

Editorial

Nicht nur die Arbeitsmedizin hat Nachwuchssorgen

Suche nach der Nadel im Heuhaufen

Der Nachwuchsmangel in der Allgemein- und Hausarztmedizin ist inzwischen in der Öffentlichkeit omnipräsent. Doch dieses Problem ist nur die Spitze des Eisbergs, denn immer häufiger gerät die Nachwuchsgewinnung auch in anderen Fächern zur sprichwörtlichen Suche nach der Nadel im Heuhaufen.

Zahlreiche Fachgesellschaften und Berufsverbände umwerben junge Ärztinnen und Ärzte, informieren im Internet, bieten Stipendien oder machen die Weiterbildung mit Partnerschaftsprogrammen schmackhaft. Dem steht der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) in Nichts nach: 2012 fand bereits zum vierten Mal in Folge die Kampagne „docs@work“ statt, um den dringend benötigten Nachwuchs für die Arbeitsmedizin zu interessieren. Diesmal war die Zielgruppe von Docs@work nicht Berufsanfänger, sondern Ärztinnen und Ärzte, welche bereits schon eine Weiterbildung durchlaufen bzw. absolviert haben.

Die Initiatoren werben junge Ärztinnen und Ärzte unter anderem mit den Worten. „In einer sich dramatisch schnell verändernden Arbeitswelt liegt die Besonderheit der betriebsärztlichen Aufgaben in der Doppelverantwortung als Arzt und als Gesundheitsmanager: Als Arzt tragen sie Verantwortung für die Gesundheit des einzelnen Mitarbeiters im Unternehmen. In ihrer Managerfunktion tragen die Betriebsärzte eine systemische Verantwortung für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen vor Ort. Die Herausforderung, in diesem Spannungsfeld mit Weitsicht und Achtsamkeit zu agieren, lässt den Beruf zum ‚Abenteuer‘ werden.“

Im Rahmen der Aktion gab der Verband dem potenziellen Nachwuchs Gelegenheit, den Beruf zwei Tage lang unter Realbedingungen zu testen. Von allen Bewerbern kamen acht Mediziner in die Endrunde. Sie konnten sich in vier interessan-

ten Betrieben den wechselnden Arbeitsbedingungen und Gesundheitsfragen stellen und mussten arbeits-



medizinische Aufgaben meistern. Der jeweilig leitende Betriebsarzt stand ihnen helfend zur Seite.

Gewonnen haben am Ende eine 32-jährige Ärztin aus Erfurt und ein 31 Jahre alter Arzt aus Mannheim, die beide 2007 ihre Approbation erhalten hatten. Das Resümee der Teilnehmer: „Die Arbeitsmedizin ist eine echte Option nach dem Facharzt.“ Damit zeigt es sich, dass die Arbeitsmedizin nicht nur attraktiv für Berufsanfänger ist, sondern insbesondere auch für Fachärzte anderer Gebiete.

Es ist dem Verband von Herzen zu wünschen, dass er mit seiner lobenswerten Initiative einen nachhaltigen Effekt erzielt und sie zudem auch in diesem Jahr fortsetzt. Denn unsere Nachwuchssorgen betreffen nicht nur die Zukunft, sondern auch schon das Heute. Kein Geringerer als Prof. Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, sagte beim diesjährigen Deutschen Ärztetag: „Wir haben längst einen Arztmangel und sollten froh sein über jede Ärztin und jeden Arzt, der bereit ist, in der Versorgung zu arbeiten.“ Das gilt natürlich auch und gerade für die Arbeits- und Betriebsmedizin.

Dr. Oliver Erens

Inhalt



Editorial

Suche nach der Nadel im Heuhaufen 1

Praxis

Kooperationsmodell zur Wiedereingliederung bei der Audi AG 2
Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung 4
Eingliederung von psychisch erkrankten Mitarbeitern in einem Stahlunternehmen – das Beispiel der ThyssenKrupp Steel Europe AG (SE-AG) EN 388 „Schutzhandschuhe gegen mechanische Einwirkungen“ – kein Problem? 6
Psychische Gesundheit im Betrieb – Folge 6 8
Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess 12
15

Industrieinformationen

Gehörschutz am Arbeitsplatz 16

Impressum

16



Interdisziplinäre / Ärztliche Kooperationen:

Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Arbeitsleben

Kooperationsmodell zur Wiedereingliederung bei der Audi AG



Autor

PD Dr. Stephan W. Weiler, Betriebsarzt bei der Audi AG, Ingoldstadt

Aspekte der psychischen Gesundheit gewinnen auch in großen Industrieunternehmen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Gründe hierfür können zunehmende Häufigkeiten, aber auch eine zunehmende Bereitschaft zu einer offenen Diskussion und manchmal auch einfach nur plausibel klingende Zusammenhangstheorien sein. Beispielsweise kann eine große Deutsche Krankenkasse zitiert werden, die steigende Kommunikationserfordernis aufgrund von Termindruck, Arbeitstempo oder Komplexität als Ursache gedanklichen und emotionalen Belastung von Beschäftigten ansieht. Solche Äußerungen werden leider nur wenig hinterfragt.

Besonders im Umfeld der psychischen Gesundheitsdebatte sind kommunikative Aspekte für die innerbetriebliche Zusammenarbeit und auch das Krankheitsempfinden wesentlich. Die oben genannte Vereinfachung blendet jedoch weitere wichtige Faktoren wie beispielsweise (Ent-)Tabuisierung, Zukunfts(un)sicherheit, älter werdende Belegschaften, abnehmende systemische Kompensationsfähigkeit in zunehmend spezialisierten Tätigkeiten vollkommen aus.

Statistisch gesehen nehmen psychische Erkrankungen seit Jahren zu, auch in der Automobilindustrie ist dieser Trend zu verzeichnen (Abbildung 1). Eine besondere Häufung speziell in unserem Sektor kann jedoch nicht gesehen werden, tätigkeitsbezogen finden sich in medizinischen und Pflegeberufen wie auch bei Arbeitslosen die höchsten Häufigkeiten psychischer Erkrankungen. Zirka 1,5 % der Audi Belegschaft leiden an einer chronischen psychischen Erkrankung. Bei arbeitsmedizinischen Begutachtungen sehen wir eine Steigerung von 5,0 % zu Anfang des letzten Jahr-

zehnts auf aktuell 8,3 % Beschäftigte mit psychischen Problemkonstellationen, ähnlich der Allgemeinbevölkerung vor allem mit Angststörungen und Depressionen. Betrieblich präventionsrelevant sind diese Erkrankungen, weil sie mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer von 30 Tagen zu deutlich höheren Ausfallszeiten beispielsweise verglichen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen mit „nur“ 18 Tagen führen (Abbildung 1).

In einem betrieblichen Umfeld mit funktionierendem betrieblichen Gesundheitsmanagement unterscheiden sich die in der Betreuung zu treffenden Maßnahmen für psychisch Erkrankte nur teilweise von den nicht psychisch Erkrankten: Zirka die Hälfte der Beratenen in unseren Sprechstunden wird lediglich in der Sprechstunde beraten.

Bei arbeitsplatzbezogenen Eingriffen kommt es jedoch häufiger zu Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitszeiten (beispielsweise Nachtarbeit, Wechselschicht), Herausnahme aus Fließfertigungsbereichen und auch Umsetzungen in andere Bereiche. Diese aus unserer Sicht rasch einsatzkritischen Veränderungen erfordern die hohe Relevanz für das betriebliche Gesundheitswesen – nicht nur – bei Audi.

Bereits manifest psychisch Erkrankte sind dadurch häufig nur sehr schwer in den Arbeitsprozess wieder einzugliedern und erfordert umfangreiche Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachbereichen. Es liegt nahe, dass der Schwerpunkt unserer Bemühungen in der Prävention, dann frühen Erkennung/Therapieeinleitung und erst an dritter Stelle in einer optimalen Wiedereingliederung liegt.

Dazu wurden zielgruppengerechte Qualifizierungsprogramme für die verschiedenen betrieblichen Führungsebenen etabliert. Dieser dauern von einigen Stunden bis zu mehreren Tagen und werden von der Audi Akademie out house koordiniert. Präventionsbemühungen werden primär nur sehr begrenzt wirksam sein. In einer Betroffenenbefragung in unserem Haus äußerte nur jeder achte Beschäftigte, selbst einen ursächlichen Bezug seiner psychischen Erkrankung im Arbeitsumfeld zu sehen – betriebliche Faktoren sind daher nach unserer Ansicht eher selten die Erkrankungsursache. Bei Berichten der Mitarbeiter über einen Arbeitsbezug ihrer Erkrankung spielen Konflikte zwischen Menschen sowie die wahrgenommene Anerkennung ihrer Arbeit jeweils eine besondere Rolle.

Wir fokussieren in diesen Präventionsprogrammen auf Themen wie gesundheitsgerechtes Führen, Kommunikation im Team, Kommunikation mit auffälligen oder erkrankten Mitarbeitern und die betriebsinternen Strukturen mit konkreten Hilfs- und Kontaktangeboten. Häufig fühlen sich Führungskräfte und Kollegen mit der Bewertung einer Problemsituation überfordert, weshalb sich der Gesundheitsschutz als schweigepflichtige erste Anlaufstelle für Beratungen anbietet.

Flankiert werden diese eher schulungsartig aufgebauten Qualifizierungsprogramme von unterschiedlichen Gesundheitsaktionen, beispielsweise Biofeedback, Resilienz, Entspannungs-

verfahren, Sportgruppen und Sportcoaching, anderen Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement wie Check-up-Untersuchungen, individueller Führungskräfteberatung und Ausnutzung aller verfügbaren betriebsinternen Kommunikationsmittel (Intranet, Mitarbeiterzeitung, Stellwände etc.). Darüber konnte in den letzten Jahren in allen Teilen der Belegschaft, auf Arbeitgeberseite und auf Arbeitnehmervertreterseite das Vertrauen und die Bereitschaft gesteigert werden, über dieses jeden betreffende Thema zu kommunizieren.

Mehr sekundärpräventiv ausgerichtet sind betriebsinterne Angebote, die sich an Betroffene und Hilfesuchende wenden. Dazu gehören moderierte Gesprächsrunden, HELP-Programm, betriebsärztliche Beratungen, Suchtberatung, Sprechstunden zur psychischen Gesundheit mit externen Fachpsychiatern, Weiterbildungen des medizinischen Personals. Engagement in bundesweiten Arbeitsgruppen zu psychischen Erkrankungen beispielsweise der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin DGAUM helfen, das selbst gewonnene Knowhow an andere Unternehmen weiterzugeben und auch von Erfahrungen und Systemen Anderer zu lernen. Besonders nützlich sind auch regionale Netzwerke, über die rasch Therapieplätze vermittelt und Akutmaßnahmen vereinbart werden können.

Für die klassische Reintegration wird häufig die stufenweise Wiedereingliederung gewählt, nur selten muss auf ebenfalls verfügbare Möglichkeiten der gezielten Kontakt- und Therapievermittlung oder einen Versetzungsprozess zurückgegriffen werden. Häufiger als bei anderen Erkrankungen ist im Rahmen der Reintegration die Moderatorenrolle des Betriebsarztes gefragt, gegebenenfalls wird hierzu auf externe Kooperationspartner zurückgegriffen werden. In vielen Fällen ist damit der primäre Verbleib in der Arbeitswelt zu erreichen.

Psychisch Erkrankte unterscheiden sich in der Reintegration – global gesehen – hinsichtlich der Erfolgsrate und Dauer der Wiedereingliederungsverfahren nicht von anderen Wiedereingliederungsfällen. Generell verfahren wir unternehmensintern sehr flexibel und versuchen, Wiedereingliederungsprogramme individuell zu gestalten. Dies zeigt sich beispielsweise an der Dauer der tatsächlichen Arbeitsversuche (Abbildung 2). Erst im Detail offenbaren sich medizinisch plausible Unterschiede beispielsweise mit einer niedrigeren Erfolgsquote von Erkrankten mit Substanzmissbrauchsdiagnosen, bei denen jedoch das Ausmaß des Unterschiedes bei weitem nicht das subjektiv erwartete Maß erreichen.

Die Verläufe der Wiedereingliederung sind ermutigend. Immerhin können 92 % alle Wiedereingliederungsverfahren erfolgreich mit der vollen Arbeits-

wiederaufnahme beendet werden. Derzeit planen wir Analysen, wie der Langzeitverlauf der von uns wieder Eingegliederten zu beurteilen ist.

Eine erfolgreiche Wiedereingliederung ist bei psychisch Erkrankten sehr viel mehr von Kommunikation und damit auch von Vertrauen abhängig als bei anderen Erkrankungen. Dies erfordert Zeit, Kontinuität und Engagement von vielen (Abbildung 3).

Einerseits kann hier noch Verbesserungspotenzial gesehen werden, andererseits droht die Allgegenwart von Forderungen nach einer generellen Verminderung von psychischen Gefährdungen – welche in der Regel überhaupt nicht gemessen und deshalb allenfalls subjektiv bewertet werden – bei den innerbetrieblichen Akteuren so viele Valenzen zu binden, dass tatsächlich Betroffenen manchmal nicht mehr genug Aufmerksamkeit gewidmet werden kann.

In der Diskussion nach den Vorträgen wurde deutlich, dass große und kleine Betriebe von der Entwicklung gleichermaßen betroffen sind, jedoch unterschiedliche Herangehensweisen werden wählen müssen. Audi kann als Beispiel eines Premium-Gesundheitschutzes in einem Konzern mit 66.000 Beschäftigten gelten. Hier gibt es zwar relativ viele Verweismöglichkeiten, aber gleichzeitig auch Begehrlichkeiten und eine sehr hohe Komplexität in der Prozesssteuerung. Dies stellt sich in einem mittelgroßen Betrieb meist anders

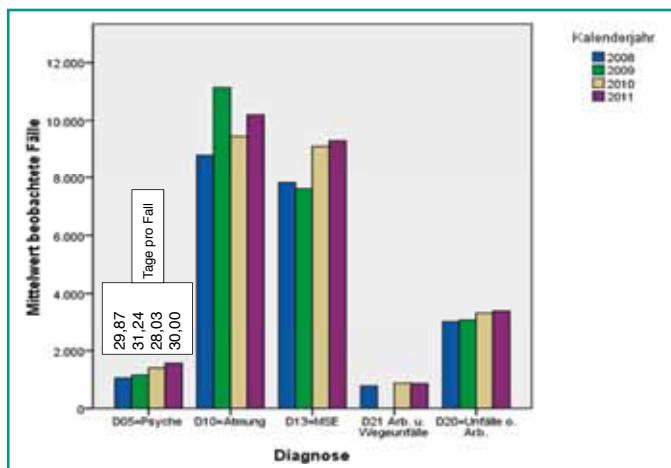


Abbildung 1: Bedeutung und Entwicklung psych. Erkrankungen

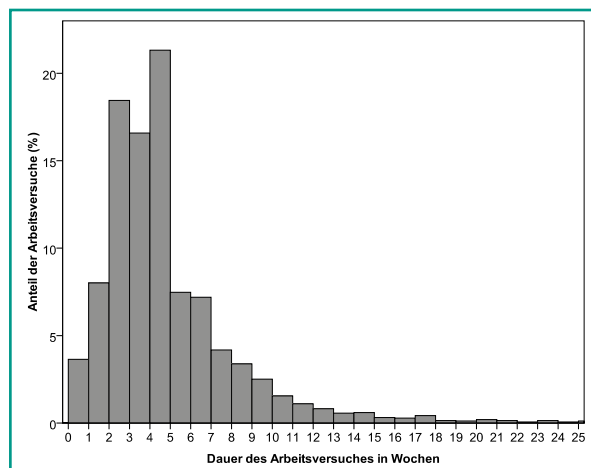


Abbildung 2: Dauer von Arbeitsversuchen bei Audi

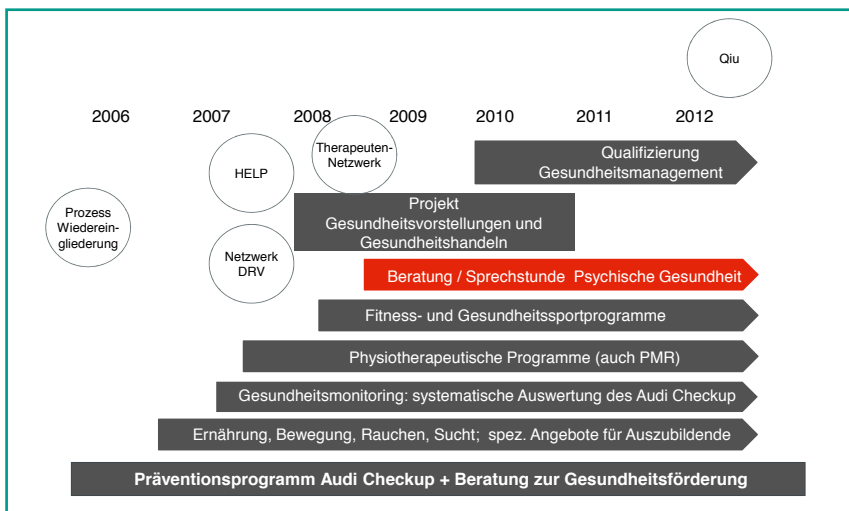


Abbildung 3: Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen seit 2006

Interdisziplinäre / Ärztliche Kooperationen:

Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Arbeitsleben

Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung

In den letzten Jahren sind in Deutschland verschiedene Kooperationsmodelle von Unternehmen mit Psychiatern und Psychotherapeuten entwickelt worden. Aufgrund eigener Erfahrungen mit unterschiedlich großen Arbeitgebern im Versorgungsgebiet der Asklepios Klinik Harburg lassen sich entsprechend dem Schaubild auf Seite 5 folgende Grundlagen von Kooperationsmodellen beschreiben:

Wie entsteht eine Kooperation zwischen Betriebsarzt und Psychiater?

Den ersten Kontakt zwischen Betriebsarzt und Psychiater gibt es nicht selten durch einen gelungenen Wiedereingliederungsprozess eines Patienten/Mitarbeiters (Fallbeispiel: Mitarbeiter mit einer bipolaren Störung). Oder Psychiater und Betriebsarzt treffen sich bei öffentlichen Informationsveranstaltungen, beispielsweise zum Thema Depression. Gerade das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. leistet hier gute Dienste. Am Anfang einer zukünftigen Koope-

ration steht die Entwicklung eines wechselseitigen Vertrauens. Es ist unerlässlich, dass sich der Psychiater mit Bedingungen eines Wirtschaftsunternehmens vertraut macht und die Tätigkeit eines Betriebsarztes kennenlernt.

Auch das betriebliche Gesundheitsmanagement und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)-Verfahren sollte der kooperierende Psychiater kennenlernen. Eine gemeinsame Betriebsbesichtigung ist immer sinnvoll. Für den Psychiater ist wichtig, anzuerkennen, dass in der Brust jeder Führungskraft „zwei Herzen schlagen“: das eine für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens und die erforderliche Leistungserbringung, und das andere für das Wohlergehen und die Gesundheit der Mitarbeiter. Der Betriebsarzt kann vom Psychiater psychiatrisch/psychotherapeutisches Basiswissen lernen – beispielsweise in einem gemeinsamen Fortbildungsseminar oder in Hospitationen – und die Zeitverläufe in psychiatrischen Behandlungen. Voraussetzung jeder Kooperation ist, dass sie von der Führung des Unternehmens gewünscht und unterstützt wird.

dar: die Verweismöglichkeiten sind geringer, dafür ist viel eher Transparenz herzustellen und die Kommunikationswege kürzer.

Auch wenn aus arbeitsmedizinischer Sicht die psychischen Erkrankungen nur eine von vielen Herausforderungen für den Gesundheitsschutz darstellen, werden sie in den kommenden Jahren alleine schon aufgrund der älterwerdenden Belegschaft weiter an Bedeutung gewinnen. □

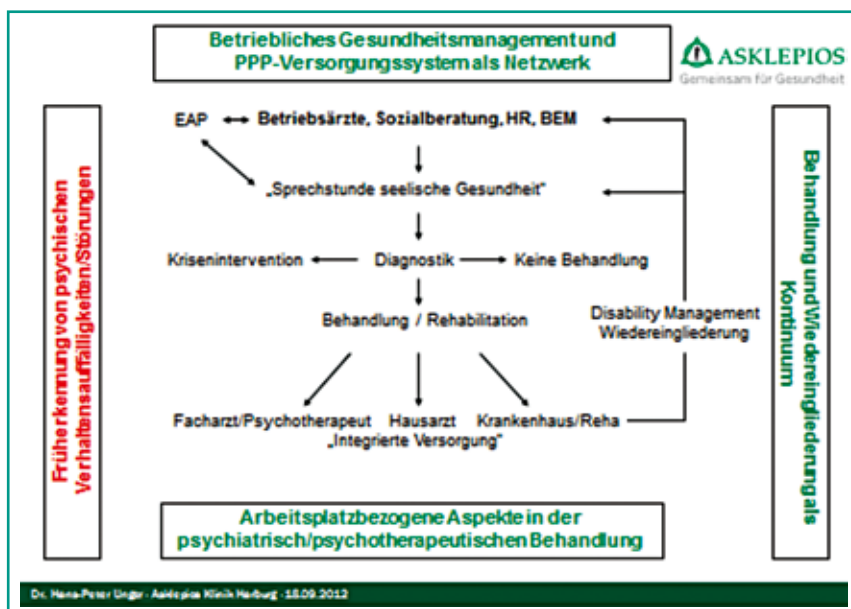


Autor

Dr. Hans-Peter Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit, Asklepios Klinik Hamburg-Harburg

Früherkennung und schnelle Behandlungseinleitung

Bevor ein Kooperationsmodell implementiert werden soll, muss klar sein, wer innerhalb des Betriebes Ansprechpartner ist. Dies kann der Betriebsarzt sein oder ein betrieblicher Sozialarbeiter, es können Health-Care-Worker, Disability-Manager oder andere betriebsinterne Stellen sein. Wichtig ist nur, dass der Ablauf klar geregelt ist. Auch die Verbindung mit einem eventuell schon vorhandenen Employee Assistance Program (EAP) ist herzustellen. Erst wenn die innerbetrieblichen Ansprechpartner bzw. die Beratungsstruktur festgelegt ist, kann beispielsweise eine „Sprechstunde für seelische Gesundheit“ mit Aufgaben einer ersten Diagnostik bzw. Klärung des Behandlungsbedarfs etabliert werden.



Behandlung und Wiedereingliederung als Kontinuum

Auch im Wiedereingliederungsprozess ist die Schweigepflicht unbedingt korrekt zu handhaben. Je besser ein Kooperationsmodell funktioniert, umso leichter lassen sich individuelle Lösungen für den Betroffenen finden. Fallbeispiel: Wiedereingliederung am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit bei einem Mitarbeiter mit einem depressiven Rezidiv: während es bei einer Erschöpfungsdepression sinnvoll sein kann, einen Mitarbeiter „zur Krankschreibung zu zwingen“, kann die Fortsetzung der Arbeit mit der Hälfte der wöchentlichen Stundenzahl für einen Mitarbeiter mit bekannter rezidivierender Depression und einem drohenden Rezidiv struktur- und selbstwertstärkend sein und den weiteren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Es ist wichtig, dass auch das Team des Mitarbeiters / Patienten in den Wiedereingliederungsprozess mit einbezogen wird. Voraussetzung für jede gelungene Wiedereingliederung ist, dass es einen festen Ansprechpartner im Betrieb und einen klaren Plan für den Wiedereingliederungsprozess gibt. Die größte Kritik von Seiten der Mitarbeiter / Patienten ist, dass während der Wiedereingliederung keiner mit ihnen gesprochen hat. In der Regel stehen dahinter Schamgefühle seitens des Patienten und Unsicherheiten auf Seiten der Führungskräfte und Kollegen. Gerade hier kann die Aufklärung durch die Vernetzung von Betriebsarzt und Psychiater enttauschend und hilfreich sein.

Fazit

Je enger die Kooperation zwischen Psychiater und Betriebsarzt gelingt, umso besser können die Anforderungen des Arbeitsplatzes im Wiedereingliederungsprozess an die Fähigkeiten des Mitarbeiters in Passung gebracht werden. Dabei geht es für Mitarbeiter, Teamkollegen und Führungskräfte immer um das positive Spannungsverhältnis von Anforderung / Belastung und (Selbst-)Fürsorge und Verständnis. □

Im nächsten Schritt müssen die Führungskräfte dann gemeinsam von Psychiater und Betriebsarzt über das Angebot informiert und geschult werden, wie sie eine eventuelle psychische Auffälligkeit erkennen und ansprechen, um zu einem möglichen Beratungsgespräch zu motivieren. Hier ist auch die Entwicklung einer „Dienstvereinbarung Depression“ analog zu den in vielen Betrieben vorhandenen Suchtvereinbarungen möglich. Dabei sollen Führungskräfte nicht überfordert werden, sie sollen nicht zu „Minipsychiatern“ werden, sie brauchen handlungssichernde Unterstützung durch einen Leitfaden und die Möglichkeit, sich jederzeit mit der Personalabteilung oder dem Betriebsarzt rückbesprechen zu können. In dieser Phase ist die wechselseitige Verlässlichkeit von Psychiater und Betriebsarzt von extremer Bedeutung. Termine müssen korrekt eingehalten werden, die Schweigepflicht ist auf allen Ebenen unbedingt festzuschreiben und strikt einzuhalten.

Arbeitsplatzbezogene Elemente in der Behandlung

In jedem Kooperationsmodell Betriebsarzt/Psychiater werden arbeitsplatzbezogene Elemente im Behandlungsprozess eine größere Rolle spielen als in der Vergangenheit. Die Arbeit sollte auf keinen Fall – wie in gewissen aktuellen Trends – nur als Belastung oder krankmachend gesehen werden; denn Arbeit ist für die meisten von uns ein wirksamer Faktor zur Selbstwertstärkung,

Selbstverwirklichung und sozialen Einbindung. Die Kooperation stärkt den Blick für die arbeitsplatzbezogenen Konflikte – die allerdings oft über- oder unterschätzt werden. Der Wiedereingliederungsprozess sollte von Anfang an „im Hinterkopf“ des Behandlers sein; spätestens ab Mitte des Behandlungsprozesses sollte aktiv an der Wiedereingliederung gearbeitet werden. Im Rahmen einer sich entwickelnden Kooperation erlernt der Psychiater vom Betriebsarzt, wie viele Wiedereingliederungsmöglichkeiten bestehen und wie der Wiedereingliederungsprozess immer besser auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Mitarbeiters / Patienten angepasst werden kann. Mitarbeiter, die sich aufgrund von chronischer Belastung im „Kampf- oder Fluchtmodus“ befinden, haben keinen Blick mehr für die positiven Seiten ihrer Arbeitssituation. Hier empfiehlt sich für Psychiater und Patient das Vorgehen in zwei Schritten: erst sollte der Mitarbeiter / Patient im therapeutischen Prozess „wieder auf Augenhöhe“ kommen und dann erst entscheiden, wie es am Arbeitsplatz weitergeht. Sonst wird vorschnell von einem Arbeitsplatz oder einer Beschäftigungssituation abgeraten, ohne den Sachverhalt wirklich in der Tiefe erfasst zu haben. Schließlich ist bei jeder Kooperation bedeutsam, dass der Psychiater oder Psychotherapeut reflektiert, wie seine Behandlung nicht nur durch die Probleme des Patienten, sondern auch durch das Kooperationsabkommen mit dem Betrieb beeinflusst wird.

Interdisziplinäre / Ärztliche Kooperationen:

Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Arbeitsleben



Eingliederung von psychisch erkrankten Mitarbeitern in einem Stahlunternehmen – das Beispiel der ThyssenKrupp Steel Europe AG (SE-AG)



Autoren

Dr. Irmgard Spickenbom, Teamleiterin Sozialarbeit, und
Dr. Georg von Groehling-Müller, leitender Betriebsarzt ThyssenKrupp Steel Europe AG, Duisburg

Mit Stahlherstellung verbinden sich Assoziationen wie schwere körperliche Arbeit, Hitze, Lärm und Staub. Dies stellt jedoch nur einen Teil der Arbeitsbelastungen dar: Die Rohstahlproduktion ist zwischen 1990 und 2010 annähernd gleich geblieben, die Gesamtbelegschaft hat sich jedoch im gleichen Zeitraum mehr als halbiert. Daraus ergibt sich rein rechnerisch eine Produktivitätssteigerung um mehr als 100 % je Mitarbeiter und Jahr (Abb. 1).

Diese Produktivitätssteigerung wurde ermöglicht durch einen ständig fortschreitenden Wandel in der Technologie. Die damit einhergehenden Veränderungen der Unternehmens- und Organisationskultur der ThyssenKrupp Steel Europe AG (SE-AG) prägen auch die Arbeitswelt der Mitarbeiter: komplexe Steuerungs- und Überwachungstätigkeiten sind allgegenwärtig. Hinzu kommt die Erfordernis, an möglichst vielen der unterschiedlichen Arbeitsplätze in einer Anlage einsetzbar zu sein.

Zwar haben bei der SE-AG nach wie vor körperliche Beschwerden und hier insbesondere Muskelskeletterkrankungen einen erheblichen Anteil am Krankheitsgeschehen und an den Wiedereingliederungsfällen. Dennoch nimmt der Anteil von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen seit Jahren zu. Deren Wiedereingliederung in den Regelarbeitsalltag des Unternehmens stellt oft eine besondere Herausforderung dar.

In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, welche Wege das Unternehmen gewählt hat, um bei diesem sensiblen Thema erfolgreich zu agieren. Wesentlicher Erfolgsfaktor sind dabei **interne und externe Netzwerke** die im Folgenden beschrieben werden sollen:

Interne Netzwerke

Unternehmensintern sind – neben den üblichen Beteiligten, wie beispielsweise Personalmanagement, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), Interessensvertreter, also Betriebsräte und

Schwerbehindertenvertreter, Betriebsärztlicher Dienst – insbesondere zwei interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitskreise anzuführen und deren Aufgaben zu erläutern (Abb. 2):

Das **Psychosoziale Netzwerk** ist eine funktionsübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe. Gegründet wurde es Ende der 90er Jahre, um den Bedarf der Führungskräfte und anderer Funktionsträger an Beratung und Unterstützungsmöglichkeiten bezüglich psychisch erkrankter Mitarbeiter zu decken. Beteiligt sind hier Interessensvertreter, Betriebsärzte und Personalmanager, aber auch Sozialarbeiter und Gesundheitsmanager. Das Netzwerk arbeitet bewusst ohne einen formalisierten Auftrag und

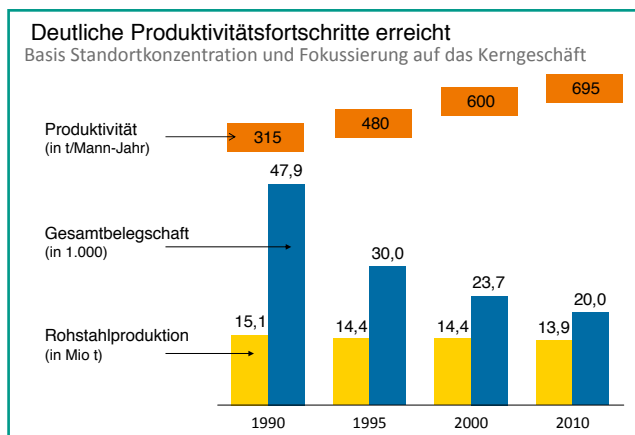


Abb. 1: Produktivitätssteigerung in der Stahlindustrie



Abb. 2: Interne Kooperationspartner



Abb. 3: Externe Kooperationspartner



Abb. 4: Strukturierte Zusammenarbeit von internen und externen Kooperationspartnern

dient neben der sofortigen Hilfe in akuten Fällen vor allem der Verkürzung von Prozessen durch systematisches und abgestimmtes Handeln. Weiterhin nutzen alle Beteiligten diese Plattform für einen Wissens- und Erfahrungstransfer.

Das Reha-Team wird federführend durch den Sozialbetrieb geleitet. Es ist eine durch eine Betriebsvereinbarung abgesicherte beschlussfähige Institution mit dem ursprünglichen Fokus auf schwerbehinderte Mitarbeiter. Kurz zusammengefasst ist die Aufgabe dieser Arbeitsgruppe: Beratung, Ideenentwicklung und Nachverfolgung der Umsetzung von Maßnahmen zur Beschäftigung/Weiterbeschäftigung von Menschen, die aufgrund von Behinderungen nicht mehr an ihrem ursprünglichen Arbeitsplatz eingesetzt werden können. Dazu zählen auch die Durchführung von stufenweisen Wiedereingliederungen, systematische Arbeitserprobungen und wertschöpfende Interimsbeschäftigungen in der angegliederten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Mitglieder sind Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung, der Betriebsärztliche Dienst, das Personalmanagement, Krankenkassen und anderer Rehabilitations-Träger.

Beide internen Arbeitsgruppen kooperieren schnittstellen-, bereichs-, und ressortübergreifend. Zugleich realisieren sie im Interesse der jeweiligen Betroffenen die Aufgaben durch vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den Interessensvertretern.

Externe Netzwerke

Trotz der guten Zusammenarbeit stellen beide Arbeitsgruppen bei Einzelfällen immer wieder fest, dass die internen Mög-

lichkeiten nicht ausreichen, um die Erkrankung richtig einzuschätzen und insbesondere Ideen für eine weitere Beschäftigung zu entwickeln. Gesucht wurden daher externe Partner, die diese Lücke füllen können.

Unternehmensübergreifend arbeitet SE-AG daher – neben den bekannten beteiligten Einrichtungen wie Rentenversicherungsträgern, gegebenenfalls die Agentur für Arbeit oder die Berufsgenossenschaft – eng mit den Integrationsfachdiensten, verschiedenen psychotherapeutischen Einrichtungen, Berufsförderungswerken und Berufstrainingszentren zusammen (Abb. 3).

Integrationsfachdienste – kurz IFD – beraten und unterstützen sowohl arbeitssuchende als auch beschäftigte behinderte und schwerbehinderte Menschen und deren Arbeitgeber. Die Vermittlung zum IFD erfolgt in der Regel durch Kliniken, Ärzte und Therapeuten.

SE-AG hat für jeden Standort Kooperationsverträge mit **psychotherapeutischen Einrichtungen** abgeschlossen, die es uns ermöglichen, Mitarbeiter innerhalb von wenigen Werktagen in eine Krisenintervention zu vermitteln.

Die **Berufsförderungswerke** sind spezialisiert auf die berufliche Rehabilitation. Der Schwerpunkt liegt darin, Menschen mit Behinderungen die volle Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Hierzu setzen sie Instrumente wie beispielsweise Beratung, Diagnostik, Qualifizierung und Integration ein.

In **Berufstrainingszentren (BTZ)** finden Menschen Unterstützung, die im Zusammenhang mit einer psychischen Störung ihren Arbeitsplatz schon verloren haben oder dies befürchten müssen.

Sie arbeiten mit vergleichbaren Instrumenten wie die Berufsförderungswerke. Darüber hinaus ist für uns als Unternehmen auch noch Folgendes interessant: Im BTZ können auch Belastbarkeit und Stabilität sowie die Eignung für einen bestimmten Beruf oder ein Berufsfeld abgeklärt werden.

Die Maßnahmen dieser beiden Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation können mit Hilfe eines Antrags zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ bei Bewilligung finanziert werden.

Interne Netzwerke und externe Partner arbeiten in einem **strukturierten Prozess** zusammen (Abb. 4). Dadurch werden Wiedereingliederungsprozesse sowohl zeitlich verkürzt als auch zielgerichteter durchlaufen. Entscheidende Voraussetzung ist jedoch, möglichst früh um den Mitarbeiter zu wissen.

Insofern bleibt weiterhin Handlungsbedarf, insbesondere wenn es darum geht, Mitarbeiter schon auf dem Weg in eine Krise „auffangen“ zu können. Zum einen hat ThyssenKrupp Steel Europe – wie bereits erwähnt – Kooperationsverträge mit psychotherapeutischen Einrichtungen an allen Standorten, die es ermöglichen, Mitarbeiter innerhalb von wenigen Werktagen in eine Krisenintervention zu vermitteln. Es ist geplant, dieses Versorgungsangebot für die Mitarbeiter mittelfristig noch weiter auszubauen. Zum anderen hat die ThyssenKrupp Steel Europe AG eine breit ausgerollte Aufklärungs- und Qualifizierungskampagne gestartet, die Führungskräfte und andere Funktionsträger für Symptome psychischer Erkrankungen sensibilisieren und mögliche Handlungsunsicherheit reduzieren soll. □



EN 388 „Schutzhandschuhe gegen mechanische Einwirkungen“ – kein Problem?

Einleitung

An Tausenden von Arbeitsplätzen kann man auf den Einsatz von Schutzhandschuhen nicht verzichten. Die Ansicht, dass die Auswahl der Produkte bei mechanischen Belastungen leichter gelingt als beispielsweise bei Chemikalien-Schutzhandschuhen, ist nicht selten anzutreffen.

Bei der Auswahl werden unterschiedliche Wege beschritten. Auf der einen Seite wird dabei sehr intensiv auf die erreichten Leistungsstufen nach EN 388 geschaut, frei nach dem Motto, je höher desto besser. Selbst die Empfehlung oder gar Vorgabe von Mindestleistungsstufen für Gruppen von Tätigkeit war schon zu beobachten. Auf der anderen Seite wird die EN 388 vom Anwender ignoriert oder gar eine „eigene Testung“ durchgeführt. Beispiel: Schnitt mit Teppichmesser über den Handschuh. Letzteres passt nicht zum „New Approach“, einem neuen Konzept, das in Europa seit Mitte der achtziger Jahre verfolgt wird.

Dabei soll die freiwillige Selbstverpflichtung der Hersteller gestärkt werden. Man will dies durch die Stärkung der Normung erreichen. Da bei den Herstellern hohe Sachkenntnis zu den Produkten vorausgesetzt werden kann und sehr früh Entwicklungen und Veränderungen des Marktes wahrgenommen werden, bestehen die besten Voraussetzungen, dass diese Erkenntnisse rasch in die Weiterentwicklung der Normen einfließen. „Gute Normen“ sollten es auf der anderen Seite dem Gesetzgeber ermöglichen, die Regelungstiefe zu reduzieren. Der Vorwurf, mit ständigen neuen Detailregulierungen die Wirtschaft zu be-

hindern und ohnehin nur hinterherzuhinken, sollte damit weniger Nahrung finden.

Muss ein Hersteller die Norm, in diesem Fall die EN 388, erfüllen?

Nein. Die Norm ist kein Gesetz. Der Hersteller muss die Richtlinie 89/686/EWG erfüllen. Das Bereitstellen auf dem Markt sowie der freie Warenverkehr innerhalb des Binnenmarktes der Europäischen Union wird für persönliche Schutzausrüstungen durch die Richtlinie EWG 89/686 „EWG-Richtlinie für persönliche Schutzausrüstungen“ geregelt. Darin werden grundlegende Anforderungen festgelegt, damit auf einem gemeinsamen Mindestschutzniveau Sicherheit und Gesundheit der Benutzer gewährleistet werden. Der Hersteller muss die Übereinstimmung (Konformität) seines Produktes mit dieser Richtlinie erklären. Erfüllt sein Produkt die entsprechenden harmonisierten Normen, hat er gute Argumente zu belegen, dass er sich ernsthaft darum bemüht hat, die Richtlinie zu erfüllen.

Der Hersteller kann auch mit anderen, mindestens gleichwertigen Ergebnissen belegen, dass er die Richtlinie erfüllt. In der Alltagspraxis dürfte das allerdings aufwändiger sein, sodass Prüfung und Zertifizierung auf Basis der harmonisierten Normen entsprechend verbreitet sind.

Das Bestehen der Prüfungen der Norm ist nicht hinreichend. Falls der Hersteller Erkenntnisse hat, dass er mit „Bestehen“ der Prüfungen nach der Norm die Richtlinie noch nicht vollständig erfüllt, muss er sich um die weiteren



Autor

Dr. Peter Kleesz ist als Arzt bei der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe tätig als Leiter des Sachgebietes Hautschutz im Fachausschuss Persönliche Schutzausrüstungen. Ferner Leiter der deutschen Delegation in der Working Group 8 (Schutzhandschuhe) des TC 162.

Sachverhalte kümmern, um die Anforderungen aus der Richtlinie doch noch zu erfüllen. Allerdings ist das Normungsgremium spätestens dann gefragt, ob es nicht möglich ist, die Norm zu verbessern.

Welche Rolle spielt die Norm?

Aufgabe der Norm ist es, den Warenverkehr zu erleichtern. Dies wird in der Regel als sehr wichtig angesehen. Im Streitfall muss man damit rechnen, dass eine Behinderung des Warenverkehrs auch von Gerichten sehr negativ gewertet wird und entsprechend in die Entscheidung einfließt.

Eine weitere Aufgabe der Norm ist es, den Vergleich verschiedener Produkte zu erleichtern. Eine harmonisierte Prüfnorm ist eine sehr wichtige Voraussetzung dafür, dass Messergebnisse in den verschiedenen Prüfhäusern mit denselben Prüfmethode unter den gleichen Bedingungen erhoben werden.

Ohne diese Basis hätte die Mehrzahl der Nutzer keine realistische Chance zu einem Produktvergleich.

Die Ergebnisse der Prüfungen nach der Norm charakterisieren – allgemein formuliert – Produkteigenschaften. Schaut man bei Schutzhandschuhen genauer hin, muss man sagen, dass die Prüfungen nur zum geringen Teil an Handschuhen vorgenommen werden und überwiegend an entnommenen Teilen erfolgen. Demzufolge handelt es sich dabei um Aussagen zu Materialeigenschaften. Die Prüfmethoden werden nicht danach ausgesucht, welche gerade vorhanden oder besonders schnell durchzuführen sind, sondern sollen möglichst relevant für die zu erwartende Anwendung sein. Andererseits variieren die Anwendungen an den verschiedenen Arbeitsplätzen deutlich und „entfernen sich“ damit von jeder standardisierten Prüfmethode.

Zwangsläufig entsteht hier ein gewisser Spagat zwischen unterschiedlichen Expositionen an den Arbeitsplätzen und nur einer Prüfmethode. Es ist die Aufgabe der Normungsgruppen, diesen „Abstand“ zwischen Norm und tatsächlicher Anwendung möglichst klein zu halten. Das erfordert immer wieder die Aktualisierung der Normen. Die eingangs geschilderte „Eigentestmethode“ ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass sich Normaussage und Praxis zu weit voneinander entfernt haben. Prinzipiell ist anzustreben, dass die aktuelle Norm „so gut ist“, dass sie zu Recht die sogenannte Vermutungswirkung auslöst, das heißt mit ihrer Erfüllung die Anforderungen aus der Richtlinie abgedeckt sind, die Ergebnisse möglichst leicht verständlich sind und dem Anwender einen qualifizierten Vergleich der Produkte erleichtern.

Was kann die Norm nicht leisten?

Eine nach Norm geprüfte Schutzwirkung lässt sich nicht einfach verallgemeinern. Ein Chemikalien-Schutzhandschuh schützt nicht gegen alle Chemikalien, genauso wenig schützt ein Schutzhandschuh gegen alle mechanischen Einwir-

kungen. Die Dämpfung beispielsweise gegenüber einem Schlag mit dem Hammer wird dort nicht geprüft. Die vier Ziffern unter dem Piktogramm auf Handschuhen, die nach EN 388 zertifiziert sind, beziehen sich auf das jeweilige Level, das heißt die Leistungsstufe der Abriebfestigkeit (Leistungsstufen 0 bis 4), der Schnitffestigkeit (0 bis 5), der Weiterreißfestigkeit (0 bis 4) sowie der Durchstichfestigkeit (0 bis 4). Ein Schutzhandschuh gegen mechanische Risiken kann selbst bei den oben genannten Größen, beispielsweise der Durchstichfestigkeit, ungenügend abschneiden.

Man kann aus der Norm nicht ablesen, wie lange ein Produkt am konkreten Arbeitsplatz schützt. Die Permeation von Chemikalien durch das Handschuhmaterial wird gemäß EN 374 bei 23 °C gemessen. Ist die Temperatur des Handschuhmaterials durch Hautkontakt beispielsweise auf 33 °C angestiegen, kann sich die Permeationszeit für eine Chemikalie deutlich verringern, beispielsweise um 43 % oder 57 %, um willkürlich zwei Möglichkeiten zu nennen. Es gibt keinen für alle Substanzen geltenden Umrechnungsfaktor, bei jeder Substanz ist ein anderer Wert möglich.

Beim Schnitt mit einem Messer wird nicht nur die Schärfe der Klinge eine maßgebliche Rolle spielen, auch An-



Foto: Photos.com (Amd Rockser)

druckkraft und Schnittgeschwindigkeit müssen berücksichtigt werden. Aber schneidende Verletzungen können auch beim Tragen eines scharfkantigen Bleches auftreten, die Geometrie der Einwirkung ist durch eine mehr rechtwinklige scharfe Kante charakterisiert. Dafür ist bei großen Blechen die einwirkende Kraft entsprechend groß. Wieder anders ist der Schnittschutz beim Entfernen von Glasbruch zu beurteilen.

Die Auswahl geeigneter Schutzhandschuhe setzt nicht nur eine Gefährdungsanalyse voraus. Messergebnisse aus den Normprüfungen sind zwar eine Orientierungshilfe, für die konkrete Auswahl von Schutzhandschuhen benötigt man weitere Informationen vom Fachmann oder Hersteller.



Foto: Photos.com (Nicole S. Young)



Foto: Photos.com (EricHood)

Diskussionsfelder bei der EN 388

Abriebfestigkeit

Die Abriebfestigkeit wird nach der EN 388 mit Schleifpapier auf einem rotierenden Teller geprüft. In erster Linie wird man bei diesem Design vielleicht an den Abrieb auf Möbelpolstern denken. Offensichtlich konnte dieser Test in den zurückliegenden Jahren auch gut für andere Fragestellungen wie der Abriebfestigkeit von Schutzhandschuhen eingesetzt werden.

In der EN 388 werden Anforderungen an ein Abriebmittel genannt: Das Mindestgewicht des Papierträgers, die Wasserlöslichkeit des Klebmittels, die Parameter der Siebanalyse des Abriebmittels, die Bruchkraft in Längs- und Querrichtung und das Gewicht innerhalb der angegebenen Grenzen für das Glaspapier. Das in der Vergangenheit einheitlich verwendete konkrete Schleifpapier wird in der Norm in einer Fußnote als ein Beispiel für ein Schleifpapier genannt, das als geeignet angesehen wurde.

Dieses für die Prüfung nach EN 388 gebräuchliche Schleifpapier steht so nicht mehr zur Verfügung. Es wurde in riesigen Mengen für andere Zwecke und nicht extra für die Prüfung nach EN 388 hergestellt.

Wenn man nun ein „neues“ Schleifpapier auswählen muss, das die Anforderungen der Norm erfüllt, wird man leider nicht zwangsläufig die gleichen Messergebnisse erhalten. Bei der Suche nach einem „Ersatzschleifpapier“ sind

die Hauptgesichtspunkte bei den Messergebnissen die Reproduzierbarkeit, sowie vergleichbare Werte mit gewohntem Ranking ausgewählter Handschuhe. Die Ringversuche auf europäischer Ebene mit ausgewählten Schleifpapieren waren in den zurückliegenden Jahren unter diesen Gesichtspunkten erfolglos.

Schnittfestigkeit

Die Ergebnisse bei den Prüfungen der Schnittfestigkeit von Schutzhandschuhen zeigten große Abweichungen. Es kann viele Gründe geben, warum Prüfungen nach der Norm eine schlechte Reproduzierbarkeit bei der Schnittfestigkeitsprüfung ergeben. Schärfe, Winkel zwischen Material und Klinge, Anpressdruck, Schnittführungsgenauigkeit und Schnittgeschwindigkeit sind nicht die einzigen wesentlichen Einflussgrößen. Wenn die schneidende Klinge während der Schnittprüfung mehr oder weniger stumpf wird, sind erhebliche Streuungen zu erwarten.

Die bestehende Prüfmethode hat ihre Grenzen. Darauf wird auch in der Norm hingewiesen: „Diese Prüfung ist nicht auf Handschuhe anwendbar, die aus sehr harten Materialien wie beispielsweise Metallringgeflechten bestehen.“ Das ist ein eher extremes Beispiel. Die Weiterentwicklung von Schutzhandschuhen mit besseren Leistungen führte in der Praxis unter anderem zur Einarbeitung von Metall- oder Glasfasern. Es ist naheliegend, dass die bessere Schnittfestigkeit, die Einarbeitung von Mineralien oder Metallen bei neueren Entwicklungen bei den Schutzhandschuhen erreicht wird, Anlass zu den Problemen bei der Prüfung ist.

Weiterentwicklungsmöglichkeiten bei der EN 388

- Man könnte die Norm zurückziehen mit dem Hinweis, dass das gewohnte Schleifpapier nicht mehr zur Verfügung steht und auch kein anderes geeignetes gefunden wurde. Dabei ist zu bedenken, dass das auch für an-

dere Normen für andere Produkte ein Problem wäre, in der auf die EN 388 verwiesen wird.

- Man könnte ein anderes Schleifpapier nehmen, das die in der Norm beschriebenen Anforderungen erfüllt. Wenn man damit andere Messwerte erhält, als mit dem vorherigen Schleifpapier, ist ein Produktvergleich erheblich erschwert. Spätestens beim Einsatz unterschiedlicher Schleifpapiere durch verschiedene Prüfinstitute in den einzelnen Ländern wäre der Nutzer wohl überfordert. Falls man ein geeignetes Schleifpapier findet, das nicht innerhalb der Anforderungen der bestehenden Norm liegt, wäre letztere sinnvollerweise anzupassen.
- Bei einer Zertifizierung nach der Richtlinie ohne Verwendung der EN 388 bestünde kein einheitliches Prüfverfahren mehr. Dieses Vorgehen wäre bereits jetzt möglich, beim Zurückziehen der EN 388 voraussichtlich die Regel. Ein Vergleich von Produkten wäre für den Anwender dann noch schwieriger.
- Man könnte die Norm grundlegend ändern, beispielsweise von dem



Foto: Photos.com (Stockbyte)



Schleifpapier wegkommen und eine strukturierte Hartmetalloberfläche als Schleifmittel nehmen. Die Zeit zur Entwicklung, Testung, Etablierung einschließlich der Ringversuchsabsicherung ist voraussichtlich sehr lang. Dieser Lösungsweg wird jedoch vom Normungsgremium parallel ins Auge gefasst.

- Bei der Schnittschutzprüfung könnte man den Anwendungsbereich deutlicher eingrenzen. Das käme einer teilweisen Zurückziehung der EN 388 gleich. Die Produkte mit einer hohen Leistungsstufe wären in der Norm dann voraussichtlich ausgenommen. Eine Zertifizierung nach der Richtlinie mit ggf. unterschiedlichen Methoden wäre dann weiter möglich, für den Nutzer bzw. für den Produktvergleich aber nicht unbedingt von Vorteil.
- Es wurde vorgeschlagen, die EN 388 für niedrigere Leistungsstufen zu nehmen und die EN ISO 13997 (Schutzkleidung – Bestimmung des Widerstandes gegen Schnitte mit scharfen Gegenständen) für die beiden höchsten Level. Bei der EN 388 schneidet eine runde Klinge eine plane Handschuhprobe. Bei der EN ISO 13997 schneidet eine gerade Klinge eine Probe, die auf einen Zylinder (Achse) aufgebracht ist. Die beiden Methoden unterscheiden sich

nicht nur hierin. Wenn jedoch das stumpf werden der Schneide das entscheidende Problem ist, dann ist durch den „teilweisen Ersatz“ der Prüfung das Problem voraussichtlich nicht nachhaltig gelöst.

- Es muss nach einer Klinge gesucht werden, die so scharf ist, dass sie die verschiedenen Materialien prinzipiell durchschneiden und so differenzieren kann. Dabei darf sie unter der Schnittprüfung nicht stumpf werden.
- Man entwickelt eine neue Norm mit neuen Methoden.

Aktuelle Aufgaben

In Europa haben harmonisierte Normen im Rahmen des New Approach einen hohen Stellenwert. Es sind entsprechende Anstrengungen erforderlich, um einem Aktualisierungsbedarf rasch und qualifiziert nachzukommen. Dabei darf von den besonders betroffenen Herstellern auch ein adäquates Engagement erwartet werden.

Auf der anderen Seite können immer wieder neue Produkte neue oder geänderte Prüfverfahren notwendig machen. Neue Methoden „fallen aber nicht vom Himmel“. Es genügt nicht, einzelne Probleme zu beklagen, ggf. müssen Anstrengungen zur Lösung intensiviert werden.

Bei der EN 388 besteht bei der Aktualisierung sowohl bei der Prüfung von Abriebfestigkeit als auch der Schnittfestigkeit dringender Handlungsbedarf. Und „wo EN 388 draufsteht, muss auch EN 388 drin sein“.

Das Prüfinstitut der Träger der Unfallversicherung (IFA) hat ein Schleifpapier gefunden, das bei einem nationalen Rundversuch ermutigende Ergebnisse gezeigt hat. Im Dezember 2011 wurden daher weitere Prüfstellen in Europa in den Ringversuch eingebunden. Im Frühjahr 2012 wurde aufgrund der vorliegenden Ergebnisse empfohlen, dass Prüfstellen einheitlich dieses Schleifpapier nehmen.

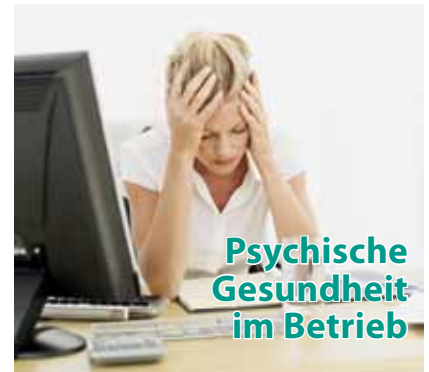
Bei der Prüfung der Schnittfestigkeit ist leider eine Situation eingetreten, bei der die Reproduzierbarkeit der Leistungsstufen unbefriedigend ist. Eine naheliegende Erklärung ist ein stumpf werden der Klinge bei der Prüfung. Es wird berichtet, dass ein Schutzhandschuh eine höhere Leistungsstufe erreichen kann als ein anderer, aber trotzdem am Arbeitsplatz schlechter vor Schnitten schützt. Gerade in dieser Situation ist (erneut) darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der Prüfung nach der Norm nur zu einer Vorauswahl dienen können und nicht 1:1 auf die Schutzwirkung am Arbeitsplatz übertragen werden können. Aber selbst für die Vorauswahl bei den hohen Leistungsstufen sind die Ergebnisse offensichtlich nur eingeschränkt verwendbar. Selbst wenn man davon ausgeht, dass eine Aktualisierung der Schnittschutzprüfung noch mehr Vorarbeit erfordert, muss man auf eine möglichst rasche Beendigung des Zustandes drängen, damit der Wert der Normung in diesem Bereich keinen weiteren Schaden erleidet. □

Danksagung:

Herrn v. Hoegen, Sekretär des TC 162, wird für die Durchsicht des Manuskripts gedankt.

Psychische Gesundheit im Betrieb

Folge 6



Einleitung

Die arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ des Ausschusses für Arbeitsmedizin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nennt Eckdaten zur Psychischen Gesundheit und stellt dabei die Rolle des Betriebsarztes in den Mittelpunkt.

In den Folgen 1 bis 4 wurden die Grundlagen vermittelt. In den Folgen 5 und 6 **Perspektiven und Methoden** werden ausgewählte Ansätze und Analyseinstrumente für den Methodenkoffer des Betriebsarztes zur Identifikation von psychischen Belastungen und Ressourcen im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -beurteilung ausführlich vorgestellt, auf eine umfassende Darstellung wird aber bewusst verzichtet. Mögliche externe Kooperationspartner werden benannt. Die Rahmenbedingungen in kleinen und mittelgroßen Unternehmen werden stets berücksichtigt. Für die praktische Umsetzung wird ein bewährtes dreistufiges Vorgehen empfohlen.

Die Vorstellung erfolgreicher **Betrieblicher Beispiele** in Folge 7, Handlungsansätze und eine Darstellung wesentlicher **Erfolgsfaktoren** in Folge 8 runden die Empfehlung ab.

Perspektiven und Methoden

6 Handlungsempfehlungen zur Entwicklung und Sicherung von Gesundheitsressourcen im Betrieb: Kooperation

Berufsgenossenschaften (Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) und Krankenkassen (Träger der gesetzlichen

Krankenversicherung) verfügen in der betrieblichen Gesundheitsförderung über einen breiten Wissensschatz und eine Vielzahl an bewährten Konzepten und Strategien, wovon Unternehmen in vielerlei Hinsicht profitieren können. Als kompetente Ansprechpartner unterstützen sie die Betriebe und ihre Akteure bei der Identifizierung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen, der Entwicklung möglicher Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und natürlich bei der Umsetzung der Maßnahmen.

Als weitere Kooperationspartner stehen zu Organisationsaspekten die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und zu individueller Unterstützung im Einzelfall die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zur Verfügung.

6.1 Staatlicher Arbeitsschutz

Seit langem schon setzt sich der Staatliche Arbeitsschutz mit den Veränderungen in der Arbeitswelt auseinander und spricht die unterschiedlichen thematischen Aspekte psychischer Gesundheit im Betrieb aktiv an, beispielsweise im Rahmen von Betriebsrevisionen. Der Staatliche Arbeitsschutz zielt im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes auf **verhältnispräventive Maßnahmen**, denn sein Adressat ist in erster Linie der Arbeitgeber, der seinerseits für eine gesundheitsgerechte und sichere Gestaltung der Arbeitsplätze und -abläufe in seinem Betrieb Sorge tragen muss. Entsprechend stehen Primär- und Sekundärprävention im Fokus. Im Blickfeld sind dabei innerbetriebliche Strukturen und Prozesse, die zu einer Verbesserung des Arbeitsschutzes führen.

Der staatliche Arbeitsschutz kooperiert aber auch bei flankierenden verhaltenpräventiven Maßnahmen und Konzepten: er ermutigt zu innerbetrieblicher Gesundheitsförderung und dem Aufbau von Gesundheitskompetenz, um so den Präventionsgedanken zu stärken. Die Aufsichtspersonen werden in Zukunft noch stärker prüfen, ob in den Gefährdungsbeurteilungen die im Betrieb existierenden psychischen Belastungen angemessen aufgegriffen werden und die entsprechenden Maßnahmen veranlasst und umgesetzt sind.

Über die Kernaufgabe (Überwachung und Kontrolle von Gesetzen und Verordnungen und deren betrieblicher Umsetzung) des Staatlichen Arbeitsschutzes hinaus werden Informationen angeboten, Impulse gesetzt und Anschubberatung geleistet. In vielen Bundesländern sind dazu spezielle Flyer oder Informationsschriften vorhanden, die an entsprechender Stelle abgerufen werden können. Je nach Bundesland sind Gewerbeärzte und Arbeitspsychologen beschäftigt, die als Ansprechpartner für Betriebe zum Thema Psychische Gesundheit zur Verfügung stehen, Fortbildungen anbieten und bei Bedarf branchenspezifische Informationen erarbeiten (<http://lasi.osha.de/docs/lv52.pdf>, S. 25).

6.2 Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften)

Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bieten den Unternehmen zum Erhalt und zur Förderung psychischer Gesundheit im Betrieb konkrete Handlungsempfehlungen an, die sowohl

primär- als auch sekundärpräventive Maßnahmen umfassen. Enthalten sind Elemente der **Verhaltens- und der Verhältnisprävention**. Die Handlungsempfehlungen sind zielgruppenspezifisch aufbereitet und wenden sich an Unternehmer, Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Beschäftigte. Es werden Hilfen mit systemischem Ansatz als Gesundheitsschutzmanagementsysteme und Einzelmaßnahmen als Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten.

So ist beispielsweise „Gesundheit mit System“ ein Managementsystem, mit dem die Potenziale von Gesundheit in die betrieblichen Prozesse eingebunden werden können. Es werden betriebliche Abläufe und Strukturen geschaffen, die Gesundheit und Motivation der Beschäftigten nachhaltig verbessern und sichern. Hierzu werden Medien, betriebliches Coaching durch eigens geschulte Berater und Einzelmaßnahmen als Module angeboten. Die initiale Gefährdungsbeurteilung enthält Elemente zu den Themen Stress und psychische Gesundheit. Bei Bedarf können Beschäftigtenbefragungen mit Auswertung und Maßnahmenvorschlägen durchgeführt werden. Zum Teil sind die Handlungsempfehlungen branchenspezifisch ausgerichtet, beispielsweise für die Primärprävention von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach Überfällen im Bankbereich.

Im Bereich Qualifizierung werden Seminare für alle genannten Zielgruppen zum Thema Stress und den Umgang mit psychischen Belastungen durchgeführt. Ergänzt wird das Angebot mit Selbstlernprogrammen, in denen auch Selbsttests durchgeführt werden können. Thematisiert wird auch hier ein ganzheitlicher Ansatz, in dem Zusammenhänge und Einflussmöglichkeiten von Arbeitswelt und privatem Umfeld aufgezeigt und Lösungen empfohlen werden. Psychische Gesundheit wird auch in den Modulen für die Durchführung von Gesundheitstagen thematisiert und ist mit konkreten Angeboten wie persönlichen Stresstests unterlegt. Alle Angebote sind als Printmedien

oder in elektronischer Form verfügbar. Übergreifend veröffentlicht die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Handlungsempfehlungen zum Thema „psychische Gesundheit“ (Praxishilfe 1; Leitfaden; Handlungsempfehlungen und Produkte zum Thema).

6.3 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbringen auf Antrag Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Indikationsbereich Psychosomatik bei chronifizierten oder häufig rezidivierenden psychischen Störungen. Eine Indikation für eine stationäre psychosomatische Rehabilitation besteht darüber hinaus, wenn ausreichende Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht vorhanden sind, bei therapieungünstigen Arbeitszeiten (beispielsweise Nacht- und Wechschicht, Montage) oder wenn eine vorübergehende Distanzierung vom häuslichen und/oder beruflichen Konfliktfeld angezeigt ist. (Checkliste zur Einschätzung des Reha-Bedarfs – Indikationsbereich Psychosomatik unter www.deutsche-rentenversicherung-nord.de > [Angebote für spezielle Zielgruppen](#) > [Betriebs- und Werksärzte](#)). Zu den Leistungen kann auch eine Begleitung an den Arbeitsplatz durch einen Therapeuten im Rahmen der betrieblichen Wiedereingliederung gehören. Auch der Betriebsarzt kann passende Leistungen für Beschäftigte beantragen, oft wird durch den Antrag des Betriebsarztes das Verfahren erheblich beschleunigt.

6.4 Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen)

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig von Ge-

schlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Für die Durchführung der Maßnahmen liegt ein Leitfaden Prävention (2010) vor, der Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung aufführt, die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden enthält neben den Zielgruppen, dem allgemeinen Ziel, den Inhalten auch Angaben zur anzuwendenden Methodik und den Anbieterqualifikationen. Maßnahmen, die nicht den im Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von § 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden.

Die Förderung der psychischen Gesundheit wird im Leitfaden durch das Handlungsfeld Psychosoziale Belastungen (Stress) unterstützt. Die folgenden zwei Präventionsprinzipien sollen durchgeführt oder gefördert werden.

- 1. Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz.** Der Leitfaden Prävention sieht als Zielgruppen zum einen alle Beschäftigten mit (nicht existentieller) Stressbelastung und zum anderen Gruppen mit spezifischen Belastungsprofilen. Dieses können Führungskräfte, Außendienstmitarbeiter oder weitere besonders belastete Gruppen sein. Die Zielgruppen sollen durch betriebliche Stressmanagementtrainings lernen, „...negative Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit aufgrund von chronischen beruflichen Stresserfahrungen zu vermeiden oder zu reduzieren, in dem die individuellen Bewältigungskompetenzen gestärkt werden mit dem Ziel eines möglichst breiten individuellen Bewältigungsrepertoires und einer möglichst hohen Flexibilität im Umgang mit Stressbelastungen“ (Leitfaden Prävention, S. 72).
- 2. Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.** Das zweite Präventionsprinzip zur Förderung der psychi-

schen Gesundheit richtet sich an Führungskräfte. Diese werden als wichtige Personengruppe gesehen, die einen Einfluss auf die Gesundheit, die Motivation und Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben. Der Leitfaden Prävention formuliert das Ziel der Trainingsmaßnahmen folgendermaßen: „Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung verfolgen eine doppelte Zielsetzung: Zum einen sollen Führungskräfte für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und der Gesundheit, dem Wohlbefinden und den psychophysischen Belastungen auf Seiten der Mitarbeiter sensibilisiert und bei der Entwicklung eines mitarbeiterorientierten und gesundheitsgerechten Führungsstiles unterstützt werden. Dadurch sollen psychische Fehlbelastungen auf Seiten der Mitarbeiter reduziert und deren Zufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gefördert werden. Zum anderen sollen die Führungskräfte selbst auch Strategien einer gesundheitsgerechten Bewältigung des eigenen Führungsalltages erlernen. Damit soll sowohl der Vorbildfunktion der Führungskraft Rechnung getragen werden als auch dem Umstand, dass eigenes Stresserleben der Führungskräfte ein häufiges Hindernis für die Realisierung eines ge-

sundheitsgerechten Umgangs mit den Mitarbeitern darstellt“ (Leitfaden Prävention, S. 74).

Der Leitfaden Prävention hebt zusätzlich die **Bedeutung der Verhältnisprävention** hervor und setzt auf den Aufbau und die Unterstützung durch gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb.

Weitere Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit:

Der BKK-Bundesverband bietet gemeinsam mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. für Führungskräfte, Gesundheitsmanager, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und -räte die Schulung „Psychisch krank im Job“ an. Das Seminar soll neben einer grundlegenden Einführung zu psychischen Erkrankungen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen unter anderem befähigen, Frühwarnzeichen zu erkennen und auf Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen.

An Beschäftigte richtet sich eine Handlungshilfe des BKK Bundesverbandes mit dem Titel „Kein Stress mit dem Stress“. Die Broschüre gibt Hinweise, was die Beschäftigten selbst tun können, um psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu erkennen und sie gibt Tipps, wie Beschäftigte ihre Arbeit so beeinflussen können, dass Sie ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität schützt und verbessert (Verhaltensprävention).

6.5 Fachärzte und Psychotherapeuten

Durch seine unmittelbare Präsenz in den Betrieben ist der Betriebsarzt häufig die erste ärztliche Anlaufstelle für Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen. Er ist in der Lage die von psychischen Erkrankungen Betroffenen schnell und kompetent in Behandler-Netzwerke zu integrieren. Im Sinne der integrierten Versorgung ist eine Kooperation zwischen Arbeitsmedizinern, niedergelassenen Therapeuten und Fachkliniken elementar bei der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. Im Projekt „Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner“ (ÄrBeK) haben Betriebsärzte, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen gemeinsame Pfade – auch zur Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen – erarbeitet (http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xml/70113_70118.htm). Ihr gemeinsames Ziel ist zum einen die Prävention psychischer Erkrankungen und zum anderen insbesondere die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit der von psychischen Erkrankungen betroffenen Beschäftigten. □

Der Beitrag wird fortgesetzt.

Die Redaktion dankt Dr. A. Schoeller für die redaktionelle Aufbereitung des Textes.

Literatur:

Handlungsempfehlungen und Produkte zum Thema.

Verfügbar unter: www.dguv.de

GKV Spitzenverband, 2010: Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin.

(http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xml/70113_70118.htm)

Konzept zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention; LV 28; Hrsg.: LASI (2002)

Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt. Printversion und Internet, DGUV. Berlin 2010.



Freude schenken!

Es gibt viele Anlässe, Kindern zu helfen.
Mit Ihrer »Anlass-Spende« sammeln Sie anstelle von Blumen und Geschenken Spenden für Kinder in Not.
Und Sie wissen: Die Hilfe kommt an!
Weitere Informationen unter
Tel. 0541/7101-128

www.tdh.de



Vereinbarung zwischen der Deutschen Rentenversicherung Nord und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW e. V.)

Einbindung von Betriebsärzten in den Rehabilitationsprozess

Dr. Jutta Kindel,
Ärztin für Innere Medizin
und Arbeitsmedizin,
Hamburg



Die Deutsche Rentenversicherung Nord und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) haben im Frühjahr 2012 für den Bereich Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben geschlossen. Das Modellprojekt soll dazu beitragen, Reha-Bedarfe frühzeitig zu erkennen und die Erwerbsfähigkeit chronisch kranker Beschäftigter nachhaltig zu sichern. Der Betriebsarzt als Initiator des Rehabilitationsantrages und als Steuermann der Wiedereingliederung nimmt dabei eine zentrale Stellung ein.

Die Vorstellung des neuen Verfahrens am 14. August 2012 im Gebäude der Deutschen Rentenversicherung Nord fand bei den teilnehmenden Betriebs- und Werksärzten, den Ärzten aus den Rehabilitationskliniken und Sozialmedizinern großes Interesse und sorgte für eine lebhaft Diskussion

Das Verfahren sieht die direkte Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen durch den Betriebsarzt/-ärztin und die Durchführung von zwei Gesprächen mit der oder dem Mitarbeiter direkt nach der Rehabilitationsmaßnahmen bzw. sechs Monate danach zur Sicherung des Rehabilitationserfolges vor.

Die für die Praxis erforderlichen Informationen und die erforderlichen Formulare stehen auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Nord unter www.deutsche-rentenversicherung-nord.de (→ Themen → Rehabilitation → Fachinformationen → Infos für Betriebs- und Werksärzte) als Download zur Verfügung. Neben dem üblichen Formularpaket zur medizinischen Rehabilitation als Leistung des Rentenversicherungsträgers (G100, G 110, G160) liegen der Vordruck K8050 (Tätigkeits-

beschreibung), SMD2061 (ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe) und K8060 (Einverständnis des Versicherten zur Einbindung des Betriebsarztes in den Rehabilitationsprozess) vor.

K8080 und K8090 sind der Zwischenbericht für das zweite Gespräch und der Abschlussbericht für das dritte Gespräch. Das Übersenden der Formulare SMD2061, K8080 und K 8090 wird separat vergütet. Zwei Checklisten geben Hilfestellung für die Indikationsstellung bei somatischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Die DRV Nord verpflichtet sich, den Betriebsarzt, der die Reha-Maßnahme eingeleitet hat, über das Ergebnis der Antragsprüfung zu informieren. Damit solche Anträge sicher erkannt werden, bittet sie auf der ersten Seite des Formantrags folgenden Zusatz farblich einzutragen: „Kooperationsvereinbarung der DRV Nord mit Betriebsärzten“. Es ist auch vereinbart, dass die Klinik dem zuweisenden Betriebsarzt/-ärztin den Reha-Abschlussbericht schickt.

Für die Genehmigung des Antrages durch die Rentenversicherung und die Gewährung einer Maßnahme sind neben den gesetzlich vorgeschriebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen folgende persönlichen oder medizinischen Voraussetzungen entsprechend SGB VI § 10/SGB IX § 26 – 32 zu beachten:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit (erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit)
2. Positive Rehabilitationsprognose, das heißt Abwendung einer drohenden Erwerbsminderung mit einer Erfolgsaussicht > 50 % oder einer wesentlichen Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
3. Rehabilitationsfähigkeit muss gegeben sein, das heißt der Versicherte

muss an der Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen können.

Wichtig ist es, dass die Beschäftigten motiviert sind und an dem Rehabilitationsprozess aktiv mitwirken wollen und können, dass eine Motivation zur Lebensstiländerung erkennbar und die bisherige Strategie zur Krankheitsbewältigung nicht ausreichend ist. Ambulante Therapien sollten bereits eingeleitet, aber bisher nicht ausreichend erfolgreich sein.

Der Betriebsarzt / die Betriebsärztin kann den Rehabilitationsbedarf frühzeitig in der Sprechstunde bei mehrfachen oder langandauernden stationären Krankenhausaufenthalten, im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach langer Arbeitsunfähigkeit in den letzten zwölf Monaten, aber auch bei besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen feststellen. Ziel ist es immer, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Bei dem Verfahren wird auf die besonderen Kenntnisse der Betriebsärzte / Betriebsärztinnen in Bezug auf den Arbeitsplatz zurückgegriffen.

Eine enge Verzahnung zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ist wünschenswert, um die körperlichen, psychischen und sozialen Probleme gleichzeitig zu erfassen, die die Beschäftigten am Arbeitsplatz belasten. Dann können mit spezifischen physiotherapeutischen und psychosozialen Modulen diese Probleme in Einzel- und Gruppengesprächen bearbeitet und Verhaltensstrategien vermittelt werden, die auch im Beruf umgesetzt werden können. An speziellen Modellarbeitsplätzen können immer wiederkehrende Arbeitsabläufe analysiert, die Probleme herausgefiltert und dann mit den Patienten gemeinsame Lösungen gesucht und eingeübt werden. Der weiteren Entwicklung ist mit Spannung entgegen zu sehen. □

Neues Hörsystem mit Zulassung für Menschen
mit Hörminderung am Lärmarbeitsplatz

Gehörschutz am Arbeitsplatz

Eine patentierte Lösung aus intelligenter Hörerätetechnik mit eigens dafür entwickeltem Lärmarbeitsplatzprogramm, einer speziellen Dämmotoplastik und einem dafür zugelassenen Prüfsystem gilt als neue Schutzlösung für Menschen mit Hörminderung am Lärmarbeitsplatz (ab ca. 80 dB(A)).

Erstmals hat ein speziell dafür programmiertes Hörsystem mit zugehöriger Spezialdämmplastik eine Baumusterprüfbescheinigung nach der PSA-Richtlinie für den Einsatz im Arbeitslärm als aktiver Gehörschutz erhalten. Bei der Neuentwicklung des Systems „AS Hörлуchs ICP XS, DUO und P“ der Firma Hörлуchs Gehörschutzsysteme, handelt es sich um eine vollwertige PSA mit CE-Kennzeichen und ein vollwertiges Medizinprodukt, das im Heil- und Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist.

Die Neuentwicklung ICP (Insulating Communication Plastic) ist für Menschen mit Hörminderung am anspruchsvollen Lärmarbeitsplatz besonders geeignet, da hierbei ein vorhandener Hörverlust, sowie die daraus resultierende Überdämmung im Hauptwahrnehmungsbereich ausgeglichen wird, ohne das Gehör zu schädigen.

Das System besteht aus drei Hörerätevarianten (AS Hörлуchs ICP XS, DUO und P) und einer speziellen Dämmotoplastik (ICP HAWEI). Das Hörsystem wird mit einer individuellen Werkvoreinstellung für den angegebenen Lärmarbeitsplatz unter Berücksichtigung der bestehenden Hörminderung ausgeliefert. Dieses spezielle Lärmarbeitsplatzprogramm darf vom Höreräteakustiker für die Fein Anpassung



Foto: Photos.com (Konstantin Yofshin)

modifiziert werden. Die Auslieferung wird direkt am Lärmarbeitsplatz durchgeführt; durch eine spezielle Sonden-schlauchmessung wird dabei überprüft, welche Pegel bei welcher Frequenz am Trommelfell ankommen, um die Arbeitsschutzvorschriften einzuhalten. Die Dokumentation beinhaltet die Messergebnisse am Arbeitsplatz ohne Ansprache sowie mit Ansprache bzw. Warnsignal. Die Abgabe kann nur ein ausgebildeter Höreräteakustiker oder ggf. ein gleich qualifizierter Mitarbeiter mit der entsprechenden Lizenzschulung des Herstellers durchführen.

ICP HAWEI ist die erste Gehörschutzotoplastik mit Zulassung nach den PSA Richtlinien DIN EN 352-2. für Höreräteträger am Lärmarbeitsplatz und kann als Dämmplastik (Passivdämmung) eingesetzt werden. Höreräte-



AS Hörлуchs ICP XS

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. J. Kindel
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

träger, die ihre Hörsysteme für leise Arbeitsphasen (Besprechungen, Büroarbeiten) benötigen, können den ICP HAWEI mit einem herkömmlichen Gerät kombinieren. Während des Aufenthalts im Lärmbereich müssen die Höreräte ausgeschaltet werden, die passive Dämmung des ICP HAWEI gewährleistet dabei einen ausreichenden Schutz wie ein herkömmlicher Gehörschutz. Nach Verlassen des Lärmbereiches können die Hörsysteme einfach wieder eingeschaltet werden, ohne das Ohrpassstück/ Gehörschutz wechseln zu müssen.

Die entwicklungsbegleitende Prüfung des Hörsystems wurde durch das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt, mit regelmäßigen Konsultationen des Sachgebiets Gehörschutz im Fachausschuss Persönliche Schutzausrüstung (PSA) der DGUV. □