfall kann die bestehende gesetzliche Möglichkeit, ein ärztliches Attest ab dem ersten Krankheitstag zu verlangen, genutzt werden.

Ansätze für staatliche Maßnahmen

- Beibehaltung der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass der beobachtete Anstieg der AU-Zeiten nicht auf die telefonische Krankschreibung, sondern auf eine bessere Erfassung, v. a. im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung, zurückzuführen ist (s.o.). Außerdem ist sehr wahrscheinlich, dass die telefonische AU zu einer Entlastung der Arztpraxen führt. Dies ist auch vor dem Hintergrund wichtig, dass in Deutschland die Zahl der Arztkontakte im europäischen Vergleich sehr hoch ist.
- Einführung einer gesetzlichen Regelung, die eine teilweise Krankschreibung und damit die Ausstellung einer abgestuften AU-Bescheinigung ermöglicht. Dies würde erlauben, während einer Krankschreibung den beruflichen Aufgaben im gesundheitlich möglichen Umfang weiterhin nachzukommen, beispielsweise mit mobilem Arbeiten und/oder mit reduzierter Stundenzahl. Diese Option ist besonders geeignet für Berufsgruppen, die anteilig „mobil“ arbeiten können. Anlässe wären z. B. temporäre Einschränkungen der Mobilität oder Infektiosität. Der Umfang einer Teil-Krankschreibung richtet sich nach dem Grad der erhaltenen Arbeitsfähigkeit. Arbeitgeber können die Möglichkeiten der Teilkrankschreibung bspw. durch organisatorische Maßnahmen (Home-Office,

Flexibilisierung der Arbeitszeiten; ggf. mit berufsgruppen- oder arbeitsfeldspezifischen Lösungsansätzen) unterstützen.

- Urlaubsanspruch über den gesetzlichen Urlaubsanspruch hinaus sollte nur während der tatsächlich geleisteten Arbeitstage erworben werden (inklusive anteilige Arbeitstage bei Teilkankschreibung). Diese Regelung soll helfen, den Anteil von Teilkankschreibungen zu erhöhen und die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken, aktiv an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.
- Optimierung der Prozessketten bei Erkrankungen mit zeitnaher Klärung von Rehabilitationsbedarfen (berufliche oder medizinische Rehabilitationsbedarfe) und Erwerbsfähigkeit.
- Stärkung und Ausbau der (ambulanten) Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen.

Schließlich empfehlen wir die Einführung eines systematischen Monitorings aller AU auf der Basis anonymisierter Daten. Dadurch könnten zeitliche und regionale Trends erfasst und eine Ursachenforschung unterstützt werden.

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen sollte durch eine Evaluation begleitet werden.

Zustimmung im ExpertInnenrat: 21/21

ExpertInnenrat der Bundesregierung



Wissen systematisch weitergeben

Rund ein Viertel der Beschäftigten im öffentlichen Dienst wird in den kommenden zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Dadurch droht nicht nur ein Mangel an Fachkräften – Unternehmen und Einrichtungen sollten auch rechtzeitig damit beginnen, das Wissen zu sichern, über das ältere Mitarbeitende verfügen.

Arbeitsschritte dokumentieren

Leicht fällt die Wissensweitergabe, wenn es sich um Informationen handelt, die sich gut dokumentieren und beschreiben lassen, wie zum Beispiel der Ablauf einzelner Arbeitsschritte. Schwieriger wird es bei persönlichen Erfahrungen. „Das kann man sich vorstellen wie beim Fahrradfahren. Man weiß irgendwann, wie es geht, kann es aber nur schwer erklären oder aufschreiben“, sagt Dr. Anne-

katrin Wetzstein, Leiterin der Abteilung „Themenentwicklung und Praxistransfer“ beim Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG).

Um auch dieses implizite Wissen zu erhalten und weiterzugeben, braucht es ein aktives Wissensmanagement. Dazu gehört es, passende Datenbanken anzulegen und eine klare Systematik für die Dokumente und Dateien vorzugeben. In einer solchen Datenbank sollten Aufgaben und Projekte systematisch erfasst werden.

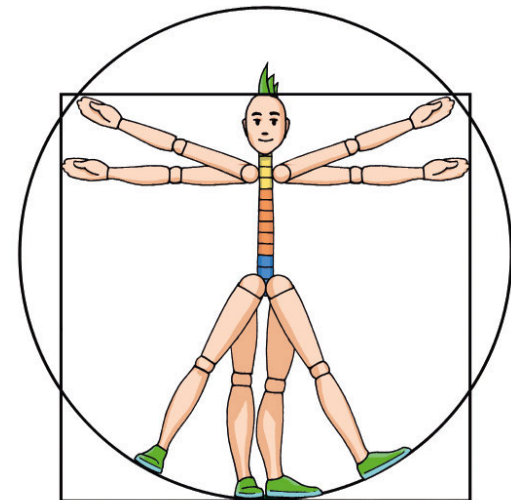
Mit Job-Rotation Wissen streuen

Eine weitere Möglichkeit, die Weitergabe von Wissen zu ermöglichen, liegt in persönlichen Austauschformaten. Diese tragen dazu bei, das Wissen über be-

stimmte Vorgänge breiter in Unternehmen und Einrichtungen zu streuen. Darauf zahlen auch Maßnahmen wie Job-Rotation ein. Dabei wechseln Beschäftigte innerhalb einer Abteilung in vorgegebenen Intervallen die Aufgabenbereiche und erlernen so neue Techniken und Wissen über das Zusammenspiel verschiedener Aufgabenbereiche.

Steht ein Personalwechsel an, sollten ausführliche Gespräche zwischen der Person, die das Unternehmen verlässt, sowie der Nachfolgerin oder dem Nachfolger organisiert werden. Auch hilft es für den Wissenstransfer, wenn die alte und neue verantwortliche Person anstehende Aufgaben eine Zeit lang gemeinsam erledigen.

Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)



Ärzte-Stimmung steigt weiter:

Verbesserung vor allem bei Hausärzten

Die wirtschaftliche Stimmung der niedergelassenen Ärzte hat sich im 1. Quartal 2025 auf $-24,3$ Punkte verbessert – der beste Wert seit rund zweieinhalb Jahren.

Die Stimmung unter den niedergelassenen Ärzten hat sich im 1. Quartal 2025 weiter aufgehellt: Das aktuelle Stimmungsbarometer zeigt einen Zuwachs von 1,3 Punkten und liegt nun bei $-24,3$ Punkten. „Das ist der beste Wert seit zweieinhalb Jahren“, kommentiert Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann, Forschungsleiter der Stiftung Gesundheit: „Nach dem absoluten Tief im 3. Quartal 2023 ist die Stimmung bereits um fast 15 Punkte gestiegen, das ist erfreulich. Aber es darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Gesamtlage immer noch schlecht ist.“

Größtes Stimmungs-Plus bei den Hausärzten

Am stärksten verbesserte sich die Stimmung bei den Hausärzten, die in den vier vorherigen Quartalen stets auf dem letzten Platz gelegen hatten: Ihr Wert stieg um 5,8 Punkte – genug, um Zahn- und Fachärzte zu überholen. Auch bei den Zahnärzten ließ sich ein minimales Stimmungs-Plus erkennen (plus 0,4 Punkte). Lediglich bei den Fachärzten gab es eine Abwärtsbewegung (minus 3,2 Punkte). Im 1. Quartal 2025 lagen sie somit auf dem letzten Rang. Die Stimmung der Psychologischen Psychotherapeuten verän-

derte sich nicht: Mit einem Wert von 1,0 Punkten waren sie weiterhin die einzige Fachgruppe im positiven Bereich.

Was kommt nach dem Regierungswechsel?

Die weitere Entwicklung hängt laut Obermann zu großen Teilen vom Kurs der neuen Bundesregierung ab: „Der Trend zur Stimmungsaufhellung bei den Niedergelassenen kann nur anhalten, wenn sich das gesundheitspolitische Klima verbessert.“ Im Wahlkampf habe es hinsichtlich der ambulanten Versorgung leider nur wenige konkrete Aussagen gegeben: „Diskutiert wurde vorrangig über kontroverse Themen wie Migration und Verteidigungsfähigkeit. Die neue Regierung sollte aber das Gesundheitswesen nicht aus dem Blick verlieren, denn offene Baustellen gibt es dort reichlich.“

Über das Stimmungsbarometer:

Das Stimmungsbarometer gibt differenziert Auskunft darüber, wie die niedergelassenen Ärzte in Deutschland ihre aktuelle wirtschaftliche Lage einschätzen und welche Entwicklung sie in den kommenden sechs Monaten erwarten. Diese quartalsweise Erhebung führt die Stiftung Gesundheit seit fast 20 Jahren durch. An der repräsentativen Erhebung im 1. Quartal 2025 nahmen 749 Ärzte teil.

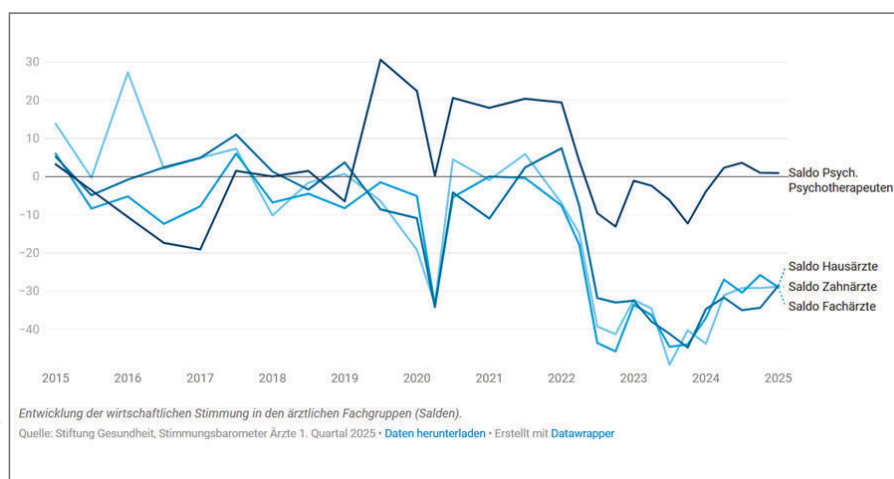


Abbildung: Datawrapper

Online-Seminar

Ergonomie-Coaching Verwaltung

Dieses Seminar vermittelt

- umfassendes Ergonomie-Know-how
- Argumentationshilfen für eine gelungene Kommunikation

Nächste Termine:

09.-10.07.2025

11.-12.11.2025

Kursgebühr 940,- € netto pro Person

Anmeldung und weitere Informationen:

Si-Akademie für Sicherheit und Gesundheit

Martina Langenstück

Phone +49 711 7594-4607

In Kooperation mit:

Sicherheitsbeauftragter

Sicherheitsingenieur

Jetzt
anmelden!

www.si-akademie.de
si-akademie@konradin.de



Foto: © Halfpoint - stock.adobe.com

Teil der staatlichen Daseinsfürsorge

Schutz vor Gewalt

Nach der Attacke auf einen Arzt der Uniklinik Düsseldorf fordert Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt ein Bündel an Maßnahmen, um Ärztinnen und Ärzte besser vor Gewalt zu schützen.

„Arztpraxen und Krankenhäuser sind Orte der Genesung und des Vertrauens. Für die dort Beschäftigten sind sie mitunter aber auch echte Gefahrenzonen. Die brutale Attacke auf einen Hausarzt in Spenge und die Bedrohung eines Arztes mit einem Messer im Düsseldorfer Uniklinikum sind dafür zwei aktuelle Beispiele. Die Taten müssen ein Weckruf an die Politik sein, Ärzte und andere Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen endlich wirksamer vor Gewalt zu schützen“, sagte Reinhardt der Rheinischen Post.

Fast die Hälfte aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihrer Praxisteams war in den letzten fünf Jahren bei der Ausübung ihres Berufs mit körperlicher Gewalt konfrontiert. Unter den Kran-

kenhausärzten berichten mehr als 40 Prozent, dass die Gewalt in den letzten fünf Jahren zugenommen hat. Auch die polizeiliche Kriminalstatistik weist seit 2019 einen massiven Anstieg von sogenannten Rohheitsdelikten im Gesundheitswesen aus.

„Die neue Bundesregierung und die Innenminister der Länder müssen dieser Entwicklung etwas Wirksames entgegenzusetzen. Angriffe auf Ärzte in Kliniken und Praxen, auf Rettungskräfte und auf Feuerwehrleute müssen schärfer bestraft werden“, forderte Reinhardt. Zur staatlichen Daseinsfürsorge gehöre auch, dass Kommunen bei Bedarf private Sicherheitsdienste für Notaufnahmen in sozialen Brennpunkten finanzieren. Wo erforderlich, sollte auch die Polizei in den Kliniken und auf dem Klinikgelände stärker Präsenz zeigen, um schnell einschreiten zu können und um potenziellen Gewalttätern zu verdeutlichen, dass Kliniken ein besonders geschützter Raum sind.

Vor allem müssten Gewaltdelikte konsequent und unmittelbar verfolgt und geahndet werden. Ermittlungsbehörden und Gerichte brauchten darum die für die Strafverfolgung notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen. Erforderlich seien zudem zentrale Meldesysteme für Angriffe auf Einsatzkräfte und medizinisches Personal, auf denen die Betroffenen die entsprechenden Fälle unkompliziert anzeigen und so auch dokumentieren können.

„Und nicht zuletzt müssen wir die zunehmende Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft, insbesondere die Gewalt gegen medizinisches Personal, das antritt anderen in Notsituationen zu helfen, deutlich vernehmbar ächten. Dafür brauchen wir flächendeckende und auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnittene Informationskampagnen. Allen muss klar sein, dass Angriffe auf Beschäftigte des Gesundheitswesens keine Kavaliersdelikte sind, sondern schwerwiegende Straftaten“, sagte der Bundesärztekammer-Präsident.

Bundesärztekammer (BÄK)



Foto: © estradaanton - stock.adobe.com

Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz

Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz stellen eine ernsthafte Bedrohung für die Sicherheit und Gesundheit von Erwerbstätigen weltweit dar. Der jüngst unterzeichnete Gesetzesbeschluss zum Übereinkommen Nr. 190 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), bekannt als ILO-Übereinkommen 190, stellt einen wichtigen Meilenstein im Kampf gegen diese Problematik dar. Das Übereinkommen, das im Mai 2023 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ratifiziert wurde, hat das Ziel, eine Arbeitswelt zu schaffen, in der Gewalt und Belästigung keinen Platz haben.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes zu Belästigung und Gewalt in personenbezogenen Dienstleistungen hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bestehende Handlungshilfen zur Gewaltprävention analysiert und systematisiert. „Personenbezogene Dienstleistungen“, zu denen Berufe wie Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste, Polizei oder Lehrer gehören, stellen besonders gefährdete Berufsgruppen dar. In vielen dieser Berufe kommt es zu direkten Interaktionen mit Dienstleistungsempfängern, wie beispielsweise Patientinnen und Patienten, Schülerinnen und Schüler oder Kundin-

nen und Kunden. Häufig sind diese Personen in das Arbeitsgeschehen integriert, was das Risiko von Konflikten oder Übergriffen erhöht.

Im September 2024 wurde eine umfassende Recherche nach bestehenden Handlungshilfen zur Prävention von Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz durchgeführt. Insgesamt wurden 115 relevante Dokumente identifiziert, von denen 35 im Detail untersucht wurden. Die Analyse ergab, dass eine Vielzahl der identifizierten Handlungshilfen einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, der die Prävention von Gewalt ebenso umfasst wie Maßnahmen für den akuten Fall und die Nachsorge. Dabei wurden besonders häufig das „Aachener Modell zur Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen am Arbeitsplatz“ sowie das „TOP-Prinzip“ (Technik, Organisation, Personen) hervorgehoben.

Die Mehrheit der Handlungsansätze richtet sich an Berufsgruppen mit einem besonders hohen Risiko, wie etwa in der Gesundheitsversorgung, im Lehr- oder Einsatzbereich. Der Anteil der Handlungshilfen, die speziell Führungskräfte und Arbeitgeber ansprechen, ist ebenfalls bemerkenswert, da hierdurch ein proaktiver Umgang mit Gewaltprävention und der Integration präventiver Maßnahmen in den Arbeitsalltag gefördert wird.

Der baa: Bericht kompakt „Handlungshilfen zum Schutz vor Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz“ kann als PDF von der Internetseite der BAuA unter www.baua.de/publikationen heruntergeladen werden.

Kampagne #GewaltAngehen gegen Übergriffe auf Beschäftigte im öffentlichen Dienst

Gewaltprävention auf die Tagesordnung setzen

46 Prozent der Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung waren laut einer forsa-Umfrage im Auftrag der DGUV in den letzten zwölf Monaten von verbaler Gewalt betroffen – wurden angeschrien oder beleidigt. Damit belegt diese Branche den traurigen zweiten Platz, knapp hinter dem Gesundheits- und Sozialwesen mit 49 Prozent. Aus diesem Grund richtet die aktuelle Kampagne #GewaltAngehen der gesetzlichen Unfallversicherung in ihrem nächsten Schritt die Aufmerksamkeit gezielt auf Beschäftigte im öffentlichen Dienst.



Abbildung: © елена калиничева – stock.adobe.com

gnenseite www.gewalt-angehen.de präsentiert Interviews mit Testimonials wie Niewöhner oder Grawunder. Sie gibt Tipps und stellt Projekte wie das Infoportal „Die sichere Verwaltung“ der Unfallkasse NRW vor. Dort können Nutzende eine virtuelle Verwaltung erkunden – vom Wartebereich bis in die Büros. Interaktiv werden die baulichen und organisatorischen Anforderungen aus Sicht der Gewaltprävention erläutert. Polizeioberrat Niewöhner betont, dass jede Einrichtung dazu beitragen kann, Beschäftigte vor Übergriffen zu schützen: „Führungskräfte sollten das Thema Gewaltprävention auf die Tagesordnung setzen. Man kann darüber in der täglichen Dienstbesprechung reden, in Führungskonferenzen oder in anderen Meetings. Und, das verspreche ich: Wenn die Beschäftigten merken, die Vorgesetzten interessieren sich dafür, dann bekommen sie auch Antworten auf die Frage, wie groß das Gewaltproblem im Team ist.“ Bürgermeister Carsten Grawunder hat in Drensteinfurt bereits Präventionsmaßnahmen eingeleitet: Arbeitsbereiche mit regelmäßigem Publikumsverkehr wurden so umgestaltet, dass die Beschäftigten die Möglichkeit haben, sich in einer Bedrohungslage sicher zu entfernen. Seit zwei Jahren gibt es auch gezielte Deeskalationstrainings, um die Beschäftigten auf mögliche Konfliktsituationen vorzubereiten. Darüber hinaus hat Grawunder den zunehmend rauer werdenden Ton in der Kommunalpolitik zum Thema gemacht: „Wir haben dieses Phänomen im letzten Jahr in einem Gespräch mit den Fraktionsspitzen und dem Verwaltungsvorstand einmal ausführlich thematisiert und uns darauf verständigt, dass wir grundsätzlich auf einer sachlichen Ebene miteinander arbeiten wollen. Das gelingt seither überwiegend, aber leider auch nicht vollständig.“

„Alle Untersuchungen und Befragungen zeigen, dass die Zahl der Fälle gestiegen ist, ebenso die Qualität der Gewalt. Und das branchenübergreifend“, sagt Kampagnen-Testimonial Andre Niewöhner, Polizeioberrat in Coesfeld und aktiv im nordrheinwestfälischen Präventionsnetzwerk #sicherimDienst. „Früher hatten wir vor allem Einsatzkräfte, Rettungskräfte, Polizei und Feuerwehr im Fokus. Aber es betrifft ganz viele Dienstbereiche, in denen Anfeindungen, Beleidigungen und Drohungen bis hin zu gewalttätigen Übergriffen mittlerweile Alltag geworden sind.“

Carsten Grawunder, parteiloser Bürgermeister in Drensteinfurt und ein weiteres Testimonial von #GewaltAngehen, kennt aggressives Verhalten aus eigener Erfahrung und aus seiner Verwaltung: „Wir haben seit Jahren leider immer häufiger mit Bürgern zu tun, die mit den Leistungen oder auch den versagten Leistungen unserer Verwaltung so unzufrieden und verärgert sind, dass sie verbal ausfallend werden. Das finde ich nicht hinnehmbar. Derartige Vorkommnisse werden von mir als Behördenleiter konsequent zur Anzeige gebracht; intern werden diese Dinge im Team aufbereitet.“

Infoportal „Die sichere Verwaltung“

Was können Einrichtungen und Verwaltungen tun, um ihre Beschäftigten besser zu schützen und auf gefährliche Situationen vorzubereiten? Die Kampa-

DGUV

Diese Faktoren erhöhen das Gewalt-Risiko für Beschäftigte

Bestimmte Faktoren erhöhen das Risiko für Beschäftigte, Opfer von Gewalt zu werden. Darauf weisen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen anlässlich des Tages der Arbeit am 1. Mai hin. Hierzu zählen zum Beispiel der Umgang mit Bargeld, die Ausübung von Kontrolle oder der Umgang mit Personengruppen, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen. Betriebe, die die Gefahr gewaltsamer Übergriffe bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen oder der Arbeitsorganisation berücksichtigen, können die Risiken für ihre Mitarbeitenden verringern. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung unterstützen sie dabei mit Informationen und Beratung.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
(DGUV)

Viele Beschäftigte sind in ihrem beruflichen Alltag heiklen Situationen ausgesetzt. Besonders häufig kommen verbale Übergriffe wie Bedrohungen oder Beleidigungen vor; seltener sind körperliche Attacken. Das ergab eine repräsentative Umfrage, die die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) im Rahmen ihrer Kampagne #GewaltAngehen in Auftrag gegeben hatte. Dabei sind nicht alle Branchen gleich stark von psychischer oder physischer Gewalt durch betriebsfremde Personen betroffen. Bestimmte Merkmale von Arbeit erhöhen die Gefahr.

Besonders häufig finden sich die Risikofaktoren im Gesundheits- und Sozialwesen, der öffentlichen Verwaltung sowie in Verkehr, Handel und Erziehung. Tätigkeiten in diesen Branchen vereinen oft gleich mehrere dieser Faktoren auf sich. Achten Unternehmen und Einrichtungen mit Kundenverkehr zudem nicht auf eine sicherheitsfördernde Einrichtung oder organisieren ihre Abläufe mangelhaft, kann das aggressionsfördernd wirken. Lange Wartezeiten auf dem Amt und unfreundliche Wartebereiche zählen dazu. Treffen gereizte Kundinnen und Kunden im Anschluss auf Beschäftigte, die über wichtige Anträge entscheiden oder eine Kontrollfunktion innehaben, kann das für diese Gefahr bedeuten.

Auch wenn Tätigkeiten in Alleinarbeit in Privaträumen von Kundinnen oder Patienten ausgeübt werden, erhöht dies das Risiko für Beschäftigte. „Pflegerkräfte im ambulanten Pflegedienst sind dafür ein Beispiel“, sagt Anne Gebhardt, Psycholo-

gin bei der DGUV. „Sie arbeiten meist allein, betreuen die Menschen zu Hause und verabreichen Medikamente.“ Generell reiche aber schon ein einzelner Risikofaktor, um gefährdeter als Beschäftigte anderer Branchen zu sein.

Umso wichtiger ist es, dass Betriebe und Einrichtungen das erhöhte Risiko bereits in der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigen. Darin sollten alle technischen und organisatorischen Maßnahmen vor, während und nach einem möglichen Gewaltereignis festgelegt werden. „Arbeitgebende sollten Gewaltereignisse grundsätzlich dokumentieren“, so Gebhardt. Nur so könne man die Gefähr-

dungsbeurteilung aktuell halten – und den Schutz für die Beschäftigten langfristig verbessern. Hat ein Gewaltereignis stattgefunden, sollten Arbeitgebende die Betroffenen dabei unterstützen, den Übergriff gegenüber den Strafverfolgungsbehörden anzuzeigen, rät Gebhardt.

Weitere Infos, wie Beschäftigte vor Gewalt geschützt werden können, gibt es auf der Website von #GewaltAngehen, der gemeinsamen Kampagne von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zur Prävention von Gewalt bei der Arbeit: <https://www.dguv.de/gewalt-angehen/index.jsp>

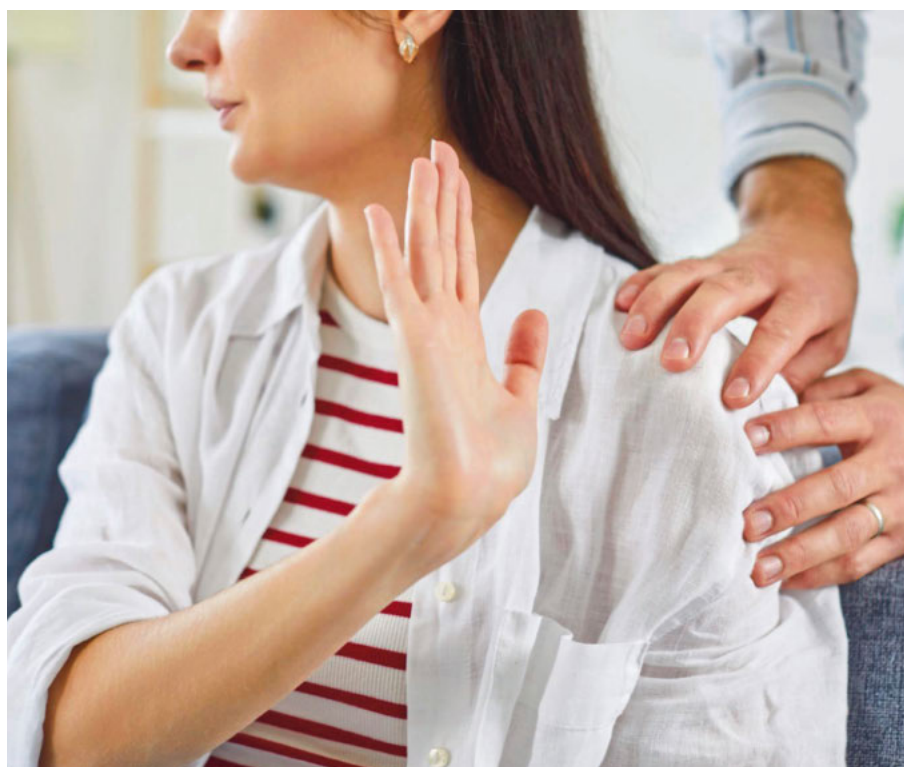


Foto: © Studio Romantic – stock.adobe.com



Evaluationen von Suizidpräventionsstrategien in ausgewählten europäischen Ländern

1. Vorbemerkung

Mit einem fraktionsübergreifenden Antrag¹ ist die Bundesregierung unter anderem aufgefordert, bis zum 30. Juni 2024 einen Gesetzentwurf und eine Strategie für die Suizidprävention vorzulegen, welche die Maßnahmen und Akteure der Suizidprävention koordiniert und eine dauerhafte sowie zeitnahe Umsetzung sicherstellt.² In der Folge dieses Gruppenantrags hat sich ein Parlamentskreis „Sui-

zidprävention“ mit mehreren Abgeordneten im Bundestag gegründet, der den Gesetzgebungsprozess der Bundesregierung begleiten will.³ Laut Antwort auf eine Kleine Anfrage will die Bundesregierung unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums dem Deutschen Bundestag eine Nationale Suizidpräventionsstrategie bis April 2024 vorlegen.⁴

In vielen europäischen Ländern gibt es bereits Suizidpräventionsstrategien.⁵

Auch die Europäische Union hat das Projekt „JA-IMPLEMENTAL“ initiiert,⁶ um die Suizidprävention in europäischen Ländern zu fördern. Im Rahmen dieses Projekts wird das österreichische nationale Suizidpräventionsprogramm SUPRA⁷ als Best-Practice-Modell genutzt, um es in anderen Ländern zu verbreiten.⁸ Dabei soll es nicht eins zu eins umgesetzt werden, sondern vielmehr soll sich in den beteiligten Ländern ein eigener Prozess der

Deutscher Bundestag,
Wissenschaftliche Dienste

Aktenzeichen:WD 8 – 3000 – 015/24

Abschluss der Arbeit:28.03.2024

Fachbereich:WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung, Lebenswissenschaften

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Suizidprävention entwickeln. Hierbei kann der österreichische Umsetzungsprozess als Vorbild dienen, da er auf den Empfehlungen der WHO⁹ basiert und entsprechende Erfahrungswerte bietet. Inhalt des Programms ist auch die Entwicklung von nationalen Suizidpräventionsstrategien. So fand beispielsweise ein Workshop zur Unterstützung bei der Erstellung eines Entwurfs oder auch der Überarbeitung schon bestehender nationaler Strategien zur Suizidprävention statt.¹⁰

Vor dem Hintergrund der hohen Aktualität der Thematik werden im Folgenden auftragsgemäß Evaluationen bereits bestehender Strategien oder Maßnahmen zur Suizidprävention in ausgewählten europäischen Ländern aufgezeigt, wobei einleitend die Probleme der Evaluation von Suizidpräventionsstrategien in Kürze dargelegt werden.

2. Probleme bei Evaluierungen von Suizidpräventionsstrategien

Das größte Problem bei der Bewertung von Strategien zur Suizidprävention oder einzelner Maßnahmen besteht darin, einen konkreten kausalen Zusammenhang zwischen den Suizidraten und der Strategie oder der einzelnen Maßnahme herzustellen. Dies gilt insbesondere, weil die Hoffungslosigkeit der Betroffenen angesichts scheinbar unlösbarer Lebensprobleme, die zu Suizidgedanken, Suizidversuchen oder gar vollendeten Suiziden führen kann, oft durch äußere Faktoren wie wirtschaftliche Krisen, Pandemien sowie medizinische und psychologische Versorgung in den jeweiligen Ländern sowie persönliche Faktoren wie Religion, Alter, Krankheiten oder Abhängigkeiten beeinflusst wird.¹¹ Es gibt gleichwohl Studien zur Wirksamkeit von Suizidpräventionsmaßnahmen und den Strategien im Allge-

meinen¹² sowie zu einzelnen Maßnahmen wie etwa der Begrenzung der Packungsgröße von Medikamenten¹³, bauliche Maßnahmen¹⁴ an „Suizid-Hotspots“¹⁵ oder die Beschränkung des Zugangs zu Waffen¹⁶.

Während es eine Evidenzbasis zur Wirksamkeit einzelner Komponenten der Suizidprävention gibt, sind Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit nationaler Suizidpräventionsstrategien als Ganzes äußerst begrenzt.¹⁷ Länder mit nationalen Strategien überwachen in der Regel zeitliche Trends der Suizidrate mit der Absicht zu messen, ob es über einen bestimmten Zeitraum zu einem Rückgang der Suizidrate kam. Um eine aussagekräftige Bewertung nationaler Suizidpräventionsstrategien vornehmen zu können, müssen jedoch eine Vielzahl an methodischen Herausforderungen bei der Durchführung von Evaluierungsstudien berücksichtigt

¹Am 6. Juli 2023 wurde ein fraktionsübergreifender Antrag mit dem Titel „Suizidprävention stärken“ in den Deutschen Bundestag eingebracht und mit großer Mehrheit angenommen. Siehe Fraktionsübergreifender Antrag, Suizidprävention stärken, 5. Juli 2023, BT-Drs. 20/7630, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 28. März 2024.

²Dieser Antrag wurde mit 688 Ja-Stimmen, einer Nein-Stimme und vier Enthaltungen angenommen. Es wurde hierzu eine namentliche Abstimmung durchgeführt, die in dem Protokoll zur 115. Sitzung vom 6. Juli 2023 auf Seite 14112 A eingesehen werden kann. Abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20115.pdf#P.14077>. Zwei Gesetzentwürfe von fraktionsübergreifenden Gruppen über eine Neuregelung der Suizidhilfe wurden hingegen am 6. Juli 2023 mehrheitlich zurückgewiesen [BT-Drs. 20/7624; BT-Drs. 20/904].

³Ärzteblatt, Bundestagsabgeordnete wollen zur Suizidprävention beitragen, 13. Oktober 2023, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146619/Bundestagsabgeordnete-wollen-zur-Suizidpraevention-beitragen>.

⁴Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion CDU/CSU, Gesundheitsförderung, Prävention und Parodontitisversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 14. November 2023, BT-Drs. 20/9296, S. 3, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/092/2009296.pdf>.

⁵Vgl. hierzu Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa, Ausarbeitung vom 9. Februar 2024, WD 9 – 3000 – 088/23.

⁶Europäische Union, JA on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://ja-implementational.eu/>.

⁷Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Suizid und Suizidprävention SUPRA, 23. November 2023, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html>.

⁸Grabenhofer-Eggerth, Alexander, JAImpleMENTAL, SUPRA Handbook, 12. Mai 2022, abrufbar unter https://implementational.files.wordpress.com/2022/12/supra-handbook_incl.-new-eu-logo.pdf.

⁹World Health Organization, An implementation guide for suicide prevention in countries, 2021, abrufbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>. World Health Organization, National suicide prevention strategies, 2018, abrufbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?sequence=1>.

¹⁰Europäische Union, JAImpleMENTAL, Thematic Workshop for Sustainability: support, acceptance and implementation of the draft/revised national strategy for suicide prevention, abrufbar unter <https://ja-implementational.eu/thematic-workshop-for-sustainability-2/>.

¹¹Nordentoft, Merete, Crucial elements in suicide prevention strategies, in: Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 2011, S. 848–853, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584610004690>. Die Teilnehmer an dem Programm finden sich unter <https://ja-implementational.eu/participants-2/>. Für Deutschland wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung genannt.

¹²Hofstra, Emma/van Nieuwenhuizen, Chijns, Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis, in: General Hospital Psychiatry, 2020, S. 127–140, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834318305097>; Matsubayashi, Tetsuya/Michiko, Ueda, The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations, in: Social Science & Medicine, 9. November 2011, S. 1395–1400, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005296>; Zalsman, Gil/Hawton, Keith, Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, in: The Lancet Psychiatry, 8. Juni 2016, S. 646–659, abrufbar unter [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30030-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30030-X/fulltext).

¹³Hawton, Keith, United Kingdom Legislation on Pack Sizes of Analgesics: Background, Rationale, and Effects on Suicide and Deliberate Self-Harm, 2. Juni 2005, abrufbar unter <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/suli.32.3.223.22169>; Hawton, Keith/Simkin, Sue u. a., Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses, in: BMJ, 11. Dezember 2012, abrufbar unter <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f403>.

¹⁴Hemmer, Alexander/Meier, Philipp, Comparing Different Suicide Prevention Measures at Bridges and Buildings: Lessons We Have Learned from a National Survey in Switzerland, 6. Januar 2017, abrufbar unter <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169625>; Perron, Stephane/Burrows, Stephanie u. a., Installation of a Bridge Barrier as a Suicide Prevention Strategy in Montréal, Québec, Canada, in: American Journal of Public Health, Juli 2013, abrufbar unter <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301089>.

¹⁵Buus Florentine, Julie/Crane, Catherine, Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice, in: Social Science & Medicine, Mai 2010, S. 1626–1632, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001115>.

¹⁶Buus Florentine, Julie/Crane, Catherine, Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice, in: Social Science & Medicine, Mai 2010, S. 1626–1632, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001115>.

¹⁷Platt, Stephen/Arensman, Ella u. a., National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges, in: Crisis, 20. März 2019, abrufbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>; Matsubayashi, Tetsuya/Michiko, Ueda, The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations, in: Social Science & Medicine, 9. November 2011, S. 1395–1400, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005296>.

werden.¹⁸ So ist es beispielsweise unmöglich, eine gültige Behauptung aufzustellen, dass ein Rückgang der Suizidrate auf die Umsetzung einer nationalen Strategie zurückzuführen sei, ohne die Trends anderer mutmaßlicher bereits genannter Einflüsse auf die Suizidrate zu überwachen. Des Weiteren setzen sich nationale Strategien aus mehreren Komponenten zusammen. Manche Maßnahmen haben möglicherweise keinerlei oder sogar gegenläufige Auswirkungen gehabt. Insofern liegt der Fokus darauf, diejenigen Komponenten zu identifizieren, die den größten positiven Beitrag geleistet haben. Die Ergebnisse der vereinzelt Studien, die die gesamte Strategie in Zusammenhang mit der Entwicklung der Suizidraten setzen,¹⁹ deuten darauf hin, dass eine Kausalität zwischen dem Rückgang von Suizidraten und der Einführung von Suizidpräventionsprogrammen bestehen könnte. Eines der bemerkenswerten Ergebnisse dieser Studien sei, dass das Vorhandensein nationaler Suizidpräventionsprogramme einen größeren Einfluss auf die Suizidrate von Männern als auf die von Frauen habe. Dies sei insbesondere darauf zurückzuführen, dass einige der Suizidpräventionsstrategien die Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen sowie die Verbesserung der Aufklärung über Schusswaffen beinhalten würden, da Suizide mittels Schusswaffen bei Männern viel häufiger als bei Frauen vorkämen. Die Umsetzung einer nationalen Strategie könne nach diesen Studien, unabhängig von ihrer Form, wirksam zur

Senkung der Suizidrate beitragen.²⁰ Allerdings wird in den Studienberichten klargelegt, dass kausale Zusammenhänge nur sehr bedingt vorgebracht werden könnten.²¹

3. Beispiele aus einzelnen Ländern

3.1. Belgien

Die Regierung der Region Flandern hat aufgrund hoher Suizidrate bereits im Jahr 2000 eine Suizidpräventionsstrategie erarbeitet.²² Diese wurde zuletzt im Jahr 2023 erneuert und läuft bis zum Jahr 2030.²³ Zuständig zur Umsetzung der Strategie und der damit verbundenen Projekte ist das flämische Zentrum für Suizidprävention VLESP in Gent.²⁴ Die vorherige Strategie von 2012 bis 2020 wurde umfassend evaluiert.²⁵ In der abschließenden Bewertung des Aktionsplans, die nur in niederländischer Sprache verfügbar ist, werden die einzelnen umgesetzten Maßnahmen begutachtet und die Ergebnisse auch anhand zahlreicher Studien dargelegt.

Beispielsweise wurde das in einem gleichnamigen Projekt entwickelte Spiel „Silver“ evaluiert.²⁶ Bei diesem Online-Spiel, das als App kostenlos heruntergeladen werden kann, versetzt sich die Spielerin oder der Spieler in die Gedanken- und Gefühlswelt von anderen Charakteren. Dieses Spiel, dessen Wirkung in einer randomisierten kontrollierten Studie unter Beteiligung von 1.128 Jugendlichen aus 10 flämischen Schulen untersucht wurde,

zielt auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit von jungen Menschen ab.²⁷ Die Interventionsgruppe durfte das Spiel zwei bis drei Wochen lang spielen, die Kontrollgruppe erhielt erst am Ende der Studie Zugang zum Spiel. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Jugendlichen in der Interventionsgruppe, die das Spiel gespielt hatten, deutlich besser in der Lage waren, ihre Emotionen zu verstehen und im Vergleich zur Kontrollgruppe diese auch deutlich klarer wahrzunehmen.²⁸

Ein weiteres Beispiel stellt das Online-Programm „Think Life“ dar.²⁹ Hierbei handelt es sich um einen Online-Selbsthilfekurs, der dazu beitragen soll, Suizidgedanken zu reduzieren. Das Programm basiert auf kognitiver Verhaltenstherapie mit Problemlösungsstrategien sowie achtsamkeitsbasierter Therapie. Es wurde als Selbsthilfetool in die Portalseite zur Suizidhotline (Zelfmoord1813.be) aufgenommen. Für die Evaluation des Programms haben 724 Personen von 1.688 für Think Life registrierten Personen an einer Studie teilgenommen. Sie wurden entweder der Interventionsgruppe (359 Personen) oder der Kontrollgruppe (365 Personen) zugeteilt. Die Studie zeigte bei der Interventionsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe einen stärkeren Rückgang der Suizidgedanken. Darüber hinaus verminderten sich depressive Symptome und Hoffnungslosigkeit, Sorgen sowie Ängste.³⁰

Auch die Kampagne „4voor12“ wurde evaluiert.³¹ Mit dieser Kampagne sollte

¹⁸ Platt, Stephen/Arensman, Ella u. a., National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges, in: Crisis, 20. März 2019, abrufbar unter <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1027/0227-5910/a000587>.

¹⁹ Matsubayashi, Tetsuya/Michiko, Ueda, The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations, in: Social Science & Medicine, 9. November 2011, S. 1395–1400, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005296>; Hofstra, Emma/van Nieuwenhuizen, Chijs, Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis, in: General Hospital Psychiatry, 2020, S. 127–140, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834318305097>.

²⁰ Hofstra, Emma/van Nieuwenhuizen, Chijs, Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis, in: General Hospital Psychiatry, 2020, S. 127–140, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834318305097>; Matsubayashi, Tetsuya/Michiko, Ueda, The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations, in: Social Science & Medicine, 9. November 2011, S. 1395–1400, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005296>.

²¹ Matsubayashi, Tetsuya/Michiko, Ueda, The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations, in: Social Science & Medicine, 9. November 2011, S. 1395–1400, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005296>.

²² Vgl. hierzu Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa, Ausarbeitung vom 9. Februar 2024, WD 9 – 3000 – 088/23.

²³ 1813 zelfmoord, Hoe werkt Vlaanderen aan suïcidepreventie?, Stand: Februar 2024, abrufbar unter <https://www.zelfmoord1813.be/samen-voorkomen/hoe-werkt-vlaanderen-aan-suïcidepreventie>.

²⁴ VLESP, Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://www.vlesp.be/>.

²⁵ Nur in niederländischer Sprache: Flämische Aktionsplan Suizidprävention II 2012 – 2020, Abschließende Evaluation, 2021, abrufbar unter <https://www.vlesp.be/assets/pdf/eindevaluatie-vas-ii-nl-104149.pdf>; VLESP, Eindevaluatie VAS II: 2012– 2020, abrufbar unter <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1738203>.

²⁶ VLESP, Silver, Stand: Februar 2024, abrufbar unter <https://www.silvergame.be/>.

²⁷ VLESP, Projects, Stand: Februar 2024, abrufbar unter <https://www.vlesp.be/en/projects>.

²⁸ Rotsaert, Ine/Aerts, Saskia u. a., Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012–2020 Eindevaluatie, S. 130 abrufbar unter <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1738202>.

²⁹ 1813 zelfmoord, Think Life, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://thinklife.zelfmoord1813.be/>.

³⁰ Rotsaert, Ine/Aerts, Saskia u. a., Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012–2020 Eindevaluatie, S. 137 abrufbar unter <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1738202>.

³¹ Kampagne Het is 4 voor 12, weitergehende Informationen abrufbar unter <https://www.tegek.be/campagnes/4voor12/het-is-4-voor-12>.

BsAfb e.V.

Aufnahmeantrag



Eine Aufnahme ist nur mit Einzugsermächtigung möglich!
Wer kann Mitglied werden? www.bsafb.de » BsAfb-Mitglied werden

Gartenstr. 29
49152 Bad Essen
Telefon 05472 / 94 33 25
Fax 05472 / 94 44 20
info@bsafb.de
www.bsafb.de

Vorab auch per Fax 05472 / 94 44 20

Titel	Name	Vorname
Gebietsbezeichnung		
Zusatzbezeichnung(en)		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	Fax	
E-Mail	Homepage	

Bitte jeweils ankreuzen!

- Ich möchte die BsAfb-Rundschreiben an obige Faxnummer gesandt bekommen
 an folgende Faxnummer:
 nur per E-Mail - bitte beachten Sie die Konsequenzen für Ihre Beiträge (siehe unten!)
 per E-Mail und Fax

Ich möchte im Mitgliederverzeichnis auf der BsAfb-Website unter Betriebsarztsuche bzw. FASI-Suche aufgeführt werden.

- Ja Nein
 Ich strebe die außerordentliche Mitgliedschaft an.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Einzugsermächtigung (obligat)

Hiermit erteile ich dem BsAfb die widerrufliche Abbuchungsgenehmigung des satzungsgemäßen Vereinsbeitrages von zur Zeit:

- 150 EUR pro Jahr bei Rundschreiben und Vereinsmitteilungen an E-Mail-Anschrift
- 170 EUR pro Jahr bei Rundschreiben per Fax (erheblicher Mehraufwand)
- 130 EUR pro Jahr für außerordentliche Mitglieder (z. B. angestellte Ärzte/-innen)

ggf. Stempel

Im Mitgliedsbeitrag ist die kostenlose Zusendung der ErgoMed / Prakt. Arb.med. enthalten.
Die Beiträge werden üblicherweise Anfang des Jahres für das jeweilige Kalenderjahr abgebucht.
Erreicht uns ein Aufnahmeantrag im laufenden Jahr, wird anteilmäßig nur der Betrag für die verbleibenden Monate abgebucht.

Kontoinhaber	Name und Ort des Kreditinstituts
IBAN	BIC
Ort, Datum	Unterschrift

die Bevölkerung sensibilisiert und zur Wachsamkeit ermutigt werden, um so auf mögliche Anzeichen psychischer Probleme und Suizidalität adäquat reagieren zu können. Der Einzelne soll insbesondere bekräftigt werden ein Gespräch zu beginnen, wenn entsprechende Signale wahrgenommen werden, wodurch auch allgemein die Hemmschwelle gesenkt werden soll, über psychische Probleme zu sprechen.³² Mit der Kampagne waren TV- und Radiospots, eine eigene Webseite sowie ein nationaler Aktionstag mit vielen Angeboten verbunden. Nach einer Evaluation mittels Online-Umfrage wurde die Kampagne insgesamt als positiv bewertet. Die befragten Personen gaben an, dass sie aufmerksamer geworden seien, wobei sie insbesondere die Hinweise zu den Hilfsprogrammen und Stellen als hilfreich empfanden.

3.2. Irland

Irland hat im Jahr 2015 eine nationale Strategie zur Reduzierung von Suiziden mit dem Titel „Connecting for Life“ erlassen.³³ Im Rahmen dieser Strategie werden verschiedene Maßnahmen durchgeführt, welche zum Teil durch Forschung und Evaluationen begleitet werden.

Zu den evaluierten Einzelmaßnahmen gehören beispielsweise vier verschiedene Trainings, die zum Umgang mit suizidalen Personen befähigen sollen. Hierzu wurden Pilotstudien durchgeführt, die untersuchen sollten, wie sich das Wissen und die Einstellungen der Teilnehmerin-

nen und Teilnehmer bezüglich suizidalem Verhalten und Suizidprävention verändert haben. Des Weiteren wurde auch die Entwicklung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit suizidalen Personen durch die Trainings überprüft. Insgesamt wurden drei Trainings, die im direkten persönlichen Kontakt stattgefunden haben (Understanding Self-harm, safeTALK und ASIST)³⁴ sowie ein Online-Training (LivingWorks START³⁵) untersucht. In allen Studien zeigten sich dabei einige signifikante positive Ergebnisse, vor allem in Bezug auf das Wissen über suizidales Verhalten und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, mit suizidalen Personen umzugehen.

Weitergehend wurde ein Programm (HSE Bereavement Counselling Service for Traumatic Deaths) positiv evaluiert, das nahestehende Personen von Opfern traumatischer Todesfälle schnell und kostenlos berät und in der Regel an eine Therapie vermittelt.³⁶ Dieses Programm wurde aufgesetzt, da nahe Bezugspersonen von Menschen, die durch Suizid verstorben sind, eine Risikogruppe für Suizidalität sind. Diesen Menschen soll ein schneller und maßgeschneiderter Weg in eine adäquate Versorgung angeboten werden. In der Evaluation zeigte sich, dass das Beratungsprogramm eine wichtige Rolle dabei gespielt hat, diese Personen zu einer Therapie zu motivieren. Hierzu wurde insbesondere ein kostenfreier Service mit minimaler Wartezeit zum ersten Beratungstermin angeboten. Für die Unter-

gruppe, die im Anschluss eine Therapie abgeschlossen hat,³⁷ ließ sich zudem eine signifikante Verbesserung der Resilienz und des Wohlbefindens feststellen. Der Service wurde im Rahmen einer „Cost-effectiveness analysis“ positiv bewertet.³⁸

In einem großen Bericht sind zudem 31 Studien, die als Teil der Strategie „Connecting for Life“ durchgeführt wurden, für die Jahre 2015 bis 2020 zusammengefasst und untersucht worden.³⁹ Hierbei wurde auch die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen und Programme beleuchtet. Dabei zeigten sich in der Gesamtschau eher positive Trends; statistisch signifikante Ergebnisse konnten hingegen nur vereinzelt entnommen werden. Dies wird mit der jeweils kurzen Untersuchungsdauer und den nicht ausreichend robusten Untersuchungsmethoden erklärt.⁴⁰ Statistisch signifikante Verbesserungen ergaben sich aber unter anderem bei einer Untersuchung im Rahmen eines „social prescribing“⁴¹ Programms, welches darauf abzielt, Patientinnen und Patienten niedrigschwellig an nicht-medizinische, gesundheitsorientierte Maßnahmen und Aktivitäten in der Nähe zu vermitteln und so soziale Kontakte zu fördern.⁴² Daneben wirkte sich ein Trainingsprogramm für arbeitslose Männer, das mentale Gesundheit, Beratung für Erwachsene, körperliche Fitness und soziale Vernetzung kombiniert, signifikant positiv auf das Wohlbefinden aus.⁴³ Ebenso hatte ein Programm, das sich mit Beratung an Personen wendet, die selbstver-

³² Rotsaert, Ine/Aerts, Saskia u. a., Vlaams Actieplan Suicidepreventie II 2012–2020 Eindevaluatie, S. 79–81, abrufbar unter <https://docs.vlaamsparlement.be/pfi/le?id=1738202>.

³³ Department of Health, Connecting for Life, Ireland’s National Strategy to Reduce Suicides 2015–2020, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/nosp/preventionstrategy/connectingfor-life.pdf>; siehe auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa, Ausarbeitung vom 9. Februar 2024, WD 9 – 3000 – 088/23.

³⁴ National Office for Suicide Prevention, Research and Evaluation Team, Data Dashboard – Pilot Study, Understanding Self-harm, September 2017, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/research-evaluation/pilot-evaluation-of-training-understanding-self-harm-.pdf>; National Office for Suicide Prevention, Research and Evaluation Team, Data Dashboard – Pilot Study, safeTALK, September 2017, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/research-evaluation/pilot-evaluation-of-training-safetalk.pdf>; National Office for Suicide Prevention, Research and Evaluation Team, Data Dashboard – Pilot Study, ASIST, Dezember 2017, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/research-evaluation/pilot-evaluation-of-training-asist-.pdf>.

³⁵ National Office for Suicide Prevention, Research and Evaluation Team, Pilot Data Dashboard: LivingWorks Start, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/research-evaluation/pilot-evaluation-of-training-start-.pdf>.

³⁶ Griffin, Eve/O’Connell, Selena u. a., HSE Bereavement Counseling Service for Traumatic Deaths in South East Community Healthcare: A review of operation of the service, 2023, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/counselling-review.pdf>.

³⁷ Griffin, Eve/O’Connell, Selena u. a., HSE Bereavement Counseling Service for Traumatic Deaths in South East Community Healthcare: A review of operation of the service, 2023, S. 25, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/counselling-review.pdf>.

³⁸ Griffin, Eve/O’Connell, Selena u. a., HSE Bereavement Counseling Service for Traumatic Deaths in South East Community Healthcare: A review of operation of the service, 2023, S. 26, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/counselling-review.pdf>.

³⁹ Centre for Effective Services, A Review of Research carried out a part of Connecting for Life, April 2021, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/synthesis-report.pdf>.

⁴⁰ Centre for Effective Services, A Review of Research carried out a part of Connecting for Life, April 2021, S. 55, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/synthesis-report.pdf>.

⁴¹ Sonnenmoser, Marion, Social Prescribing: Soziales Miteinander auf Rezept in: Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 7, Juli 2022, S. 306, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=226171>.

⁴² Centre for Effective Services, A Review of Research carried out a part of Connecting for Life, April 2021, S. 23, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/synthesis-report.pdf>.

⁴³ Centre for Effective Services, A Review of Research carried out a part of Connecting for Life, April 2021, S. 26, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/synthesis-report.pdf>.

letzendes Verhalten zeigen, offenbar signifikante positive Effekte.⁴⁴

3.3. Niederlande

Maßnahmen, die zur Reduzierung der Suizidzahlen beitragen sollen, sind in den Niederlanden in der nunmehr dritten Nationalen Agenda zur Suizidprävention 2021–2025 aufgeführt.⁴⁵ Das niederländische Suizidpräventionszentrum „113 zelfmoord preventie“⁴⁶ koordiniert die Umsetzung der Agenda.⁴⁷ Die Wirksamkeit einzelner niederländischer Suizidpräventionsmaßnahmen wurde in Studien untersucht.

Im Rahmen einer Studie wurde beispielsweise das 2016 geförderte Forschungsprojekt SUPRE-MOCOL (SUicide PREvention by MONitoring and COLlaborative Care) untersucht.⁴⁸ Die Studie zielte explizit darauf ab, speziell zu der Frage zu forschen, welche Auswirkung frühzeitige Interventionen für die Betroffenen haben kann.⁴⁹ Es wurden suizidgefährdete Personen aus der Bevölkerung von den Krankenhäusern oder im Rahmen der Primärversorgung registriert, um ihnen anschließend einen schnellen Zugang zu spezialisierter psychiatrischer Versorgung und eine durchgängige Begleitung zu gewähren. Das Projekt mit einer Laufzeit von vier Jahren (von 2016 bis 2020), wurde in der Provinz Nordbrabant aufgrund der dortigen hohen Suizidraten durchge-

führt. Alle psychiatrischen Einrichtungen sowie die gesamte Grundversorgung in Nordbrabant beteiligten sich an dem Projekt. Während der Laufzeit wurde eine signifikante und nachhaltige Reduzierung der Suizide um 17 Prozent festgestellt, deutlich besser als der nicht signifikante Rückgang um 2,2 Prozent im Rest der Niederlande im gleichen Zeitraum.⁵⁰

Auch das Gatekeeper-Training, welches sich in der Suizidpräventionsstrategie in den Niederlanden findet, wurde in einer Studie mit 174 Befragten untersucht.⁵¹ Die Studie belegt, dass das Programm keinen Anstieg bei der Identifizierung suizidgefährdeter Personen verzeichnen konnte.

Allerdings habe es zu einer deutlichen Verbesserung des Wissens und des Selbstvertrauens der ausgebildeten Fachkräfte geführt. Es konnte festgestellt werden, dass das Vertrauen in die Fähigkeit, Suizidalität zu bekämpfen, erheblich gestiegen sei. Hiervon profitierten Gesundheits-, Bildungs-, sozioökonomische und andere Fachkräfte (z. B. Sicherheit, Justiz, Transport, Kirchenpersonal) im Rahmen der Ausbildung gleichermaßen.

In der ersten Jahreshälfte 2016 hat das Suizidpräventionszentrum „113 Suicide Prevention“ Pilotregionen in den Niederlanden ausgewählt, um die niederländische Version des europäischen Programms „European Alliance against De-

pression“ (EAAD) umzusetzen, genannt Suicide Prevention Action NETWORK (SUPRANET) Community.⁵² Im Januar 2017 wurde das SUPRANET-Programm,⁵³ das vier unterschiedliche Maßnahmen vorsieht (eine Aufklärungskampagne, Gatekeeperschulungen und die Einschränkung des Zugangs zu tödlichen Mitteln, eine verbesserte Versorgung von Hochrisikogruppen, Schulung und Unterstützung in der Allgemeinmedizin), in einzelnen Regionen in den Niederlanden eingeführt. Die Aktivitäten von SUPRANET wurden daraufhin in Studien evaluiert.⁵⁴ Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten in den Interventionsregionen professionelle Hilfe als wertvoller erachteten und die niederländische Helpline im Vergleich zu den Befragten in der Kontrollregion häufiger kannten.⁵⁵ Auch die Einhaltung der Suizidpräventionsleitlinie und der Wissensstand zur Suizidprävention bei Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit habe sich in diesen Regionen verbessert.⁵⁶

3.4. Österreich

Im Jahr 2016 hat die österreichische Regierung eine langfristige Strategie zur Suizidprävention entwickelt.⁵⁷ Österreich engagiert sich zudem – wie bereits dargestellt – im Rahmen des Europäischen Projekts JAImplementAL. Das Handbuch, das im Rahmen dieses Projekts erstellt

⁴⁴ Centre for Effective Services, A Review of Research carried out a part of Connecting for Life, April 2021, S. 32, abrufbar unter <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/synthesis-report.pdf>.

⁴⁵ Rijksoverheid, Derde Landelijke Agenda Suicidepreventie, 2021–2025, Oktober 2020, abrufbar unter <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdb3e3c2-6eed-4ca0-9a3a-c8123841466c/pdf>.

⁴⁶ Zelfmoord preventie 113, 113 Suicide prevention, Stand: Februar 2024, abrufbar unter <https://www.113.nl/english>. Vgl. hierzu Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa, Ausarbeitung vom 9. Februar 2024, WD 9 – 3000 – 088/23.

⁴⁷ Rijksoverheid, Derde Landelijke Agenda Suicidepreventie, 2021–2025, Oktober 2020, abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/rapporten/2020/10/29/derde-landelijke-agenda-suicidepreventie-2021-2025>.

⁴⁸ Van der Feltz-Cornelis, Christina/de Jong, Jacobus, Effectieve suicidepreventie-interventies en de betekenis voor het Nederlandse werkveld en de Landelijke Agenda Suicidepreventie, in: TSG – Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2023, S. 24–36, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-023-00391-0>.

⁴⁹ University of York, Suicide Prevention, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://www.york.ac.uk/healthsciences/research/mental-health/projects/supremocol/>

⁵⁰ Van der Feltz-Cornelis, Christina/de Jong, Jacobus, Effectieve suicidepreventie-interventies en de betekenis voor het Nederlandse werkveld en de Landelijke Agenda Suicidepreventie, in: TSG – Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2023, S. 24–36, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-023-00391-0>.

⁵¹ Terpstra, Sanne/Beekman, Aartjan u. a., Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study, in: BMC Public Health, 2018, <https://www.springermedizin.de/suicide-prevention-gatekeeper-training-in-the-netherlands-improv/15774952>.

⁵² Gilissen, Renske/De Beurs, Derek u. a., Improving Suicide Prevention in Dutch Regions by Creating Local Suicide Prevention Action Networks (SUPRANET): A Study Protocol, 28. März 2017, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5409550/>.

⁵³ Supranet ggz, Suicide voorkomen door betere zorg, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://www.supranetggz.nl/>; 113 zelfmoord preventie, Lokale suicidepreventie door de gemeente, het stappenplan, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://www.113.nl/gemeente>.

⁵⁴ Van der Burgt, Margot/Beekman, Aartjan, The effect of local Suicide Prevention Action Networks (SUPRANET) on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking: an exposure-response analysis, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2021, S. 2199–2208, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02078-w>.

⁵⁵ Van der Burgt, Margot/Beekman, Aartjan, The effect of local Suicide Prevention Action Networks (SUPRANET) on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking: an exposure-response analysis, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2021, S. 2199–2208, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02078-w>.

⁵⁶ Unabhängige Selbstverwaltungorganisation ZonMw, The effect of multifaceted feedback in mental healthcare on the prevention of suicide using a clinical registry in the national suicide prevention action network of collaborating mental health care institutions, an implementation study, 2020, abrufbar unter <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/effect-multifaceted-feedback-mental-healthcare-prevention-suicide-using-clinical-registry>.

⁵⁷ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Suizid und Suizidprävention SUPRA, 23. November 2023, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpr%C3%A4vention-SUPRA.html>.

⁵⁸ Grabenhofer-Eggerth, Alexander, JAImplementAL, SUPRA Handbook, 12. Mai 2022, abrufbar unter https://implemental.files.wordpress.com/2022/12/supra-handbook_incl.-new-eu-logo.pdf.

wurde, fasst die Erfahrungen zusammen, die Österreich bei der Umsetzung des nationalen Suizidprogramms SUPRA zwischen 2012 bis 2022 machen konnte.⁵⁸ Auf nationaler Ebene wurden einzelne Maßnahmen zur Suizidprävention evaluiert.

Beispielsweise wird seit 2022 im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojekts „Lebenswert“ in Salzburger Mittelschulen und allgemeinbildenden höheren Schulen ein schulisches Suizidpräventionsprogramm angeboten.⁵⁹ Dieses ist für die Dauer von drei Jahren konzipiert und wird vom Land Salzburg und dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) finanziert

und von der AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH organisiert und umgesetzt. Das Projekt wird von einer Steuerungsgruppe begleitet und vom Interdisziplinären Forschungszentrum für Technik, Arbeit und Kultur (IFZ) evaluiert. Das IFZ wird im Rahmen des Evaluierungsauftrages die Lerneffekte untersuchen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Hinblick auf das Wissen über Suizidalität, das Erkennen von Signalen für Suizidgefährdung bei anderen und bei sich selbst, zu Handlungsstrategien und Hilfsmöglichkeiten im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen sowie zu Resilienzfördernden Maßnahmen entwickelt haben.⁶⁰

Das in der Suizidpräventionsstrategie vorgesehene Gatekeeper-Programm,⁶¹ bei dem Personen zu Gatekeepern – zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für betroffene Risikogruppen – zertifiziert wurden, wird fortwährend evaluiert.⁶² Gemäß der Auswertung kam es nach den entsprechenden Schulungen zu erheblichen Verbesserungen in Bezug auf Wissen, Selbstwirksamkeit und Einstellungen zu Suiziden und zur Suizidprävention.⁶³ Daher sei das bisherige Fazit der Evaluation, dass das SUPRA Gatekeeper-Training kurz- und langfristig positive Auswirkungen haben könne.

⁵⁹ Österreichische Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, lebenswert Suizidprävention in Salzburger Schulen, Stand: März 2024, abrufbar unter <https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/gesundheitsfoerderung-fuer-bildungseinrichtungen/lebenswert/>.

⁶⁰ Suizid und Suizidprävention in Österreich, Bericht 2023, abrufbar unter Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Suizid und Suizidprävention SUPRA, 23. November 2023, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpraevention-%C3%A4vention-SUPRA.html>.

⁶¹ Plöderl, Martin/Fartacek, Clements, Effects of gatekeeper trainings from the Austrian national suicide prevention program, in: Front Psychiatry, 2023, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10397513/>.

⁶² Schrittwieser, Ulrike/Kapitany, Thomas, Gatekeeper für Suizidprävention – die österreichweite Umsetzung eines Schulungskonzepts der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention und des ExpertInnengremiums SUPRA, in: Psychologie in Österreich, 2020, S. 50–53, abrufbar unter https://www.pioe.at/public/archiv/2020/1/PIOe_2020_1_Wir_stellen_vor.pdf; SUPRA Gatekeeper Training Evaluation, einsehbar unter <https://osf.io/9bapz/>.

⁶³ Plöderl, Martin/Fartacek, Clements, Effects of gatekeeper trainings from the Austrian national suicide prevention program, in: Front Psychiatry, 2023, abrufbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10397513/>.

Seit 1925 entschädigt die gesetzliche Unfallversicherung auch Berufskrankheiten

Seit 100 Jahren werden nicht nur Arbeitsunfälle, sondern auch Berufskrankheiten durch die gesetzliche Unfallversicherung entschädigt. Am 12. Mai 1925 wurde die erste Berufskrankheiten-Verordnung erlassen – auch um den sozialen Frieden weiter zu stärken. Elf Erkrankungen standen damals auf der sogenannten Berufskrankheitenliste. Das waren zum Beispiel Erkrankungen durch Blei, Phosphor oder der Graue Star der Glasmacher und damit Spiegelbilder der damaligen Arbeitswelt.

Auch Dank des sich kontinuierlich verbessernden Arbeitsschutzes spielen die damals aufgenommenen Erkrankungen heute keine übergeordnete Rolle mehr. Seit 1925 haben sukzessive immer mehr Erkrankungen Eingang in die Berufskrankheitenliste gefunden. Mit der Aufnahme von drei neuen Krankheiten im April dieses Jahres sind dort mittlerweile 85 Berufskrankheiten verzeichnet.

Das Berufskrankheitengeschehen ist dynamisch. Es spiegelt den Wandel der Arbeitswelt und weitere Entwicklungen wider. Ein eindrucksvolles Beispiel dafür ist die Covid-19-Pandemie. Sie führte zu einem bis dahin ungekannten Anstieg des Fallaufkommens: Von 2020 bis 2023 wurden der Unfallversicherung über 540.000 Verdachtsfälle auf eine Berufskrankheit im Zusammenhang mit Covid-19 gemeldet. Noch nie zuvor hatten die Unfallversicherungsträger in so kurzer Zeit so viele Verdachtsmeldungen erhalten und bearbeitet.

Individuelle Prävention statt Berufsaufgabe

„Das Berufskrankheitenrecht ist in dieser Form einmalig. Denn es sichert Unternehmen und Beschäftigte nicht nur gegen bekannte Risiken ab, sondern auch für den Fall, dass sich ein Einfluss bei der Arbeit erst später als gesundheitsschädigend herausstellt“, sagt Dr.

Edlyn Höller, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). „Unternehmen können darauf vertrauen, dass solche unerkannten Gefahren nicht plötzlich zum Haftungsrisiko werden. Beschäftigte haben die Sicherheit, auch nach Jahrzehnten Hilfe und Entschädigung zu erhalten, wenn es ihren Arbeitgeber möglicherweise schon gar nicht mehr gibt.“ Im Jahr 2023 wendeten die Unfallversicherungsträger für Versicherungsleistungen bei Berufskrankheiten insgesamt etwa 1,85 Milliarden Euro auf, darunter Leistungen an Hinterbliebene oder für die medizinische Rehabilitation.

Ein weiterer Meilenstein war zum Jahreswechsel 2020 auf 2021 die Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)



Foto: © Kzenon – stock.adobe.com

Gesund und motiviert bis in den Ruhestand

Der Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit über den gesamten Erwerbsverlauf sind eine entscheidende Strategie für gesundes Älterwerden in der Arbeit. In diesem Zusammenhang entwickelt und kommuniziert die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) präventive Maßnahmen und Konzepte, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten über die gesamte Erwerbsbiografie zu erhalten. Die nun veröffentlichte Praxisbroschüre „Later Life Workplace Index (LLWI)“ unterstützt Unternehmen und Organisationen dabei, den Umgang mit älteren Beschäftigten zu reflektieren und zu optimieren.

Der LLWI erfasst neun wesentliche Dimensionen, darunter Themen wie Organisationsklima, Führung, Arbeitsgestaltung und Gesundheitsmanagement und bietet praxisnahe Handlungsempfehlungen, um ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesund und motiviert bis zum Ruhestand zu beschäftigen. Das

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin (BAuA)

Praxishandbuch bietet eine Vielzahl an Maßnahmen, um die Arbeitsbedingungen an die Bedürfnisse älterer Beschäftigter anzupassen. Die vorgestellten Handlungsansätze sind nicht nur für Unternehmen mit älteren Belegschaften relevant, sondern auch für alle Organisationen, die eine vorausschauende Altersstrategie entwickeln möchten. Dabei wird auch die frühzeitige Vorbereitung auf ein längeres Erwerbsleben in den Mittelpunkt gestellt.

Das Praxishandbuch richtet sich an Unternehmen aller Größen und Branchen, an Führungskräfte, Personalverantwortliche und Betriebsräte, die aktiv die Wei-

chen für die Zukunft der Beschäftigung älterer Menschen stellen möchten. Es bietet konkrete, pragmatische Handlungsempfehlungen, die auf wissenschaftlicher Forschung basieren und durch praktische Erfahrungen aus der Unternehmenswelt ergänzt werden.

Die baa: Praxis „Later Life Workplace Index (LLWI): Handbuch und Fragebogen zu betrieblichen Maßnahmen für ältere Beschäftigte“ kann als PDF von der Internetseite der BAuA unter www.baua.de/publikationen heruntergeladen werden.

Drei neue Berufskrankheiten können anerkannt werden

Zum 1. April 2025 werden drei neue Krankheiten in die Berufskrankheitenliste aufgenommen. Darauf weisen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hin. Der Bundesrat hat die Sechste Verordnung zur Änderung der Berufskrankheitenverordnung (BKV) angenommen, die an diesem Datum in Kraft tritt. Bei den neuen Berufskrankheiten handelt es sich um:



Foto: © AUNTYANN STUDIO – stock.adobe.com (mit KI generiert)

1. Läsion der Rotatorenmanschette der Schulter durch langjährige, intensive Belastung (BK-Nr. 2117)

Hiervon können zum Beispiel Beschäftigte betroffen sein, die in der Textilindustrie, auf Schweiß-, Schleif- und Montagearbeitsplätzen oder in der Forst- und Bauindustrie tätig sind. Eine Schädigung der Rotatorenmanschette kann durch folgende langjährige und intensive Einwirkungen verursacht werden:

- Arbeiten mit den Händen auf Schulterniveau oder darüber,
- häufig wiederholte Bewegungsabläufe des Oberarms im Schultergelenk,

- Arbeiten, die eine Kraftanwendung im Schulterbereich erfordern, insbesondere das Heben von Lasten,
- Hand-Arm-Schwingungen.

2. Gonarthrose bei professionellen Fußballspielerinnen und Fußballspielern (BK-Nr. 2118)

Betroffen sein können Personen, die mindestens eine 13-jährige Tätigkeit als professionelle Fußballspielerin oder Fußballspieler absolviert haben, davon mindestens zehn Jahre in einer der drei obersten Fußballligen bei Männern oder einer der beiden obersten Fußballligen bei Frauen. Ebenfalls mitberücksichtigt wird, wenn im Alter von 16 bis 19 Jahren eine versicherte Tätigkeit in einer niedrigeren Fußballliga als in den drei obersten Fußballligen bei Männern beziehungsweise

den beiden obersten Fußballligen bei Frauen ausgeübt wurde.

3. Chronische obstruktive Bronchitis einschließlich Emphysem durch langjährige Quarzstaubexposition (BK-Nr. 4117)

Betroffene Personen sind insbesondere Erzbergleute (einschließlich Uranerzbergbau) sowie zum Beispiel Versicherte im Tunnelbau, Ofenmaurer, Former in der Metallindustrie und Personen, die bei der Steingewinnung, -bearbeitung oder in Dentallabors beschäftigt sind.

Wie wird eine Krankheit zur Berufskrankheit?

Die neuen Berufskrankheiten folgen den Empfehlungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats Berufskrankheiten (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Als Berufskrankheiten kommen nur Erkrankungen in Frage, die nach den Erkenntnissen der Medizin durch besondere Einwirkungen wie beispielsweise Lärm oder Staub bei der Arbeit verursacht sind. Bestimmte Personengruppen müssen diesen Einwirkungen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sein. Zusätzlich muss im Einzelfall die Krankheit wesentlich durch die schädigende Einwirkung bei der Arbeit verursacht sein.

Liegt eine Berufskrankheit vor, besteht das vorrangige Ziel darin, mit allen geeigneten Mitteln die Folgen der Berufskrankheit zu mildern und eine Verschlimmerung zu vermeiden. Um dieses Ziel zu erreichen, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung Leistungen, die von der medizinischen Versorgung bis hin zu beruflichen Maßnahmen reichen können. Verbleiben trotzdem schwerwiegende körperliche Beeinträchtigungen, erhalten Versicherte eine Rente.



Foto: © Lumos sp - stock.adobe.com

Gefährdungsbeurteilung bei der Interaktionsarbeit mit betriebsexternen Personen

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat ein neues Kapitel im Handbuch Gefährdungsbeurteilung veröffentlicht, das sich mit den Gefährdungen aus der sozialen Interaktion zwischen Beschäftigten und betriebsexternen Personen befasst. Interaktive Tätigkeiten – von der Kundenbetreuung über die Pflege bis hin zur medizinischen Versorgung – stellen besondere Anforderungen an die Beschäftigten.

Anders als bei der Arbeit mit Produkten oder Maschinen müssen die Beschäftigten ständig die Bedürfnisse, Erwartungen und Gefühle ihres Gegenübers berücksichtigen. Dies kann zu einer hohen kognitiven und emotionalen Belastung führen. In vielen Fällen ist die Qualität der Arbeit nicht allein von den Beschäftigten abhängig, sondern auch von den Erwartungen und dem Verhalten der externen Personen. Das Kapitel „Interaktions-

arbeit: Arbeit an und mit Menschen“ beschreibt die Gefährdungen, die unter anderem aus der Unvorhersehbarkeit und einer hohen Intensität dieser Interaktionen entstehen können, und hebt hervor, wie wichtig gut gestaltete Interaktionsarbeit für das Wohlbefinden der Beschäftigten ist.

Dabei wird betont, dass eine unzureichend gestaltete Interaktionsarbeit zu Stress, emotionaler Erschöpfung und gesundheitlichen Problemen führen kann. Zu den spezifischen Gefährdungen zählen unter anderem unhöfliches und aggressives Verhalten von Kundinnen und Kunden sowie die psychischen Belastungen durch das Vortäuschen oder Unterdrücken von

Emotionen. Besonders relevant ist das Thema der Gewalt am Arbeitsplatz. Zahlreiche Studien zeigen, dass viele Beschäftigte im Dienstleistungssektor bereits mit verbalen oder physischen Übergriffen konfrontiert wurden.

Das neue Kapitel im Handbuch bietet umfassende Informationen für die Gefährdungsbeurteilung bei der Interaktionsarbeit. Dabei wird ein integrativer Ansatz empfohlen, der technische, organisatorische und personenbezogene Schutzmaßnahmen kombiniert, um das Risiko für Beschäftigte zu minimieren. Das Kapitel „Interaktionsarbeit“ sowie weitere Informationen sind auf den Seiten „Handbuch Gefährdungsbeurteilung“ enthalten.



Foto: © Wolfgang Hauke – stock.adobe.com

Klimapressekonferenz 2025 des Deutschen Wetterdienstes

Deutschland erlebt heute schon gravierende Folgen des Klimawandels

DWD beschreibt beschleunigte Erwärmung in Deutschland mit neuer Klimatrendlinie

Berlin, 1. April 2025 – Der Deutsche Wetterdienst (DWD) beobachtet auch in Deutschland eine beschleunigte Erwärmung in Folge des Klimawandels. Seit den 1960er-Jahren ist jede 10-Jahresperiode wärmer als die vorherige gewesen. Die zehn wärmsten Jahre seit 1881 sind in den vergangenen 25 Jahren aufgetreten. 2023 und 2024 erlebte Deutschland jeweils einen Allzeiterkord in der Jahresmitteltemperatur. Mit im Mittel 10,9 Grad Celsius (°C) war 2024 hierzulande das bisher wärmste Jahr seit Messbeginn. „Die Folgen dieses beschleunigten Klimawandels sind für Deutschland schon heute schon gravierend“, bewertet Tobias Fuchs, Vorstand Klima und Umwelt des nationalen Wetterdienstes, diese Klimafakten.

Als Beispiele nannte der Klimatologe die veränderten Jahresmitteltemperaturen. Was zwischen 1881 und 1990 extrem gewesen sei, ist heute normal. Zugleich nimmt die Variabilität von Temperatur und Niederschlag zu. So gibt es immer ausgeprägtere Wechsel zwischen überdurchschnittlich nassen und sehr trockenen Jahren. Durch das Temperaturplus der vergangenen Jahre wird Deutschland mit mehr Hitzewellen konfrontiert. Das gefährde, so Fuchs, schon heute vulnerable Bevölkerungsgruppen gerade in Großstädten und Ballungsräumen. Der DWD kann inzwischen aus Beobachtungsdaten eine Zunahme von extremen Wet-

terereignissen wie Starkregen und Dürren ableiten. Immer wieder sei zu beobachten: Während einige Regionen mit Überschwemmungen kämpfen, leiden andere unter Wasserknappheit. In den vergangenen zwei Jahren konnten zudem extreme marine Hitzewellen in den Ozeanen beobachtet werden. Neben dem seit Jahren überdurchschnittlich warmen Mittelmeer sind nun auch europäische Bereiche des Nordatlantiks sowie die Nord- und Ostsee überdurchschnittlich warm. Fuchs: „Die Konsequenzen erleben wir. Warme Ozeane verdunsten in eine wärmere Atmosphäre bedeutend mehr Wasserdampf. Das führt zu katastrophalen Stark- und Dauerniederschlägen.“ Eine Konsequenz dieser veränderten Wetterbedingungen sei, dass die Energieversorgung öfter und stärker beeinträchtigt und damit abhängiger vom Wetter werde. Schließlich gerate auch die Biodiversität angesichts der schnellen Erwärmung unter Druck. Das

gelte vor allem für Ökosysteme mit einer geringen Resilienz gegen den beschleunigten Klimawandel, wie zum Beispiel den deutschen Wald.

DWD erfasst Klimawirklichkeit mit neuer Trendlinie besser

Der DWD verwendet seit Jahrzehnten zur Darstellung der Temperaturveränderung in Deutschland einen linearen Trend. Diese Methode weist ein Plus bei der Jahresmitteltemperatur zwischen 1881 und 2024 von 1,9 Grad aus. Allerdings kann ein linearer Trend die beschleunigte Erwärmung der vergangenen 50 Jahre nicht angemessen darstellen. Es gab im Gesamtzeitraum 1881 bis 2024 anfangs immer wieder zu kühle Phasen und schließlich die warme Welle der vergangenen 50 Jahre. Seit den 1970er Jahren lag der

Temperaturanstieg pro Dekade bei 0,41 Grad. Schaut man den Gesamtzeit-

Deutscher Wetterdienst (DWD), Pressestelle
[Uwe Kirsche, Teresa Grimm,
Dr. Andreas Walter]

raum seit 1881 an, liegt das Plus im Mittel bei „nur“ 0,13 pro Dekade. Der DWD wird deshalb künftig eine neue Klimatrendlinie nutzen, die den zuletzt beschleunigten Temperaturanstieg deutlich besser abbilden kann. Das Ergebnis der neuen Methode sei ernüchternd: Deutschland hat sich im Vergleich zur frühindustriellen Zeit bereits um 2,5 °C erwärmt. Fuchs weist zugleich darauf hin:

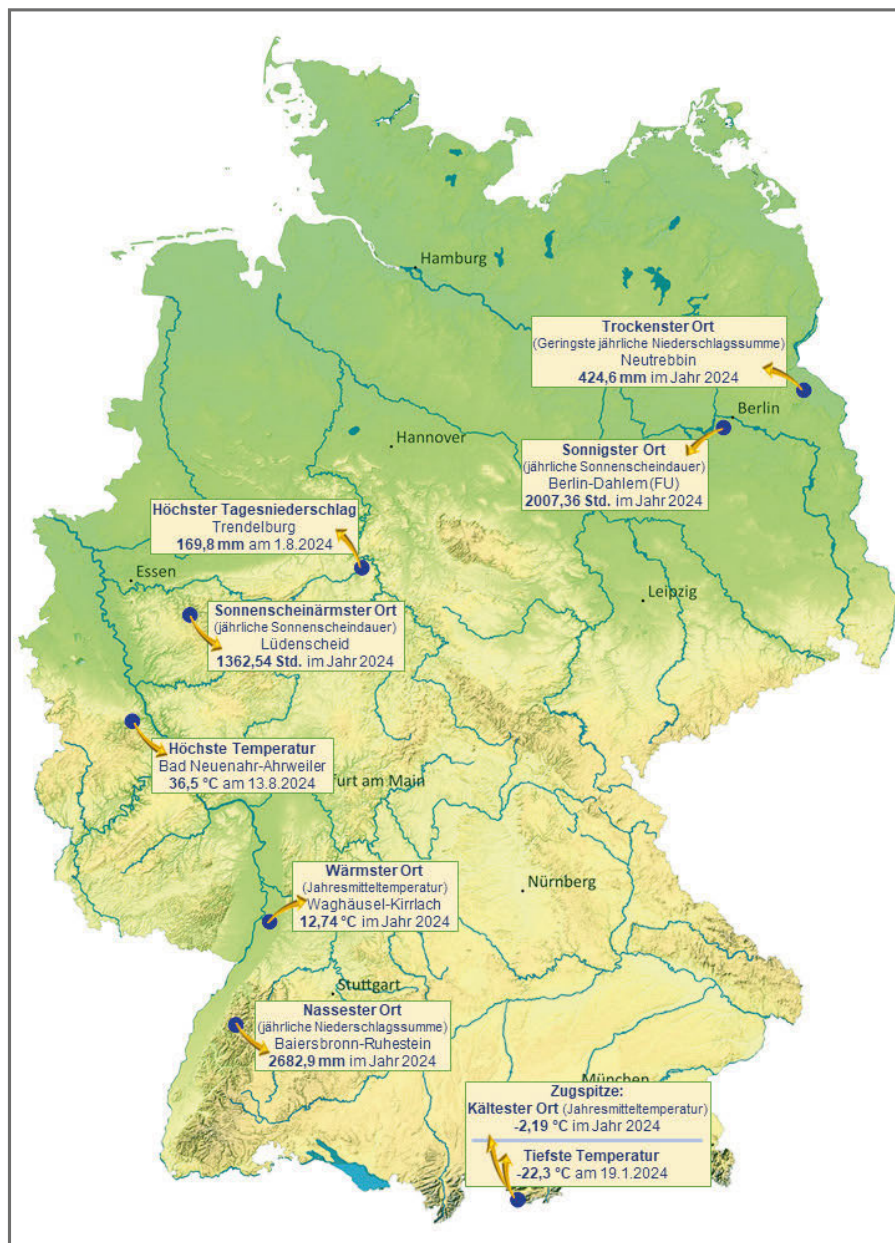
„Der DWD hat nicht neu gemessen, die Welt ist dieselbe wie vorher. Allerdings wird die Realität, und das betrifft vor allem die beschleunigte Erwärmung, jetzt besser beschrieben.“ Ein weiterer Vorteil des neuen Verfahrens sei, dass es auch eine künftige Stagnation oder einen Rückgang der Erderwärmung durch erfolgreichen Klimaschutz zeitnah erfassen könne.

Allzeitrekord der Jahresmitteltemperatur pulverisiert Allzeitrekord des Vorjahres

In seiner Bilanz des Jahres 2024 hob Dr. Andreas Becker, Leiter Klimaüberwachung des DWD, den mit 10,9 °C Jahresmitteltemperatur erneuten Allzeitrekord für Deutschland hervor.

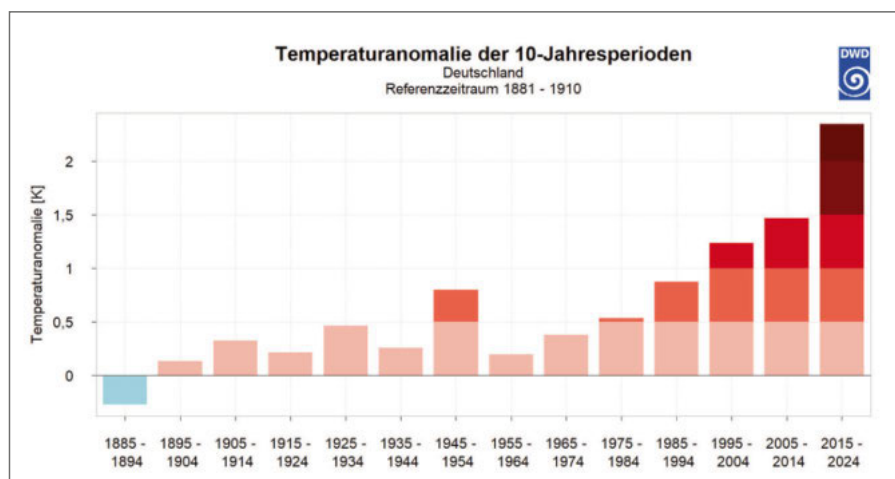
„Erschreckend ist vor allem, dass der alte Rekord aus 2023 gleich um 0,3 °C übertroffen wurde. Das ist aus klimatologischer Sicht absolut außergewöhnlich!“ Wie 2023 sorgten auch 2024 ein extrem milder Winter und ein rekordwarmes Frühjahr für diesen Temperaturschub. Der DWD erfasste deutschlandweit 2024 im Mittel 52 Sommertage mit einer Maximumtemperatur von über 25 °C und 12 Heiße Tage mit über 30 °C. Das waren fast doppelt so viele Sommertage und fast dreimal so viele Heiße Tage wie üblich.

2024 war hierzulande überdurchschnittlich nass und das 12.-feuchteste Jahr seit 1881. Mit 902 l/m² fiel jeweils 14 Prozent mehr Niederschlag als im Mittel der Referenzzeiträume 1961–1990 und 1991–2020. Besonders im Februar, Mai und September regnete es überdurchschnittlich viel. Nur wenige Regionen wie Sachsen, Brandenburg und Baden-Württemberg waren im Jahresverlauf zu trocken. Im Nordwesten und Südosten war der Niederschlagsüberschuss am höchsten. Das deutschlandweit nasse 2024 war nach DWD-Einschätzung für die Natur wichtig: Die Grundwasserspeicher konnten sich nach den meist sehr trockenen Jahren von 2011 bis 2022 in den vergangenen beiden Jahren wieder auffüllen.



Wetterextreme in Deutschland 2024

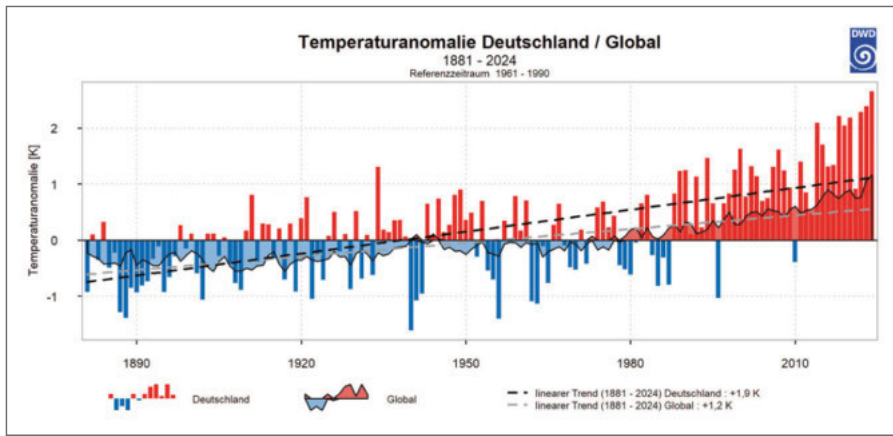
Quelle: Deutscher Wetterdienst



Quelle: Deutscher Wetterdienst

Deutschland erlebt eine beschleunigte Erwärmung
Abweichungen der 10-Jahresperioden 1885–1894 bis 2015–2024 vom vieljährigen Temperaturmittel 1881–1910, das für die vorindustrielle Zeit in Deutschland repräsentativ ist.

Quelle: Deutscher Wetterdienst



Die neue Klimatrendlinie des Deutschen Wetterdienstes Abweichungen der Gebietsmittel der Temperatur für Deutschland vom vieljährigen Mittel 1961–1990 (rote und blaue Säulen), der lineare Trend der Temperaturentwicklung 1881–2024 (gestrichelte Linie), der lineare Trend für den Zeitraum 1971–2024 (gepunktete Linie) sowie die neuen LOESS-Klimatrendlinie für den Zeitraum 1881–2024 (durchgezogene Linie).

2024 war nur ein durchschnittliches Windjahr

Mit einer deutschlandweit gemittelten Windgeschwindigkeit in 100 m Höhe von etwa 5,7 m/s war 2024 ein durchschnittliches Windjahr, berichtet Dr. Renate Hagedorn, Vizepräsidentin des DWD. Schaut man nur auf die vergangenen zehn Jahre, war 2024 windreich, aber nicht so ausgeprägt wie 2023. Im Norddeutschen Tiefland und in Deutschlands ausschließlicher Wirtschaftszone in Nord- und Ostsee fiel die Windgeschwindigkeit dagegen nach DWD-Auswertungen sogar etwas höher aus als 2023. Im Verlauf des Jahres 2024 war sie in den Monaten Januar, Februar, April und September überdurchschnittlich, im Rest des Jahres unterdurchschnittlich. Anders sei das Bild beim Beitrag der Sonne zur Energieproduktion aus Photovoltaik gewesen: Die Globalstrahlung lag 2024 deutschlandweit mit einem Mittelwert von 1113 kWh/m² auf dem achten Platz seit Beginn der Auswertungen im Jahr 1991. Das war ein deutliches Plus im Vergleich zum Mittel der Referenzperiode 1991–2020 von 1086 kWh/m².

Die satellitenbasierten Datensätze des DWD erlauben auch einen Blick über die deutschen Grenzen. Dabei zeigt sich bei der Strahlung 2024 ein starker Kontrast zwischen überdurchschnittlichen Werten in Osteuropa und unterdurchschnittlichen Werten in großen Teilen Westeuropas, vor allem in Frankreich. Die Grenze zwischen diesen Regionen verläuft durch Deutschland. In den östlichen Bundesländern lagen überdurchschnittliche Verhältnisse der solaren Einstrahlung vor, im Westen und Süden gab es ein Minus. Ein gut ausgebautes Stromnetz könne, so Ha-

gedorn, zum Ausgleich solcher regionalen Unterschiede beitragen.

Bei der Energieerzeugung ergänzten sich Wind und Sonne auch 2024 gut

Die kombinierte Betrachtung des jährlichen Verlaufs von Wind und Strahlung zeigte auch 2024 das übliche Bild für Deutschland: Die höchsten Werte der Sonneneinstrahlung fallen in die Sommermonate, die höchsten Werte der Windgeschwindigkeiten sind dagegen in den Wintermonaten zu beobachten. Generell ergänzten sich also beide Energieformen in ihrem jährlichen Verlauf gut. Das sei ein Vorteil für die Energiewirtschaft, da dadurch die Stromerzeugung aus Erneuerbaren Energien stabiler verfügbar ist.

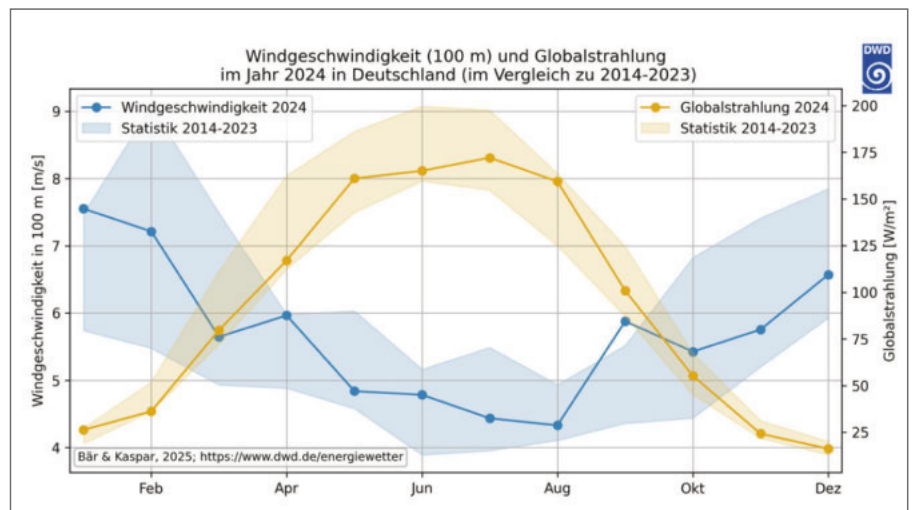
In diesem Kontext hat der DWD auch das Thema „Dunkelflaute“ untersucht.

Ein aktuelles Beispiel gab es im November und Dezember 2024 mit windschwachen Phasen. Das führte besonders am 6.11. und am 12. 12. 2024 verbunden mit der niedrigen Sonnenscheindauer im Winterhalbjahr zu einer geringeren Energieproduktion aus Windkraftanlagen. Solche unterdurchschnittlichen Windverhältnisse hängen mit bestimmten Großwetterlagen zusammenhängen und treten insbesondere beim sogenannten „Hoch Mitteleuropa“ auf. Das Ergebnis sei eindeutig: Die „Dunkelflaute“-Situationen im vergangenen November und Dezember passen genau zur Großwetterlage „Hoch Mitteleuropa“. Da zeitgleich unter anderem im Norden Skandinaviens überdurchschnittliche Windverhältnisse auftraten, bestehe zumindest aus meteorologischer Sicht die Möglichkeit eines inner-europäischen Ausgleichs.

Bisher kein Zuwachs an Dunkelflauten durch den Klimawandel

Der DWD konnte außerdem durch die Analyse aller Winterhalbjahre seit 1951 feststellen, dass sich die Großwetterlage „Hoch Mitteleuropa“ nicht markant verändert hat – trotz des bisherigen Klimawandels. Sowohl die absolute Anzahl der Tage pro Halbjahr mit dieser Großwetterlage wie auch die maximal zusammenhängende Andauer der Ereignisse blieb bisher stabil.

Hagedorn: „Das ist eine gute Nachricht für die Energiewirtschaft. Es gibt keine Hinweise, dass die Stromerzeugung aus Photovoltaik- und Windkraft durch mehr „Dunkelflauten“ riskanter geworden ist.“



Quelle: Deutscher Wetterdienst

Wind und Sonne ergänzen sich in ihrem jährlichen Verlauf gut Saisonaler Verlauf der Monatsmittel von Windgeschwindigkeit in 100 m Höhe in m/s und Globalstrahlung in kWh/m² im Jahr 2024 im Vergleich zu den zehn Jahren zuvor (2014 bis 2023)



Trockenheit in Deutschland und Europa

Deutschlandweit war es von Anfang Februar bis Mitte April noch nie seit 1931 so trocken

Offenbach, 15. April 2025 – In Deutschland stellt sich die Wetterlage bis Ostern allmählich um. Die extrem trockene Witterung der vergangenen rund zehn Wochen dürfte ein Ende finden. Seit Beginn der Auswertung 1931 war es in Deutschland im Zeitraum von Anfang Februar bis Mitte April noch nie so trocken wie in diesem Jahr. Das meldet der Deutsche Wetterdienst (DWD) nach Auswertung seiner Klimadatenbank.

Im Flächenmittel von Deutschland erfasste der DWD zwischen dem 1. Februar und 13. April 2025 nur rund 40 Liter Regen pro Quadratmeter. Das entspricht einem Minus beim Niederschlag verglichen mit dem Referenzzeitraum 1991–2020 von etwa 88 Litern oder 68 Prozent. Bisher war es in diesen rund zehn Wochen im Jahr 1976 am trockensten gewesen. Damals fielen mit rund 55 Litern 43 Prozent des vieljährigen Mittels. Außergewöhnlich niederschlagsarm war es 2025 im genannten Zeitraum im Nordwesten Deutschlands. Dort wurden vom DWD verbreitet unter 35 Prozent der übli-

chen Niederschlagsmengen gemessen. In den südöstlichen Landesteilen waren es zumeist 50 bis 80 Prozent. Nur in wenigen einzelnen Regionen wurde das Niederschlagsoll nahezu erreicht. Bis Mitte nächster Woche kommt es in Deutschland, so die Wettervorhersage des nationalen Wetterdienstes, dann zumindest gebietsweise zu nennenswerten Niederschlägen. Die Trockenheit sollte sich damit wenigstens regional abschwächen.

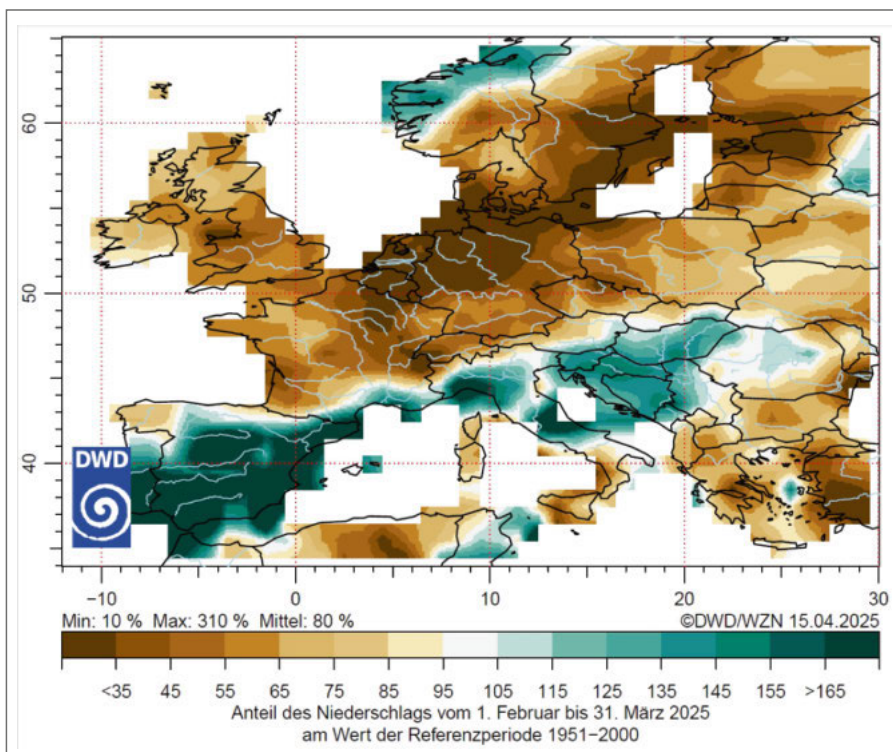
Auch weite Teile Europas waren im Februar und März zu trocken

Ein Blick auf die Daten des vom DWD im Auftrag der Weltorganisation für Meteorologie (WMO) betriebenen Weltzentrums für Niederschlagsklimatologie zeigt: Die Monate Februar und März 2025 waren nicht nur in Deutschland, sondern in einem breiten Streifen von den Britischen Inseln über Mitteleuropa bis in das



Niederschlagdefizit in Deutschland vom 1. Februar bis 13. April 2025 im Vergleich zum Referenzzeitraum 1991–2020

Deutscher Wetterdienst (DWD), Pressestelle
(Uwe Kirsche, Teresa Grimm,
Dr. Andreas Walter)



Niederschlagdefizit in Europa vom 1. Februar bis 31. März 2025 im Vergleich zum Referenzzeitraum 1951–2000

östliche Europa hinein teils deutlich zu trocken. Das Zentrum des Niederschlagsdefizits erstreckte sich dabei von den Beneluxstaaten über Norddeutschland bis zur schwedischen Ostseeküste sowie ins Baltikum. Teilweise wurden in diesem Gebiet im Februar und März unter 20 Prozent des vieljährigen Niederschlagsmittels der Referenzperiode 1951–2000 erfasst. Im südlichen Europa war es im selben Zeitraum dagegen weitgehend zu nass. So wurden in der Südhälfte Spaniens und Portugals verbreitet mehr als 165 Prozent und regional auch über 200 Prozent der dort üblichen Niederschlagsmengen gemessen.

Feuerwehreinsatzkräfte für Onlinebefragung gesucht

Feuerwehreinsätze sind von Natur aus riskant. Der Einsatz neuer Technologien könnte dazu beitragen, die Sicherheit der Einsatzkräfte entscheidend zu verbessern. Doch es ist wichtig, zu verstehen, dass solche Technologien auch Auswirkungen auf das Verhalten der Einsatzkräfte haben könnten.

Doch welchen Einfluss haben diese neuen Technologien auf das tatsächliche Entscheidungsverhalten im Einsatz? Dieser Frage geht die Doktorarbeit „Feuerwehrschausrüstung mit Informationstechnologien: Beurteilung relevanter Informationen und ihr Einfluss auf Risikoentscheidungen“ nach, die in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt wird. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Studie sollen helfen, mögliche negative Auswirkungen zu vermeiden und geeignete Empfehlungen für die Praxis abzuleiten. Im Rahmen der Forschung wird eine Onlinebefragung durchgeführt, die sich an alle aktiven und ehemaligen Feuerwehreinsatzkräfte (freiwillige Feuerwehr, Berufsfeuerwehr

oder Werkfeuerwehr) richtet, die als Atemschutzgeräteträger tätig sind oder waren – auch wenn dies nur temporär der Fall war. Ziel ist es, zu verstehen, wie sensorbasierte Informationen die Risikoentscheidungen von Einsatzkräften beeinflussen und welche Informationen in kritischen Einsatzsituationen als besonders relevant wahrgenommen werden. Die Befragung wird anonym durchgeführt und dauert rund 25 Minuten.

Interessierte Feuerwehreinsatzkräfte sind eingeladen, an der Befragung teilzunehmen, um aktiv zur Weiterentwicklung von Sicherheitsmaßnahmen im Feuerwehrdienst beizutragen. Weitere Informationen und die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung gibt es hier: <https://www.soscisurvey.de/InnenanriffundInfos/>.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

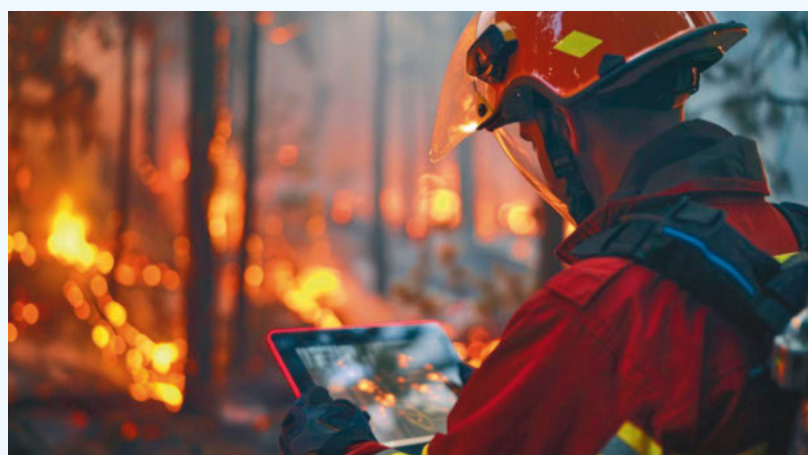


Foto: Roodie – stock.adobe.com (mit KI generiert)



Foto: © 24DIY – stock.adobe.com

12. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“

Das Gesundheitswesen: Mitverursacher des Klimawandels – und Teil der Lösung

Der Klimawandel wird als die größte globale Gefahr für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert bezeichnet und vom Weltklimarat als existenzielle Bedrohung für die Menschheit beschrieben. Weltweit trägt das Gesundheitssystem selber erheblich zur Klimakrise bei: Es ist für 4,4 % der gesamten klimaschädlichen Emissionen verantwortlich.

Wäre es eine eigenständige Nation, würde diese Rang fünf der weltweit stärksten Treibhausgasemitter belegen. Die höchsten Emissionen verursachen die Gesundheitssysteme der USA, Chinas und der EU, die zusammen 56 % der Gesamtemissionen aller Gesundheitssysteme verantworten. In Deutschland ist das Ge-

sundheitssystem für etwa 5 % der nationalen Emissionen verantwortlich, das entspricht knapp 35 Millionen Tonnen pro Jahr und damit in etwa genauso viel wie die Gesamtemissionen der Schweiz. Neben CO₂ spielen auch Methan, Stickoxide und fluorierte Gase eine wichtige Rolle – letztere machen allein 11 % der Emissionen des Gesundheitssystems aus.

Neben den Treibhausgasen belastet der Krankenhausesektor auch durch hohes Abfallaufkommen, das mit rund 1.500 kg Abfall pro Krankenhausbett und Jahr fast dreimal so hoch wie das einer Person ei-

nes Privathaushaltes ist. Rückschlüsse auf besonders treibhausgas-intensive Bereiche des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Minderungsoptionen sind bislang wegen fehlender systematischer Erfassungen mit großer Unsicherheit behaftet.

Die WHO sieht im Gesundheitssektor ein großes Potenzial, durch nachhaltigere Strukturen und Prozesse aktiv zum Klimaschutz beizutragen. Ziel dieser Stellungnahme ist es, das Gesundheitssystem als bedeutenden Mitverursacher des Klimawandels zu beleuchten und gleichzeitig

„Gesundheit & Resilienz“ ExpertInnenrat der Bundesregierung

CO₂-Reduktionspotenziale aufzuzeigen. Dabei werden zwei Aspekte betrachtet: allgemeine Maßnahmen zur Emissionsreduktion im Gesundheitssektor sowie die herausgehobene Rolle der Lieferketten. Die Herausforderung liegt darin, eine Balance zwischen bestmöglicher Versorgung von Patientinnen und Patienten und nachhaltigem Handeln zu finden.

Das deutsche Gesundheitssystem als Klimatreiber

Die meisten Emissionen entstehen in stationären und teilstationären Einrichtungen, gefolgt von ambulanten Einrichtungen und zum Beispiel Apotheken. Unterteilt nach den Scopes des Greenhouse Gas Protocols entfallen 10–17 % auf die direkten Emissionen der Einrichtungen (Scope 1), weitere 10–12 % auf die Emissionen, die durch eingekaufte Energie entstehen (Scope 2), und 70–80 % auf den Einkauf von sonstigen Gütern und Dienstleistungen wie zum Beispiel Arzneimittel oder Medizinprodukte (Scope 3), also Emissionen, die zu einem erheblichen Teil durch den Energiebedarf beim Transport verursacht werden.

Deutschland ist aktuell weit entfernt von nationalen und internationalen Deklarationen und Verpflichtungen in diesem Bereich. Zwar wurden in den letzten Jahren verschiedene Initiativen ergriffen – auch seitens der Bundesregierung, etwa die Unterzeichnung des nationalen Klimapaktes Gesundheit, die UN-Deklaration zum Handlungsfeld Klima und Gesundheit oder die Einigung der G7 Staaten, bis spätestens 2025 klimaneutral zu werden.

Jedoch fehlt es an einer konsequenten Umsetzung. So erscheint auch die Umsetzung des Beschlusses des 125. Deutschen Ärztetages 2021, das deutsche Gesundheitswesen bis 2030 klimaneutral zu entwickeln, aktuell unwahrscheinlich. Allenfalls einzelne Aktivitäten und Initiativen, etwa durch Klimamanagerinnen und -manager in Krankenhäusern und Reha-Kliniken (z. B. über das Projekt KLIK Green), sind derzeit erkennbar, zeigen aber nur erste Ansätze erfolgreicher Einzelmaßnahmen.

Es besteht folglich ein dringender Bedarf, das Gesundheitswesen umzustrukturieren, um die Versorgungsqualität und -sicherheit zu verbessern und gleichzeitig dem Klimawandel keinen weiteren Vor-schub zu leisten. Das erfordert eine klare Strategie, das Gesundheitssystem im Hin-

blick auf seinen Einfluss auf Klima zu transformieren – beispielsweise in Anlehnung an den National Health Service (NHS) in Großbritannien, der mit ambitionierten Zielvorgaben bis 2040 eine Dekarbonisierung um 80 % anstrebt. In den USA hat die Health Maintenance Organization Kaiser Permanente das Ziel, im Jahr 2020 CO₂-neutral zu werden, durch ein Bündel an Maßnahmen bereits erreicht.

Der Weg zu mehr Klimaschutz im Gesundheitswesen

Jede Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, jeder Anfahrtsweg zur Arztpraxis und jedes verschriebene (und ggf. nicht genutzte) Medikament verursacht Treibhausgasemissionen, Abfälle und weitere Klima- und Umweltbelastungen. Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen – bedingt durch den demografischen Wandel, die zunehmende globale Krankheitslast und immer komplexere Diagnose- und Behandlungsmethoden – verstärkt die Klimabelastung durch das Gesundheitswesen. Eine wirksame Maßnahme für mehr Klimaschutz im Gesundheitswesen ist daher die deutliche Stärkung von klimaverträglicher Prävention und Gesundheitsförderung. Das schont nicht nur Ressourcen, sondern stärkt auch das Wohlbefinden der Menschen und entlastet das Gesundheitssystem. Bislang betragen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aber weniger als 4 % der Gesamtgesundheitsausgaben.

Institutionen des Gesundheitssystems können einen erheblichen Beitrag leisten, um die Geschwindigkeit des Klimawandels zu reduzieren und somit auch die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit zu verringern. Dabei ermöglicht eine zeitgemäße Anwendung von Nachhaltigkeitsstrategien in Klinik, Administration und Organisation sowohl die Förderung der Gesundheit als auch eine Verbesserung des Umwelt- und Klimaschutzes. Die Umsetzung nachhaltiger Lösungen umfasst einen verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen, den Einsatz neuer Technologien und Bauweisen sowie die Optimierung von Prozessen. Vorschläge für nachhaltige und ressourcenschonende Prozesse, die schon beim Bau und der Energieversorgung von Gesundheitseinrichtungen ansetzen und den sparsamen Einsatz nachhaltiger Materialien umfassen, wurden

beispielsweise im Rahmen des vom Bundesumweltministeriums geförderten Projektes „Klimaschutz im Krankenhaus“ für den stationären Sektor entwickelt, erprobt und stehen als Blaupause zur Verfügung. Auch für Arztpraxen werden im Rahmen des vom Bundesumweltministerium geförderten Projektes „Klimaneutrale Praxis“ zahlreiche Anregungen vorgeschlagen. Für die stationären und ambulanten Sektoren hat die Arbeitsgruppe Klimawandel der Bundesärztekammer Handlungsfelder aufgezeigt. Auf internationaler Ebene wurden bereits viele Maßnahmen beschrieben, die nachweislich zur Einsparung von Treibhausgasen geführt haben, wie beispielsweise ein erhöhtes Angebot an telemedizinischen Leistungen zur Vermeidung von Anfahrten durch Patientinnen und Patienten. Internationale vergleichende Analysen zeigen, wie unterschiedlich bestehende Strukturen, Vorgehensweisen und Prozesse sind und damit im stationären Sektor vielfältige Handlungsoptionen ermöglichen.

Zwei Bereiche der Patientenversorgung, die eine erhebliches Einsparpotenzial für Treibhausgase aufweisen, verdeutlichen exemplarisch das große Potenzial des Gesundheitswesens für den Klimaschutz: die Anwendung von Inhalativa bei Atemwegserkrankungen (ambulanter Sektor) und Narkosegase (stationärer Sektor). Bei den Inhalativa sind zwei Haupttypen im Einsatz, Pulverinhalativa und Dosieraerosole, die beide Flurane enthalten. Für den NHS in Großbritannien wurde berechnet, dass diese Dosieraerosole für 3,5 % aller Treibhausgasemissionen des britischen Gesundheitswesens verantwortlich sind. In den USA verursachten sie in 2022 allein durch Medicare Versicherte 1,15 Millionen Tonnen CO₂, was dem Stromverbrauch von 226.960 Haushalten entspricht. Der Marktanteil von Dosieraerosolen variiert international stark. In Deutschland liegt er mit 43 % deutlich höher im Vergleich zu 37 % in Italien.

Fachgesellschaften empfehlen einen klimabewussten Einsatz von Inhalativa, bei dem durch eine stringente Anwendung der Leitlinien erhebliche Treibhausgase eingespart werden können – ohne die Patientenpräferenzen, die besonderen Erfordernisse bei Kindern und Jugendlichen sowie die Anwendungssicherheit zu beeinträchtigen. Narkosegase verursachen etwa 3 % der Treibhausgase des gesamten Gesundheitswesens. Dabei gibt es

Empfehlungen

- Gewährleistung gesunder Umwelten als gesamtstaatlicher Auftrag und Verankerung dieses Auftrages im Normgefüge
- Nationale Strategie zur Reduktion von Emissionen mit spezifischen, schrittweisen Zielen für eine Klimaneutralität des Gesundheitssystems spätestens im Jahr 2040
- Deutliche Steigerung der Ausgaben für klimaverträgliche Prävention und Gesundheitsförderung, um die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu senken und dadurch das Gesundheitssystem klimafreundlicher, nachhaltiger und resilienter zu gestalten
- Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen zur Erfassung vergleichbarer Daten für die CSRD-Berichte: Dies umfasst die Erstellung von CSRD-Berichten durch Krankenhäuser für nationale Klimaschutzberichte sowie eine standardisierte und unbürokratische Datenerhebung in ausgewählten Sentinel-Gesundheitseinrichtungen (z. B. Arztpraxen, Altenheime). So kann ein repräsentatives Gesamtbild modelliert werden, ohne alle Einrichtungen übermäßig zu belasten.
- Einrichtungen wie das UBA können hierbei eine unterstützende Rolle übernehmen.
- Umfassende Förderungen von Neubauvorhaben und baulichen Anpassungen von Gesundheitseinrichtungen nur bei klimaneutralen, gesundheitsförderlichen und ressourcenschonenden Bauvorhaben und technischen Anlagen, die gleichzeitig der Sicherstellung der Handlungsfähigkeit auch im Rahmen von z. B. extremen Wetterereignissen (Hitzeperioden, Überflutungen und Stürme) dienen
- Schaffung von Anreizen und rechtlichen Rahmenbedingungen zur rationalen und evidenz-basierten Verwendung klimafreundlicher Arzneimittel und Medizinprodukte
- Förderung von Aufbau und Erhalt von Produktions- und Lagerkapazitäten in Deutschland und Europa für medizinisch relevante Produkte, wie es z. B. mit HERA für notwendige medizinische Güter für Krisenfälle etabliert wurde, um damit die Krisenvorsorge und Reaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu stärken
- Förderung von Anreizen für Multiples Sourcing und globale Diversifikation, um einseitige Abhängigkeiten zu reduzieren

zwischen den verwendeten Wirkstoffen erhebliche klimarelevante Unterschiede. Verschiedene internationale und nationale anästhesiologische Fachgesellschaften und -verbände fordern die Anwendung der umweltverträglichsten Narkosegase und schlagen vor, diese Gase aufzufangen und einer Wiederaufbereitung zuzuführen, was technisch möglich ist. Das besonders umweltschädliche Desfluran soll ab dem 1.1.2026 in der EU nur noch in begründeten Ausnahmefällen zur Anwendung kommen.

Das Gesundheitswesen als Arbeitgeber muss zudem gesunde und das Klima schützende Arbeitsmöglichkeiten schaffen. Dazu gehören Angebote für eine klimafreundliche Mobilität (z. B. Fahrradleasing, ÖPNV) und Essensangebote im Sinne einer „Planetary Health Diet“, wie z. B. regionale Speisen mit Schwerpunkt auf Gemüse und Obst, was einen günstigen Einfluss auf den relativ hohen Methanausstoß des Gesundheitswesens haben soll und gleichzeitig einen gesünderen Lebensstil begünstigt. Zudem müssen die Einrichtungen baulich so angepasst werden, dass sie beispielsweise besser für Hitzeperioden vorbereitet sind. Die unzureichende Finanzierung der Investitionskosten in den letzten Jahrzehnten hat die Überalterung vieler Krankenhausgebäude

verstärkt und die Problematik energetisch ineffizienter, klimatechnisch belastender Bausubstanz verschärft. Künftig müssen Gebäude und technische Anlagen klimaneutral und ressourcenschonend gestaltet werden.

Energie- und Wasserversorgung sowie Abfallentsorgung müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Materialverbräuche beinhalten viele Einmalartikel aus Plastik. Es gilt abzuwägen, inwieweit Mehrweggüter (z. B. nach Sterilisation) letztlich umweltverträglicher sein können als Einweggüter. Aber auch die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie verbesserte Prozessabläufe im Hinblick auf sparsamen Materialverbrauch schaffen nicht nur Einsparpotenziale, sondern sparen auch Müll. Diese Aspekte werden beispielsweise in dem Positionspapier der Deutschen Fachgesellschaft und des Berufsverbands der Anästhesisten ebenso wie in dem Konsensdokument des Weltverbands der Anästhesisten konkret für deren besonders ressourcenintensiven Bereich der Anästhesie und Intensivmedizin adressiert und Lösungsoptionen dargestellt.

Handlungsleitend muss die Fachexpertise aus den Bereichen Qualitätsmanagement, Krankenhaushygiene und Patientensicherheit bleiben, um bei der Abwä-

gung zwischen Umwelt- und Klimaaspekten und der Sicherheit der Patientinnen und Patienten die Qualität der Versorgung nicht zu gefährden.

Bislang keine Beachtung im Hinblick auf ihren CO₂-Eintrag haben die aufsuchenden medizinischen Dienstleistungen wie der Rettungsdienst, der Krankentransport und die ambulante Pflege gefunden. Hier könnten sowohl eine stärker elektrifizierte Fahrzeugflotte als auch vermehrt telemedizinische Möglichkeiten einen Beitrag zur Dekarbonisierung liefern.

Der größte Anteil des CO₂-Footprints stammt jedoch aus dem Warentransport, wobei globale Lieferketten eine bedeutsame Rolle spielen.

Viele Waren bzw. deren Grundstoffe kommen aus Indien und China, deren Transport einen hohen CO₂-Ausstoß verursacht. Gerade die Abhängigkeit von Lieferwegen und Lieferketten, die mit der Produktion wesentlicher Güter im weiter entfernten Ausland einhergeht, kann durch politische Unruhen, Kriege und andere Krisen zu einer Gefahr für die Versorgung führen und somit die Resilienz der Gesundheitssysteme nicht nur in Deutschland, sondern in Europa schwächen. Multiples Sourcing und globale Diversifikation sind Ansätze, um die Abhängigkeit von einem Produktionsort bzw.

Hersteller zu reduzieren. Für die Reduktion von Treibhausgasen und auch zur Stärkung der Resilienz des Gesundheitssystems muss daher das Ziel sein, Produkte aus der Nähe zu beziehen. Das erfordert Investitionen für den Aufbau und die Förderung von Produktionskapazitäten in Europa für medizinisch relevante Produkte, wie es z. B. mit HERA für notwendige medizinische Güter für Krisenfälle etabliert wurde.

Messung und Dokumentation von Nachhaltigkeitsparametern im Gesundheitssystem

Am 5. Januar 2023 trat die Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) Richtlinie der EU in Kraft, nach der Unternehmen nach definierten Standards jährlich ihre Kennzahlen zur Treibhausgasemission berichten müssen. Betroffen davon sind Unternehmen einer bestimmten Größe, die sich anhand der Mitarbeitendenzahlen ergibt (ab 250) bzw. an der Bilanzsumme (ab 25 Millionen Euro) oder den Umsatzzahlen (ab 50 Millionen Euro) orientiert. Nach einer aktu-

ellen Erhebung hatten bis Mitte 2024 erst 11 % der deutschen Krankenhäuser ab einer Bettenzahl von mindestens 100 einen Nachhaltigkeitsbericht verfasst, allerdings gaben etwa 70 % der Krankenhäuser an, dass sie wahrscheinlich in 2025 einen Nachhaltigkeitsbericht verfassen müssen. Der Aufwand zur Erfassung von Daten wurde mehrheitlich als sehr hoch beurteilt, im Mittel sind ein bis zwei Vollzeitkräfte über 10 Monate mit einem solchen Bericht beschäftigt. Um hier ein notwendiges nationales Monitoring durchführen zu können, braucht es eine standardisierte Erfassung und Messung benötigter Kenngrößen aus Scope 1, 2 und 3.

Diese müssten für übergreifende Analysen in weiterverwertbarer Form zur Verfügung gestellt werden, um als ein wesentlicher Baustein in einem nationalen Monitoring der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen verwertbar zu sein. Um dieses Monitoring machbar zu gestalten, sollte ein Sentinelsystem von hierfür geförderten Einrichtungen etabliert werden, um eine Überlastung einzelner Einrichtungen durch Monitoringaufgaben zu

verhindern und das Modellieren eines Gesamtbildes zu erlauben.

Zusammenfassung

Der notwendige Weg zu Netto-Null-Emissionen im Gesundheitswesen ist nicht nur entscheidend zur Eindämmung des Klimawandels, sondern auch ein zentraler Eckpfeiler eines gesellschaftlichen Wandels hin zu Gesundheit und Wohlbefinden für alle. Die Verankerung einer rationalen Ressourcennutzung in evidenzbasierten klinischen Praxisleitlinien bietet zusätzlich den Vorteil, bewährte Verfahren zu standardisieren und den medizinisch-rechtlichen Schutz zu verbessern. Netto-Null-Emissionen sind nur durch einen Wandel hin zur Kreislaufwirtschaft erreichbar, bei der z. B. medizinische Geräte für die Wiederverwendung konzipiert werden. Eine Gesundheitsreform, die Umwelt-, Finanz- und Leistungsaspekte kombiniert, kann den ökologischen Fußabdruck weiter verringern und Gesundheit und Resilienz aller langfristig stärken.

Neue Bewertungskonzepte für Messwerte stärken die Aussagekraft von Biomonitoring-Ergebnissen

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) stellt in einem Bericht einen speziellen Inhalt der OECD-Biomonitoring-Leitlinie von 2022 vor. Im Mittelpunkt stehen neue Kriterien zur Beurteilung biologischer Messwerte von Beschäftigten hinsichtlich der Einhaltung arbeitsmedizinischer Beurteilungswerte. Damit bietet die Leitlinie erstmals eine systematische Grundlage für die Bewertung individueller und gruppenbezogener Expositionen gegenüber Gefahrstoffen am Arbeitsplatz anhand von Biomonitoring-Messwerten.

Die Bewertung arbeitsbedingter Expositionen gegenüber Gefahrstoffen mithilfe des Biomonitorings gewinnt zunehmend an Bedeutung. Biomonitoring bezeichnet die Messung von Stoffen oder deren Abbauprodukten im menschlichen Körper, beispielsweise im Blut oder Urin. Ziel ist es, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. Um die Messergebnisse

bewerten zu können, werden sogenannte biologische Beurteilungswerte herangezogen – Schwellenwerte, bei deren Einhaltung keine gesundheitlichen Schäden zu erwarten sind. Bisher fehlten allerdings präzise Vorgaben, wie solche Messergebnisse zu bewerten sind.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat 2022 eine Leitlinie zum arbeitsbezogenen Biomonitoring veröffentlicht, die nun von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) näher analysiert wurde. Die Leitlinie liefert erstmals konkrete Kriterien für die Bewertung von Biomonitoring-Ergebnissen in Bezug auf die Einhaltung sogenannter Occupational Biomonitoring Levels (OBL) – also biologischer Beurteilungswerte.

Ein zentrales Element der OECD-Leitlinie ist die Anwendung eines Mittelwertkonzepts, wie es in Deutschland be-

reits in der Technischen Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 903 verankert ist. Dabei wird nicht nur jeder einzelne Messwert isoliert beurteilt. Stattdessen ist entscheidend, ob der Mittelwert aus mehreren Messungen – einer sogenannten Probenahme-Serie – unter dem festgelegten Beurteilungswert liegt. Diese Herangehensweise berücksichtigt natürliche Schwankungen der Exposition, etwa durch unterschiedliche Tätigkeiten oder Tagesverläufe.

Die BAuA sieht in der Leitlinie eine wichtige konzeptionelle Weiterentwicklung für den Arbeitsschutz, betont aber zugleich den Diskussionsbedarf hinsichtlich der Umsetzung in die nationale Praxis.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin (BAuA)



Foto: © utah51 – stock.adobe.com

Patientenschutz im Klimawandel

Lungenärzte zeigen mit neuem Positionspapier, wie Erkrankungen abgemildert und Gesundheitssysteme gestärkt werden

Steigende Temperaturen, mehr Allergene und Schadstoffe in der Luft und häufigere Extremwetter: Die Auswirkungen des Klimawandels betreffen Patientinnen und Patienten mit Lungenerkrankungen in besonderem Maße – und damit die Pneumologie. Die Taskforce Klimawandel und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hat heute ein neues Positionspapier veröffentlicht, das die Komplexität des Themas umfassend beleuchtet und gleichzeitig konkrete Empfehlungen gibt, wie die Widerstandskraft von Patientinnen und Patienten sowie von ganzen Gesundheitssystemen gestärkt werden kann.

Dabei wird aufgezeigt, wie eine nachhaltige und anpassungsfähige Gesundheitsversorgung in Zukunft möglich sein kann. Das Autorenteam gibt kompakte und wissenschaftlich fundierte Antworten so-

wie Orientierungshilfen im Umgang mit der dynamischen Klimaentwicklung. „Unsere Vorschläge zur Begegnung des Klimawandels in der Pneumologie und Beatmungsmedizin liegen jetzt auf dem Tisch. Nun ist es an der Gesundheitspolitik der neuen Regierungskoalition, dies zu fördern“, sagt Mitautor Dr. Christian Grah, Sprecher der DGP-Taskforce Klimawandel und Gesundheit sowie Leitender Arzt Pneumologie und Lungenkrebs am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin.

„Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind eine größere Treibermacht, um gesellschaftliche Veränderung herbeizurufen, als sie glauben. Wir behandeln Menschen in jeder Bevölkerungsgruppe sowie jeder Lebenslage und sind für viele auch glaubhafte und seriöse Vorbilder und Gestalterinnen. Ich bin überzeugt, dass wir diese Kraft nutzen können bei der Bekämpfung des Klimawandels“, sagt Lungenarzt Grah.

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft
für Pneumologie und Beatmungsmedizin
(DGP)

Diese Maßnahmen können helfen: Von umweltfreundlichen Medikamenten bis zu Hitzeschutzkonzepten

Das neue DGP-Positionspapier führt konkrete Abmilderungs- und Anpassungsmaßnahmen auf, mit denen die Symptomlast für die Betroffenen verringert werden kann. Beim direkten Kontakt von Pneumologen und Patienten reichen die Vorschläge von klimasensibler Gesundheitsberatung über App-basierte Frühwarnsysteme zur Wetter- und Luftsituation und Medikamentenmanagement bei Hitze bis hin zu Tabak- und Nikotinewöhnung. Auf der institutionellen Ebene geht es um Maßnahmen wie Abfallvermeidung und -recycling, nachhaltiges Beschaffungsmanagement oder Nutzung von regenerativen Energien. „Bisher kaum im Bewusstsein ist zum Beispiel, welchen Störfaktor Antibiotika, aber auch viele andere Medikamentengruppen für die Biodiversität darstellen. Wir benötigen mehr umweltfreundliche Arzneimittel und Medizinprodukte“, fordert Christian Grah. Ein wichtiger Hebel dabei ist beispielsweise die Umstellung von treibhausgashaltigen Dosieraerosolen auf Pulverinhalationssysteme immer dort, wo dies mit einem positiven Effekt für Patientinnen und Patienten möglich ist.

Klimawandel: Relevanz für Pneumologie – Auswirkungen auf Lungengesundheit

Das kompakt gefasste, elfseitige Positionspapier zeigt neben dem Maßnahmenkatalog zwei weitere Schwerpunkte auf:

Zunächst fasst es die Relevanz der Umweltveränderungen für die Pneumologie zusammen. „Wir alle haben die Neigung, bei dem Thema Klimawandel zu sagen: ‚Ich bin zu klein, zu machtlos, um das anzugehen.‘ Dabei haben wir als Ärztinnen und Ärzte sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine gewisse Überzeugungskraft in der Gesellschaft, um die Resilienz von Betroffenen und von unserem eigenen Arbeitsbereich gegenüber den Folgen des Klimawandels zu stärken“, sagt Christian Grah.

Darauf aufbauend nimmt ein dritter Schwerpunkt des Positionspapiers die konkreten Auswirkungen des Klimawandels auf die Lungengesundheit in den Blick. „Es geht hier darum, wie sich die Behandlung von Lungenerkrankungen verändert beziehungsweise auch erschwert wird“, so der Pneumologe. So führen etwa Hitzeperioden und erhöhte Feinstaub- und Ozonkonzentrationen zu einem höheren Medikamentengebrauch und mehr Therapieinanspruchnahme bei Patientinnen und Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). „Auch die Auswirkungen in Bezug auf Krebs-Neuerkrankungen sind enorm: Pro Jahr registrieren wir aktuell rund sieben Millionen Krebstote weltweit durch den Klimawandel“, veranschaulicht Grah.

Weitreichende Klimaauswirkungen: Gemeinsam an Lösungen arbeiten

Der Klimawandel hat weitreichende Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. Klimatische Veränderungen

sind eng mit dem Überleben verknüpft. Gleichzeitig wird durch das Überschreiten ökologischer Belastungsgrenzen die Grundlage für ein gesundes und sicheres Leben gefährdet. Diese Entwicklungen betreffen besonders vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Kinder und chronisch kranke Patienten. Für die Pneumologie hat diese Entwicklung somit eine besondere Bedeutung in der Therapie und Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten.

An dem DGP-Positionspapier haben neben Dr. Christian Grah mitgearbeitet: Dr. Andrea Elmer vom Medizinischen Versorgungszentrum an der DKD Helios Klinik Wiesbaden, Dr. Sophia Kirstein, Assistenzärztin an der Asklepios Lungenklinik Gauting, Privatdozent Dr. Stephan Waltersbacher, Sektionsleiter für Pneumologie am Klinikum Konstanz, und Dr. Anastasia Weirich, Assistenzärztin in der Lungenabteilung des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe in Berlin. „Wir in der Pneumologie übernehmen Verantwortung und zeigen, welchen Beitrag wir leisten können. Das Ziel von Politik, Wissenschaft und Gesellschaft muss es sein, jetzt gemeinsam die vorhandenen Vorschläge zur Klimafolgenanpassung umzusetzen und an weiteren Lösungen zu arbeiten“, unterstreicht Grah.

Originalarbeit:

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-2512-2993>

Chronische Schlafstörungen oder nur mal verdaddelt?

Rund 20 bis zu 35 Prozent der Bevölkerung leidet unter chronischen Schlafstörungen, in höherem Alter sogar die Hälfte aller Menschen. Fast jeder Jugendliche oder Erwachsene kennt zudem ein kurzfristiges Schlafdefizit: ob Party, ein langer Arbeitstag, die Pflege Angehöriger oder schlicht am Handy verdaddelt – die Möglichkeiten, zu wenig Schlaf zu bekommen, sind vielfältig. In einer aktuellen Metastudie zeigen Forschende des Forschungszentrums Jülich (FZJ), der Heinrich-Heine-Universi-

tät Düsseldorf (HHU) und weiterer deutscher und internationaler Universitäten, dass sich die jeweils beteiligten Gehirnregionen deutlich unterscheiden. Die Ergebnisse der Studie wurden im Fachmagazin JAMA Psychiatry veröffentlicht.

Originalpublikation:

Gerion M. Reimann, Alireza Hoseini, Mihrican Koçak, Melissa Beste, Vincent Küppers, Ivana Rosenzweig, David Elmenhorst, Gabriel Natan Pires, Angela R. Laird, Peter T. Fox, Kai Spiegelhalder,

Kathrin Reetz, Simon B. Eickhoff, Veronika I. Müller, Masoud Tahmasian. Distinct Convergent Brain Alterations in Sleep Disorders and Sleep Deprivation – A Meta-Analysis. JAMA Psychiatry (2025), 04.2025

Heinrich Heine Universität Düsseldorf (HHU)



Foto: © Prostock-studio – stock.adobe.com

Impfstrategien

Als eine der wirksamsten Präventionsmaßnahmen gegen Infektionskrankheiten gilt die Impfung. Impfungen bieten einerseits einen Individualschutz und andererseits – bei einer entsprechend hohen Impfquote – einen Herdenschutz, durch den auch Personen geschützt sind, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können oder wollen. Wird eine hohe Impfquote erreicht, besteht die Chance, einzelne Erreger regional zu beseitigen und letztlich weltweit auszurotten.

So wurde die Kinderlähmung in den meisten Ländern erfolgreich bekämpft, seit 2017 sind auch die Röteln in Deutschland ausgerottet. Die erste gegen Krebs entwickelte Schutzimpfung wurde hierzulande im Jahr 2007 eingeführt: die Impfung gegen sexuell übertragbare humane Papillomviren (HPV), die der Krebs-

prävention (vor allem Gebärmutterhals- und Analkrebs) dient.

Die von den Bundesländern empfohlenen Impfungen richten sich in Deutschland nach den jährlich aktualisierten Beschlüssen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und werden von den Gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Die seit dem Jahr 2005 bestehende Europäische Impfwoche, die dieses Jahr vom 27. April bis 3. Mai stattfindet, wird vom WHO-Regionalbüro für Europa koordiniert und zielt darauf ab, die Öffentlichkeit mit verschiedenen Maßnahmen für den gesundheitlichen Nutzen von Impfungen zu sensibili-

sieren. So sollen höhere Impfquoten, wie in der Europäischen Impfagenda 2030 vorgesehen, erreicht werden.

In Deutschland müssen seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 Eltern bei der Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung dieser gegenüber nachweisen, dass sie eine ärztliche Impfberatung in Anspruch genommen haben (§ 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz – IfSG). Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt, dem seit Inkrafttreten des Epidemiologiegesetzes im Jahr 2017 entsprechende Daten zu übermitteln sind, zu einer Impfbe-

ratung einladen. Auf diese Weise sollen Impfklücken geschlossen werden. Vor fünf Jahren wurde mit dem Masernschutzgesetz eine Masern-Impfpflicht vor allem für Kita- und Schulkinder sowie für nach 1970 geborene Beschäftigte in bestimmten Gemeinschaftseinrichtungen eingeführt, wobei der Nachweis einer Immunität gegen Masern ausreicht (§ 20 Abs. 8 ff. IfSG) – eine Krankheit, die Komplikationen wie eine Enzephalitis auslösen und tödlich verlaufen kann. Die zwischenzeitlich eingeführte einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 lief dagegen Ende 2022 aus. Der 2011 beschlossene Nationale Impfplan (NIP) wird von der 2016 gegründeten Nationalen Lenkungsgruppe Impfen fortgeschrieben und koordiniert – einem Bund-Länder-Gremium bestehend aus allen Gesundheitsministerien, der STIKO, dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Robert Koch-Institut (RKI) sowie weiteren Gremien wie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Nationale Impfplan formuliert von Bund und Ländern angestrebte Ziele für Impfquoten wie die Erhöhung der Masern-Mumps-Röteln-Impfrate bei Minderjährigen auf 95 Prozent oder der Influenza-Impfrate bei Älteren und Risikogruppen auf über 75 Prozent und soll einen Überblick über das Impfwesen geben. Teils wird eine unzureichende Aktualisierung des NIP beanstandet. Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen beabsichtigt indes, das Nationale Konzept zur Förderung der Impfaufklärung und der HPV-Impfquoten in Kürze zu veröffentlichen.

Der Expertinnen- und Expertenrat „Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung spricht sich in seiner aktuellen Stellungnahme von Februar 2025 für

Maßnahmen im Sinne einer erleichterten Impfpraxis aus – darunter die Nutzung eines elektronischen Impfpasses als Teil der elektronischen Patientenakte (ePA), die freiwillig ist und in Ansätzen bereits umgesetzt wird. Durch eine Erinnerungs-, Nachweis- und Informationsfunktion kann der elektronische Impfpass künftig helfen, die Impfquoten zu erhöhen. Eine flächendeckende Erfassung von Impfungen ist damit aber nicht verbunden, so dass weiterhin über ein systematisches Impfsystem in Form eines flächendeckenden Erinnerungs- und Einladungssystems – bei Kinderimpfungen an das System der Früherkennungsuntersuchungen angelehnt – diskutiert wird. So wünschen sich Eltern laut einer Befragung mehrheitlich eine schriftliche Erinnerung zur HPV-Impfung. Darüber hinaus empfiehlt der Rat einfachere Kostenübernahmeregelungen zur Erleichterung des betrieblichen Impfens und des Impfens im stationären Bereich sowie zeitgemäße Impfkampagnen, die auch vom Berufsverband für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte im Rahmen eines Paktes für Kindergesundheit gefordert werden. Der Rat mahnt zudem eine transparente und präzise Kommunikation an.

Diese dürfte auch zur Stärkung des Vertrauens und zur Vermeidung von Fehlinformationen über Impfschäden beitragen. Impfschäden sind bleibende Gesundheitsschäden im kausalen Zusammenhang mit einer Impfung, die von Impfreaktionen und Impfkomplicationen abzugrenzen sind und einen staatlichen Entschädigungsanspruch begründen können.

Nach einer aktuellen Analyse des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) sollte in

Deutschland die Prävention von Krankheiten finanziell und strategisch stärker gefördert werden. Entsprechend plant das Bundesministerium für Gesundheit, der gesundheitlichen Prävention in der neuen Legislaturperiode einen höheren Stellenwert einzuräumen. Dazu soll das aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hervorgegangene Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) die Akteure der öffentlichen Gesundheit auf Bundesebene stärker vernetzen. Wissenschaftliche Daten und daraus gewonnene Erkenntnisse sollen in evidenzbasierte und nachhaltige Konzepte zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit umgesetzt und eine effektive Gesundheitskommunikation sichergestellt werden. Neben der Zusammenarbeit im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten wird ein thematischer Schwerpunkt des BIÖG bei den Impfungen gesehen. Die Konzeption des BIÖG, die derzeit auf einer Kooperationsvereinbarung zwischen der damaligen BZgA und dem RKI beruht, war zunächst in einem Gesetz vorgesehen, das aber wegen der vorgezogenen Neuwahl des Bundestages nicht mehr verabschiedet werden konnte.

Quellen:

- Takla, Anja u. a., Impferinnerungen in Deutschland: Bestandsaufnahme und Ideen für morgen am Beispiel der HPV-Impfung, 2025.
- Nationale Lenkungsgruppe Impfen, Impfen in Deutschland.
- 11. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“, Stärkung der Resilienz durch Impfen und Hygiene.
- BIPS, Gesundheit in Deutschland: Hohe Ausgaben, schwache Ergebnisse – eine aktuelle Analyse zeigt auf, woran es hakt, 2025.



Foto: © Valerii Apetroaiei - stock.adobe

Schweres Erbe? WSI zieht wissenschaftliche Bilanz nach fünf Jahren Corona

Fünf Jahre danach ist klar: Corona hat Deutschland in vielerlei Hinsicht verändert – und wirkt bis heute nach. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie hatten Auswirkungen auf die Organisation von Erwerbsarbeit, die Verteilung von Sorgearbeit, die soziale Ungleichheit, die beruflichen Perspektiven junger Menschen und die politische Stimmung im Land.

Die Pandemie hat die Stärken, aber auch Schwächen des Sozialstaats offengelegt. Die Gesundheitskrise wurde bewältigt und staatliche Unterstützung hat viele Menschen vor schweren wirtschaftlichen Verlusten bewahrt. Doch oft wurden ohnehin Benachteiligte überproportional belastet, bekannte Lücken in

der sozialen Sicherung traten besonders deutlich zu Tage, Armut hat sich verfestigt. Die Effekte sind zum Teil umso stärker, weil auf die Pandemie mit dem Ukrainekrieg und der Inflationswelle fast nahtlos weitere Krisen folgten. Die fünfjährige „Polykrise“ hat bei einem Teil der Bevölkerung das Vertrauen in die politischen Verantwortlichen erschüttert, unter anderem bei Müttern, die oft besonders stark belastet waren. Dies zeigt eine umfassende Analyse von Expert*innen des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung.

„Was können wir in der Gesamtschau der Auswirkungen der Pandemie über unsere Gesellschaft lernen? Für mich ist eine der zentralen Lehren, dass der Sozialstaat immer noch stark auf den Schutz des sogenannten Normalarbeitsverhältnisses ausgerichtet ist. So waren Menschen, die Vollzeit in abhängiger Beschäftigung gearbeitet haben, mit dem Kurzarbeiter*innengeld meist recht gut geschützt. Andere Formen von Arbeit waren deutlich schlechter abgesichert“, sagt Prof. Dr. Bettina Kohlrausch, wissenschaftliche Direktorin. „Das galt vor allem für unbezahlte

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches
Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung

Sorgearbeit, die in erster Linie von Frauen geleistet wird und, so scheint es, gar nicht richtig als Arbeit anerkannt wurde. Für die Mütter wurde ja nicht einmal geklatscht. Es galt aber auch für geringfügige Beschäftigte und Selbstständige. Wir müssen der Vielfalt von Arbeit in der Ausgestaltung sozialstaatlicher Instrumente besser Rechnung tragen.“

Grundlage für die Analysen sind Daten aus der Erwerbspersonenbefragung der Hans-Böckler-Stiftung, die in insgesamt zwölf Wellen zwischen April 2020, dem Zeitpunkt des ersten Lockdowns, und November 2023 durchgeführt wurde. In diesem Zeitraum wurden zwischen 7677 Erwerbspersonen in der ersten Welle und 4405 in der zwölften Welle befragt. Da immer wieder dieselben Menschen interviewt wurden, lässt sich gut nachzeichnen, welche Erfahrungen sie während der Pandemie gemacht haben und welche Spuren diese in ihren Erwerbsbiografien, aber auch in ihren politischen Einstellungen hinterlassen haben. Weitere Analysen im Buch stützen sich auf die WSI-Betriebsrätebefragung.

Arbeitszeit und Einkommen verringern sich

Mit Beginn der Pandemie kam es zu ungeahnten Einschnitten. Unternehmen mussten von einem Tag auf den anderen ihren Betrieb stark einschränken oder gar schließen. Für viele Menschen bedeutete das, dass sie weniger arbeiten konnten und weniger Geld verdienten. Die durchschnittliche tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit ging deutlich zurück, bei den Männern von 39,4 Stunden auf 37,2 Stunden im März 2020, bei den Frauen von 33,5 Stunden auf gut 31,5 Stunden. Damit haben Frauen und Männer ihre Arbeitszeit prozentual in etwa gleich stark reduziert. Mütter hatten allerdings mit 10 Prozent den stärksten Rückgang zu verzeichnen.

„Wir haben beobachtet, dass Beschäftigte ihre Erwerbsarbeitszeit an die pandemischen Bedingungen angepasst haben – insbesondere zeigt sich, wie eng die Sorgeverantwortung gegenüber Kindern mit der Erwerbsarbeitszeit verknüpft ist: Väter reduzierten ihre Erwerbsarbeitszeit häufiger als Männer ohne Kinder, und Mütter stärker als Frauen ohne Kinder“, erklärt Dr. Eileen Peters, die am WSI vertieft zur Pandemie forscht. „Auch während der Omikron-Welle führte die angespannte Betreuungssituation in Kitas er-

neut dazu, dass Eltern ihre Erwerbsarbeitszeit reduzierten. Dies geschah in einer Phase, in der sich die Arbeitszeiten nach vorherigen Einschränkungen allmählich dem Vorkrisenniveau annäherten. Wieder zeigte sich das bereits aus früheren Pandemiephasen bekannte Muster: Mütter waren in höherem Maße betroffen als Väter. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass die Pandemie – trotz anfänglicher Hoffnungen auf eine gerechtere Verteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit – bestehende Geschlechterrollen und strukturelle Ungleichheiten nicht nachhaltig aufbrechen konnte.“

Das wichtigste Instrument, um die Beschäftigten vor Einkommensverlusten zu schützen, war die Kurzarbeit. Im Verlauf der Pandemie wurde das Kurzarbeitsgeld schrittweise von 60 Prozent auf bis zu 80 Prozent des letzten Nettolohns – für Beschäftigte mit Kindern von 67 Prozent auf 87 Prozent – erhöht und die maximale Bezugsdauer auf bis zu 28 Monate verlängert. Kurzarbeit sicherte jedoch nur abhängig Beschäftigte ab und war vor allem dann existenzsichernd, wenn der Ausgangslohn entsprechend hoch war oder das Kurzarbeitsgeld durch den Arbeitgeber aufgestockt wurde.

Selbstständige erhielten im Vergleich dazu seltener staatliche Unterstützung. Sie gaben doppelt so häufig wie abhängig Beschäftigte an, dass sich die Pandemie negativ auf ihr Einkommen ausgewirkt habe, künftig müssten Selbstständige anders, besser und umfassender abgesichert werden, schreiben die WSI-Expert*innen. So sollte die bestehende Arbeitslosenversicherung für Selbstständige reformiert und alle nicht anderweitig abgesicherten Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden.

„Reformbedarf besteht darin, Selbstständige möglichst umfassend und möglichst unbürokratisch in obligatorische staatliche Versicherungssysteme einzubeziehen, die einen zumindest vorübergehenden Einkommensverlust infolge von Auftragslosigkeit ausgleichen und die vor Altersarmut schützen“, sagt Arbeitsmarktpexpertin PD Dr. Karin Schulze-Buschoff. „Versicherungsleistungen sind zuverlässiger und sicherer als staatliche einmalige Zahlungen und belasten zudem nicht die Steuerzahler bzw. die öffentlichen Haushalte. Corona hat verdeutlicht, wie wichtig die Absicherung durch soziale Versicherungssysteme ist und dass die entsprechenden sozialpolitischen Schutzlücken

für Selbstständige geschlossen werden müssen. Das Ziel sollte dabei sein, möglichst universelle Regelungen zu schaffen und Sozialversicherungssysteme so zu gestalten, dass alle Beschäftigungsformen – sowohl abhängige Beschäftigung als auch Selbstständigkeit – nach den gleichen Prinzipien behandelt werden.“

Armut verfestigt sich

Die Entlastungsmaßnahmen der Bundesregierung konnten zahlreiche Erwerbstätige vor schlimmeren finanziellen Einbußen bewahren, andere fielen jedoch durch das Raster. Am härtesten traf es ohnehin schon marginalisierte Gruppen, zum Beispiel Menschen mit wenig Einkommen, geringer Bildung und niedriger beruflicher Stellung, aber auch viele Alleinerziehende oder Rentner*innen. Das Risiko, in Armut zu geraten, war für Gruppen, die bereits vorher mit materiellen Einschränkungen zu kämpfen hatten, besonders hoch. In der jüngsten Welle der Erwerbstätigenbefragung gaben 63 Prozent der dauerhaft Armen an, von den Krisen der letzten Jahre stark oder sehr stark betroffen gewesen zu sein, gegenüber 23 Prozent der Menschen mit mittlerem Einkommen und 10 Prozent derjenigen mit hohem Einkommen. Ungleichheiten, die bereits vor der Pandemie bestanden, haben sich tendenziell verschärft, so die Forschenden.

Frauen übernehmen mehr Sorgearbeit

Die Menschen hatten nicht nur mit Einkommensverlusten zu kämpfen, sondern mussten auch erheblich mehr Betreuungsarbeit leisten, weil Schulen und Kitas geschlossen wurden. Eltern waren dadurch deutlich stärker belastet als Kinderlose. Zwar engagierten sich Väter während des ersten Lockdowns stärker in der Kinderbetreuung als zuvor, doch handelte es sich dabei um einen kurzlebigen Trend, der sich im Verlauf der Pandemie nicht fortsetzte. Insgesamt übernahmen Mütter einen größeren Anteil der Kinderbetreuung und der damit verbundenen Mehrarbeit als die Väter.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich außerdem: Mütter, in deren Familien die Betreuungsarbeit relativ gleich verteilt war, konnten ihre Erwerbsarbeitszeit sehr schnell wieder ausweiten. Auf der anderen Seite hat etwa ein Drittel der Mütter ihre Erwerbsarbeitszeit stark reduziert, und dabei sind Mütter, die hauptverant-

wortlich für die Kinderbetreuung sind, überrepräsentiert. Auch hier scheint die Pandemie eher alte Muster verfestigt als neue geschaffen zu haben. In der sozialstaatlichen Absicherung spielte unbezahlte Sorgearbeit so gut wie keine Rolle. Es sei „eine große Leerstelle der Krisenpolitik“, so die WSI-Analyse, dass die Relevanz von Sorgearbeit – als gesellschaftliche Aufgabe und als Faktor, der die Erwerbsfähigkeit bestimmt – nicht erkannt wurde.

Homeoffice: gekommen, um zu bleiben

Bemerkenswert ist die Entwicklung beim Homeoffice, das sich als neue Form orts- und zeitflexibler Arbeit dauerhaft etabliert hat. Während der Pandemie arbeitete gut ein Drittel der befragten Erwerbstätigen überwiegend oder zumindest regelmäßig zu Hause. Das waren deutlich mehr als zuvor. Auch wenn der Umfang des mobilen Arbeitens mit dem Auslaufen der Schutzmaßnahmen in einigen Fällen wieder zurückgefahren wurde, ist bis heute eine deutlich erhöhte Homeoffice-Quote zu verzeichnen. Auch nach der Pandemie arbeitet etwa ein Drittel der Beschäftigten regelmäßig zu Hause, wenn auch vermutlich etwas seltener als während der Lockdowns. Viele empfinden dies als Gewinn. Allerdings zeichnet sich hier möglicherweise ein neues Muster der Ungleichheit ab, da die Möglichkeit, zu Hause zu arbeiten, eher ein Privileg der Höherqualifizierten ist und nicht allen Beschäftigten offensteht.

Betriebe bilden weniger aus, Ausbildungsprämie erreicht nicht den erhofften Effekt

Neben den Schulen war auch die berufliche Bildung von der Pandemie betroffen. Die Zahl der Ausbildungsplätze ging zurück, vor allem in solchen Branchen, die von der Pandemie verstärkt betroffen waren. Die von der Bundesregierung ausgelobten Ausbildungsprämien für Betriebe, die ihr Ausbildungsangebot während der Pandemie aufrechterhielten oder sogar ausweiteten, trugen nur begrenzt zur Sicherung der Ausbildung bei. Insgesamt ist die Zahl der Personen ohne Berufsabschluss während der Pandemie stark angestiegen und lag im Jahr 2021 bei 2,6 Millionen jungen Erwachsenen zwischen 20 und 34 Jahren. Es sei davon auszugehen, dass fehlende Ausbildung oder ein verspäteter oder gescheiterter

Berufseinstieg nachhaltige Spuren in der Bildungs- und Erwerbsbiografie vieler junger Menschen hinterlassen wird, heißt es in der WSI-Analyse.

Schwindendes Vertrauen in politisch Verantwortliche

Die finanziellen Sorgen nahmen vor allem zu Beginn der Pandemie zu. Danach stabilisierten sie sich zwar im Durchschnitt auf niedrigerem Niveau, stiegen aber mit dem Ausbruch des Krieges in der Ukraine und der damit verbundenen Teuerung wieder deutlich an. Es überrascht nicht, dass die Sorgen bei Menschen in den unteren Einkommensgruppen am stärksten ausgeprägt waren – schließlich haben sie kaum Spielraum, finanzielle Belastungen auszugleichen.

Die zunehmenden Sorgen und Belastungen schlugen sich, wie die WSI-Analyse zeigt, auch in einer generellen Unzufriedenheit mit der Politik nieder. In der WSI-Erwerbspersonenbefragung wurde das Vertrauen in die Bundesregierung seit Oktober 2021 und damit seit Beginn der Ampelregierung regelmäßig abgefragt. Am Anfang der Legislaturperiode gaben noch 21 Prozent der Befragten an, „großes“ oder „sehr großes“ Vertrauen in die Regierungsarbeit zu haben, gut ein Drittel äußerte geringes Vertrauen. Seitdem ist der Anteil derer, die großes Vertrauen haben, deutlich zurückgegangen; gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die wenig oder gar kein Vertrauen haben, deutlich gestiegen. Zuletzt hatte mehr als die Hälfte – im November 2023 sogar 60 Prozent – nur geringes Vertrauen in die Bundesregierung.

Grundsätzlich sei eine große Verunsicherung in der Bevölkerung festzustellen, die sich in politischen Entfremdungsprozessen und der Verbreitung von Verschwörungsnarrativen ausdrückt und offenbar auch antidemokratische Einstellungen begünstigt, erklären die Forscherinnen und Forscher des WSI. Die große Rolle sozialer Unwuchten sehen sie in dem Befund bestätigt, dass das Vertrauen in politisch Verantwortliche etwa sehr stark unter Müttern gesunken ist – und damit in einer Gruppe, „die sich eigentlich eher durch eine hohe Loyalität zum politischen System auszeichnet.“

Ein schweres Erbe...

Am 7. April 2023 liefen die letzten Corona-Maßnahmen aus. Die Pandemie wurde offiziell für beendet erklärt, ziem-

lich genau drei Jahre nach dem ersten Lockdown in Deutschland. Was bleibt, sind einschneidende Verlusterfahrungen, heißt es in der Analyse. Am nachhaltigsten seien der Verlust geliebter Menschen, die gestorben sind, und die gesundheitlichen Einschränkungen derer, die noch an den Folgen einer Corona-Infektion leiden. Aber auch viele andere hätten Verluste erlitten, sei es beim Einkommen oder bei den Bildungschancen.

Auch fehlten die Möglichkeiten, sich nach einer langen Zeit ständiger und ununterbrochener Sorge um andere Menschen zu regenerieren. Nicht zuletzt sei Vertrauen in die politisch Verantwortlichen gesunken und eine Entfremdung von etablierten demokratischen Parteien zu beobachten.

„Diese Enttäuschungen und die fortschreitende Verfestigung finanzieller Schief lagen, die insbesondere bereits benachteiligte Gruppen hart getroffen haben, führten zu einer tiefen Verunsicherung und einem Vertrauensverlust. Dies könnte die gravierendste und nachhaltigste soziale Folge der Pandemie sein – ein schweres Erbe in einer Zeit, die ohnehin von multiplen Krisen geprägt ist“, resümiert WSI-Direktorin Bettina Kohlrausch.

... bei einigen positiven Impulsen

Gleichzeitig hat die Pandemie nach der WSI-Analyse aber auch dazu geführt, dass sich neue, flexiblere Arbeitsmodelle etabliert haben, die vielen Beschäftigten eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ermöglichen. Auch die betriebliche Mitbestimmung konnte unter diesen herausfordernden Bedingungen ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen und neue digitale Wege der Interessenvertretung etablieren, so das WSI. Trotz wirtschaftlicher Unsicherheiten hielten viele mitbestimmte Unternehmen zudem an ihrem Ausbildungsengagement fest, was zeigt, dass betriebliche Ausbildung auch in Krisenzeiten als langfristige Fachkräftestrategie verstanden wird. Diese Entwicklungen zeigten, dass Krisenzeiten nicht nur bestehende Herausforderungen verschärfen, sondern auch Impulse für nachhaltige Veränderungen setzen können.

Quelle

Bettina Kohlrausch, Eileen Peters, Karin Schulze Buschoff (Hg.): Was von Corona übrig bleibt. Erwerbsarbeit, Sozialstruktur, gesellschaftliche Folgen, Campus Verlag 2025



Vorbilder für mehr Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz

Vier Einreichungen gewinnen den Deutschen Arbeitsschutzpreis 2025

Die Gewinner des Deutschen Arbeitsschutzpreises 2025 stehen fest. Die unabhängige Jury zeichnete in diesem Jahr in vier Kategorien Betriebe aus, die sich in herausragender Weise um Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz verdient gemacht haben.

Ziel des Preises ist es, die Unternehmen in Deutschland und die breite Öffentlichkeit für die Bedeutung des Arbeitsschutzes zu sensibilisieren. Ausgezeichnet werden Unternehmen, die besonders kreative Lösungen geschaffen haben, von denen andere lernen können. Die Ausrichter haben in einer feierlichen Zeremonie in Berlin zwei Mittelstandsbetriebe, zwei Großunternehmen und eine Forschungseinrichtung geehrt. Insgesamt wurden Preisgelder in Höhe von 40.000 Euro vergeben.

Wettbewerbsbüro Deutscher Arbeitsschutzpreis

In der Kategorie „Strategisch“: Mainka Bau GmbH & Co. KG

Seit Jahren verfolgt Mainka Bau aus Lingen kontinuierlich Strategien zur Arbeitssicherheit. Die Firma ist auf Großbaustellen in ganz Deutschland tätig. Das machte die Kommunikation im Unternehmen in der Vergangenheit oft zäh und störungsanfällig, auch und gerade im Arbeitsschutz, für den laut Gesetz der Arbeitgeber verantwortlich ist. Mit der Entwicklung

„Digitaler Hilfsmitteln zur nachhaltigen Verbesserung von Arbeits- und Umweltschutz im Unternehmen“ schaffte das Unternehmen Verbesserungen in sechs Bereichen – mit Hilfe von QR-Codes und

der selbst entwickelten MainkaApp. Dadurch werden nun Informationen zum Arbeitsschutz leichter erhoben und dokumentiert, Ressourcen effizienter genutzt, Prozesse optimiert und Umweltauswirkungen reduziert. Projekte und einzelne Tätigkeiten lassen sich besser planen und koordinieren, Personal kann optimal eingesetzt werden und viele Vorgänge, die bislang in Papierform abgewickelt wurden, laufen durch die Digitalisierung leichter und transparenter.

In der Kategorie „Betrieblich“: energis-Netzgesellschaft mbH

Ein lebensgefährlicher Moment an einer 20-kV-Mittelspannungsfreileitung

Hintergrund

Der Deutsche Arbeitsschutzpreis ist die wichtigste nationale Auszeichnung im Arbeitsschutz. Vergeben wird er seit 2009 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die für den Arbeitsschutz zuständigen Ministerien der Länder (vertreten durch den Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik) und den Spitzenverband der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Der Preis ist Bestandteil der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, in der die drei Träger gemeinsame Arbeitsschutzziele erarbeiten und umsetzen.

Die Laudatio auf die ausgezeichneten Unternehmen hielten Lilian Tschan (Staatssekretärin im BMAS), Sabine Majehrke (Vorsitzende des LASI), Volker Enkerts (Vorstandsvorsitzender der DGUV) und Univ.-Prof. Anke Kahl (Lehrstuhlinhaberin „Arbeitssicherheit“ an der Bergischen Universität Wuppertal).

Insgesamt prüfte die Jury aus Wirtschaft, Politik, Verbänden und Wissenschaft 180 Einreichungen, von denen zwölf anhand der folgenden Kriterien für den Deutschen Arbeitsschutzpreis 2025 nominiert wurden:

- **Wirksam:** Die Lösung ist zielführend in der Sache und messbar im Erfolg
- **Übertragbar:** Die Lösung hat Vorbildwirkung und inspiriert, ohne Blaupause sein zu müssen
- **Nachhaltig:** Die Lösung ist ressourcenschonend und auf eine längerfristige Nutzung hin konzipiert und umgesetzt
- **Kreativ:** Die Lösung ist einfach genial oder genial einfach entwickelt oder umgesetzt.

war für die energis-Netzgesellschaft mbH der Impuls, seine fahrbaren Hubarbeitsbühnen mit Spannungssensoren auszustatten. Nach umgehender Meldung des Beinaheunfalls und einer gründlichen Analyse entwickelten die Saarbrücker eine Nachrüstung der Hubarbeitsbühnen, die Beschäftigte optisch und akustisch warnt, sobald sie sich einer unter Spannung stehenden Leitung zu sehr nähern.

In der Kategorie „Kulturell“: Mobile Haus-Krankenpflege Kröber GmbH

In Pflegeberufen sind überlastete Beschäftigte und eine hohe Fluktuation leider weit verbreitet. Unter dem Motto „Unser Pflegedienst ist so gesund wie seine Mitarbeiter – nachhaltig gesunde Arbeitsverhältnisse etablieren“ wurde die mobile Haus-Krankenpflege Kröber aus Zittau aktiv: Eine Mitarbeiterin wurde zur Fach-

kraft für Arbeitssicherheit und Qualitätsmanagementbeauftragten ausgebildet, das Unternehmen intensivierte die enge Zusammenarbeit mit Partnern wie z. B. Krankenkassen und investierte in Workshops und Fortbildungen. Innovative Lösungen wurden entwickelt, z. B. ein Demenzsimulator, um für die Perspektive der Patient*innen zu sensibilisieren. Der Aufbau einer Arbeitsorganisation nach New-Work-Prinzipien und ein Verständnis von Führung als Dienstleistung runden den neuen Ansatz ab. Dass die Krankenpflege Kröber zahlreiche Bewerbungen von Pflegekräften erhält, spricht für dessen Erfolg. So liegen die Krankheitsquote und die Unfallzahlen deutlich unter dem Branchendurchschnitt.

In der Kategorie „Persönlich“: St.-Marien-Hospital Marsberg in Kooperation mit der FH Münster

Die Belastungen für Therapierende beim Gehtraining in der Rehabilitation sind enorm: Sie müssen gleichzeitig die zu behandelnde Person stützen, deren Gangbild im Blick haben und korrigieren und zur Sicherheit einen Rollstuhl mitführen. Gemeinsam mit dem Labor für Biomechatronik der FH Münster entwickelte das St.-Marien-Hospital in Marsberg das Projekt

„MoRe – Mobilitätsunterstützung in der Rehabilitation“: Ein mit einem modularen Aufsatz nachträglich motorisierter Rollstuhl folgt geheingeschränkten Personen spurgenaue. Bei Bedarf fährt er nah genug heran und bremst rechtzeitig automatisch ab, sodass die zu behandelnde Person sich hinsetzen kann.



Foto: © BMAS



Foto: © BMAS



Foto: © BMAS



Pflichten und haftungsrechtliche Aspekte der Fachkraft für Arbeitssicherheit

Immer auf der sicheren Seite

Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben einen verantwortungsvollen Beruf. Das sollte ihnen immer bewusst sein, meint Katharina Muro. Ängste schüren will die ehemalige Rechtsanwältin dabei keineswegs. Doch jede Sifa sollte ihre Aufgaben und Pflichten kennen und wissen, wie sie ihren Berufsalltag rechtskonform gestaltet.

■ Frau Muro, wie „riskant“ ist der Beruf der Sifa wirklich? Stehen Fachkräfte für Arbeitssicherheit immer „mit einem Bein im Knast“, wie man mitunter lesen kann?

Man muss hier etwas differenzieren: Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind entweder im Unternehmen angestellt oder bieten ihre Dienste als externe Dienstleister auf dem freien Markt an. Insbesondere externe Sifas sollten sich dessen bewusst sein, dass sie für den Fall, dass ihnen ein Fehler unterläuft, haften könnten. Es besteht hier nämlich ein entscheidender Unterschied zur angestellten Sifa: Wird eine Sifa als Arbeitnehmer weisungsgebunden im Betrieb tätig, genießt sie ein sogenanntes Haftungsprivileg. Für externe Dienstleister gilt das nicht! Auch werden die Anforderungen an eine externe Sifa höher angesetzt, sodass einfache Fahrlässigkeit teilweise schon zur Haftung führen kann. Unabhängig von dieser Differenzierung gilt: Wenn eine Sifa einen Fehler mit Folgeschäden für Personen und/oder das

Unternehmen macht, drohen ihr nicht nur strafrechtliche Konsequenzen wegen Körperverletzung, fahrlässiger Tötung oder Sachbeschädigung, sondern auch zivilrechtliche oder sozialversicherungsrechtliche Folgen, die sie in den finanziellen Ruin treiben können. Da stehen mitunter horrend Summen im Raum. In der Praxis passiert das zwar selten, weil auch andere Faktoren eine Rolle spielen, aber gänzlich ausschließen lässt es sich nicht, denn alle Menschen machen Fehler. Gerade eine externe Sifa sollte deshalb an eine entsprechende Versicherung denken. Doch auch diese wird nur bis zu einem gewissen Verschuldensgrad greifen, sodass es umso wichtiger ist, ordnungsgemäß zu beraten.

■ Jede Sifa benötigt eine fachliche Qualifikation und durchläuft dazu eine spezielle Ausbildung. Kommen rechtliche Aspekte darin nicht vor?

Diese rechtlichen Aspekte werden in der Ausbildung schon behandelt, aber nicht schwerpunktmäßig. In der Berufspraxis

gerät dieses Wissen dann oft in den Hintergrund oder wird verdrängt nach dem Motto: „Ich mach das jetzt schon viele Jahre so und es ist immer gut gegangen.“ Das ist aus meiner Sicht eine naive Herangehensweise. Eine Sifa sollte sich ihre Verantwortung immer vor Augen führen. Mit dieser Aussage will ich allerdings keine Angst vor dem Job verbreiten, sondern lediglich für die Thematik sensibilisieren. Es geht mir darum, dass jede Sifa nach bestem Wissen und Gewissen arbeitet, potenzielle juristische Fallstricke kennt und weiß, wie sie sich richtig absichert. Denn die Erfahrung hat gezeigt, dass Sifas sehr wohl herangezogen werden können, wenn ihnen folgenschwere Fehler unterlaufen.

■ Die Sifa kann den Arbeitgeber nur beraten. Was kann sie tun, wenn der Arbeitgeber einfach nicht auf sie hört? Hat sie dann auch den „Schwarzen Peter“, wenn etwas schief läuft?

Das ist tatsächlich eine schwierige Situation. Eine Sifa kann den Arbeitgeber

nicht zum Handeln zwingen. Manche Arbeitgeber haben auch keine Lust auf dieses Thema. Kommt dann die Berufsgenossenschaft vorbei und droht mit Konsequenzen, ziehen sie notgedrungen die Sifa hinzu, aber eben mit der Faust in der Tasche.

Hat die Sifa auf einen Missstand hingewiesen und der Arbeitgeber rührt sich nicht, kann sie sich im Fall eines Schadens jedoch exkulpieren, das heißt schuldfrei stellen. Voraussetzung dafür ist, dass sie ihre Beratung ordnungsgemäß durchgeführt hat. Dies sollte die Sifa dokumentieren. Gerade bei High-Risk-Angelegenheiten sollte sie zudem mit Fristen arbeiten, also dem Arbeitgeber für bestimmte Maßnahmen Fristen setzen. Dann kann sie nach Ablauf dieses Zeitraums kontrollieren, ob die Maßnahmen umgesetzt wurden und ob diese wirksam sind, den Missstand folglich beseitigt haben. All das sollte sich die Sifa notieren.

■ Wie oft kommt es vor, dass eine Sifa auf taube Ohren stößt?

Aus der Praxis kenne ich einige Fälle, in denen Sifas nicht gerne im Betrieb empfangen werden und immer wieder darauf pochen müssen, dass Schutzmaßnahmen umgesetzt werden. Aber letztendlich klappt es dann doch – manchmal eben auch, weil die Berufsgenossenschaft den Betrieben im Nacken sitzt. Das kann schon mal mühsam sein, aber gänzlich unmöglich ist die Zusammenarbeit mit den Arbeit- bzw. Auftraggebern in aller Regel nicht. Natürlich kann es auch mal auf der persönlichen Ebene nicht passen. Die Arbeitssi-

cherheit ist ja insgesamt ein sehr weites Feld und die individuellen Einstellungen und Herangehensweisen können sich unterscheiden. Da kommt zum Beispiel die eine Sifa mit dem Zollstock und misst den Büroarbeitsplatz nahezu millimetergenau aus, die andere verschafft sich an dieser Stelle lediglich einen Überblick im Vorbeigehen. Die allgemeinen Vorgaben und Regelungen sind aber natürlich immer und für alle gültig. Hiervon kann sich kein Arbeitgeber freimachen, indem er einfach eine andere Sifa wählt.

■ Was passiert, wenn ein Fall doch vor Gericht landet?

Letztendlich trifft man auf diese Bandbreite auch vor Gericht, denn es gibt keinen fixen, detaillierten Bußgeldkatalog für Verfehlungen in der Arbeitssicherheit. Ob und wie lang etwa „eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr“ verhängt wird, hängt vom Gesamtbild ab – und tatsächlich auch von der persönlichen Einschätzung des Richters. Die Richter haben es dabei nicht immer leicht. Sie haben mit sehr verschiedenen Delikten zu tun und sind in der Regel keine Spezialisten für das Thema Arbeitssicherheit. Außerdem sind Gesetze grundsätzlich abstrakt formuliert, sodass die jeweiligen Einzelfälle nicht immer eindeutig bewertet werden können. Dies gilt umso mehr, weil sich die Welt ständig weiter entwickelt und in vielen Bereichen noch keine Erfahrungswerte vorliegen. Ich kann Fachkräften für Arbeitssicherheit deshalb nur empfehlen, die Augen offen zu halten, ihren Beruf und ihre Verantwortung ernst zu nehmen und

sich selbst bestmöglich abzusichern. Im Onlineseminar „Fachkräfte für Arbeitssicherheit: Pflichten und haftungsrechtliche Aspekte“, das ich am Montag, 20. Oktober 2025, für die Si-Akademie gestalte, gehe ich zum einen genauer auf die Aufgaben und Pflichten der Sifa ein und zeige zum anderen die möglichen rechtlichen Konsequenzen im Zivil-, Sozial- und Strafrecht auf. Um dies verständlich und praxisnah zu vermitteln, werde ich dazu einige Fälle aus der Rechtsprechung heranziehen. Mit diesem Wissen erfahren die Teilnehmenden, wie sie sich in ihrem Berufsalltag auf die sichere Seite begeben.

Das Gespräch führte Petra Jauch.



Si-Akademie- Onlineseminar

Fachkräfte für Arbeitssicherheit: Pflichten und haftungsrechtliche Aspekte

Struktur des Onlineseminars:

1. Aufgaben und Pflichten
2. Haftung
 - a. zivilrechtliche Haftung
 - b. sozialrechtliche Haftung
 - c. strafrechtliche Haftung

Inhalte des Onlineseminars:

- Aufgaben und Stellung der Sifa
- Rechte und Pflichten der Sifa
- Reichweite der Unterstützung
- Detaillierungsgrad der Beratung
- Verantwortung der Sifa
- Unterschiede bei der Haftung von angestellten und beauftragten Sifas
- Verschiedene Haftungsrisiken
- Haftungsprivilegien
- Möglichkeiten der Haftungsreduktion

Termin:

- 20. Oktober 2025
9:30 Uhr bis 13:00 Uhr
Seminargebühr: 179 Euro netto

Anmeldung und Infos unter:
www.sifa-sibe.de/akademie/seminare/arbeitssicherheit-haftung

Zur Person



Foto: © Studio Schloern, Köln

Katharina Muro ist bei Sicherheitsingenieur.NRW als Volljuristin für Arbeitsrecht und Arbeitssicherheit tätig. Während ihrer früheren Tätigkeit als Rechtsanwältin in einer renommierten Großkanzlei, wo sie sich auf individuelles und kollektives Arbeitsrecht spezialisierte, erweiterte sie ihre Qualifikationen durch den Fachanwaltslehrgang im Arbeitsrecht. Anschließend absolvierte sie erfolgreich die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit. Ihre umfassende Erfahrung bringt sie in die Beratung und Schulung von

Fach- und Führungskräften ein, mit dem Ziel, Rechtssicherheit im beruflichen Kontext zu vermitteln und für Verantwortung sowie Haftung im Bereich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zu sensibilisieren.

Fortbildungen

Abgestimmte Vorträge der
PASiG-Online Vortragsreihe 2025



31. Mrz 2025

„Förderung einer Kultur der Sicherheit und Gesundheit: die Rolle der Unternehmensleitung“

Prof. Dr. Andreas Zimmer
HdWM, Mannheim, Leitung des PASiG-Expertenkreises:
Führung und Organisation

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass das Management eine zentrale Rolle für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten einnimmt. In einem von der DGUV geförderten Projekt wurde ihr Beitrag auf die Sicherheits- und Gesundheitskultur anhand von Interviews mit Geschäftsführenden von Kleinunternehmen untersucht. Im Vortrag werden die Methoden und zentralen Ergebnisse vorgestellt und anschließend diskutiert.

30. Jun 2025

Systemische Resilienz strukturiert beurteilen mit Verhaltensmarkern – Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Projekt zur Patientensicherheit.

Prof. Dr. Thomas Mühlbradt
FOM Hochschule für Oekonomie & Management

Angesichts immer komplexer werdender Arbeitssysteme gewinnt die Perspektive der systemischen Resilienz an Bedeutung, wie sie u.a. vom Resilience Engineering nach Hollnagel vertreten wird. Ein besonders betroffener Bereich ist die Gesundheitsversorgung. Ein Ziel dieser Forschung ist es, das Vorhandensein von Resilienz für Organisationen oder deren Einheiten zu messen. Ein neuer Ansatz dazu ist die Verwendung von sogenannten Verhaltensmarkern aus dem Crew Resource Management (CRM). Im Vortrag wird ein solches Verhaltensmarker-System vorgestellt und es wird gezeigt, wie dies mit der Theorie des Resilience Engineering verknüpft wird. Vorteilhaft aus Sicht der Theorie sind hierbei die Bekanntheit und Akzeptanz des CRM in der Patientenversorgung. Berichtet wird weiterhin über eine Serie von Online-Befragungen in drei Krankenhäusern und einem regionalen Rettungsdienst unter Einsatz des so gestalteten Selbstbewertungsinstruments.

Fortbildungen

Abgestimmte Vorträge der
PASiG-Online Vortragsreihe 2025



15. Sep 2025

„Präventionskultur gemeinsam weiterentwickeln“

Dr. Britta Schmitt-Howe
Doktorin der Philosophie und Dipl.-Soziologin
Stellvertretende Leiterin der Gruppe „Strukturen und
Strategien des Arbeitsschutzes“ in Berlin
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Von Präventionskultur kann nicht erst dann gesprochen werden, wenn Führungskräfte und Beschäftigte stark für Gesundheitsthemen sensibilisiert sind. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass jede Organisation eine Kultur ausbildet – und eben auch eine Präventionskultur, d.h. eine typische Art des akzeptierten Umgangs mit Gefährdungen und Gesundheitsförderung. Die BAuA hat ein Modell zur Präventionskultur entwickelt, das mögliche Ausprägungen in drei Dimensionen und fünf Typen einteilt. Das Modell zeigt dabei auf, welche möglichen Orientierungen die Präventionskultur im Betrieb hauptsächlich prägen. Ausgehend davon wurde ein Workshop-Konzept zur Bestimmung der Präventionskultur sowie zur Ableitung von Entwicklungszielen erstellt und erprobt. Die BAuA-Praxisbroschüre „Präventionskultur gemeinsam weiterentwickeln“ wird in ihren sieben Handlungsschritten vorgestellt.

24. Nov 2025

Von der Regel zur Kultur – Das Schweizer Modell der Präventionskultur

Valena Frey
Jeannette Büchel
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)

Genießen Sie am 24. November 2025 einen exklusiven Einblick in das Modell der Präventionskultur der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva). Erfahren Sie, welche Dimensionen eine gelebte Präventionskultur ausmachen und wie der „Fluss der Präventionskultur“ sowie die Aufsichtspersonen in der Rolle der „Flusslotsen“ dazu beitragen, die Präventionskultur weiterzuentwickeln. Dieses Webinar beleuchtet das Schweizer Kulturmodell und stellt ausgewählte Projekte der Suva vor, die in diesem Rahmen bereits realisiert werden konnten.

Fortbildungen

Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein:

Termine der Weiterbildungskurse Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin der Ärztlichen Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein in 2025

Modul I: 15.01. bis 24.01.2025

Modul II: 05.03. bis 14.03.2025

Modul III: 14.05. bis 23.05.2025

Modul IV: 25.06. bis 04.07.2025

Modul V: 10.09. bis 19.09.2025

Modul VI: 03.12. bis 12.12.2025

Anmeldung: Agnes.Kriete@aekno.de

Tauchmedizin und Hyperbarmedizin

In regelmäßigen Abständen führen wir tauchmedizinische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durch. Wir bieten Grundlagenkurse zu Untersuchungen nach E31/G31 und Kurse zum GTÜM 1 Diplom, sowie E31/G31/GTÜM-Refresher Kurse an.

Für Arbeitsmediziner erfüllt das Kursangebot die Anforderungen der DGUV und der Behörden, welche nach der Druckluftverordnung zu Untersuchungen nach G31 (E31) ermächtigen (§13 DruckLV) .

Die Kurse finden in Abstimmung mit der Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin e.V. (GTÜM) statt und werden als Grundlage für das Diplom 1 anerkannt.

GTÜM Diplom 1: Tauchtauglichkeitsuntersuchungen.

Alle weiteren Infos: <https://www.gtuem.org/5>

www.gtuem.org

Die Ärztekammer Nordrhein honoriert die erfolgreiche Teilnahme üblicherweise mit 24 CME-Punkten.

Unsere Refresherkurse eignen sich für Arbeitsmediziner (G31 bzw. E31) wie auch als Refresher nach GTÜM.

Sie erhalten für die Teilnahme 16 CME-Punkte.

Die nächsten Kursangebote

Kurs G31 / E31 / GTÜM Diplom 1

14. Nov. – 16. Nov. 2025

Präsenz

Refresher GTÜM Diplome 1/2a, G31/E31

10. Jan – 11. Jan. 2026

Online

Alle weiteren Infos und Anmeldung:

Silvester Siegmann

0211 81 06480, siegmann@uni-duesseldorf.de

oder:

Thomas Muth

0211 81 06419, thomas.muth@uni-duesseldorf.de

Fortbildungsveranstaltungen des VAF e.V.

VAF e.V. / Fortbildungslehrgänge 2025

für das arbeitsmedizinische nichtärztliche Assistenzpersonal

07.04. – 11.04.2025 / Saarbrücken

Handwerkskammer des Saarlandes

- Grundlagenlehrgang-Rahmenplan / Woche 4.
- Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge.
- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin.

02.06. – 06.06.2025 / Dresden

DGUV

- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin.
- Lungenfunktion/ EKG / Ergometrie,
Ein Lehrgang für in der Praxis Stehende.
- Ergonomische Arbeitsgestaltung.

07.07. – 09.07.2025 / Freiburg i.Brsg.

Mercure-Hotel

- Infektionsschutz in der Arbeitswelt und auf Reisen.
Grundkenntnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge
bei biologischer Gefährdung im In- und Ausland.

13.10. – 17.10.2025 / Düsseldorf

djh-Rheinland

- Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge.
- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin.
- Lungenfunktion / EKG / Ergometrie,
ein Lehrgang für in der Praxis Stehende.

10.11. – 14.11.2025 / Saarbrücken

Handwerkskammer des Saarlandes

- Grundlagenlehrgang-Rahmenplan / Woche 1
- Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge.
- Auge und Optik in der Arbeitsmedizin.

Hinweis:

Die aufgeführten Themen sind eigenständige Lehrgänge, die in der jeweiligen Woche parallel durchgeführt werden. Programm-Anforderungen gerne beim Veranstalter.

Belegt wird nach Eingang nur schriftlicher Anmeldung an unsere Geschäftsstelle in Düsseldorf; Hotelzimmer-Reservierungen erfolgen durch die Teilnehmenden selbst, u.a. mit den beiliegenden Informationen unserer schriftlichen Bestätigung.

Veranstalter:

Verband Arbeitsmedizinisches Fachpersonal-VAF e.V.

Kamper Weg 228 – 40627 Düsseldorf

Tel. 0211-2700833 / Fax: 0211-2700834

Email: VAF-SC@T-Online.de www.vaf-assistenzpersonal.de

Autorenrichtlinien

Aufgenommen werden gerne Originalarbeiten.
Diese dürfen nicht schon anderweitig veröffentlicht sein.

Manuskripte von Originalarbeiten sind der Schriftleitung einzureichen.
Für die Manuskripte gelten die Hinweise für Autoren.

Tagungsberichte, Mitteilungen von Organisationen und Körperschaften, Personelles sowie Referate, Buchbesprechungen und weitere Beiträge sind an die Schriftleitung zu senden.

Der Verlag erwirbt mit der Annahme des Manuskriptes durch die Schriftleitung das ausschließliche Recht der Vervielfältigung, Verbreitung, Übersetzung und Verwendung für fremdsprachige Ausgaben.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Nachdruck – auch von Abbildungen –, Vervielfältigung auf foto-mechanischem oder ähnlichem Wege oder im Magnettonverfahren, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit Genehmigung des Verlages möglich.

Die in den Heften mit Namen bezeichneten Artikel stellen stets die Ansichten der Verfasser dar und müssen nicht mit denen der Schriftleitung identisch sein.

Hinweise für Autoren wissenschaftlicher Beiträge

Zielgruppen dieser Zeitschrift sind Arbeitsmediziner, Sicherheitsingenieure, Gesundheitsmanager, Arbeitswissenschaftler und andere der Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit sowie der Umweltmedizin nahestehende Personenkreise und Institutionen.

- 1.0 Der Text der Arbeiten muss verständlich geschrieben sein.
- 2.0 Die Titelseite (Seite 1 des Manuskriptes) muss umfassen
 - 2.1 Titel der Arbeit in deutscher und englischer Sprache
 - 2.2 Name(n) des Autors (der Autoren) mit Vornamen
 - 2.3 Name(n) der Institution(en), aus der (denen) die Arbeit stammt
 - 2.4 Namen, Vornamen mit Titel(n) des Autors (der Autoren) und Anschrift.
- 3.0 Eine Zusammenfassung in deutscher und englischer Sprache muss dem Manuskript beigefügt sein. Die Zusammenfassung soll die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen enthalten und maximal 300 Worte umfassen.
- 4.0 Maximal 5 Schlüsselwörter sind in deutscher und englischer Sprache anzugeben. Sie sollen repräsentativ für den Inhalt der Arbeit sein.
- 5.0 Literaturverzeichnis: Alle Autoren und Quellen – und nur diese – müssen in der Reihenfolge des erstmaligen Auftretens im Text im Literaturverzeichnis aufgeführt sein. Sämtliche Autoren sind zu nennen.

Beispiele:

- 1 Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg. 1985).
Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstoff-Toleranz-Werte. Verlag Chemie, Weinheim 1985
- 2 Lüdersdorf R, Schäcke G, Fuchs A. Leitkomponenten in organischen Lösemittelgemischen in Lacken der holzverarbeitenden Industrie.
In: Konietzko H, Schuckmann F (Hrsg.). Verh Dtsch Ges Arbeitsmed 271–274. Gentner Verlag, Stuttgart, 1984
- 3 Schilling RSF. Occupational Health Practice. 1st edn Butterworths, London, 1973
- 4 Trenkwalder P, Bencze K, Lydtin H. Chronische Thalliumintoxikation.
Beobachtung einer kriminellen Vergiftung. Dtsch med Wschr 1984; 109: 1561–1566

Anschließend an das Literaturverzeichnis können bei Bedarf unter „Nützliche Internetadressen“ noch verlässliche Adressen aufgelistet werden.

- 5.1 Zitierweise im Text: mit hochgestellter Zahl (entsprechend der Zitierweise des British Medical Journal)
- 6.0 Illustrationen: Bitte farbig (auch Fotos). Jede Abbildung muss im Text erwähnt sein.
Dateiformate: .ppt, .jpg, .tif, .psd oder .eps
- 6.1 Tabellen: Jede Tabelle muss im Text erwähnt sein.
Bitte als Excel-Datei (Dateiformat .xls)
- 6.2 Legenden zu den Illustrationen und Tabellen sollen kurz sein und sich auf deren Inhalt beschränken.
- 7.0 Das Manuskript incl. Abbildungen und Tabellen ist als Word-Datei auf elektronischem Weg an die Schriftleitung zu senden (Kontakt siehe Impressum).
Abbildungen und Tabellen bitte zusätzlich separat in den o.g. Dateiformaten
- 8.0 Mit der Einsendung des Manuskriptes hat/haben der/die Autoren sichergestellt, dass bei positiver Entscheidung über die Annahme einem Druck keinerlei Gründe entgegenstehen.

Die eingehenden Artikel werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen (s.a. Editorial Ergomed 4/2001)

Nachdruck nur mit Erlaubnis des Verlages.
Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

Impressum

ErgoMed
Praktische Arbeitsmedizin

ZEITSCHRIFT FÜR BETRIEBSSICHERHEIT • BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

49. Jahrgang (2025) Heft 3

Verlag: Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Ernst-Mey-Strasse 8, 70771 Leinfelden-Echterdingen
Postanschrift: Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Vangerowstraße 14/1, 69115 Heidelberg, Germany. Phone + 49 711 7594-0, ergomed@konradin.de

Herausgeberin: Katja Kohlhammer

Geschäftsführung: Peter Dilger

Verlagsleitung: Peter Dilger

Hauptschriftleiter:

Dr. rer. medic. Dipl.-Min. Silvester Siegmann, M. Sc. Betriebsicherheitsmanagement, Sicherheitsingenieur, Institut für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Universitätsstr. 1, D-40225 Düsseldorf, Phone + 49 (0) 211 81 15393, Fax + 49 (0) 211 81 15334, siegmann@uni-duesseldorf.de

Schriftleiter:

em. apl. Prof. Dr. med. habil. Andreas Meyer-Falcke,
Beigeordneter für Gesundheit der Landeshauptstadt Düsseldorf a. D.,
a.meyer-falcke@t-online.de

Univ.-Prof. Dr. med. Dirk-Matthias Rose, Wissenschaftliche Leitung Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Institut für Lehrgesundheit am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Kupferbergterrasse 17 – 19, 55116 Mainz, Phone +49 (0) 6131 88 448 55, Fax +49 (0) 6131 88 448 70, dirk-matthias.rose@unimedizin-mainz.de

Redaktionsbeirat:

Prof. Dr. med. Henning Allmers, M. P. H. (Harvard Univ.), Leiter des Betriebsärztlichen Dienstes der Universität Osnabrück, Facharzt für Arbeitsmedizin, Allergologie und Umweltmedizin • Dr. Beate Beermann, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Dipl.-Biologe Jörg Feldmann, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin • Prof. Dr. Dr. h.c. mult. David Gronenberg, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität • Prof. Dr. med. habil. Tomas Jelinek, Berliner Centrum für Reise- u. Tropenmedizin, Berlin • Dr. Ursula Bach, DLR Projekträger des BMBF Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen, Bonn • Silke Kretzschmar, Vorsitzende des BsAFB e.V., Fachärztin für Arbeitsmedizin, Leitung der Praxis für Arbeitsmedizin Kretzschmar, Gera • Prof. Dr. med. Axel Muttray, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin • Dr. med. Michael Schneider, Leitender Betriebsarzt der Boehringer Ingelheim • Markus Schropp, HOW & WHY, Bad Boll • Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) Bernd Schubert, Facharzt für Arbeitsmedizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, ärztl. Qualitätsmanagement, Bottrop-Kirchhellen • Dr. Kai Seiler, LIA.NRW • Prof. Dr. Udo Weis, Geschäftsführer Ifnek GmbH, Plankstadt • Priv. - Doz. Ing. Andreas Wittmann, Bergische Universität Wuppertal, Fachbereich D, Arbeitsmedizin, Arbeitsphysiologie und Infektionsschutz, Wuppertal • Bruno Zwingmann, Sankt Augustin

Layout: Katrin Apel

Anzeigenverkauf:

(Verantwortlich für den Anzeigenteil):
Joachim Linckh, Phone +49 711 7594-565, joachim.linckh@konradin.de

Auftragsmanagement: Martina Schäffler, Phone +49 711 7594-445,
martina.schaeffler@konradin.de

Leserservice ErgoMed: Postfach 810580, 70522 Stuttgart, Telefon: 0711/82651-254,
Fax: 0711/82651-399, E-Mail: leserservice@konradin.de

Erscheinungsweise: jeden zweiten Monat

Jahresabonnement: Inland 88,20 Euro inkl. MwSt. und Versandkosten, Ausland 108,90 Euro inkl. Versandkosten, Einzelheftpreis 14,70 Euro inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten.
Abonnementskündigungen können jeweils nur zum Jahresende berücksichtigt werden, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten. Reklamationen über nicht erhaltene Hefte können beim Verlag nur innerhalb von drei Monaten nach der zuletzt fälligen Zustellung geführt werden. Bei Nichtlieferung ohne Verschulden des Verlages oder im Falle höherer Gewalt besteht kein Entschädigungsanspruch.

Alle Rechte, auch Übersetzungen, vorbehalten.

Reproduktionen, gleich welcher Art, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Druck: Konradin Druck, Kohlhammerstraße 1–15, 70771 Leinfelden-Echterdingen, Printed in Germany

© 2025 by Dr. Curt Haefner-Verlag GmbH, Leinfelden-Echterdingen

konradin
mediengruppe

Betriebssicherheit und Betriebliches Gesundheitsmanagement



Die Zeitschrift bietet umfangreiche Informationen aus den Bereichen Arbeitsmedizinische Praxis, angewandte Arbeitsmedizin und betriebliches Gesundheitsmanagement.

Neben aktuellen Themen aus den Bereichen Prävention, Vorsorge und Behandlung beinhaltet **ErgoMed-Praktische Arbeitsmedizin** zahlreiche Informationen zu neuen juristischen und normativen Entwicklungen.

Unser Top-Angebot für Sie!

Jetzt ErgoMed abonnieren und GRATIS-Prämie sichern!

Kofferband mit TSA Schloss

Kofferband und TSA-Schloss zugleich: Das patentierte TSA-Kofferband mit Zahlencode als Sicherheit bei Kofferkontrollen auf Flugreisen, insbesondere in die USA. Gepäckstücke werden dank des Behördenschlüsselzugs nicht mehr aufgebrochen. Lieferung im Design-Karton.



GRATIS FÜR SIE!

Gleich online bestellen:
www.direktabo.de/em/angebote

Oder Coupon einsenden an:
ErgoMed Leserservice
Postfach 810580, 70522 Stuttgart
Phone 0711 82651-254 • leserservice@konradin.de

direktabo.de

Ja, ich nutze das Angebot:

ich abonniere für ein Jahr (6 Ausgaben) zum Preis von nur 88,20 € (Ausland 108,90 €) inkl. MwSt. und Versand. GRATIS dazu erhalte ich das praktische Kofferband mit TSA Schloss, das mir nach Bezahlung der Abrechnung umgehend zugeschickt wird. Kündigungsfrist: erstmals 4 Wochen zum Ende des ersten Bezugsjahres, danach jeweils 4 Wochen zum Quartalsende.

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die erste Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (Dr. Curt Haefner Verlag GmbH, Vangerowstr. 14/1, 69115 Heidelberg, Leserservice: ZENIT Pressevertrieb GmbH, Julius-Hölder-Str. 47, 70597 Stuttgart, Telefon: 0711 82651-254, E-Mail: konradin@zenit-presse.de) mittels einer eindeutigen Erklärung über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können ein Muster-Widerrufsformular oder eine andere eindeutige Erklärung auch auf unserer Webseite unter www.direktabo.de/widerrufsformular elektronisch ausfüllen und übermitteln. Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, so werden wir Ihnen unverzüglich (z. B. per E-Mail) eine Bestätigung über den Eingang eines solchen Widerrufs übermitteln. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Vorname, Name

Firma, Funktion

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Phone, Fax

E-Mail

Ja, ich willige ein, dass mir die Dr. Curt Haefner Verlag GmbH und deren verbundene Unternehmen (Konradin-Verlag Robert Kohlhammer GmbH, Konradin Business GmbH, Konradin Selection GmbH, Konradin Mediengruppe GmbH, Konradin Medien GmbH, MMCD NEW MEDIA GmbH, Visions Verlag GmbH, Dialog GmbH, Medienservice Konradin GmbH) Fachinformationen der Redaktionen, Einladungen zu Messen, Fachveranstaltungen sowie Informationen und Angebote zum Zwecke der Werbung telefonisch, per E-Mail und Post übermitteln. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Konradin per E-Mail an datenschutz-online@konradin.de widerrufen.

Geburtsdatum

Beruf, Branche

Datum, Unterschrift



Ein kleiner handlicher Impfausweis?
Ja, den gibt es!

Internationaler Impfausweis im Scheckkartenformat

Mit diesem praktischen Format tragen wir den heutigen Anforderungen nach Mobilität Rechnung, inklusive internationaler Impf- oder Prophylaxebescheinigung.

> Immer zur Hand

Der kompakte Impfausweis passt in jede Geldbörse und ist somit bei jedem Arztbesuch dabei – und auch bei Notfall oder Unfall sofort griffbereit

> Kompakte Übersicht

Der gesamte Impfverlauf auf einer Seite – ein Umblättern von einzelnen Seiten wie bei den bisherigen Impfausweisen entfällt

> Optional mit Schutzhülle für den Impfausweis

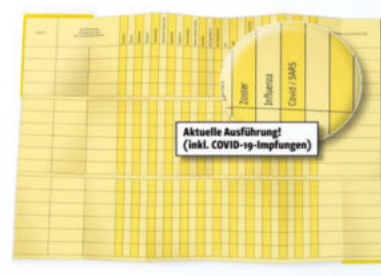
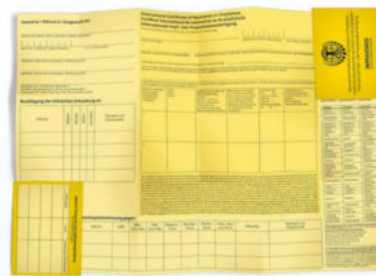
Der neue internationale Impfausweis entspricht den geltenden gesetzlichen Anforderungen nach Art. 36 und Anlage 6 der „Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV) 2005“ und ist mit § 22 Infektionsschutzgesetz konform.



Hülle
ab 20 Cent
pro Stück*



ab 41 Cent
pro Stück*



* Preise zzgl. MwSt. | Angebot gültig solange Vorrat reicht | Stand 05/2025



Unsere Investition in Qualität:
Wir sind gemäß ISO 9001 zertifiziert.

BergApotheke • Pächterin Katrin Bredohl e.Kfr. • Altstadtparkplatz 1 • 49454 Tecklenburg

Mehr Infos, Bestellfax + Onlinebestellung:
www.gpk.de/impfausweise-im-scheckkartenformat
oder klicken Sie auf den QR-Code:

Wissen, was wichtig ist. Ein Informationsdienst Ihrer GPK.



Gesellschaft für medizinische Prävention und Kommunikation mbH



www.gpk.de