

Editorial

„Na, in dem Beruf muss man das aber abkönnen!“

Aggression und Traumatisierung am Arbeitsplatz

Vor einigen Jahren wurde bei einer Sitzung des Arbeitsschutz-Ausschusses der Übergriff auf eine Altenpflegerin thematisiert. Sie war von einem Bewohner geschubst und beleidigt worden. „Na, in dem Beruf muss man das aber abkönnen“, meinte der zuständige Heimleiter lapidar.

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. (Grundgesetz, Art. 2) Auch bei der Arbeit! So könnte man den Artikel weiterformulieren. Und zur Unversehrtheit gehört psychische Unversehrtheit sicherlich dazu.

Der Soziologe Dirk Richter schrieb erst ein Buch über Patiententötungen und später über Patientenübergriffe. Er beschreibt die Spirale der Aggression, die unterbrochen werden muss: Gewalterleben am Arbeitsplatz erzeugt auch Aggressivität beim Beschäftigten und kann seine eigene Aggressionsbereitschaft senken.

2007 begannen wir in einem Verbund aus Düsseldorfer Kliniken und Seniorenzentren das Projekt „Gewaltprävention am Arbeitsplatz“. Gemeinsam mit der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, der Präventionsabteilung der Kriminalpolizei und internen Akteuren sollten Maßnahmen zur Gewaltprävention erarbeitet werden. Die Begehung der Einrichtungen mit Blick auf Aggressionsvermeidung und Notrufsysteme gehörten zum Projekt wie auch Seminare und Deeskalationstrainings, die Etablierung von Nachsorge und die Ausbildung von Multiplikatorinnen als Ansprechpartnerinnen vor Ort.

Es freute mich, dass wenig später die Gesundheitskonferenz der Stadt Düsseldorf „Gewaltprävention am Arbeitsplatz“ auch zum Thema ihrer städtischen Aktivitäten machte. Ich bedanke mich ganz herzlich bei den damaligen Mitstreitern, dass sie jetzt Beiträge zum vorliegenden Schwerpunktheft lieferten.

Dirk Richter beschreibt grundlegende Erkenntnisse zu Aggression am Arbeitsplatz. Wie wirkt verbale Aggression? Ist Resilienzförderung eine geeignete Primärprävention? – Verena Schlemper und Birgit Janssen zeigen Krankheitsfolgen von Traumatisierungen und mögliche Therapien aus psychiatrischer Sicht. – Katrin Päßler erklärt aus Sicht der Unfallkasse, wie Betriebe Prävention und Nachsorge organisieren können. Unfallkassen und Berufsgenossenschaften unterstützen sowohl in der Vorbeugung als auch beispielsweise mit probatorischen psychotherapeutischen Gesprächen in der zeitnahen Nachsorge. – Renate

Inhalt

Editorial

Aggression und Traumatisierung am Arbeitsplatz 81

Praxis

Aggression und Psychotrauma am Arbeitsplatz 82

Trauma und Psyche 84

Gewaltprävention am Arbeitsplatz:
Beispiele aus der Beratungspraxis 87

Bausteine einer wirksamen Nachsorge
nach psychischen Extrembelastungen im Beruf 88

Gewalt am Arbeitsplatz – ein Thema für die Gesundheits-
konferenz und die örtliche Gewaltopferhilfe 90

Grenzsituationen am Arbeitsplatz –
eine Herausforderung für die Personalentwicklung 92

9. Arbeitsmedizinisches Sommersymposium
der Impfakademie in Erfurt 94

Risiken richtig beurteilen 95

Industrieinformationen

Ergonomie-Investitionen zahlen sich aus 96

Impressum

96

Hoop, Gisela Zurek, Etta Halenga und Ulrich Pasch gehen in ihren Beiträgen auf die lokalen Anlaufstellen für Hilfesuchende ein: Frauenberatungsstellen als auch Gewaltopferambulanzen können Hilfesuchende beraten. – Christiane Geb zeigt die Bedeutung des Gewaltthemas für eine moderne Führungskultur auf und beschreibt, wie ein professioneller Umgang in betriebliche Strukturen implementiert werden kann.

Auf der Homepage der Gesundheitskonferenz der Stadt Düsseldorf können betriebliche Akteure Informationsflyer sowohl für Arbeitgeber und Kollegen als auch Betroffene als Vorlage für ihre eigenen betriebspezifischen Informationen nutzen.

Jutta Kindel besuchte Ende Juni das 9. Arbeitsmedizinische Sommersymposium der Impfakademie in Erfurt und schildert ihre Eindrücke von dieser Tagung, deren Schwerpunkt beim Thema „Impfen“ lag.

Die zahlreichen Fallbeispiele zeigen Ihnen die Komplexität des Themas „Gewalt am Arbeitsplatz“. Ich hoffe, Sie finden viele Anregungen für Ihre betriebliche Praxis!

Dr. Ulrike Hein-Rusinek

Aggression und Psychotrauma am Arbeitsplatz



Autor

Prof. Dr. Dirk Richter lehrt an der Berner Fachhochschule. Seine Forschungsschwerpunkte sind psychiatrische Pflege, Aggressionsmanagement und Epidemiologie.

Aggressives Verhalten gegenüber Mitarbeitenden in verschiedenen Branchen gehört zum Arbeitsalltag in zahlreichen Betrieben und Einrichtungen. Anders als im angelsächsischen Raum, wo das Thema „Gewalt am Arbeitsplatz“ sich in der Regel auf Probleme mit Beschäftigten oder ehemaligen Beschäftigten bezieht, sind hierzulande eher Kundinnen und Kunden, Patientinnen und Patienten oder Bürgerinnen und Bürger an aggressiven Auseinandersetzungen mit Mitarbeitenden beteiligt.

Abgesehen von europäischen Armeen im Auslandseinsatz und neben dem Polizei- und Sicherheitsbereich geschehen aggressive Auseinandersetzungen überwiegend im Dienstleistungssektor, so etwa im Einzelhandel, in Banken und Sparkassen, im öffentlichen Verkehr oder im Gesundheitswesen. Die Thematik der Aggression im Dienstleistungsbereich wird erst seit wenigen Jahren systematisch erforscht. Als relativ gut untersucht können mittlerweile die körperlichen Schäden nach entsprechenden Übergriffen auf Beschäftigte gelten. Dagegen tauchen die seelischen Folgen nach aggressiven Ereignissen erst in allerjüngster Zeit als Thema in der Präventionspraxis, aber auch in der Forschung auf.

Prävalenz und Verlauf psychischer Folgeschäden

Vor allem im Gesundheitswesen wird die Thematik der Psychotraumata nach Übergriffen seit einiger Zeit zunehmend untersucht. Eine kürzlich publizierte internationale Übersichtsarbeit hat für diesen Dienstleistungssektor Prävalenzraten von 10 bis 20 % posttraumatischer Belastungsstörungen nach körperlichen Übergriffen identifiziert (Robertson & Perry 2010). Neben den typischen Symptomen wie Angst- und Panikattacken, Schlaf- und Konzentrationsstörungen

können bei den Betroffenen depressive Reaktionen auftreten, bei Männern ist ein erhöhtes Risiko für den Missbrauch von Suchtmitteln vorhanden, und schließlich weisen die Personen mit posttraumatischen Belastungsreaktionen ein erhöhtes Suizidrisiko auf.

Wie eine vom Verfasser selbst durchgeführte Langzeitstudie gezeigt hat, folgt der Verlauf psychischer Folgeschäden in aller Regel dem bekannten Muster posttraumatischer Belastungsreaktionen, wie er aus anderen Problemzonen bekannt ist (Richter & Berger 2009).



Aggressives Verhalten gegenüber Mitarbeitenden gehört in vielen Branchen zum Arbeitsalltag

Die Belastung ist insbesondere in den ersten vier bis acht Wochen relativ hoch, anschließend gehen die Stresssymptome bei den allermeisten Betroffenen deutlich zurück. Allerdings leidet ein kleiner Teil der von Übergriffen betroffenen Personen auch längerfristig unter posttraumatischen Reaktionen im Sinne einer chronischen Erkrankung.

Prävention psychischer Folgeschäden

In mehreren Branchen existieren mittlerweile gute Erfahrungen bei der Prävention von Folgeschäden nach körperlichen Übergriffen. Üblicherweise

folgen diese Präventionsmaßnahmen den Empfehlungen aus der Katastrophenpsychologie, wie sie unter der Begrifflichkeit der „Psychologischen Ersten Hilfe“ aus der Literatur bekannt sind (Wilk & Wilk 2007). Unter diesem Begriff versteht man in erster Linie soziale Unterstützungsmaßnahmen, welche darauf abzielen, die Situation für die von belastenden Ereignissen betroffenen Personen so aushaltbar wie möglich zu machen. Es handelt sich – wohlgermerkt – nicht um psychotherapeutische Interventionen, wie der Terminus möglicherweise nahelegen scheint.

Die soziale Unterstützung hat menschliche Bedürfnisse sicherzustellen, und darüber hinaus gilt es, Normalität zu vermitteln, indem bei Bedarf über das Geschehen informiert wird und allenfalls über zu erwartende psychische Folgen. Letzteres zielt darauf ab, den Betroffenen die Sorge zu nehmen, dass sie psychisch krank werden könnten. In verschiedenen Branchen haben sich für die „Psychologische Erste Hilfe“ so genannte Nachsorgeteams etabliert, welche üblicherweise aus gleichgestellten Kolleginnen und Kollegen rekrutiert werden (Peer-Support).

Ist eine Primärprävention möglich?

Die gerade beschriebene Intervention mittels Nachsorgeteams erfolgt nach einem Übergriff. Aus dem militärischen Sektor sind in jüngster Vergangenheit mehrere Interventionen bekannt ge-

worden, welche darauf abzielen, potenziell von Gewaltereignissen Betroffene schon vor der möglichen Ereignis für einen adäquaten Umgang mit den Folgen vorzubereiten. Diese Interventionen werden in der Forschungsliteratur unter dem Stichwort „Resilienzförderung“ beschrieben (Thomet & Richter 2012). Unter Resilienz versteht man bei erwachsenen Menschen zum einen eine gewisse Widerständigkeit gegenüber Folgen von gravierenden Ereignissen, zum anderen versteht man darunter, nach einem Ereignis eine gesundheitsförderlichen Reaktion an den Tag zu legen (beispielsweise soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten oder einen übermäßigen Konsum von Suchtmitteln zu vermeiden).

Außerhalb des Militärs sind bislang nur wenige dieser Anstrengungen bekannt geworden. Gleichwohl erscheint eine Resilienzförderung auch in Bereichen wie dem Gesundheitswesen als durchaus umsetzbar zu sein. Ein aktuelles Forschungsprojekt im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen in einem somatischen und einem psychiatrischen Krankenhaus versucht das Potenzial zu ermitteln.

Verbale versus körperliche Aggression

Die psychischen Folgen von aggressiven Ereignissen sind bisher überwiegend für körperliche Aggressionen untersucht worden. Aus der Forschung sind jedoch einige Ergebnisse bekannt, welche nahe legen, dass verbale Aggressionen mindestens genauso belastend für die Betroffenen sind wie körperliche Aggressionen. Das grundlegende Problem bei der Forschung über verbale Aggressionen ist die unhintergehbare Subjektivität des Erlebens von Äußerungen als aggressive Akte. So ist es relativ schwierig, (berechtigte) Beschwerden von verbalen Aggressionen zu unterscheiden. Das Erleben und die Folgen verbaler Aggressionen hängen noch mehr als körperliche Gewalt von der Tagesform, von früheren Erfahrungen und von der Persönlichkeit des Betroffenen ab.

Im Rahmen eines gerade abgeschlossenen Forschungsprojekts, das ebenfalls im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde, ist diese Problematik auch untersucht worden. Bei einer Umfrage von mehr als 1.000 Beschäftigten im Gesundheitswesen hat es sich bestätigt, dass verbale Aggressionen von den Befragten im Vergleich zu körperlicher Gewalt als gravierender eingestuft werden (Richter 2012). Dieser scheinbar überraschende Befund kann jedoch durch die besonderen Eigenschaften verbaler Aggressionen erklärt werden. Verbale Aggressionen zielen in der Regel auf die Person des Betroffenen, indem beispielsweise körperliche Eigenschaften beschimpft oder aber professionelle Kompetenzen infrage gestellt werden.



Die seelischen Folgen nach aggressiven Ereignissen werden erst in allerjüngster Zeit erforscht

Wenngleich verbaler Aggressionen auf den ersten Blick weniger gefährlich erscheinen, können auch diese potenziell traumatisierend wirken. Bei der Durchführung des oben beschriebenen Forschungsprojekts zur verbalen Aggression im Gesundheitswesen sind dem Verfasser zahlreiche Beispiele bekannt geworden, wo Beschäftigte die Situationen nicht mehr haben aushalten können. Dies betraf beispielsweise Pflegepersonen in forensischen Kliniken, die sich mit der Aussage von Patienten konfrontiert sahen, sie wüßten welche Schule die Kinder des Personals besuchten und sie hätten entsprechende Beziehungen nach draußen.

Fazit

Die psychischen Folgen aggressiver Auseinandersetzungen stellen eine große Herausforderung für das Personalmanagement und die Arbeitsmedizin dar. Das Berichtswesen ist in den allermeisten Einrichtungen nach wie vor nur auf Körperschäden ausgerichtet. Psychische Folgen werden nur selten registriert und adäquat behandelt. Neben dem oft unzureichend vorhandenen Wissen über psychische Erkrankungen und der mangelnden Sensibilität für die Situation der Betroffenen spielt dabei sicherlich auch das Stigma der psychischen Erkrankung eine Rolle. Insofern muss diesem Thema generell mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. □

Prof. Dr. Dirk Richter

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dirk Richter
 Berner Fachhochschule
 Fachbereich Gesundheit
 Murtenstraße 10
 CH-3008 Bern
 E-Mail: dirk.richter@bfh.ch

Literatur

- Richter, D. (2012): *Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Psych. Pflege heute* 18, 13–17.
- Richter, D. & Berger, K. (2009): *Psychische Folgen von Patientenübergreifen auf Mitarbeiter: Prospektive und retrospektive Daten. Nervenarzt* 80, 68–73.
- Robertson, N. & Perry, A. (2010): *Institutionally based health care workers' exposure to traumatic events: Systematic review of PTSD presentation. J Traumatic Stress* 23, 417–420.
- Thomet, C. & Richter, D. (2012): *Resilienzförderung in der psychiatrischen Pflege. Psych. Pflege heute* 18, 24–29.
- Wilk, W. W. & Wilk, M. (2007) *Psychologische Erste Hilfe bei Extremereignissen am Arbeitsplatz: Arbeitsunfall – Gewaltverbrechen – Tod. Erich Schmidt Verlag, Berlin.*

Trauma und Psyche



Autorinnen

Verena Schlemper ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Sie arbeitet in der Institutsambulanz der LVR-Klinikums Düsseldorf.

PD Dr. med. Birgit Janssen ist leitende Oberärztin am LVR-Klinikum Düsseldorf.

Eine psychische Traumatisierung entsteht in Folge eines Erlebnisses, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt und das als existenziell bedrohlich eingeschätzt wird. Die Betroffenen erleben sich als hilflos und ausgeliefert. Dies kann durch unterschiedlichste Ereignisse verursacht werden, beispielsweise als Opfer einer Vergewaltigung oder eines Überfalls, durch einen Unfall oder durch eine schwere Erkrankung, durch das Miterleben von Katastrophen, als Augenzeuge einer Gewalttat oder eines Unfalls, sogar durch die Nachricht vom Tode einer nahe stehenden Person. Sie kann durch einmalige Ereignisse oder durch andauernde Belastungen (zum Beispiel sexueller Missbrauch in der Kindheit) entstehen. Die psychischen Auswirkungen variieren in Ausprägung und Dauer. Der ICD-10 unterscheidet zwischen der **akuten Belastungsreaktion**, der **Anpassungsstörung** und der **posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)** (Tabelle 1).

Die posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung stellt die schwerste Form psychischer

Traumafolgen dar. Sie ist gekennzeichnet durch wiederkehrende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das Ereignis (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen), Alpträume und intensive seelische und körperliche Reaktionen auf traumaassoziierte innere und äußere Reize. Die Patienten meiden Situationen, die an das Trauma erinnern. Sie ziehen sich von Familie und Freunden zurück, oft wirken sie emotional abgestumpft. Gleichzeitig besteht eine erhöhte vegetative Erregbarkeit. Die Betroffenen leiden unter Schlafstörungen, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit. Meist zeigen sich die Symptome unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis, können aber auch mit einer Latenz von bis zu mehreren Monaten auftreten.

Das Risiko, im Laufe des Lebens einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt zu sein wird auf 40 bis 60 % geschätzt. Doch nicht jeder Betroffene entwickelt danach Symptome einer PTBS. Die Art des Traumas hat einen



Psychische Traumatisierung entsteht in Folge eines Erlebnisses, das als existenziell bedrohlich eingeschätzt wird

entscheidenden Einfluss auf das PTBS-Risiko, beispielsweise 50 % nach einer Vergewaltigung, 20 % nach einem bewaffneten Überfall, zirka 4 % nach einer Naturkatastrophe oder 3 % nach einem Verkehrsunfall. Und auch individuelle Faktoren tragen zu einem erhöhten Risiko, eine PTBS zu entwickeln, bei, so sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Auch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, beispielsweise einer Angststörung oder einer Depression, eine neurotische Erkrankung oder die Erfahrung von Vernachlässigung und körperlichem Missbrauch in der Kindheit erhöhen die Erkrankungswahrscheinlichkeit.

Während die Prognose in Bezug auf die akute Belastungsreaktion und die Anpassungsstörung günstig ist, gestaltet sich der Verlauf einer PTBS oftmals kompliziert und langwierig. Bei 15 bis 25 % verläuft die Störung chronisch. Zudem entstehen auf dem Boden einer PTBS häufig sekundäre psychische Störungen, die die ursprüngliche

Tabelle 1

Unterschiede gemäß ICD-10

Akute Belastungsreaktion: Symptome treten kurz nach einem belastenden Ereignis auf: Verwirrtheit, innere Unruhe, vegetative Begleitreaktionen, Gefühlsschwankungen. Nachhallerinnerungen und Alpträume können auftreten. Oft Spontanremission, günstige Prognose

Anpassungsstörung: bis zu sechs Monate andauernde Reaktion auf ein einschneidendes Lebensereignis, zum Beispiel einen Trauerfall, Trennung, Arbeitsplatzverlust: leichte bis mittelgradige depressive Verstimmung, Ängstlichkeit, Besorgtheit, Neigung zu sozialem Rückzug und Überforderungserleben.

Posttraumatische Belastungsstörung: Symptome treten meist unmittelbar nach traumatischen Ereignis auf: Intrusionen, Schlafstörungen/Alpträume, affektive Abstumpfung, Vermeidungsverhalten, vegetative Übererregbarkeit, Hypervigilanz. Hohe Chronifizierungsrate.

Symptomatik überdecken können und sowohl die Diagnosestellung als auch die Behandlung der PTBS erschweren (Tabelle 2).

Tabelle 2

Sekundäre Störungen auf dem Boden einer PTBS

- Depression
- Suchterkrankungen
- Angststörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Schmerzsyndrome / somatoforme Störungen

Therapie psychischer Traumata

Die Behandlung traumatisierter Patienten hängt von zahlreichen Faktoren ab. Hierbei ist das aktuelle Beschwerdebild zu berücksichtigen, die Art des erlebten Traumas, die Frage, ob es sich um ein chronisches oder ein akutes Zustandsbild handelt sowie eventuelle Komorbidität und therapeutische Vorerfahrung. Der Psychotherapie kommt eine zentrale Rolle zu. In der akuten Phase unmittelbar nach einem Trauma steht die affektive Stabilisierung. Hier wird häufig das so genannte „Debriefing“ angewandt, eine meist in Gruppen durchgeführte Maßnahme, in der die Betroffenen die Möglichkeit zum Austausch über das Erlebte und ihre Gefühle bekommen. Es dient zusätzlich dazu, über eventuelle psychische Folgen zu informieren. Das Debriefing wird von den meisten Menschen hilfreich erlebt. Ein prophylaktischer Wert bezüglich der PTBS konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden.

Die **kognitive Verhaltenstherapie** ist die am besten untersuchte und in ihrer Wirksamkeit belegte Therapiemethode. Neben der kognitiven Bearbeitung der Traumafolgen, beispielsweise von negativen Selbsteinschätzungen („ich bin hilflos“, „ich bin am Erlebten selbst schuld“), kommen zusätzlich Entspannungsverfahren (zum Beispiel die Progressive Muskelrelaxation) und Selbstsicherheitstraining zur Anwendung.



PTBS: wiederkehrende belastende Erinnerungen an das Ereignis

Speziell bei persistierenden Intrusionen können imaginative Traumaexpositionsverfahren („imaginatives Flooding“) positive Effekte erzielen.

Eine besondere, aber auch umstrittene Methode ist die **EMDR** („eye movement desensitization and reprocessing). Hierbei soll eine kognitive Umstrukturierung erzielt werden, indem der Patienten sich eine Szene seines ursprünglichen Traumas vorstellt. Dabei führt er sakkadische Augenbewegung durch, im Verlauf sollen dysfunktionale traumaassoziierte Kognitionen aufgedeckt und durch positive Kognitionen ersetzt werden. Die Rolle der Augenbewegungen und deren eventuelle hirnhysiologische Funktion sind derzeit nicht klar, auch der Therapieerfolg ist nicht abschließend belegt.

Ergänzend zur Psychotherapie ist häufig der Einsatz von **Psychopharmaka** (Tabelle 3) indiziert.

Soziotherapeutische Maßnahmen, beispielsweise betreutes Wohnen, Ergotherapie, Arbeitstherapie und kreativtherapeutische Angebote helfen, die sozialen Folgen einer psychischen Traumatisierung zu mildern und tragen maßgeblich zur Rehabilitation der Betroffenen bei.

Trauma und Beruf

Bereits in der Normalbevölkerung liegt das Risiko, im Laufe des Lebens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein, bei zirka 40%. Bestimmte Berufsgruppen, beispielsweise Feuerwehrleute, Rettungskräfte, Polizisten, Ärzte und Pflegekräfte, sind im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit dagegen fast zwangsläufig mit extremen Situationen konfrontiert und weisen gegenüber der Normalbevölkerung signifikant häufiger Symptome psychischer Traumatisierung auf. Obwohl das Bewusstsein hierfür allmählich

Tabelle 3

Psychopharmaka

- **Antidepressiva** (SSRI, trizyklische Antidepressiva): bei intrusivem Erleben, Angst, depressive Begleitreaktionen.
- **Antikonvulsiva**: bei Stimmungsschwankungen, emotionaler Übererregbarkeit.
- **Benzodiazepinen**: kurzfristige Anxiolyse, Sedierung, Cave: Abhängigkeitspotenzial
- **Neuroleptika**: bei psychotischem Erleben
- **Opioidantagonisten** (z. B.: Naltrexon): bei „flash-backs“, emotionaler Abstumpfung

wächst, gelingt die frühzeitige Zuführung zum therapeutischen Hilfesystem nicht immer rechtzeitig, die oft erheblichen Folgen werden im folgenden Fallbeispiel beschrieben.

Fallbeispiel:

Herr B. wird von einem Bekannten zur psychiatrischen Notaufnahme gebracht. Seit einigen Wochen leide der 31-jährige Rettungssanitäter unter starken Angstzuständen. Er könne kaum noch schlafen und leide unter starken Alpträumen. Er sei nervös und reizbar. Er könne sich nicht mehr recht freuen und ziehe sich von Familie und Freunden zurück. Allein der Gedanke, an seine Arbeitsstelle zurückkehren zu müssen, mache ihm Angst. Vor einigen Jahren sei er einmal wegen einer Depression behandelt worden. Auf Nachfrage schildert Herr B., dass sich ihm immer wieder das Bild eines Patienten aufdränge, den er tot aufgefunden habe, dieser habe sich stranguliert. Das könne er nicht vergessen. Um besser schlafen zu können, trinke er abends regelmäßig Alkohol.

Bei Herrn B. wird die Diagnose einer PTBS, einer depressiven Episode und eines schädlichen Alkoholgebrauchs gestellt. Im Zuge der stationären Behandlung wird der Patient medikamentös mit einem Antidepressivum vom SSRI-Typ behandelt. Es erfolgen regelmäßige psychotherapeutische Gespräche und der Patient nimmt an abstinenzfördernden Gruppentherapien teil. Während sich die Stimmung allmählich bessert, bestehen Schlafstörungen und intrusives Erleben weiter. Bei subjektivem



In der akuten Phase unmittelbar nach einem Trauma steht die affektive Stabilisierung



Häufig ist der Einsatz von Psychopharmaka indiziert

Besserungsgefühl bittet der Patient nach vierwöchigem Aufenthalt um seine vorzeitige Entlassung, um rasch die Arbeit wieder aufnehmen zu können.

Nach sechs Monaten erfolgt die erneute Aufnahme. Herr B. hat erstmalig einen Krampfanfall erlitten, offenbar alkoholentzugsbedingt. Auch der psychische Zustand hat sich verschlechtert. Er ist seit vier Monaten arbeitsunfähig. Eine regelmäßige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung ist nicht erfolgt. Nach einer Entgiftungsbehandlung erfolgt erneut eine stabilisierende stationäre Behandlung.

In den folgenden Monaten kommt es wiederholt zu Alkoholrückfällen. Herr B. hat seine Arbeitsstelle verloren und ist aus finanziellen Gründen wieder zu seinen Eltern gezogen. Die psychischen Probleme, die durch die PTBS verursacht sind, Alpträume und „flash-backs“, verstärken den Drang, Alkohol zu trinken. Immer wieder kommen depressive Phasen bis hin zu Selbstmordgedanken auf. Herr B. wird zum „Drehtür-Patienten“, die stationären Behandlungen häufen sich. Erst im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung kann schließlich eine langfristige Abstinenz erzielt werden. Herr B. begibt sich im Anschluss in regelmäßige psychiatrische Behandlung und unterzieht sich einer Psychotherapie. Eine Rückkehr in das Berufsleben gelingt jedoch nicht und Herr B. wird erwerbsunfähig.

Der beschriebene Fall zeigt einerseits die erheblichen Folgen eines arbeitsbedingten Traumas auf die psychische Gesundheit des Betroffenen und macht andererseits deutlich, wie wichtig das rechtzeitige Erkennen und die Behandlung eines berufsbedingten Traumas ist. Hier sind Vorgesetzte und Arbeitgeber in Berufen mit einem erhöhten Risiko für berufsbedingte Traumata gefordert, ein schnelles und unbürokratisches Hilfesystem zur Verfügung zu stellen. Nur so kann einer Chronifizierung und der Entwicklung sekundärer psychischer Erkrankungen, im Fallbeispiel einem sekundären Alkoholabusus, vorgebeugt werden. □

Verena Schlemper,
B. Janssen

Literatur:

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1993
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, D. Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 2003
- Bisson, J., Andrew, M., Psychological treatment of PTSD, Cochrane Database Syst, Rev. 2007 Jul 18 (3)
- Senf, W., Broda, M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie, Stuttgart: Thieme Verlag, 2011

Gewaltprävention am Arbeitsplatz: Beispiele aus der Beratungspraxis

Die Frauenberatungsstelle in Düsseldorf bietet schwerpunktmäßig Beratung/Therapie und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gewalt gegen Frauen an. Wir arbeiten für die Klientinnen kostenfrei und auf Wunsch anonym. Finanziert wird die Frauenberatungsstelle vom Land NRW, der Stadt Düsseldorf sowie aus Spenden und Bußgeldern. An drei Fallbeispielen aus unserer Arbeit soll verdeutlicht werden, welche Voraussetzung für Gewaltprävention am Arbeitsplatz notwendig sind.

Fall 1

Die junge Frau M. arbeitet Teilzeit in einer Ladenkette. Das erste Mal wird sie vom Betriebsleiter auf der Toilette sexuell bedrängt: Sie wünsche doch sicher eine Festanstellung. Dann müsse sie seinen Wünschen nachkommen. Schon vorher hatte sie davon gehört, dass dieser Mann Auszubildenden und geringfügig beschäftigten Frauen nachstellt. Das zweite Mal schickt er sie unter einem Vorwand in den Keller, folgt ihr und bedrängt sie.

Sie meldet diese Vorfälle anonym ihrem direkten Vorgesetzten und hofft, dass auch ihre Kolleginnen Meldungen machen. Doch diese haben Angst und beschwören sie, nichts zu sagen: „Zieh mich da bloß nicht rein!“ oder „Mach doch nicht so 'nen Wind!“

Frau M. meldet sich in der Frauenberatungsstelle. Sie ist zutiefst enttäuscht über ihre Kolleginnen und hat auch Angst, dass der übergriffige Betriebsleiter sie zuhause aufsucht und sie und ihre Familie bedroht. In der Beratung thematisiert sie, dass sie an der Richtigkeit ihres Vorgehens zweifelt.

Später erfährt sie, dass der Betriebsleiter aufgrund seiner sexuellen Übergriffe schon einmal versetzt worden war und inzwischen glücklicherweise entlassen wurde.

Fall 2

Eine langjährig beschäftigte Verwaltungskraft wird vom Stellvertreter ihres

Vorgesetzten in der Tiefgarage bedrängt. Er fasst ihr an die Brust.

Als sie ihrem Vorgesetzten von diesem Übergriff berichtet, glaubt dieser ihr zunächst nicht. Sie wird krank. Als sie wieder arbeiten kann, kommt der besagte Stellvertreter – ohne Grund – regelmäßig in ihr Büro und berührt sie immer wieder scheinbar zufällig. Als ihr Vorgesetzter dies einmal mitbekommt, stellt er ihn zur Rede. In der Folge darf der Stellvertreter ihr Büro nicht mehr betreten. Außerdem ist sie, bei Abwesenheit ihres Vorgesetzten, dem Stellvertreter nicht mehr unterstellt.

In der Frauenberatungsstelle Düsseldorf nimmt sie an einem Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurs teil.

Fall 3

Pflegerin Frau C. arbeitet in der häuslichen Krankenpflege. Bei ihren täglichen Besuchen bedrängt sie ein Patient immer wieder und fasst ihr zwischen die Beine. Auch weil sie bereits früher Opfer sexualisierter Gewalt war, reagiert sie direkt mit starken Angstzuständen. Sie leidet zudem unter unkontrollierbaren Weinkrämpfen und verursacht dabei fast einen Verkehrsunfall, bei dem sie sich und andere gefährdet.

Als sie den Mut fasst, in der Dienststelle von den Vorfällen zu erzählen, reagieren die KollegInnen mit Unverständnis: Sie solle sich nicht so anstellen, der Patient wäre einfach nur alt und krank und meine es sicherlich nur spaßig. In der Frauenberatungsstelle Düsseldorf sucht Frau C. Hilfe und gewinnt langsam wieder Selbstvertrauen. Dadurch kann sie auf der Dienststelle durchsetzen, dass männliches Pflegepersonal den übergriffigen Patienten versorgt. Sie erreicht auch, dass nun regelmäßig im Team über übergriffige Patienten gesprochen wird.

Fazit

Grundsätzlich ist es wichtig, dass für (traumatisierte) Betroffene geeignete

unabhängige Angebote für kurzfristige und ggf. anonyme stabilisierende Beratung und Therapie bestehen.

Solange nicht gewährleistet werden kann, dass eine Betroffene innerhalb des Betriebes geschützt den Übergriff ansprechen kann, ist eine externe Information über rechtliche und tatsächliche Mittel zur Verhinderung weiterer Angriffe sinnvoll.

Aus unserer Arbeit mit Betroffenen ist es für deren Unterstützung, aber auch für die Prävention sinnvoll wenn,

- Unternehmen öffentlich und explizit versichern, dass sexuelle Belästigung nicht geduldet und auch arbeitsrechtlich geahndet wird,
- Vorgesetzte und Geschäftsführung den Übergriff ernst nehmen und in ihrem Rahmen entsprechende Schutzmaßnahmen ergreifen,
- sexuelle Belästigung in Team- und Führungsbesprechungen sowie in Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen thematisiert wird.
- Betroffenen bzw. Gefährdeten Unterstützung beziehungsweise Fortbildung wie beispielsweise in Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskursen angeboten wird,
- Betriebs- und Personalräte zum Thema informieren und gegebenenfalls an weiterführende Hilfen vermitteln,
- in der Belegschaft eine offene und transparente Haltung zur Bekämpfung von Diskriminierung gefördert wird. □

Etta Hallenga

frauenberatungsstelle düsseldorf e. V.

Weitere Informationen:

frauenberatungsstelle düsseldorf e.V.:

www.frauenberatungsstelle.de

Bundesweite Adressen über:

Bundesverband Frauenberatungsstellen

und Frauennotrufe:

www.frauen-gegen-gewalt.de

Bausteine einer wirksamen Nachsorge nach psychischen Extrembelastungen im Beruf

Herr M. ist arbeitslos und sauer. Das Jobcenter verweigert ihm die vermeintlich zustehenden Leistungen. In einem Gespräch will er die Situation klären – doch die ist eindeutig: Herr M. wird sein Geld nicht bekommen. Da verliert er die Nerven. Er schreit die Sachbearbeiterin Frau A. an, räumt ihren Schreibtisch ab und bedroht sie mit einem Messer. Ein Kollege aus dem Nachbarbüro kann Hilfe holen. Herr M. wird überwältigt und der Polizei übergeben. Frau A. ist aufgrund des Ereignisses mehrere Tage nicht arbeitsfähig.

Nach solch einem Ereignis brechen über die Betroffenen meist Zustände herein, die außerhalb ihrer normalen Erfahrungen liegen. Sie erschüttern das seelische Gleichgewicht von Menschen – zumindest vorübergehend. Man spricht von einer Krisensituation mit psychischer Extrembelastung. Diese wird definiert als Ereignis, welches eine Person erlebte, sah oder mit dem sie konfrontiert wurde, das eine außergewöhnliche Bedrohung darstellte und/oder katastrophenartige Ausmaße hatte und die eigenen, sonst alltäglichen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Dabei erlebten die Betroffenen intensiv Furcht, Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Ereignen sich solche bedrohlichen Situationen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit, ist dies ein Arbeitsunfall. Der Unfallbegriff erfasst körperliche und psychische Gesundheitsstörungen als Reaktion auf ein unfreiwilliges zeitlich begrenztes äußeres Ereignis. Als äußeres Ereignis zählen in diesem Zusammenhang

- das Erleben tatsächlicher oder angelegter Gewalt, beispielsweise durch schwere Beleidigungen, Nötigung oder Bedrohungen, körperliche Angriffe, Überfälle oder Geiselnahmen,

- das Durchleben einer erheblichen Gefahr für Gesundheit und Leben, beispielsweise Ereignisse, bei denen Todesangst empfunden wurde oder Unfälle mit katastrophenartigem Ausmaß und
- das Miterleben oder Herbeiführen einer Extremsituation Dritter, beispielsweise Verursachung eines Unfalls mit Schwereverletzung oder Tod eines Kollegen.

Gewalttätige Handlungen am Arbeitsplatz sind nicht vorhersehbar – Situationen und Tätigkeiten, bei denen Gewalt auftreten kann, hingegen schon. Zur Risikogruppe zählen Beschäftigte, die Umgang mit Waren, Bargeld und Wertsachen haben, beispielsweise in Banken, Sparkassen und Verkaufsstellen. Betroffen sind aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich allein mit Kunden bzw. Klienten in schwierigen Beratungssituationen befinden oder in aufsuchenden Diensten arbeiten, beispielsweise im Sozial- und Jugendamt, Jobcenter, Finanzämter oder Gerichtsvollzieher. Ebenso sind Beschäftigte gefährdet, die mit alkoholisierten oder unter Drogen stehenden Menschen zusammentreffen, beispielsweise Ordnungskräfte, Pflegekräfte, Feuerwehrleute, Rettungskräfte, Sicherheitsdienste oder Polizisten.

Jedes Ereignis, das außerhalb des alltäglichen Erlebens oder der normalen Erfahrung geschieht, hat starke psychische Effekte: von der akuten Belastungsreaktion über Posttraumatische Belastungs- und Anpassungsreaktionen bis hin zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In vielen Fällen werden traumatisierende Ereignisse von den Betroffenen nach einer gewissen Zeit gut verarbeitet, manchmal gelingt dies jedoch nicht. Studien haben gezeigt, dass frühe



Autorin

Katrin Päßler ist Aufsichtsperson bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Regionaldirektion Rheinland.

psychologische Interventionen Opfern helfen, posttraumatische Stressreaktionen abzubauen und zu vermindern. Daher kommt der frühzeitigen Betreuung der Betroffenen, möglichst noch am Unfallort, eine bislang unterschätzte Bedeutung zu.

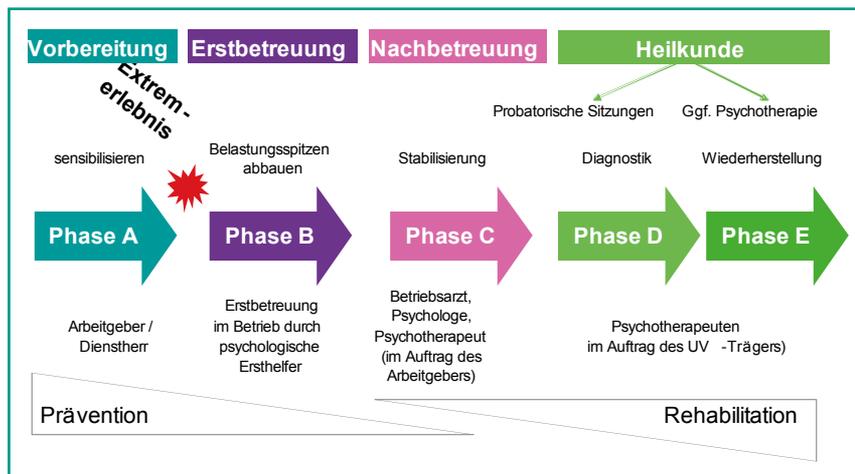
Die Hilfeleistungen nach einem Arbeitsunfall mit körperlichen Verletzungen sind in betrieblichen Notfallkonzepten meist gut geregelt. Die psychologische Betreuung derjenigen Personen, die zwar physisch unverletzt blieben, aber einen Arbeitsunfall mit schweren psychischen Beeinträchtigungen miterlebt bzw. sogar daran beteiligt waren, findet in Notfallplänen bisher wenig bis gar keine Beachtung. Eine geplante und geregelte akute psychische Nachsorge muss im Interesse aller Beteiligten und Bestandteil des betrieblichen Notfallmanagements sein.



Die Weiterbehandlung zur Heilung einer psychischen Störungen erfolgt durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen – beispielsweise Psychotherapie – im Auftrag des Unfallversicherungsträgers.

Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat gemeinsam mit Jobcentern sowie Sozial- und Ordnungsämtern – also Bereichen, an denen Gewalt am Arbeitsplatz ein besonderer Belastungsfaktor darstellt – in einem Pilotvorhaben zum betrieblichen Notfallmanagement ein Nachsorgekonzept erarbeitet. Es besteht aus vier Bausteinen, die sich aus Leistungen des Arbeitgebers und der gesetzlichen Unfallversicherung zusammensetzen (siehe Abbildung).

- **Phase A Vorbereitung:** umfasst die regelmäßige Unterweisung und Schulung der Beschäftigten zu betrieblichen Notfallsituationen.
- **Phase B Erstbetreuung:** ist eine kurzfristige Maßnahme, die während oder unmittelbar nach einem traumatisierenden Ereignis ansetzt und Betroffene die folgenden Stunden (in der Regel 24 Stunden) nach einem belastenden Ereignis begleitet. Sie dient der Erstversorgung von Menschen, die aufgrund des Erlebens eines traumatisierenden Ereignisses psychologische Unterstützung bzw. Hilfe benötigen können. Sie wird durch das Prinzip „Kollegen helfen Kollegen“ umgesetzt.
- **Phase C Nachbetreuung:** betrifft die Nachbetreuung der Betroffenen durch Beauftragte des Arbeitgebers bis zum möglichen Beginn der Heilbehandlung durch den Unfallversicherungsträger. Wichtig ist, frühzeitig diejenigen Personen zu identifizieren, die auf Grund der Ereignisse, derer sie ausgesetzt waren, psychische Störungen entwickeln könnten.
- **Phase D Heilkunde / Probatorische Sitzungen:** dienen der Stabilisierung Betroffener und sollen eine Chronifizierung vermeiden. Die professionelle kurzfristige Hilfe erfolgt im Rahmen von (probatorischen) psychotherapeutischen Sitzungen.
- **Phase E Heilkunde:** die Weiterbehandlung zur Heilung der psychischen Störungen erfolgt durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen (Psychotherapie) im Auftrag des Unfallversicherungsträgers.



Betriebliches Nachsorgekonzept nach Arbeitsunfällen mit psychischen Extrembelastungen

Der Arbeitgeber ist im Rahmen seiner Fürsorgepflicht grundsätzlich dafür verantwortlich, die akute Notfallversorgung im Betrieb sicherzustellen (Phasen B und C). Reichen diese Maßnahmen nicht aus, ist die Unfallkasse NRW als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einen dadurch verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu verbessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und



Jedes Ereignis, das außerhalb des alltäglichen Erlebens oder der normalen Erfahrung geschieht, hat starke psychische Effekte: von der akuten Belastungsreaktion über Posttraumatische Belastungs- und Anpassungsreaktionen bis hin zur Posttraumatischen Belastungsstörung.

seine Folgen zu mindern. Dabei steht die seelische Gesundheit gleichrangig mit der körperlichen. Nach Kenntnis des Arbeitsunfalls veranlasst die Unfallkasse NRW über ihre Netzwerkpartner die jeweils geeigneten therapeutischen Maßnahmen. In der Regel werden dem Betroffenen schnellstmöglich psychologische Beratungs- und/oder

Betreuungsgespräche (Phase D) angeboten. Diese sogenannten probatorischen Sitzungen sind ein niederschwelliges Angebot zur psychotraumatologischen Betreuung und werden von autorisierten berufsgenossenschaftlichen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, erfolgt nach Genehmigung der Unfallkasse NRW eine psychotherapeutische Behandlung (Phase E). Besonderer Bedeutung kommt nach einem Arbeitsunfall mit psychischer Extrembelastung der Dokumentation des Ereignisses zu. Es sollte, auch wenn keine oder nicht sofort eine Krankenschreibung erfolgt, schnellstmöglich und umfassend die Unfallanzeige an den zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet werden. Für die Einleitung und Steuerung eines notwendigen Heilverfahrens – ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt – ist die Unfallanzeige eine notwendige Voraussetzung. Darüber hinaus empfiehlt es sich, außergewöhnlich belastende Ereignisse betriebsintern zu dokumentieren. Es ist nicht beliebig, was nach einem Gewaltvorfall oder betrieblichen Notfall zu tun ist! Ein strukturiertes Notfallmanagement trägt entscheidend dazu bei, nach krisenhaften Notlagen Führungshandeln zu stärken, Orientierung zu geben und die Handlungssicherheit von Beschäftigten und Verantwortlichen zu erhöhen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen wissen, was an Unterstützung angeboten wird, wo und wann sie Rückendeckung erwarten können. □

Katrin Päßler,
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Gewalt am Arbeitsplatz – ein Thema für die Gesundheitskonferenz und die örtliche Gewaltopferhilfe

Vor dem Hintergrund, dass psychische Belastungen durch Gewalt am Arbeitsplatz so hoch sind, dass die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten gefährdet sind, sind Maßnahmen zur Gesundheitsprävention unerlässlich. Hierbei sind sowohl Aspekte der primären, sekundären als auch der tertiären Prävention zu beachten.

Während in diesem Kontext die Primärprävention auf die Verhütung von Gewalt am Arbeitsplatz abzielt, bezieht sich die Sekundärprävention auf die Nachsorge von Betroffenen nach Gewalttaten mit dem Ziel, das Risiko für psychische Folgestörungen zu minimieren. Tertiäre Präventionsmaßnahmen umfassen in diesem Zusammenhang alle Maßnahmen, die im Rahmen der medizinischen Heilbehandlung alle Gesundheitsstörungen berücksichtigen und geeignete Behandlungsformen einleiten. Im Folgenden wird auf die Aspekte der sekundären Prävention eingegangen.

Das Thema „Gewalt und Gesundheit“ war in den vergangenen Jahren ein Schwerpunkt der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz. Die Gesundheitskonferenz ist das zentrale Gremium zur Abstimmung und Koordination der gesundheitlichen Versorgung in Düsseldorf. Sie bearbeitet zentrale Fragestellungen der Prävention und Versorgung mit dem Ziel, die vorhandenen Angebote besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abzustimmen und weiter zu entwickeln. Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen setzt die Gesundheitskonferenz themenbezogene Arbeitsgruppen ein, an denen die mit den Fragestellungen befassten Institutionen und Organisationen mitwirken. Der Themenkomplex Gewalt und Gesundheit wurde über mehrere Jahre in Form

unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen intensiv bearbeitet, in den vergangenen beiden Jahren stand der Bereich Gewalt am Arbeitsplatz im Mittelpunkt. Die Ambulanz für Gewaltopfer am Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf ist Mitglied in diesem Arbeitskreis „Gewalt und Gesundheit“. Als eine der zentralen Anlaufstellen für von Gewalt am Arbeitsplatz Betroffene hat die Ambulanz für Gewaltopfer ein besonderes Interesse an der Arbeit zu diesem Thema. Über die Einzelfallberatung hinaus ist es Anliegen in der Arbeit die breite Öffentlichkeit über das Thema zu informieren und die Akzeptanz der vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten zu fördern.

Im Folgenden wird ein Fall, wie er dem Beratungsalltag in der Ambulanz entspricht, dargestellt:

Frau G. arbeitet in einem Discounter. An einem Spätnachmittag im Winter wird sie überfallen, während sie an der Kasse sitzt und die anderen Beschäftigten des Discounters sich gerade im hinteren Teil des Ladens aufhalten.

Frau G. wird zunächst von dem maskierten Täter verbal bedroht und dann zu Boden geschubst. Nachdem der Täter die Kasse aufgebrochen und das Geld herausgenommen hat, flüchtet er.

Die Kolleginnen von Frau G., die den Überfall zunächst nicht mitbekommen hatten, finden ihre Kollegin weinend am Boden liegend vor. Sofort kümmern sie sich um sie, indem sie Frau G. in den Aufenthaltsraum geleiten, ihr zusprechen und ihr ein warmes Getränk zubereiten. Der Filialleiter der kurze Zeit später hinzukommt, alarmiert die Polizei und erkundigt sich bei Frau G. nach ihrem Befinden und fragt sie, ob sie etwas brauche oder er etwas für sie tun könne. Da Frau G. einerseits nicht arbeitsfähig scheint

Autoren

Dipl. Sozialpädagogin Renate Hoop ist Geschäftsführerin der Gesundheitskonferenz und leitet das Sachgebiet „Koordination der gesundheitlichen Versorgung“ bei der Landeshauptstadt Düsseldorf

Dipl. Sozialarbeiter Ulrich Pasch ist Sachgebietsleiter der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Lebenskrisen und Gewaltopfer in Düsseldorf

Dipl.- Psychologin Gisela Zurek ist Mitarbeiterin der Düsseldorfer Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Lebenskrisen und Gewaltopfer



und andererseits aber auch keiner akuten medizinischen Hilfe bedarf, bittet er eine Kollegin von Frau G., diese nach Hause zu begleiten.

Im Folgenden informiert er die Regionaldirektion des Unternehmens. Es erfolgt eine Meldung an die zuständige Berufsgenossenschaft. Der unternehmenseigene psychologische Dienst wird eingeschaltet. Von dort wird Frau G. am folgenden Tag kontaktiert.

Frau G., die inzwischen akute Belastungssymptome entwickelt hat, wird vom psychologischen Dienst über den möglichen Zusammenhang zwischen dem

Geschehenen und ihren Symptomen aufgeklärt. Weiterhin wird sie über mögliche Beratungsangebote in ihrer Nähe informiert und ermutigt, diese in Anspruch zu nehmen.

Auch der Filialleiter von Frau G. kontaktiert sie am folgenden Tag und erkundigt sich nach ihrem Befinden. Er spricht ihr Mut zu, sich Hilfe zu suchen und sagt ihr, dass sie sich jetzt erst einmal erholen solle. Die Kolleginnen von Frau G. nehmen ebenfalls zu ihr Kontakt auf und fragen nach, wie sie Frau G. unterstützen können.

Frau G. sucht in den kommenden Tagen Beratung in der Ambulanz für Gewaltopfer, wo sie psychotraumatologisch beraten wird.

Frau G. kann in den kommenden Wochen das Geschehene verarbeiten und ihre Arbeit wieder aufnehmen. In der Beratung betont sie immer wieder wie wohlthuend und hilfreich sie die Unterstützung aus ihrem beruflichen Umfeld für die Verarbeitung des Überfalls erlebt hat.

Das Fallbeispiel zeigt, wie wesentliche Schutzfaktoren, die in der Fachliteratur diskutiert werden, dazu beigetragen haben, den Erholungsprozess der Klientin zu fördern. Neben der zeitnahen fachlichen Beratung sind auch die Unterstützung durch Vorgesetzte auf der einen und Kollegen auf der anderen Seite förderliche Faktoren. Die Klientin profitierte auch davon, aufgrund ihrer vorübergehenden eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht unter Druck gesetzt worden zu sein.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass anders als in dem oben dargestellten Fallbeispiel, Führungskräfte als auch Kolleginnen und Kollegen häufig im Umgang mit von Gewalt Betroffenen verunsichert sind. Aus diesem Grund hat die Ambulanz für Gewaltopfer an der Entwicklung von Flyern mitgewirkt, die von der Landeshauptstadt Düsseldorf herausgegeben wurden: „Gewalt am Arbeitsplatz im Kundenkontakt – Info für Arbeitgeber und Vorgesetzte“ und „Gewalt am Arbeitsplatz im Kundenkontakt – Rat und Hilfe für Betroffene und Kollegen“.



Bei Gewalt am Arbeitsplatz sind neben der zeitnahen fachlichen Beratung auch die Unterstützung durch Vorgesetzte auf der einen und Kollegen auf der anderen Seite entscheidend.

Neben einer kurzen thematischen Einführung werden in dem Flyer „Gewalt am Arbeitsplatz im Kundenkontakt – Info für Arbeitgeber und Vorgesetzte“ Hinweise zu den Themen Gewaltprävention, Soforthilfe und langfristige Hilfen gegeben.

Der zweite Flyer mit dem Titel „Gewalt am Arbeitsplatz im Kundenkontakt – Rat und Hilfe für Betroffene und Kollegen“ klärt über die unterschiedlichen Formen von Übergriffen und Gewalt am Arbeitsplatz sowie über Handlungs- und Unterstützungsnotwendigkeiten nach einem Gewaltereignis auf. Unter der Überschrift „Wenn eine Gewalttat geschehen ist“ werden Hinweise zum Vorgehen und zur Selbsthilfe nach einer Gewalttat gegeben. Der Flyer informiert weiterhin darüber, was Kolleginnen und Kollegen zur Unterstützung für Betroffene tun können. Darüber hinaus sind wichtige Anlaufstellen, die Betroffene unterstützen können, benannt.

Die Flyer, die in einer Stückzahl von jeweils 2500 bzw. 5000 Exemplaren hergestellt wurden, wurden von vielen größeren Düsseldorfer Unternehmen und Institutionen zur eigenen Weiterverteilung angefordert. Die erste Auflage war schnell vergriffen. Die Flyer sind über das Internet zugänglich unter

http://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke_und_kooperationen/gesundheitskonferenz/medien.shtml.

Textbausteine der Flyer dürfen darüber hinaus nach vorheriger Genehmigung in unternehmenseigene Veröffentlichungen eingebaut werden.

Die Implementierung der Flyer wurde über die Gesundheitskonferenz in Zusammenarbeit mit der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie im Rahmen einer eintägigen Fortbildung mit dem Titel „Gewalt am Arbeitsplatz – Grundlagen für Risikominimierung und Nachsorge“ umgesetzt. Das Seminar wurde durch die Unfallkasse NRW und die Ambulanz für Gewaltopfer konzipiert und durchgeführt. Neben der Vorstellung bewährter Strategien, um Gewalt die Grundlagen zu entziehen, war Schwerpunkt die Vermittlung von Aspekten von psychotraumatologischer Akuthilfe in der Nachsorge sowie Hinweise auf arbeitsrechtliche Aspekte. Vor dem Hintergrund der großen Nachfrage ist eine Folgeveranstaltung bereits in Vorbereitung. □

Gisela Zurek,
Ulrich Pasch,
Renate Hoop

Grenzsituationen am Arbeitsplatz – eine Herausforderung für die Personalentwicklung



Autorin

Christiane Geb ist Dipl.-Psychologin und in der Beratung von Führungskräften/Coaching tätig.

Je nach Berufsbild können städtische Angestellte in ihrem Arbeitsalltag Grenzsituationen ausgesetzt werden, die nur schwer zu verarbeiten sind. Eine zeitgemäße Personalentwicklung muss daher insbesondere Führungskräfte in die Lage versetzen, die ihnen anvertrauten Kolleginnen und Kollegen im Verarbeitungsprozess zu begleiten und zu stützen. Zu diesem Zweck fand in Düsseldorf kürzlich ein Seminar mit dem Titel „Gewalt am Arbeitsplatz – Risikominimierung und Nachsorge wirksam gestalten!“ statt. Es erntete ein positives Feedback.

Es gibt Berufe, in denen ein höheres Risiko besteht, in Grenzsituationen des psychisch Erträglichen zu geraten. Extremen Belastungen, wie sie mit Rettungssanitätern oder Notärzten sofort assoziiert werden, sind aber auch Menschen ausgesetzt, an die man nicht sofort denken würde: Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter des Düsseldorfer Ordnungs- und Sicherheitsdienstes (OSD) beispielsweise, die regelmäßig mit Gewaltbereitschaft konfrontiert sind. Bahnfahrer, die das Opfer von Suizidversuchen anderer werden und sich ohne eigenes Verschulden in einer „Täterrolle“ wiederfinden. Kolleginnen und Kollegen vom Sozial- oder Jugendamt, die häuslicher Gewalt begegnen oder gegen teils handgreiflichen Widerstand richterliche Anordnungen umsetzen müssen. In all diesen Bereichen gilt: Das Gesehene und Erfahrene ist für einen alleine und ohne psychologische Betreuung nur schwer zu verarbeiten und stellt, sofern keine professionelle Begleitung erfolgt, ein großes Gesundheitsrisiko dar. Ein Gesundheitsrisiko, das neben allen persönlich tragischen Konsequenzen auch zu steigenden Fehlzeiten führt. Nicht zuletzt, weil diese in den vergangenen Jahren erheb-

lich angestiegen sind, entwickeln Personalentwickler bundesweit methodische Ansätze zur Stärkung der psychischen Gesundheit.

Arbeitsgruppe als Initialzündung

So auch in Düsseldorf. Hier entwickelte eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz zum Thema „Gewalt und Gesundheit“ die Idee zu dem Seminar „Gewalt am Arbeitsplatz – Risikominimierung und Nachsorge wirksam gestalten!“, das von der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie organisiert und von der Düsseldorfer Ambulanz für Gewaltopfer und der Unfallkasse NRW tatkräftig unterstützt wurde.

Wege zum professionellen Umgang aufzeigen

Das Ziel des Seminars: Führungskräfte für den richtigen Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die kritischen Belastungen ausgesetzt waren, zu sensibilisieren. Denn obwohl das Vorurteil, dass außerordentliche Belastungen zu manchen Berufsbildern eben dazu gehören, glücklicherweise kaum noch zu finden ist, herrscht bei einigen Menschen nach wie vor eine große Unsicherheit vor. Zum einen bezüglich der Einschätzung der Situation: Wo beginnt etwa grenzwertige psychische Belastung und Gewalt? Was ist im beruflichen Alltag eigentlich zu- bzw. unzumutbar? Wie

Foto: Deutsche Bahn AG



Für Zugführer besteht das Risiko, in Grenzsituationen des psychisch Erträglichen zu geraten, wenn sie zum Opfer von Suizidversuchen anderer werden und sich ohne eigenes Verschulden in einer „Täterrolle“ wiederfinden.



Für Mitarbeiter vom Sozial- oder Jugendamt, die häuslicher Gewalt begegnen oder gegen teils handgreiflichen Widerstand richterliche Anordnungen umsetzen müssen, ist das Gesehene und Erfahrene ohne psychologische Betreuung nur schwer zu verarbeiten und stellt – sofern keine professionelle Begleitung erfolgt – ein großes Gesundheitsrisiko dar.

können Menschen sich im Anschluss an kritische Ereignisse verändern?

Zum anderen bezüglich des eigenen Verhaltens, wenn unmittelbares Handeln gefragt ist: Wie reagiere ich als Führungskraft oder Kollege angemessen? Was kann, sollte, muss ich tun? Wie kann ich dazu beitragen, längerfristige psychische Belastungen gegebenenfalls mit Krankheitswert zu vermeiden? All diese Fragen sollte das Seminar beantworten und gleichzeitig über zur Verfügung stehende Hilfen und Beratungsangebote sowie rechtliche Aspekte informieren.

Über den E-Mail-Verteiler der Arbeitsgruppen-Mitglieder wurden ausgewählte Institutionen und Organisationen gezielt angeschrieben und zu einer Pilotveranstaltung am 1. Dezember 2011 eingeladen. An dieser Stelle sei es erlaubt, das entsprechende Anschreiben zu zitieren:

„Die Beschäftigten in öffentlichen Verwaltungen und Unternehmen sind zunehmend einer steigenden Zahl von Übergriffen und Bedrohungen durch Kunden ausgesetzt. Aktuelle Studien belegen, dass das Phänomen „Workplace Violence“ – die Gewalt am Arbeitsplatz – in den letzten Jahren mit mehr als

7.000 Fällen jährlich deutlich zugenommen hat. Neben den körperlichen und seelischen Schäden der Beschäftigten sind die wirtschaftlichen Schäden in Form von Krankheitstagen, erhöhter Fluktuation, geringerer Produktivität und Reputationsschäden in den Verwaltungen und Unternehmen erheblich.

Die Teilnehmenden werden für das Thema sensibilisiert. Neben theoretischen Kenntnissen über die psychosozialen Folgen von Gewalt am Arbeitsplatz erhalten sie praktische Hilfen zum einen, um mit Betroffenen und Opfern angemessen umzugehen, und zum anderen, um möglicher Gewalt direkt die Grundlage zu entziehen. Außerdem werden die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen vermittelt und nicht zuletzt sollen die Teilnehmenden bei der strategischen Planung und den konzeptionellen Überlegungen zum Thema in ihrem Unternehmen bzw. im Organisationsbereich unterstützt werden.“

Pilotveranstaltung mit 14 Teilnehmern

Insgesamt nahmen 14 Personen teil. Dass schwerpunktmäßig kommunale Organisationseinheiten vertreten wa-

ren, beispielsweise Mitarbeitende von Feuerwehr, Ordnungs- und Sicherheitsdienst (OSD) oder das Amt für soziale Sicherung und Integration, ist zum einen dem Adresspool geschuldet, zum anderen aber sicherlich bedingt durch den Ausschreibungstext und die hier gelegten Schwerpunkte in der Ansprache.

Unabhängig hiervon stand fest: Die Ziele waren hoch gesteckt, insbesondere für eine eintägige Veranstaltung und die hohen Erwartungen, die die Teilnehmer an das Seminar stellten. Trotz der begrenzten Zeit traf die Veranstaltung bei allen Teilnehmern auf äußerst positive Resonanz. Der Wunsch, das Thema in weiteren Veranstaltungen vertiefen und detaillierter angehen zu können, wurde mehrfach geäußert. Aus diesem Grund konzipiert die Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie aktuell eine Fortsetzung. Hier soll auch dem vielfachen Wunsch entsprochen werden, reale, praktische Fälle der Teilnehmenden zu behandeln und kollegial zu beraten, um in konkreten Situationen handlungsorientiert zu mehr Sicherheit zu finden.

Doch bereits nach dem ersten Pilotseminar ist ein positiver Effekt zu vermerken: Dank der Überzeugungskraft der beteiligten Dozentinnen und Dozenten – namentlich Ulrich Pasch, Gisela Zurek und Katrin Pässler – konnte das überaus wichtige Thema ins Bewusstsein der Führungskräfte gebracht werden. Wir wissen von vielen von ihnen persönlich, dass sie sich in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung gestärkt fühlen. Einige setzen Ihre Erkenntnisse nicht nur im eigenen Bereich um, sondern engagieren sich organisationsintern als Multiplikator und sprechen das Thema in Inhouse-Veranstaltungen offensiv an, um einen Wandel in der Führungskultur zu erreichen. Denn sie haben verstanden: In einer modernen und lebendigen Führungskultur sind Prävention, Fürsorgepflicht und individuelle Wertschätzung unverzichtbar. □

Dipl.-Psych. Christiane Geb

9. Arbeitsmedizinisches Sommersymposium der Impfakademie in Erfurt

Zum neunten Mal fand vom 22. bis 23. Juni 2012 in Erfurt das arbeitsmedizinische Sommersymposium der Impfakademie von GSK mit exzellenten Referenten rund um das Thema „Impfen“ statt. Die vielen guten Vorträge bildeten die Grundlage, das schöne Ambiente im Kaisersaal und das gute Sommerwetter trugen zum Gelingen bei.

Das fachliche Programm unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Peter Czeschinski, Münster, deckte ein umfangreiches Spektrum arbeitsmedizinischer Themen ab. Der erste Vortrag von Prof. Dr. Dennis Nowak, München, zeigte den Zusammenhang zwischen Führung und Gesundheit auf. Dem Betriebsarzt bietet sich ein weites Tätigkeitsfeld. Ansatzpunkte für „Gesundes Führen“ liegen in der Primärprävention (Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen), der Sekundärprävention (Früherkennung psychischer Fehlbelastung und Erkrankung), der Tertiärprävention (Management chronisch kranker und leistungsgewandelter Mitarbeiter) sowie der Gesundheitsförderung allgemein.

Drei wesentliche Erklärungsmodelle über den Zusammenhang zwischen Arbeit, Stress und Gesundheit werden noch immer herangezogen: 1. Anforderungskontroll-System von Karasek, 2. das Modell der Gratifikationskrisen von Siegrist sowie 3. der wahrgenommenen Gerechtigkeit im Betrieb (Whitehall II -Studie). Führungskräfte müssen für krankmachende Faktoren im beruflichen Alltag sensibilisiert werden. Gute Erfahrungen bestehen mit eintägigen Schulungen für Führungskräfte im Umgang mit gefährdeten oder erkrankten Mitarbeitern.

Der Vortrag von Dr. Werner Mölders, Duisburg, zeigte die Entwicklung eines mitarbeiterorientierten Gesundheitsmanagementsystems am praktischen Beispiel in einem Stahlwerk: Von der Gesundheitsvorsorge über die Betriebliche

Gesundheitsförderung hin zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Das kennzeichenorientierte BGM beinhaltet Abfolge von Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation. Den Abschluss bildet immer ein Gesundheitsbericht. Voraussetzung für das Gelingen ist die eindeutige „Willenserklärung“ und die kontinuierliche Unterstützung des Projektes durch den Vorstand/die Geschäftsleitung. Belohnt wurde die „Gesundheitsschicht“ bei ThyssenKrupp mit dem ersten Platz im Corporate Health Award 2011.

Der Schwerpunkt des Symposiums lag beim Thema „Impfen“. Prof. Dr. Peter Wutzler aus Jena erläuterte, dass die Einführung von Impfungen eine Erfolgsgeschichte ist. Die Einführung der Polio-Schluckimpfung 1961 in der DDR und 1962 in der BRD ließ die Inzidenz der Erkrankung nahezu gegen null gehen. Das Ziel der Ausrottung der Erkrankung konnte leider weltweit noch nicht erreicht werden, da in einigen Ländern beispielsweise aus religiösen Gründen nicht geimpft wird. Impfstoffe sind heute sehr gut verträglich und gehören zu den nebenwirkungsärmsten Medikamenten überhaupt. Zu der schlechten Bewertung von Impfungen in der bundesrepublikanischen Bevölkerung haben besonders die erheblichen Nebenwirkungen der heute nicht mehr durchgeführten Pockenschutzimpfung beigetragen. Die Verträglichkeit war nach heutigen Maßstäben schlecht, häufig kam es zu starken Lokalreaktionen und teilweise schweren systemischen Reaktionen wie beispielsweise Fieberkrämpfen. Dennoch wurde durch die flächendeckende Impfung die schwere und häufig tödliche Erkrankung nahezu ausgerottet.

Impfstoffe der Zukunft sollten nach Ansicht von Prof. Wutzler „essbar“ sein, so zum Beispiel die Immunisierung gegen Hepatitis B durch den Genuss von Reis, Tomaten oder Bananen mit Induktion



Dr. Jutta Kindel,
Ärztin für Innere
Medizin und Arbeits-
medizin, Hamburg

einer Immunantwort bei der Nahrungsaufnahme. Visionär sind auch therapeutische Impfungen gegen bestehende Tumorerkrankungen.

Trotz der täglichen Nutzung des Internets war für viele überraschend, wie stark dadurch die Meinungsbildung der Bevölkerung beeinflusst wird. In Abhängigkeit davon, ob eine von Impfgegnern oder eine von Impfbefürwortern gestaltete Seite gelesen wird, fällt die Entscheidung für oder gegen eine Impfung. Wissen beeinflusst jedoch die Risikowahrnehmung, Angst steigert die Nebenwirkungen. Starke Dementi können den Untersuchungen von Dr. Cornelia Betsch aus Erfurt nach das wahrgenommene Risiko eher erhöhen. Bei Diskussionen mit Skeptikern sollte der Drei-Punkte-Debunking-Plan von Lewandowsky beachtet werden: 1. Konzentration auf das Wesentliche: korrekte Fakten leicht verständlich bereits in der Überschrift nennen (KISS- keep it simple and stupid), 2. Richtige Hinweise geben bevor die deutlich gekennzeichnete Falschinformation benannt wird, 3. Alternativerklärung geben und erläutern, warum die Aussage nicht stimmt und gegebenenfalls wie sie in Umlauf kam. Auch die „20 Einwände und Antworten“ des Robert-Koch-Instituts (online zu finden unter www.rki.de) sind hilfreich bei der Argumentation.

Die Eliminierung der Masern bis 2015 ist das erklärte Ziel der WHO. In Deutschland ist das bei 1607 Fällen im Jahr 2011 noch lange nicht erreicht. Auch weltweit sind Masern auf dem Vor-

marsch und in Entwicklungsländern eine der zehn führenden Infektionserkrankungen, an fünfter Stelle der Todesursachen. Die Komplikationsrate ist hoch, gefürchtet sind die Otitis media, die Riesenzellpneumonie und die akute postinfektiöse Enzephalitis sowie die subakute sklerosierende Panenzephalitis mit infaustem Verlauf. Eine Durchimpfungsrate von 95 % ist für die Elimination der äußerst kontagiösen Erkrankung erforderlich, so Priv. Doz. Dr. Regina Allwin aus Frankfurt/Main.

Ein weiterer Vortrag widmete sich den noch immer bestehenden Gefährdungen durch Nadelstichverletzungen. Die für 2013 geplante EU-Direktive fordert gleichwertig das Training und die Information der Mitarbeiter, kein Recapping, die Unterweisung, die Gefährdungsbeurteilung, das Nutzen von sicheren Instrumenten und die korrekte Nutzung der Abwurfbehälter.

Dr. Jens Vollmar, Leiter des medizinischen Fachbereiches Impfstoffe bei GSK, informierte über die zu erwartenden

Neuerungen bei Impfungen gegen Meningokokken. In Europa überwiegt die Serogruppe B, schwere Erkrankungen kommen bei Kindern vor. Bei Erwachsenen ist überwiegend Typ C verantwortlich. In Afrika dominiert nach wie vor der Typ A. Änderungen der Serogruppe sind bei Meningokokken häufig, in Amerika ist der Typ Y auf dem Vormarsch. Große Erwartungen werden auf den neu zugelassenen CRM Konjugatimpfstoff gegen die Gruppen A, C, W-135 und Y gesetzt. Ein Impfstoff gegen Meningokokken der Gruppe B sei in Entwicklung.

Einen Höhepunkt stellte der äußerst unterhaltsame und informative Vortrag von PD Dr. Viktor Czaika aus Berlin über Mykosen auf Reisen dar. 20 bis 25 % der Weltbevölkerung leiden an Pilzerkrankungen. „Fußpilz begleitet uns auf Schritt und Tritt“, so PD Dr. Czaika. Durch Reimport kommt es auch bei uns zum Auftreten schon vergessener Mykosen. Pilzerkrankungen bedeuten ein großes Gesundheitsrisiko. Der Vortrag enthielt

viele Hinweise, bei welchen Symptomen Mykosen in die Differenzialdiagnose einzubeziehen wären. Hefepilz- (Candidosen) und Schimmelpilzerkrankungen (Aspergillosen) bedeuten teilweise ein hohes Gefährdungspotential. Bei einigen in Afrika endemischen Hautpilzerkrankungen wie beispielsweise Trichophyton soudanense „Familienpilz“ kommt es zu irreversiblen Haarverlust.

Das Seminarprogramm bot die Möglichkeit „sich je nach Interesse mit der „Wirbelsäule am Arbeitsplatz“ sowie mit „Notfällen in der arbeitsmedizinischen Praxis“, mit „Diabetes, Arbeitsfähigkeit und Fahreignung“, mit dem Burnout-Syndrom oder mit „Impfungen als Beitrag zu einem wirksamen Gesundheitsmanagement“ zu beschäftigen.

Insgesamt boten die beiden Tage in Erfurt ein weites Spektrum an Themen. Mit Spannung wird jetzt das Jubiläum mit dem zehnten Sommersymposium im kommenden Jahr erwartet. □

Dr. Jutta Kindel

BAuA-Bericht erläutert Verfahren im Maschinenbau

Risiken richtig beurteilen

Bei der Entwicklung neuer Maschinen muss die Sicherheit eine zentrale Rolle spielen. Die europäische Maschinenrichtlinie 2006/42/EG fordert von Herstellern die Durchführung einer Risikobeurteilung. Die Unternehmen betrauen zumeist die Konstrukteure mit dieser Aufgabe. Der jetzt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) veröffentlichte Bericht „Risikobeurteilung im Maschinenbau“ gibt konkrete Hilfestellungen. Dabei beleuchtet er nicht nur verschiedene Verfahren, die Konstrukteure anwenden können, sondern gibt auch Empfehlungen für die Einbindung der Risikobeurteilung in den Konstruktionsprozess.

Der Bericht unterstützt Konstrukteure zum einen dadurch, dass er den Ablauf der Risikobeurteilung und -minderung

erläutert. Die BAuA-Experten geben Hinweise auf Verfahren, die sich bei der Analyse der Gefährdungen sowie bei der Risikoeinschätzung und Risikobewertung anwenden lassen. Die Publikation stellt Möglichkeiten vor, mit denen sich das akzeptable Grenzkrisiko ermitteln lässt, beispielsweise durch Vergleich mit Normen oder mit Risikokennzahlen. Zudem stellt der Bericht die Schritte der Risikominderung unter Berücksichtigung verschiedener Benutzergruppen vor.

Im Bericht sind die Phasen der Risikobeurteilung und Risikominderung den einzelnen Phasen des Konstruktionsprozesses gegenübergestellt. Hier zeigen die BAuA-Experten Anknüpfungspunkte auf und geben Hinweise, wie sich die Risikobeurteilung effizient in den Konstruktionsprozess integrieren lässt. Der umfang-



reiche Anhang zum Forschungsbericht enthält eine Reihe von Verfahren für die Risikoeinschätzung. Er erläutert deren Anwendungsbereiche und ausführlich deren Ablauf. Somit gibt er Konstrukteuren Anregungen, ein geeignetes Verfahren auszuwählen.

Der 96-seitige Bericht kann von der BAuA-Website heruntergeladen werden (www.baua.de/publikationen). □

DGUV-Studie deckt sich mit Erfahrungen aus dem Steigtechnik-Handel

Ergonomie-Investitionen zahlen sich aus

Arbeitsschutz als Erfolgsfaktor: Unternehmen, die in Arbeitsschutzmaßnahmen, wie beispielsweise in die Bereitstellung von ergonomischen Arbeitsmitteln investieren, profitieren überdurchschnittlich von diesen Ausgaben. Laut einer aktuellen Studie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Berufsgenossenschaft Textil Elektro Medienerzeugnisse liegt der so genannte Return on Prevention bei 2.2: Jeder investierte Euro beschert dem Unternehmen also 2,20 Euro an Erfolg.

„Das Ergebnis der Studie deckt sich mit unseren Erfahrungen aus der Praxis. Schön, dass nun auch wissenschaftlich belegt ist, was wir seit längerem propagieren: Arbeitsschutz zahlt sich für den Unternehmer aus“, sagt Ferdinand Munk, Geschäftsführer des bayerischen Qualitätsherstellers Günzburger Steigtechnik GmbH. Sein Unternehmen bietet Steigtechnik mit ergonomischem Mehrwert an und ist damit sehr erfolgreich:

Stufensteileitern mit der ergonomischen Griffzone „ergo-pad“ sowie Sprossenleitern mit „roll-bar“-Traverse zum Ziehen der Leitern setzen sich immer mehr durch und dienen der Gesunderhaltung der Beschäftigten in Industrie und Handwerk: Die „ergo-pad“-Griffzone ermöglicht dem Anwender ein besonders Rücken schonendes Tragen von Stufenleitern, weil er die Leiter automatisch im optimalen Tragepunkt greift. Ein weiterer Pluspunkt ist die integrierte Holmsicherung, die über einen Klemmmechanismus die Holme der Leiter stets zusammen hält. Die Leiternholme werden beim Zusammenklappen ohne zusätzlichen Handgriff arretiert und können leicht wieder gelöst werden. So wird das Handling der Steighilfen deutlich verbessert. – Die „roll-bar“-Traverse erhöht nicht nur die Standfestigkeit von Sprossenleitern, sondern bietet vor allem



Foto: Günzburger Steigtechnik

Mit Hilfe der „roll-bar“-Traverse lassen sich Sprossenleitern Rücken schonend rollen.

beim Standortwechsel einen großen Vorteil, denn die Leiter wird nicht mehr getragen, sondern gerollt. Der Kraftaufwand für den Leitertransport reduziert sich beim Rollen um fast die Hälfte gegenüber dem Tragen.

Immer mehr Betriebsärzte und Arbeitsmediziner empfehlen daher ergonomische Steigtechnik aus Günzburg. Die Nachfrage nach Leitern mit Ergonomie-Vorteil steigt stetig. Bernd Otterbein, Einkaufsleiter beim Kompetenzzentrum für Steigtechnik, Wemag, erklärt, dass neben industriellen Anwendern vor allem auch Handwerksbetriebe den Ergonomie-Mehrwert verinnerlicht hätten: „Chronische Rückenleiden sind nach wie vor die Ursache Nummer eins für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Von daher ist es nur logisch, dass immer mehr Kunden nach Sprossenleitern mit der ‚roll-bar‘-Traverse fragen. Denn wer die Leiter zieht statt trägt, der spart sich knapp die Hälfte des Tragegewichts und wird erheblich entlastet. Das freut den Rücken des Anwenders und natürlich auch den Arbeitgeber, der weniger Ausfälle verkraften muss.“

Nach der Veröffentlichung der neuen Studie dürften nun nicht nur Arbeitsmediziner und Händler, sondern auch die Controller ein offenes Ohr für Investitionen in ergonomische Arbeitsbedingungen haben. Denn beim in der Präventionsbilanz ermittelten ökonomischen Erfolgsfaktor 2,2 handelt es sich um den Mittelwert, im Einzelfall lag das Erfolgspotenzial also noch deutlich darüber.

Impressum ASUpraxis

ASUpraxis – Der Betriebsarzt

ASUpraxis ist ein regelmäßiges Special für Betriebsärztinnen / Betriebsärzte und redaktioneller Bestandteil der Zeitschrift *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)*

Online-Archiv:

www.asu-praxis.de

Chefredaktion

Dr. med. O. Erens (verantwortlich)

Redaktion

Dr. med. U. Hein-Rusinek
Dr. med. R. Hess-Gräfenberg
Dr. med. M. Konner
Dr. med. A. Schoeller
Dr. med. M. Stichert

Anschrift für Manuskripteinsendung:

Redaktion ASUpraxis
Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG
Forststraße 131
70193 Stuttgart
E-Mail: asu@gentner.de

Die Forscher befragten insgesamt 300 Unternehmen in 16 Ländern nach ihren Erfahrungen in der betrieblichen Präventionsarbeit. Investitionen in den Arbeitsschutz bringen dem Unternehmen der Studie zufolge eine Imageverbesserung in der Öffentlichkeit und in der Betriebskultur, eine gestiegene Motivation und Zufriedenheit bei den Beschäftigten und natürlich weniger Ausfallzeiten durch Krankheit sowie weniger Betriebsstörungen. „Wer erfolgreich sein und bleiben will, sollte in Prävention investieren“, fasst Professor Dietmar Bräunig von der Justus-Liebig-Universität Gießen als einer der Begleiter des Forschungsprojektes zusammen.

Wer in ergonomische Steigtechnik investiert, handelt nicht nur arbeitsmedizinisch und betriebswirtschaftlich sinnvoll, sondern auch ganz im Sinne der DGUV. Diese rät in der Handlungsanleitung für den Umgang mit Leitern und Tritten (BGI 694) explizit dazu, für den Transport von schweren und sperrigen Leitern Transportrollen wie die „roll-bar“-Traverse zu benutzen. □