



## Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein

Ausgabe 2009

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
des Landes Schleswig-Holstein  
Adolf-Westphal-Straße 4  
24143 Kiel  
E-Mail:  
Bettina.Kuepper@SozMi.landsh.de  
Telefon: 0431/988-5438

Realisation:

Schmidt & Klaunig im Medienhaus Kiel

ISSN 0935-4379

Dezember 2008

Die Landesregierung im Internet:

[www.schleswig-holstein.de](http://www.schleswig-holstein.de)

Fotos Umschlag:

Fotoagentur Fox, Lindlar

Fotos Seite 11, 27, 35, 39: Thomas Maess

Diese Broschüre wurde aus Recycling-  
papier hergestellt.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der  
Öffentlichkeitsarbeit der schleswig-  
holsteinischen Landesregierung herausge-  
geben. Sie darf weder von Parteien noch  
von Personen, die Wahlwerbung oder  
Wahlhilfe betreiben, im Wahlkampf zum  
Zwecke der Wahlwerbung verwendet  
werden. Auch ohne zeitlichen Bezug zu  
einer bevorstehenden Wahl darf diese  
Druckschrift nicht in einer Weise ver-  
wendet werden, die als Parteinahme der  
Landesregierung zugunsten einzelner  
Gruppen verstanden werden könnte. Den  
Parteien ist es gestattet, die Druckschrift  
zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder  
zu verwenden.

# Inhalt

Vorwort .....	5
---------------	---

## Teil I Prävention & Arbeitswelt

Prävention am Arbeitsplatz .....	9
„Modell Schleswig-Holstein“ – Staatlicher Arbeitsschutz neu aufgestellt .....	11
Arbeitsschutz für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Neue Ziele – Neue Wege .....	13
esa – eingliedern statt ausgliedern .....	15
Arbeits- und Gesundheitsschutz trifft Personalentwicklung – Auf dem Weg zu einem neuen Leistungs- und Gesundheitsverständnis .....	17
Initiative Arbeit im demographischen Wandel .....	25
GESA (Gesundheit am Arbeitsplatz) – ein schleswig-holsteinisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung .....	27
Zehn Jahre Netzwerk Betrieb und Rehabilitation in Schleswig-Holstein .....	29
Ansprechen statt schweigen: Suchtgefahren am Arbeitsplatz .....	31
Haut hautnah – Arbeitsschutz und Hauterkrankungen .....	35

## Teil II Prävention & Verbraucherschutz

Netzwerk Ernährung Schleswig-Holstein .....	39
Fit bleiben und gesund essen: Ernährung und Alter .....	41
Sicherheit im Alter – Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz .....	43

## Teil III Prävention & Gesundheit

Hart aber „herz“lich: Konsequenz für mehr Herzgesundheit .....	47
Alkoholkonsum – der verantwortungsbewusste und kritische Konsum .....	53

## Teil IV Prävention & Service

Tabelle 1	Personal der Arbeitsschutzbehörden 2006 .....	57
Tabelle 2	Betriebsstätten und Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich 2006 .....	57
Tabelle 3.1	Dienstgeschäfte in Betriebsstätten 2006 .....	58
Tabelle 3.2	Dienstgeschäfte außerhalb von Betriebsstätten 2006 .....	59
Tabelle 4	Produktorientierte Darstellung der Tätigkeiten 2006 .....	60

Tabelle 5.1	Marktüberwachung (aktiv/reaktiv) nach dem Produktsicherheitsgesetz 2006 .....	61
Tabelle 6	Begutachtete Berufskrankheiten 2006 .....	62
Tabelle 1	Personal der Arbeitsschutzbehörden 2007 .....	63
Tabelle 2	Betriebsstätten und Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich 2007 .....	63
Tabelle 3.1	Dienstgeschäfte in Betriebsstätten 2007 .....	64
Tabelle 3.2	Dienstgeschäfte außerhalb Betriebsstätten 2007 .....	65
Tabelle 4	Produktorientierte Darstellung der Tätigkeiten 2007 .....	66
Tabelle 5	Marktüberwachung (aktiv/reaktiv) nach dem Geräte- und Produktsicherheitsgesetz 2007 .....	67
Tabelle 6	Begutachtete Berufskrankheiten 2007 .....	68
Adressen zum Thema „Prävention“ .....		69

# Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Gesundheit geht alle an – unabhängig von Alter, Geschlecht oder Herkunft. Dass Gesundheit keine Selbstverständlichkeit ist, wird vielen erst bewusst, wenn sie abhanden kommt, wenn wir krank werden. Das müsste nicht sein, denn man muss nicht sein ganzes Leben umkrempeln um wirksame Schritte zur Vermeidung von Erkrankungen zu machen. Krankheitsvermeidung bedeutet, dass gravierende Verluste an Lebensqualität und Leiden der Betroffenen vermieden werden. Das ist mit Geld gar nicht aufzuwiegen. Aber jeder Euro, der in Krankheitsprävention gesteckt wird, rentiert sich, weil Heilung und Rehabilitation für das Gesundheitssystem um ein Vielfaches teurer sind! Krankheiten vorzubeugen, muss daher im Mittelpunkt moderner Gesundheitspolitik stehen. Was gesund macht und gesund erhält, muss möglichst vielen Menschen erschlossen werden. Wissen allein reicht nicht, um krankmachende Alltagsgewohnheiten zu durchbrechen. Es gilt, Menschen zu informieren, aber auch durch praktische Erfahrungen zu motivieren, sich gesund zu ernähren, das Übergewicht abzubauen, mit dem Rauchen aufzuhören oder den Alkoholkonsum zu reduzieren usw. Das richtige Maß zu finden, verspricht letztlich mehr Lebensfreude und Genuss.

Gesundheit hängt nicht nur von Lebensstil und Verhalten ab, sondern auch von den Rahmenbedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, lernen, arbeiten, wohnen und älter werden. Oft sind es gerade sozial schlechter gestellte Menschen, denen Informationen, aber auch Kraft und Motivationen fehlen, sich so zu verhalten, dass es ihrer Gesundheit gut tut. Darum muss Politik dafür Sorge tragen, dass eigenverantwortliche Gesundheitsförderung tatsächlich gelebt wird. Dabei müssen Gesundheits-, Bildungs- und auch Sozialpolitik Hand in Hand gehen.

Gesundheitliche Prävention hat in Schleswig-Holstein hohe Priorität quer durch die unterschiedlichsten Handlungsfelder. Beispielhaft ist die „Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein“ zu nennen. Mit ihr fördern wir die Zusammenarbeit von Unternehmen und Institutionen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft, um die Potentiale des Zukunftsmarktes Gesundheit für Schleswig-Holstein offensiv zu nutzen. Prävention ist dabei ein wesentliches Element!

Die Beschäftigungsfähigkeit von älter werdenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch Gesundheitsförderung und bessere Rehabilitation zu erhalten, zählt zu den zentralen Handlungsfeldern der Initiative „Arbeit im demografischen Wandel“. Sie wird vom Arbeits- und dem Sozialministerium, den Wirtschafts- und Sozialpartnern sowie der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit gemeinsam getragen.



Was die Politik auf unterschiedlichste Weise zum vorbeugenden Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger im Land leisten kann, dafür liefert die vorliegende Broschüre „Gesund leben und arbeiten in Schleswig-Holstein“ praktische Beispiele.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren ist gesetzlich verpflichtet, einen jährlichen Bericht über den staatlichen Arbeitsschutz zu veröffentlichen. Dieser Bericht wird jetzt erstmalig erweitert und rückt den vorbeugenden Gesundheitsschutz mit weiteren Facetten ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Wir wollen eine präventionsorientierte gesundheitspolitische Gesamtstrategie erarbeiten. Dieses Ziel haben die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder unter Vorsitz des Landes Schleswig-Holstein 2008 in Plön vereinbart.

Wir wollen mit dieser Broschüre einen Einblick geben in einen Teil der vielfältigen Maßnahmen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren im Bereich des vorbeugenden Gesundheitsschutzes. Vor allem aber wollen wir ein anregendes Diskussionsforum schaffen für neue Ideen, Ansätze und Beiträge im Bereich der Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein. Für jede Lebenslage gilt: Prävention und Vorsorge sind die Schlüssel für individuelle Lebensqualität und eine gesunde, leistungsfähige Gesellschaft als Ganzes. Voraussetzung dafür ist, das Gesundheitssystem in Deutschland auf hohem Niveau funktionstüchtig zu halten.

A handwritten signature in black ink that reads "Gitta Trauernicht". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Gitta Trauernicht  
Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und  
Senioren des Landes Schleswig-Holstein



Teil I

Prävention & Arbeitswelt

Teil II

Prävention & Verbraucherschutz

Teil III

Prävention & Gesundheit

Teil IV

Prävention & Service



# Prävention am Arbeitsplatz

Von Michael Thomas Fröhlich, Hauptgeschäftsführer UVNord – Vereinigung der Unternehmensverbände in Hamburg und Schleswig-Holstein e.V. – BDI-Landesvertretung Schleswig-Holstein

Seit Jahrzehnten betreiben die Betriebe und Unternehmen im Norden erfolgreichen Arbeitsschutz. Die Zahl der Arbeitsunfälle ist allein seit 1991 um mehr als 45 % zurückgegangen. Ebenso wie bei den Arbeitsunfällen sind auch bei den angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten erfreuliche Rückgänge zu verzeichnen. Dieser äußerst positive Verlauf zeigt, dass die Präventionsarbeit der Unternehmen sehr erfolgreich ist und der umfassend geregelte Arbeits- und Gesundheitsschutz in Deutschland sich auf einem sehr hohen Niveau befindet. Die freiwillig organisierte Wirtschaft legt größten Wert darauf, dass das hohe Qualitätsniveau des staatlichen Arbeitsschutzes in Schleswig-Holstein auch zukünftig aufrechterhalten wird.

Die Arbeitgeber haben in den letzten Jahren erkannt, dass ein aktiv betriebener Arbeitsschutz Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren reduziert und die Wettbewerbsfähigkeit durch den Abbau von Fehlzeiten und die Vermeidung von Betriebsstörungen erheblich verbessert. Zugleich unterstützt eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen die Motivation der Mitarbeiter und verbessert die Qualitätsstandards in den Betrieben. Die Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation und Arbeitsanforderung haben sich aufgrund des globalen Wettbewerbes und dem Wandel zu einer wissens- und informationsbasierten Arbeitswelt insgesamt verändert. Auf diese grundlegenden Veränderungen muss auch das deutsche Arbeitsschutzsystem reagieren, um die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Beschäftigte am Arbeitsplatz gesund älter werden können. Neben dem verpflichtenden gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz bedarf es ergänzender freiwilliger Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik, um die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel und den damit einhergehenden Fachkräftemangel gesund und leistungsfähig zu erhalten. Hierfür ist die Entwicklung praxistauglicher Handlungshilfen, insbesondere für die kleinen und mittleren Unternehmen zwingend erforderlich, um ein so genanntes Präventions- und Arbeitsschutzbewusstsein bei den Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu manifestieren und die Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz aktiv umzusetzen.

In den kommenden Jahren wird die Prävention am Arbeitsplatz, insbesondere in Bezug auf die Gestaltung von gesunden Arbeitsplätzen, die Gesundheitsförderung



im Betrieb und die Einführung einer gesunderhaltenden Unternehmenskultur für die Unternehmen eine große Chance sein, sich auf die Veränderungen im Zuge des demografischen Wandels einzustellen und sich zukunftsfähig aufzustellen.

Der aktuellen Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) sehen wir mit Interesse entgegen und beteiligen uns gerne an einer betrieblich umsetzungsfähigen Zielsetzung.

UVNord ist der wirtschafts- und sozialpolitische Spitzenverband der norddeutschen Wirtschaft, der heute 59 Mitgliedsverbände mit rund 27.000 Unternehmen vertritt, in denen mehr als 1,2 Millionen Menschen Beschäftigung finden. UVNord ist zugleich die schleswig-holsteinische Landesvertretung des Bundesverbandes der Deutschen Industrie.



# „Modell Schleswig-Holstein“ – Staatlicher Arbeitsschutz neu aufgestellt

Von Andreas Fleck, Abteilungsleiter im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

## **Der staatliche Arbeitsschutz in Schleswig-Holstein wurde im Jahr 2008 grundlegend neu strukturiert.**

Am 23. Januar 2007 hat die Landesregierung Schleswig-Holstein entschieden, im Zuge der Umsetzung des Gesamtprojekts einer Verwaltungsstrukturreform in Schleswig-Holstein die Vollzugsaufgaben des staatlichen Arbeitsschutzes zur Unfallkasse Schleswig-Holstein (UK S-H) zu übertragen – zum 1. Januar 2008.

Gleichzeitig wurde das Arbeitsschutzkonzept für Schleswig-Holstein an die zukünftigen organisatorischen Bedingungen und politischen Veränderungen im Arbeitsschutz angepasst.

## **Warum wurde eine Neustrukturierung nötig?**

Mit dem Koalitionsvertrag aus dem Jahre 2005 wurde festgelegt, die Landesverwaltung einer umfassenden strukturellen Reform zu unterziehen und dabei (neben anderen Landesbehörden) das Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit aufzulösen. Damit stand für das Sozialministerium die Frage an, wohin die Vollzugsaufgaben des Landesamtes nach dessen Auflösung gehen sollen. Es wurde schnell deutlich, dass die Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes (zum Beispiel auch die Arzneimittelüberwachung, aber auch spezielle Aufgaben im Verbraucherschutz oder berufsrechtliche Aufgaben der Heilberufe) schon wegen ihrer bereits vorher erreichten kompakten Organisationsform nicht ohne Mehrkosten und Nachteile für die Betriebe und Bürgerinnen und Bürger auf eine kommunale Verwaltungsebene verlagert werden können.

Zur Frage der Effizienz bei Verlagerung des Arbeitsschutzes gab es unterschiedliche Einschätzungen. Schließlich schlug die kommunale Ebene vor, die Aufgaben des staatlichen Arbeitsschutzes organisatorisch zusammen zu führen mit vergleichbaren Aufgaben der Unfallkasse Schleswig-Holstein. Diese „Berufsgenossenschaft des öffentlichen Dienstes“ nimmt im Präventionsbereich vergleichbare Aufgaben wahr.

Als Ergebnis der Verhandlungen mit der Selbstverwaltung der Unfallkasse Schleswig-Holstein konnte das Sozialministerium dem Kabinett ein Gesamtkonzept vorlegen, das bezogen auf die spezifischen Verhältnisse, Fragestellungen und Zielsetzungen in Schleswig-Holstein den insgesamt höchsten Ertrag versprach.

Im Zuge der Arbeiten und Überlegungen im Vorfeld entwickelte sich über die Diskussion dieses innovativen Zukunftsmodells eine breite, über alle Akteure hinweg gehende Zustimmung. Das Landeskabinett konnte somit auf einer politisch und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten betrachtet soliden Basis entscheiden, bei der



Unfallkasse eine untere Landesbehörde zu errichten, die die Aufgaben des staatlichen Arbeitsschutzes wahrnehmen kann – effizient, fachlich abgesichert und wirtschaftlich.

## **Das Zukunftsmodell des staatlichen Arbeitsschutzes in Schleswig-Holstein**

Die Unfallkasse wurde um eine neue „Sektion“ für den Vollzug des staatlichen Arbeitsschutzes in Schleswig-Holstein ergänzt. Diese neue Sektion wurde als untere Landesbehörde eingerichtet, weil dies u.a. auf Grund der Forderungen des Arbeitsschutzgesetzes und des Chemikaliengesetzes der politischen Letztverantwortung des Landes für die Qualität des Arbeitnehmerschutzes entspricht. Aber auch eine haushaltsmäßige Trennung des selbst verwalteten Unfallversicherungsträgers auf der einen Seite und der Vollzugsbehörde für den staatlichen Arbeitsschutz auf der anderen Seite bleibt im beiderseitigen Interesse gewährleistet.

Vergleichbar mit dem Modell der Landkreise in ihrer Funktion als untere Landesbehörde und gleichzeitig als selbstverwaltete Gebietskörperschaft hat der Geschäftsführer der Unfallkasse – wie im kommunalen Bereich der Landrat – eine Doppelfunktion: Leitung der Landesbehörde **und** der Körperschaft „unter einem Hut“.

Die Fachaufsicht über den Vollzug des staatlichen Arbeitsschutzes verbleibt in dem für den Arbeitsschutz zuständigen Sozialministerium.

## **Vorteile des neuen Modells**

Für Wirtschaft und Beschäftigte ergeben sich aus diesem auf die schleswig-holsteinischen Verhältnisse abgestellten Modells u. a. folgende Vorteile:

- Wie bisher gibt es einen landesweit einheitlichen Vollzug – gegenüber allen Unternehmen am Wirtschaftsstandort Schleswig-Holstein mit einheitlichen Standards in Beratung, Genehmigung und Besichtigung.
- Die fachlichen Kompetenzen und Erkenntnisse aus bisher zwei Fachbehörden werden zusammengeführt. Damit wird know how zur Beratung der Betriebe verbessert.
- Die Kooperation und die Kommunikation mit Wirtschaftsverbänden und Sozialpartnern werden erleichtert und verbessert.

- Die enge und direkte Zusammenarbeit mit den staatlichen Umweltbehörden kann aus einer Hand fortgeführt werden und sichert die erreichten guten Standards bei der Bearbeitung von Genehmigungsverfahren, insbesondere im Bereich der Störfallanlagen.
- Im Bereich des Arbeitsschutzes wird eine effektive und flächendeckend abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit für den gesamten Wirtschaftsraum Schleswig-Holstein möglich.
- Kostensteigerungen werden aufgefangen und zusätzliche bürokratische Belastungen für die Unternehmen vermieden.
- Kooperation mit den Arbeitsschutzakteuren anderer Bundesländer, insbesondere innerhalb der Norddeutschen Kooperation bleibt möglich und kann leichter ausgebaut werden.

Neben diesen Vorteilen ergeben sich aus den strukturellen Veränderungen auch organisatorische Entlastungen:

- Die personellen Ressourcen und spezielle technische Ausstattung können durch Bündelung der Kapazitäten besser genutzt werden.
- Programmatische Doppelarbeit wird vermieden.
- Das Controlling der vereinbarten Ziele wird vereinfacht.
- Rechtsfragen können schneller abgestimmt werden.
- Dienste, Einrichtungen und Gremien können gemeinsam genutzt werden.
- Der Steuerungsaufwand für das Fachressort ist geringer, als bei einer kommunalen Lösung mit mehreren Kreisen.
- Besonders in Krisensituationen gestaltet sich die Kommunikation direkter und schneller.
- Geringerer Moderationsaufwand in Konfliktfällen mit Betrieben, insbesondere bei Betrieben mit mehreren Betriebssitzen im Lande sowie mit Verbänden, Kammern und Innungen.
- Die Kooperation des staatlichen Arbeitsschutzes mit den Berufsgenossenschaften und sonstigen Dritten wird erleichtert.

Das aus Gründen der Haushaltslage beschlossene Personaleinsparkonzept für alle Landesbehörden führt auch im Arbeitsschutz unvermeidlich zu weiterem Abbau von Fachpersonal. Nur in einer zentraleren Organisationsstruktur sind die damit verbundenen Verluste an Fach- und Erfahrungswissen auch unter Redundanzaspekten ausgleichbar. Dezentralität in der Betreuung der Betriebe bleibt möglich, was auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ihren Interessen an den drei Standorten entgegenkommt.

Fachpolitisch erwarten alle Beteiligten, dass mit der Organisationsentscheidung in der neuen Struktur das Thema „Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit“, aber auch der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention in der Arbeitswelt einen zusätzlichen inhaltlichen Impuls erlebt. Dafür steht auch das politische Ziel der Landesregierung, mit den Sozialpartnern und ihren Organisationen weiterhin vertrauensvoll, unbürokratisch und kooperativ einen modernen Gesundheitsschutz in den Unternehmen in Schleswig-Holstein umzusetzen und mit gesunden Belegschaften Wettbewerbsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit zu erreichen.

# Arbeitsschutz für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Neue Ziele – Neue Wege

Von Bettina Küpper, Referatsleiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Seit Anfang 2008 ist die staatliche Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord, für die Aufgaben des staatlichen Arbeitsschutzes in Schleswig-Holstein zuständig. Die dort beschäftigten Arbeitsschutzexpertinnen und -experten informieren und beraten Betriebe in Fragen des Arbeitsschutzes und ahnden Verstöße gegen Rechtsvorschriften.**

Viele Unternehmen sehen die wirtschaftlichen Vorteile, die mit gesunden Arbeitsbedingungen verbunden sind. Sie nutzen die Gesundheit am Arbeitsplatz als Erfolgsfaktor und verstehen den Vollzug der Rechtsvorschriften im Arbeitsschutz auch als Beitrag zu fairen Wettbewerbsbedingungen.

Wie aber wird in Schleswig-Holstein die Einhaltung der Rechtsvorschriften im Arbeitsschutz sichergestellt? Nach welchem Konzept arbeitet die oben erwähnte staatliche Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord? Diese Fragen beantwortet die Broschüre „Arbeitsschutz für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Neue Ziele – Neue Wege“. Sie kann kostenlos bezogen werden bei: Staatliche Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord Seekoppelweg 5a, 24113 Kiel; E-Mail: [info@uk-nord.de](mailto:info@uk-nord.de).



# esa – eingliedern statt ausgliedern

Projekt der Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein mit der IKK Nord – gefördert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Von Ulrich Mietschke, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein und Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kreishandwerkerschaften

**Im Oktober 2007 haben die Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein und die IKK Nord den gemeinnützigen „Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V.“ gegründet.**

Der Verein will den Handwerksbetrieben die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen erleichtern und die Weiterbeschäftigung von Fachkräften mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder altersbedingten Einschränkungen fördern.

Um dieses Ziel zu erreichen, führt der neu gegründete Verein seit dem 1. Januar 2008 in Schleswig-Holstein ein Modellprojekt durch. Das Projekt trägt den Namen „esa – eingliedern statt ausgliedern“ und wird für die Dauer von drei Jahren vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein finanziell gefördert. Die IKK Nord hat den Teamleiter der Sozial- und Gesundheitsberatung und den Vertriebsbeauftragten für das Handwerk in Schleswig-Holstein mit jeweils 50 v. H. der Arbeitszeit in das Projekt abgeordnet. Sie übernehmen die Aufgabe der Fachkoordination. Der stellv. Staatssekretär im Sozialministerium, Andreas Fleck, und der Landesgewerbearzt Dr. Thomas Nauert sind mit dem Arbeitsmediziner Detlef Glomm, Vizepräsident des Betriebs- und Werksärzteverbandes, Mitglieder des Beirates.

Die Beratung und Information zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist ein Kernelement des Projektes. Der Verein bietet auch Qualifizierungsmaßnahmen für jene an, die nach einer Krankheit in den Betrieb zurückkehren wollen, aber zunächst nur Tätigkeiten entsprechend ihren körperlichen Einschränkungen ausüben können. Im Idealfall kann diese Qualifizierung bereits frühzeitig während des Krankengeldbezuges durchgeführt werden.

**Das Handwerk in Schleswig-Holstein mit seinen 24.000 Betrieben und etwa 120.000 Beschäftigten – davon knapp 18.000 Auszubildende – ist ein tragender und unverzichtbarer Bestandteil der Wirtschaft.**

Die Betreuung der Handwerksbetriebe wird in den Regionen des Landes durch die Kreishandwerkerschaften geleistet. In Schleswig-Holstein haben wir 13 Kreishandwerkerschaften an 16 Standorten. Diese Verteilung gewährleistet eine genaue Kenntnis der Probleme vor Ort. Die handwerklichen Betriebe in Schleswig-Holstein sind in der Regel Klein- oder Kleinstbetriebe. Durchschnittlich haben sie fünf bis acht Mitarbeiter. Der



Inhaber oder die Inhaberin arbeitet in den meisten Fällen selbst im Betrieb mit. Die engen persönlichen Bindungen zwischen dem „Chef“ und seinen Mitarbeitern führen häufig zu langen Betriebszugehörigkeiten. Anders als in großen Industriebetrieben werden Beschäftigte im Handwerk vom Inhaber direkt angeleitet, geführt und wahrgenommen. Das gilt wenn sie gesund sind, aber auch, wenn sie erkranken und arbeitsunfähig sind. Die Nähe in den betrieblichen Beziehungen hat überwiegend Vorteile. Das wird auch der Grund sein, warum sich die Beschäftigten in den Kleinbetrieben am Arbeitsplatz insgesamt wohler fühlen. Es ist belegt, dass der Krankenstand mit zunehmender Beschäftigtenzahl ansteigt. Andererseits können krankheitsbedingte Ausfälle für den Handwerksbetrieb gravierende Folgen haben, weil Fachkräfte nicht so schnell ersetzbar sind und weil die finanziellen Belastungen durch den Krankenstand für ein kleines Unternehmen spürbare betriebswirtschaftliche Folgen haben.

Das Handwerk in Schleswig-Holstein kümmert sich seit vielen Jahren darum, erkrankten Fachkräften zu helfen, ihren Arbeitsplatz zu erhalten oder wieder zu ermöglichen. Seit 1989 besteht zum Beispiel der Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V., der von der IKK Nord mit initiiert und gemeinsam mit Kreishandwerkerschaften und Handwerkskammern gegründet wurde. Dieser Verein informiert über Suchtgefahren (Prävention), berät Betriebe und betroffene Beschäftigte und bietet finanzielle Unterstützung bei Lohnfortzahlungen während der Therapie von Arbeitnehmern an. Ein weiteres Beispiel ist die neue Initiative zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement der IKK Nord mit dem Partner des Handwerks, die im Oktober 2007 zu einer weiteren Vereinsgründung mit den Kreishandwerkerschaften führte.

**Die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung wird den Fachkräftemangel in den nächsten Jahren verschärfen. Deshalb ist es dringend geboten, Fachkräfte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und/oder ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger zu beschäftigen.**

In einigen Gewerken fehlen bereits heute qualifizierte Fachkräfte. Viele arbeitslose oder wechselwillige Fachkräfte haben in den vergangenen Jahren wegen des mangelnden Angebots an Arbeitsplätzen in Schleswig-

Holstein im benachbarten Dänemark Arbeit gefunden. Umso intensiver müssen sich heute die Handwerksbetriebe um ihr „Personal“ kümmern.

Dafür müssen die gesetzlichen Anforderungen – wie zum Beispiel das Betriebliche Eingliederungsmanagement und die betriebliche Gesundheitsförderung – den kleinen Handwerksbetrieben vermittelt und die Umsetzung praktikabel und unkompliziert gestaltet werden. Diese Informationen müssen die Klein- und Kleinstbetriebe auch erreichen, was eine intensive Betreuung durch die Kreishandwerkerschaften erfordert. Das ist vor allem deshalb wichtig, weil die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen zum Eingliederungsmanagement für handwerkliche Kleinbetriebe vielfach mit Schwierigkeiten verbunden ist: In den Betrieben sind die gesetzlichen Bestimmungen nicht bekannt, oft gibt es keinen Betriebsrat, in vielen Betrieben war seit Jahren niemand länger als sechs Wochen krank. Es fehlt daher häufig an der Einsicht, sich mit dem Eingliederungsmanagement beschäftigen zu müssen.

### **Wie ist der „Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V.“ organisiert?**

Das Thema der betrieblichen Eingliederung wurde von der IKK Nord offensiv mit der Vereinsgründung im Oktober 2007 angegangen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Sozial- und Gesundheitsberatung – überwiegend Diplom-Sozialpädagoginnen – sind qualifiziert und als Disability Manager CDMP zertifiziert. In den Kontakten zu den Einrichtungen des Handwerks wurde deutlich gemacht, wie notwendig und immer dringlicher ein professionelles Eingliederungsmanagement ist. Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Kreishandwerkerschaften in Schleswig-Holstein habe ich mich für den Vereinsvorsitz zur Verfügung gestellt. Der Geschäftsführer der Kreishandwerkerschaft Dithmarschen bekleidet das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden. Die Geschäftsführung liegt in den Händen des Vertriebsbeauftragten für das Handwerk in Schleswig-Holstein der IKK Nord. Er ist zugleich Vorstandsmitglied im bereits erwähnten Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V. und im Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V., einer Einrichtung, die es in dieser Form auch nur in Schleswig-Holstein gibt. Für seine neue Aufgabe wurde auch er zum Disability Manager CDMP und Demographieberater weitergebildet und zertifiziert.

Die Nähe der Kreishandwerkerschaften zu den handwerklichen Kleinbetrieben und ihre Präsenz vor Ort mit den angeschlossenen Bildungsstätten spielt für die Arbeit des Vereins eine große Rolle. Dort sind die Betriebe bekannt und die Chance, dass die erforderliche Überzeugungsarbeit auf fruchtbaren Boden fällt, ist groß. So können unkompliziert und schnell Wege gefunden werden, die ohne diese Einblicke in die betriebliche Realität häufig nicht gesehen werden. Hier ist Handwerkswissen gefragt, es ist wichtig, die Möglichkeiten und Grenzen der Handwerksbetriebe zu kennen und im Blickfeld zu behalten. Bürokratie muss vermieden und der Zeitaufwand in zumutbaren Grenzen gehalten werden. Dann kann die Kreativität des Handwerks auch bei der Rückkehr von erkrankten Beschäftigten an den Arbeitsplatz genutzt werden.

Das Ganze geschieht in der Kooperation mit dem Integrationsamt, der Sozial- und Gesundheitsberatung und des Präventionsteams der IKK Nord und anderen Trägern der Rehabilitation. Die Fachkoordinatoren übernehmen z. B. die Information und Beratung der Innungen und Betriebe und stellen Kontakte zu den anderen Krankenkassen und Sozialleistungsträgern her, um das Netzwerk auf- und auszubauen. Schwerbehinderte und von Schwerbehinderung bedrohte Arbeitnehmer/-innen sind im Projekt genauso im Blickfeld, wie Erkrankte im Frühstadium einer Arbeitsunfähigkeit, bei denen eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz wegen der hohen körperlichen Belastungen der Tätigkeit als unwahrscheinlich eingeschätzt wird. Es geht darum, lange krankheitsbedingte Ausfallzeiten und das Eintreten von Schwerbehinderung zu verhindern.

Bereits bei den vorbereitenden Arbeiten für das Projekt und bei der Vereinsgründung war das Interesse der Partner aus dem Handwerk zu spüren. Seit dem Start im Januar dieses Jahres besteht eine große Bereitschaft, Zeiten für Präsentationen des Projektes im Rahmen von Innungsversammlungen, Obermeister-Tagungen oder bei anderen Anlässen zur Verfügung zu stellen. Einzelfälle aus den Betrieben werden in großer Zahl an das Projektbüro gemeldet. Es wenden sich aber auch größere Betriebe und Einrichtungen außerhalb des Handwerks an das Projektbüro und melden ihren Unterstützungsbedarf an. Diese Resonanz hat die Erwartungen bei weitem übertroffen.

Das Projekt wird vom neuen Institut für Leistung Arbeit & Gesundheit evaluiert. Leiter ist Dr. Michael Bau, der bereits Erfahrungen im Rahmen von Forschungsprojekten mit den Themen Gesundheit, Alter und Demographie gesammelt hat. Es wurde eine Projektsteuerungsgruppe gebildet, in der auch der Geschäftsführer der Kreishandwerkerschaft Ostholstein-Plön mitarbeitet.

Die Zusammenarbeit mit den anderen Sozialleistungsträgern wird ausgebaut und intensiviert. Nach den bisherigen Gesprächen erwarten wir vielfältige Kooperationsmöglichkeiten. Von der Deutschen Rentenversicherung und einigen Unfallversicherungsträgern erhielten wir positive Signale. Aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung konnten die Signal Iduna und der GenRe-Rehadienst und als weitere Partner und Förderer die Bürgschaftsbank Schleswig-Holstein und die Schleswiger Volksbank gewonnen werden.

Weitere Informationen finden Sie unter den hier angegebenen Adressen im Internet:

[www.esa-sh.de](http://www.esa-sh.de)

[www.handwerker-fonds.de](http://www.handwerker-fonds.de)

[www.ikk-nord.de](http://www.ikk-nord.de)

[www.handwerk-sh.de](http://www.handwerk-sh.de)

# Arbeits- und Gesundheitsschutz trifft Personalentwicklung – Auf dem Weg zu einem neuen Leistungs- und Gesundheitsverständnis

Von Dr. Michael Bau, Leiter des Instituts Leistung, Arbeit und Gesundheit (ILAG), Ascheberg

**Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsprävention stehen wieder auf der Tagesordnung der Unternehmen. Die demografische Entwicklung in Deutschland macht es möglich.**

Angesichts des zu erwartenden Rückgangs der Erwerbsbevölkerung muss die Beschäftigungsquote älterer Arbeitskräfte erhöht werden. Wir brauchen die älteren Beschäftigten, um das Wirtschaftswachstum zu fördern, ein hohes Steueraufkommen zu gewährleisten und die sozialen Sicherheitssysteme zu erhalten.

Damit geraten Fragen der Gesundheit der Arbeitskräfte als Fragen nach ihrer Leistungsfähigkeit wieder in den Blick. Warum sollten Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsprävention diese Chance nicht nutzen, sich auch und gerade aus wirtschaftlichen Gründen verstärkt Gehör verschaffen zu können?

Allerdings brauchen sie Verbündete! Eine dieser Verbündeten kann die Personalpolitik im Unternehmen sein, insbesondere die Personalentwicklung. Die Personalentwicklung hat zur Aufgabe, sich um die Qualität des Personals in Organisationen und Unternehmen zu kümmern.

Welches Interesse kann bei der Personalentwicklung vorausgesetzt werden, mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz zu kooperieren? Die Bedeutung des Themas wird grundsätzlich von allen Seiten anerkannt – allein in der Praxis bewegt sich noch zu wenig. Auch hört man aus Unternehmen von gut gemeinten Ideen aber gleichzeitig auch von Fehlschlägen in der Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen nach dem Muster...“da haben wir uns strapaziert und Gesundheitsmaßnahmen (Rückenschule u.a.m.) angeboten... und kaum jemand hat es genutzt...“ Um realistische Ansatzpunkte für eine Verankerung von Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Personalarbeit zu finden, sollten wir versuchen – und wir heißt Fachleute aus Arbeitsschutz/Gesundheitsprävention **und** Personalentwickler – Antworten auf zwei zentrale Fragen zu finden:

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen Leistung und Gesundheit am Arbeitsplatz?
- Wo und wie können die Themen des Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsprävention mit der konkreten Arbeit der Personalentwicklung verbunden werden?

## **1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Gesundheit und Leistung am Arbeitsplatz?**

Der hier verwendete Begriff von Gesundheit orientiert sich am **Salutogenese**-Begriff des Medizinsoziologen



Aaron Antonovsky (1). In seinem Ansatz geht es vorrangig nicht um die Frage der Entstehung und Behandlung von Krankheiten, sondern um die Frage der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (2). Gesundheit wird hier als mehrdimensionales Konstrukt aus körperlichem Wohlbefinden, psychischem Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und erlebter Sinnhaftigkeit der verrichteten Arbeit verstanden. Gesundheit ist somit nicht nur abhängig von vorhandenen Belastungen, sondern auch von der Art des Umgangs mit diesen Belastungen (3). Gesundheit entsteht damit aus einer Wechselwirkung zwischen Person, Verhältnissen und konkretem Verhalten. Der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz, der vor allem um die Gefahrenabwehr krankmachender Faktoren bemüht ist – also um die Vermeidung zu hoher körperlicher Belastungen und die Vermeidung von belastenden und gefährlichen Arbeitsumgebungen – hat die Chance, sich unter dem Aspekt des Salutogenese-Ansatzes neue, wichtige Zielsetzungen zu geben. Die Identifikation und Nutzbarmachung der gesundheitlichen Ressourcen im Unternehmen wird zur ergänzenden Zielperspektive nicht nur für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, sondern auch für das Personalmanagement, welches sich um den Erhalt des Leistungspotenzials im Unternehmen sorgt.

Für das im folgenden Verwendung findende Verständnis von „Leistung“ kann es nur eine Annäherung in der Weise geben, dass wir die Basis der Leistungserbringung charakterisieren. In jeder Organisation gibt es andere Vorstellungen darüber, was „Leistung“ heißt. Dies gilt nicht zuletzt aufgrund der Unterschiede bei den konkreten Gegenständen unternehmerischen Handelns, der Branchen und Märkte oder der jeweiligen gesellschaftlicher Aufgabenstellung einer Organisation.. Um eine Betrachtungsgröße für die Basis der Leistungserbringung zu haben, werden wir uns im Folgenden auf das Konzept der Arbeitsfähigkeit der Leistungserbringer, also der Beschäftigten in Organisationen und Unternehmen, beziehen. Ilmarinen und Tempel (4) zeigten auf, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten – gemessen mit dem Arbeitsbewältigungsindex (ABI) – in hohem Maße abhängig ist von deren gesundheitlichen Förderung. Das wirklich Interessante an dieser Aussage ist aber nicht der grundlegende, eher triviale Sachverhalt „gesund sein = leistungsfähig sein“, sondern die Erkenntnis, dass eine bloße individuelle Gesundheitsförderung der

Beschäftigten ohne gleichzeitige Veränderung in den Arbeitsbedingungen (also z.B. ergonomische Maßnahmen oder Änderungen in den Arbeitsabläufen und im Zuschnitt der Arbeit) erheblich geringere Arbeitsfähigkeits- bzw. Leistungspotenziale bei den untersuchten Beschäftigten erkennen ließ, als im Zusammenwirken mit diesen Maßnahmen (5).

ten mit dem Zusatz „wenn ich gesund bleibe“! Dies bestätigte sich auch im Rahmen einer repräsentativen Befragung von Produktions- und Verwaltungsmitarbeitern in einem größeren Unternehmen der Elektroindustrie durch den Verfasser im Jahre 2006. Hier wurden Mitarbeiter/innen über 50 Jahren nach den Voraussetzungen gefragt, unter denen sie bereit wären, bis zum Renten-

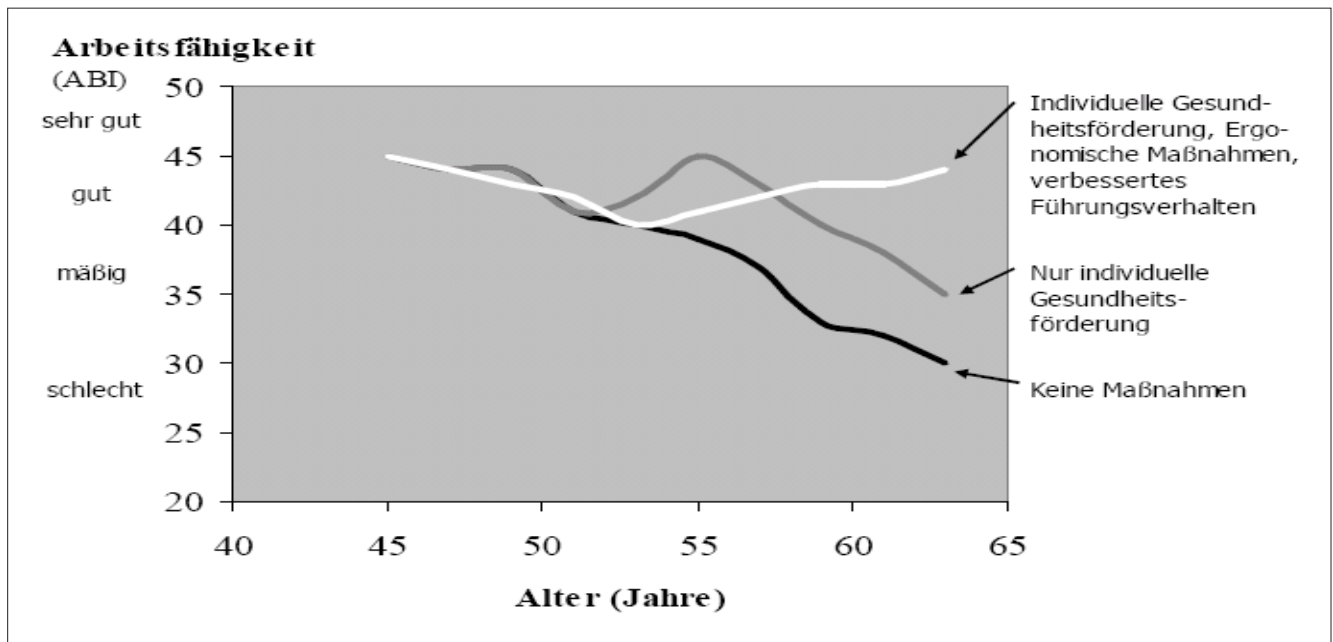


Abb. 1: Arbeitsfähigkeit nach Ilmarinen

Wenn es unbestritten der Zweck von Unternehmen und Organisationen ist, Ziele produktiv und effektiv zu erreichen, gilt als Vorbedingung, dass sie über leistungsbereite Beschäftigte verfügen müssen. Wenn sich die Basis dieser Leistungsbereitschaft, die Arbeitsfähigkeit, ganz wesentlich über den Faktor Gesundheit steuern lässt, so muss das bisherige Verständnis über die „Treiber“ wirtschaftlicher Ergebnisse/Erträge auf Seiten des Personalmanagements dringend aktualisiert und ergänzt werden. Neben den bisher üblicherweise in den Blick rückenden Faktoren „Motivation“ und „Kompetenz“ der Beschäftigten, ist ein dritter wesentlicher Faktor somit die „Gesundheit“.

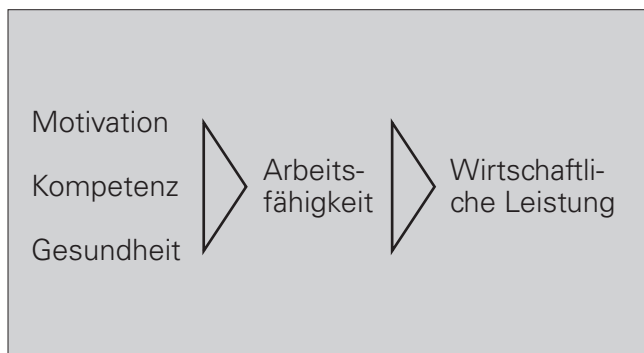


Abb.2 : Zum Zusammenhang von Gesundheit und Leistung

Aus Sicht der Beschäftigten sind solche Überlegungen ebenfalls plausibel. Bei Befragungen zu den Voraussetzungen für eine berufliche Betätigung bis zum Rentenalter versehen die Befragten in der Regel ihre Antwort

alter zu arbeiten. 60% der befragten älteren Mitarbeiter/innen waren Produktionsmitarbeiter/innen. Dass die im Folgenden gelisteten Antworten aussagekräftig sind, zeigt der Vergleich mit den entsprechenden Ergebnissen einer repräsentativen Studie der Bertelsmann-Stiftung im gleichen Jahr. Hier wurde über alle Altersgruppen befragt (6).

Voraussetzungen für eine berufliche Tätigkeit bis zum Rentenalter aus Sicht der Beschäftigten:		
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	86 %	(75 %)
Anerkennung durch Vorgesetzte	84 %	(70 %)
Freie Arbeitszeiteinteilung	81 %	
Übernahme von mehr Verantwortung	50 %	(66 %)
Arbeitszeitreduzierung	43 %	(70 %)
Weiterbildungsmöglichkeiten	41 %	

Abb.3: Die Angaben in Klammern beziehen sich auf Antworten bei gleich lautenden Fragen der Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung

Die Aussagen machen deutlich, dass für die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Befragten eine Balance zwischen beruflichem und privatem Engagement sehr wichtig ist. Gleichfalls werden aber auch Erwartungen an die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen gestellt. Betrachtet man diese Ergebnisse unter dem salutogenetischen Ansatz, so decken sie sich mit den dort vorgenommenen theoretischen Aussagen über Gesundheitsbedingun-

gen. In der Interpretation der Ergebnisse fällt auf, dass der Wunsch nach Verringerung der Arbeitszeit bei den Befragten in beiden Untersuchungen deutlich differiert. Ein Grund hierfür ist m.E., dass die materielle Absicherung von Beschäftigten mit vorwiegend eintönigen Tätigkeiten im Produktionsbereich sich vom Grad der Absicherung der Beschäftigten in anderen Berufsfeldern signifikant unterscheidet. Realistischerweise sehen Mitarbeiter/innen mit einem Einkommen im unteren Drittel der Einkommensskala im Zurückschrauben der Arbeitszeit keinen Weg, um Beanspruchungen durch die Arbeit im Alter zu senken.

Die übrigen Ergebnisse zeigen in beiden Untersuchungen aber grundsätzlich die Notwendigkeit auf, dass sich das Personalmanagement um die Gestaltung der Arbeitsbedingungen (Vereinbarkeit von Privatleben- und Beruf, Übernahme von mehr Verantwortung, Arbeitszeitgestaltung) verstärkt Gedanken machen muss.

### **Was bedeuten diese Erkenntnisse und Überlegungen nun für den neuen angestrebten Dialog zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Personalentwicklung? Oder anders gefragt, auf welcher argumentativen Ebene lassen sich die beiderseitigen Interessen zusammenführen?**

Hier gilt eine Grundregel: Wenn sich gesundheitliche Maßnahmen aus Sicht der Unternehmen bzw. Organisationen rechnen sollen, so sind alle Zielsetzungen von gesundheitlichen Maßnahmen an dieser Stelle deutlich und möglichst messbar zu machen.

Für den Fall der Betrachtung der ökonomischen Auswirkungen von Fehlzeitenquoten oder von Unfallzahlen lässt sich dies relativ einfach darstellen.

Schwieriger wird es im Hinblick auf die Messung der Effekte, die durch Beanspruchungen der Beschäftigten aufgrund spezifischer Arbeitsbedingungen entstehen. Natürlich sind mittlerweile neben den „klassischen“ physischen Gefährdungsanalysen (Leitmerkmalmethode u.a.m.) auch Instrumente zur Messung psychischer Belastungen im Einsatz, doch stoßen wir hier auf eine schwierige Problematik. Es handelt sich bei der Auswertung psychischer Belastungen um subjektive Einschätzungen der Befragten, die es schwerer haben sich im Kontext sog. harter betriebswirtschaftlicher Kennzahlen Gehör zu verschaffen.

Nimmt ein Unternehmen aber den aufgezeigten Zusammenhang zwischen ökonomischen Leistungsbedingungen und Arbeits- und Gesundheitsbedingungen ernst, kommt es um die Berücksichtigung der subjektiven Einschätzungen der Befragten nicht herum.

### **Wie könnten Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. Gesundheitsprävention mit einem betriebswirtschaftlich argumentierenden Personalmanagement in den Dialog treten?**

Das betriebswirtschaftliche Controlling in Unternehmen ist nicht verlegen um eine Vielzahl von Kennzahlen zu Umsatz, Gewinn, cash flow, Reklamationsquoten, Durchlaufzeiten, Terminzuverlässigkeit, Ausschuss u.a.m. Vernachlässigt wird dagegen oft die Analyse der Schlüsselfaktoren „Motivation, Kompetenz und Gesundheit der Mitarbeiter/innen“.

Machte man sich die Mühe, mit Hilfe einer Wirkungskettenanalyse die Bedeutung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten für das Erreichen spezifischer Unternehmensvorgaben wie Verbesserung der „time-to-market-Quote, Flexibilisierung der Auftragsreihenfolge, Erhöhung der Produktvariantenvielfalt oder Kundenzufriedenheit festzustellen, kämen die Verantwortlichen schnell zu einer realistischeren Einschätzung der Bedeutung des Faktors „Humankapital“ in ihrem Unternehmen. Wenn die wirtschaftlichen Erträge von der Arbeitsfähigkeit, also dem Leistungspotenzial der Beschäftigten abhängig sind, dann gilt unter Berücksichtigung des oben gesagten folgende heuristische Formel:

$$A = M \times K \times G$$

Das heißt:

$$(A)rbeitsfähigkeit = (M)otivation \times (K)ompetenz \times (G)esundheit$$

Wichtig ist und aus diesem Grund gibt es hier eine multiplikative Verknüpfung: Verringert sich bei dieser Formel ein Faktor oder geht er gar gegen Null, so ist die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gewährleistet.

Es ist an der Zeit, dass sowohl von Seiten des Unternehmens in Gestalt des Personalmanagements, als auch von Seiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes eine konzertierte Bewegung im Dialog aufeinander zu erfolgt. Wie diese konkret aussehen könnte wird im folgenden Abschnitt am Beispiel der Aufgaben der Personalentwicklung aufgezeigt.

### **2. Wo und wie können die Themen des Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsprävention mit der konkreten Arbeit der Personalentwicklung verbunden werden?**

Träger der Personalentwicklung im Unternehmen ist nicht eine wie auch immer ausgestaltete Personalabteilung, sondern es sind die Führungskräfte! Die Art und Weise ihres Umgangs mit den Mitarbeitenden und der Gebrauch von zur Verfügung stehenden Führungsinstrumenten bestimmt entscheidend Erfolg und Misserfolg von Personalentwicklung im Unternehmen. Im Folgenden werden wir der oben gestellten Frage exemplarisch nachgehen und zwar

- a) erstens hinsichtlich der Rolle, welche die Führungskräfte beim Einsatz des Führungsinstrumentes Krankenrückkehrergespräch haben und
- b) zweitens hinsichtlich der Bedeutung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements im Unternehmen.

Dabei muss beachtet werden, dass es eine Rolle spielt, ob es sich bei den Betrachtungen um ein großes mittelständisches Unternehmen oder einen kleineren Handwerksbetrieb handelt.

In den Beschreibungen von Personalentwicklung (PE) als einer wesentlichen Personalmanagement-Aufgabe findet sich in der Regel kein Verweis auf die Notwendigkeit, die Gesundheit der Mitarbeiter/innen im Rahmen von PE-Prozessen zu fördern. Ja selbst ein Hinweis auf die Bedeutung von Gesundheitsaspekten für die Erreichung

von PE-Zielen lässt sich kaum finden.

Dies ist der Fall obwohl PE über eine Reihe von bewährten Instrumenten wie Mitarbeiterbefragungen, strukturierten Mitarbeitergesprächen, Kompetenzerfassungssystemen, Potenzialanalysewerkzeugen, Coaching-Instrumenten u.a.m. verfügt.

Selbst das Mitarbeitergespräch in Form des jährlichen Regelgesprächs, welches als ein Kerninstrument der Personalentwicklung anzusehen ist, enthält inhaltlich in der Regel neben verhaltens- und leistungsbezogenen Rückmeldungen an die Mitarbeitenden nur eine Feedbackmöglichkeit an die Führungskraft seitens des Mitarbeitenden sowie das Thema der beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten.

Bei den im Rahmen der Personalentwicklung angedachten Kompetenzentwicklungen stehen fachliche, soziale und personale Themen im Vordergrund. Nicht thematisiert werden in der Regel Fragen der gesundheitlichen Ressourcen, der Salutogenese oder der altersbezogenen Gestaltung von Arbeitsbedingungen.

Dies führt uns zur These, dass Gesundheit von Seiten der Personalentwicklung erst einmal als privates Gut gesehen wird welches nur dann thematisiert wird, wenn im Zuge partiell nachlassender Leistung, z.B. Nicht-Leistung durch hohe Fehlzeiten, die Aufmerksamkeit auf die Wiederherstellung der Anwesenheit und damit der Leistungspotenzialität des MA gelegt wird.

Das Instrument, welches von vielen Personalabteilungen dann ihren Führungskräften zum Einsatz „verordnet“ wird, ist das Krankenrückkehrergespräch. Auch wenn es in kleineren Unternehmen so nicht bezeichnet wird, finden auch dort von Fall zu Fall Gespräche über die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter statt, die eine ähnliche Funktion erfüllen.

Mit dem zweiten möglichen Instrument, der seit 2004 gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtung zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements, kommen dabei insbesondere kleine und kleinste Unternehmen – vor allem auch aus Gründen von Informationsdefiziten – kaum zurecht. (7)

Aus Sicht vieler betroffener Mitarbeiter/innen wird das betriebliche Bemühen um Gesundheit nicht immer als hilfreich für ihre eigene gesundheitliche Situation wahrgenommen (8). Woran liegt das?

### a) Das Krankenrückkehrergespräch

Das Beispiel des Instrumentes „Krankenrückkehrergespräch“ verdeutlicht dies. Es ist für die Mitarbeitenden häufig zuerst einmal als Kontrollinstrument wahrnehmbar und nicht als Bemühen des Unternehmens um ihre Gesundheit. Wenn man davon ausgeht, dass Krankenrückkehrergespräche sich durch drei Funktionen auszeichnen, wird deutlich warum:

Die erste Funktion ist die der sozialen Kontrolle mit dem Ziel: Reduktion motivationsbedingter Fehlzeiten.

Die zweite Funktion ist die der Gesundheitsförderung mit dem Ziel: Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten und Förderung der allgemeinen Gesundheit.

Die dritte Funktion hat zum Ziel: Die Verbesserung der Vertrauensbeziehungen zwischen den Gesprächsteilnehmern Mitarbeiter/in und Führungskraft.

## Krankenrückkehrergespräche

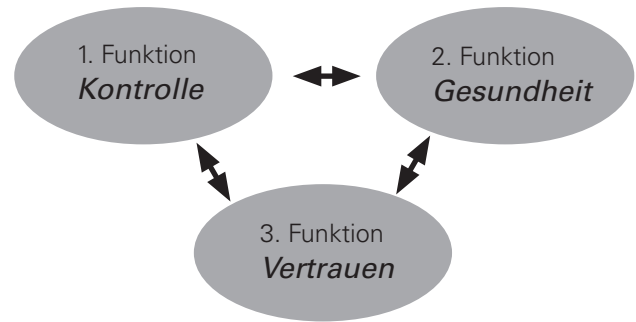


Abb.4 Funktionen eines Krankenrückkehrergesprächs

Alle drei Funktionen können im jeweiligen Krankenrückkehrergespräch eine mehr oder weniger ausgeprägte Rolle spielen. Die Anforderungen an die Bewältigung der hier entstehenden dreidimensionalen Kommunikationssituation sind für beide Gesprächsbeteiligte sehr hoch und im Ergebnis meistens nicht zufriedenstellend. (9)

Die von der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung mitfinanzierte Kölner Studie zur „Untersuchung der Krankenrückkehrergespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie“ (KUGA-Studie) zeigt, dass vor allem die Art und Weise wie das Gespräch von Seiten der Führungskraft geführt wird, problematisch sein kann. Die Studie erwähnt als besonders betroffene „leidtragende“ Zielgruppen in diesem Zusammenhang ausländische Mitarbeiter/innen, weibliche Mitarbeiter mit vornehmlich männlichen Vorgesetzten sowie die Gruppe der chronisch kranken Mitarbeiter/innen (10).

Der Personalpolitik im Unternehmen fallen hier m.E. drei Aufgaben zu, die sie teilweise mit Unterstützung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der Gesundheitsprävention besser bewältigen kann, als ohne diese:

1. Die Sensibilisierung der Führungskräfte für den besonderen Charakter, den das Thema Gesundheit für die Mitarbeiter/innen hat und die Lenkung ihrer Aufmerksamkeit auf salutogene Faktoren. (Funktion 2 „Gesundheitsbezug“ stärken gegenüber Funktion 1 „Kontrollbezug“)
2. Die inhaltliche Schulung der Führungskräfte zu den Rechten und Pflichten, die für Sie aus dem gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz resultieren. (Funktion 2 „Gesundheitsbezug“ durch Kompetenz stärken)
3. Die Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Führungskräfte in dieser sensiblen Gesprächsform. (Funktion 3 „Vertrauensbezug“)

Ziel muss sein, das Krankenrückkehrergespräch in Richtung eines Gesundheitsgesprächs zu verändern, damit Leistungsfaktoren und ihre salutogenen Voraussetzungen sichtbar werden können.

Welche qualitativen Voraussetzungen muss ein solches Gesundheitsgespräch als Werkzeug der Personalentwicklung erfüllen?

Welche Rolle spielen Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Personalentwicklung und die Führungskräfte selbst hierbei?

Machen wir uns zu diesem Zweck zuerst einmal klar, wovon Fehlzeiten der Mitarbeiter/innen abhängig sein können. Wichtig ist, arbeitsplatzabhängige von arbeitsplatzunabhängigen Fehlzeiten zu unterscheiden.

Die wichtigsten arbeitsplatzabhängigen Ursachen lassen sich zusammenfassen in Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, physische Arbeitsbedingungen, psychische Arbeitsbedingungen und Führungsverhalten.

Als wichtigste arbeitsplatzunabhängige Ursachen gelten individuelle Konstitution der Mitarbeitenden, saisonale Erkrankungen, private Lebenssituation und Art der Lebensweise der Mitarbeitenden (zum Beispiel: Rauchen, Ernährung, Bewegung, Umgang mit Alkohol sowie mit Belastungen).

Die Führungskraft muss im Gesundheitsgespräch ein Vertrauensverhältnis aufbauen, das es ermöglicht, im Interesse des Mitarbeiters ein Gespräch über die Belastungen zu führen, die tatsächlich Ursache von Fehlzeiten sind. Für viele Führungskräfte ist das eine ungewohnte Aufgabe, da auch Sie meist über Gesundheit als etwas Privates reflektieren.

Es geht nicht darum, dass die Führungskraft ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Ratschläge zur Lebensführung erteilt. Vielmehr geht es darum, zu erkennen, ob eine bestehende Fehlzeitenproblematik mit Hilfe der zuständigen Führungskraft und des Arbeitgebers gelöst werden muss, weil ihre Ursachen originär am Arbeitsplatz zu suchen sind.

Der erste qualitative Voraussetzung eines Gesundheitsgesprächs ist also: Die Führungskraft muss kommunikative Kompetenz erwerben, damit sie erkennt, ob es arbeitsplatzabhängige oder arbeitsplatzunabhängige Ursachen für Fehlzeiten gibt. Gleichfalls muss sie kommunikativ in die Lage versetzt werden, die Sensibilität des Gesundheitsthemas im einzelnen Fall zu erkennen und sprachlich zu reflektieren. Nach unseren Erfahrungen zeigt sich, dass sich durch entsprechend strukturierte Trainings diese Anforderung im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen tatsächlich umsetzen lassen.

Die zweite qualitative Voraussetzung für das Gesundheitsgespräch ist die inhaltliche Gesundheits-Kompetenz der Führungskräfte. Warum ist diese notwendig? Es gibt mindestens fünf stichhaltige Argumente:

1. Führungskräfte stehen stellvertretend für den Unternehmer (oder die Verwaltungsspitze) und übernehmen mit ihrer Leitungsaufgabe auch gesetzliche Pflichten des Unternehmers für die Gesundheit der Mitarbeiter. Und diese sind höchst vielfältig und vielen Arbeitgebern und Führungskräften häufig nicht ausreichend bewusst (11).
2. Mit ihrer Leitungsaufgabe besitzen Führungskräfte eigene Gestaltungsspielräume. Mit ihren Entscheidungen sind unweigerlich auch Folgen gesundheitlicher Art verbunden. Über die Gestaltung der technischen und organisatorischen Arbeitsbedingungen nehmen sie aktiv Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeiter/innen.
3. Führungskräfte sind Teil des sozialen Systems, das gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend sein kann. Mit ihrem Führungsverhalten nehmen sie auf Grund ihrer Machtposition eine herausragende Stellung im sozialen Gefüge ein und können beson-

ders starke psychische und psychosomatische Wirkungen erzielen (positiv oder negativ).

4. Führungskräfte sind wie alle Mitarbeiter auch selbst auf ihre Arbeitsfähigkeit angewiesen. Somit ist in ihrem wohlverstandenen eigenen Interesse die Beschäftigung mit Gesundheitsfragen sinnvoll.
5. Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (vergleiche § 3 Absatz 1 Arbeitsschutzgesetz). Das Arbeitsschutzgesetz sieht eine Einbindung der erforderlichen Arbeitsschutzmaßnahmen in die betrieblichen Führungsstrukturen vor (vergleiche §3 Absatz 2 ArbSchG).

### Gesundheitsgespräch

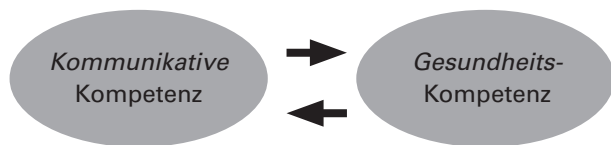


Abb.5 : Qualitative Voraussetzungen für Gesundheitsgespräche auf Seiten der Führungskräfte

Bei der Erfüllung dieser Anforderungen ist die Personalentwicklung dringend auf die inhaltliche Unterstützung seitens des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsprävention angewiesen. Die Qualifizierung der Führungskräfte muss unter dem Blickwinkel erfolgen, dass sie neben den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften die wichtigsten Träger der betrieblichen Gesundheitspolitik sind. Es gehört zu ihren Führungsaufgaben, sich mit den gesundheitlichen Fragen der Arbeitssituation auseinander zu setzen genauso wie es ihre Aufgabe ist, die Entwicklung ihres Personals zu fördern. Lange Jahre war genau dies für Führungskräfte schwer einzusehen, dass nicht die Personalabteilung, sondern sie selbst die Verantwortung für die Entwicklung ihrer Mitarbeiter/innen haben. Die Personalentwicklung als Abteilung oder Stelle hat hier eher Servicefunktion. Genauso wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz. Aber dieser Rolle müssen sich beide gemeinsam stellen und Qualifizierungs-Angebote für die Führungskräfte entwickeln.

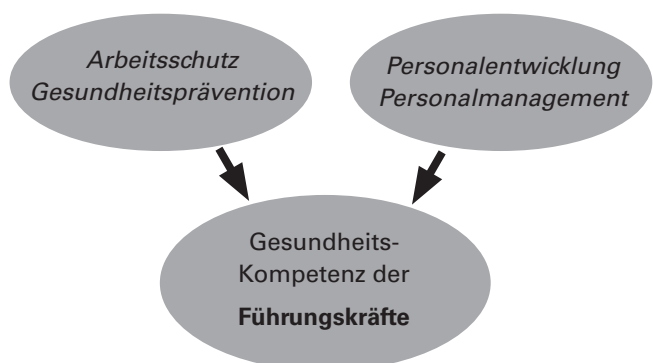


Abb.6 Führungskräfte als Träger betrieblicher Gesundheitspolitik

Damit die Führungskräfte diese zusätzliche Führungsaufgabe wahrnehmen können, benötigen sie zumindest ein Minimum an zusätzlichem Zeitbudget. Und sie müssen soweit gesundheitsbezogen weiterqualifiziert werden, dass sie aus gegebenen Situationen die richtigen Schlüsse ziehen und geeignete Maßnahmen einleiten können. Dabei ist wichtig, dass sie erkennen, ab welchem Punkt ihre Gesundheitskompetenz nicht mehr ausreichend ist und sie den Fall an die Gesundheitsexperten bzw. den betriebsärztlichen Dienst übergeben müssen. Die notwendige gesundheitsbezogene Qualifizierung der Führungskräfte sollte also aus dem Zusammenwirken von Arbeitsschutz und Gesundheitsprävention sowie Personalentwicklung erfolgen. Sie sollte Kompetenzen über die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit, eine Sensibilisierung für psychische Belastungen sowie Informationen über die entsprechenden gesundheitsbezogenen Hilfsangebote im Betrieb beinhalten (12).

### **b) Das Betriebliche Eingliederungsmanagement**

In vielen kleineren Unternehmen liegen die Probleme bei der Behandlung gesundheitlicher Probleme weniger in den beschriebenen Defiziten von Führungskräften bei Krankenrückkehrergesprächen. Die Inhaber und Führungskräfte kleiner und kleinster Unternehmen haben gegenüber den größeren Unternehmen hier sogar einen wertvollen Vorteil. Sie kennen ihre Beschäftigten eher in deren jeweiligen sozialen Kontexten. Sie haben somit die Möglichkeit, alle für die Gesundheit der Beschäftigten wichtigen Sachverhalte erkennen zu können. Hinzu kommt, dass in den kleinen betrieblichen sozialen Gemeinschaften Konsens und Kooperation überlebenswichtig und damit faktisch vorhanden sind. Man weiß, dass das Miteinander nur funktioniert, wenn man sich aufeinander verlassen kann (13). Gespräche über gesundheitlich bedingte Leistungseinschränkungen finden dort weniger im Rahmen von strukturierten Gesprächsinstrumenten, wie dem Krankenrückkehrergespräch, sondern spontan statt.

Das Problem in kleineren Unternehmen liegt woanders. Es liegt eher in der Anwendung des im Falle von hohen Fehlzeiten von über 6 Wochen geforderten Eingliederungsmanagements für Mitarbeiter/innen. Hier sind die fehlenden Informationen zu den Ansprechpartnern und Hilfsangeboten im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen betrieblichen Eingliederungsmanagements oft ein Handicap für das Personalmanagement.

Wichtig wäre hier, dass auch die kleinen Unternehmen erkennen, welche Vorteile das betriebliche Eingliederungsmanagement bietet. Machen wir uns noch einmal klar:

Der Präventionsauftrag nach §84 SGB IX verfolgt das Ziel, im Betrieb mit den dort vorhandenen Akteuren, Strukturen und Potenzialen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten. Die Vorteile kommen allen zugute, den Menschen, dem Unternehmen und den Sozialen Sicherungssystemen. Viele kleine Unternehmen agierten bereits vor der Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements ganz in dessen Sinne, indem sie bereits innerbetriebliche Möglichkeiten der Verringerung der Belastungssituation ausnutzten. Das Spektrum der Möglichkeiten erweitert sich aber nun für

die Betriebe erheblich. Es kommt jetzt darauf an, die verantwortlichen Führungskräfte über die Vielfalt der Unterstützungsmöglichkeiten und Vorteile im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements offensiv zu informieren. Die Vorteile sind unbestritten: Sie liegen in einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Lohnfortzahlungskosten, einer erhöhten Mitarbeiterbindung und damit der Sicherung von Wissens für das Unternehmen.

Das notwendige Handwerkszeug zur Vorbeugung und für das Betriebliche Eingliederungsmanagement muss aber insbesondere den kleineren Unternehmen vermittelt werden. Zu nennen sind hier:

- Praktikable Instrumente zur Erfassung und Spezifizierung von arbeitsbedingten physischen und psychischen Belastungen
- Maßnahmen zur Reduzierung von arbeitsbedingten Belastungen (best practices)
- Mustervereinbarungen zur betrieblichen Prävention
- Übersichten über spezifische präventive Maßnahmen
- Kataloge über vorhandene Präventionsangebote von Integrationsämtern, Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und anderen Trägern vor Ort
- Überblick über nachsorgende Maßnahmen der medizinischen, betrieblichen Rehabilitation und der beruflichen Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Beratungsangebote für die betroffenen Beschäftigten

Hier müssen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Integrationsämter, gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger, Handwerkskammern und andere Institutionen des öffentlich-rechtlichen Raumes auf die Zielgruppe Kleinbetriebe bezogen noch aktiver werden und stärker vernetzt zusammen arbeiten. Aber auch die Angebote dritter Dienstleister können helfen, präventiv Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten.

Um nur ein Beispiel zu nennen: Beim Bochumer Verfahren zur beteiligungsgestützten Belastungs- und Gefährdungsbeurteilung (BoBuG) lernen die Mitarbeiter/innen und Führungskräfte selbst, systematisch und strukturiert Belastungen und Gefährdungen ihres eigenen Arbeitsbereiches zu beurteilen. Aber das Instrument geht über die reine Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes noch hinaus, es ist ein Qualifizierungsinstrument der Personalentwicklung und durch die Aktivierung der Beschäftigten auch ein Instrument der Organisationsentwicklung und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Unternehmen.

Es gibt also nur Vorteile für das Unternehmen und die Beschäftigten, wenn Personalentwicklung und Arbeitsschutz und Gesundheitsprävention mehr voneinander wissen, verstärkt aufeinander zugehen und ihre Möglichkeiten nutzen.

#### Anmerkungen

- (1) Antonovsky, Aaron: Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being, San Francisco 1979 und ders.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco 1987.
- (2) Lat. "salus": Glück, Unverletztheit.
- (3) Arbeitswissenschaftlich gesehen definiert sich so im übrigen auch die Unterscheidung zwischen psychischen Belastungen und Beanspruchungen! Vgl. DIN/EN ISO 10075, Teil 1.

- (4) Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit sie gesund bleiben, Hamburg 2005.
- (5) Die Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den Arbeiten des Finnischen Institutes für Arbeitsmedizin(FIOH).
- (6) Bau, Michael: Ergebnisse einer Befragung von älteren Mitarbeiter/innen in einem größeren mittelständischen Unternehmen der Elektroindustrie. Unveröffentlichter Bericht im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2007 und Prager, Jens U.; Schleiter, André: Älter werden – aktiv bleiben. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwerbstätigen in Deutschland, Gütersloh 2006.
- (7) Seit Frühjahr 2004 schreibt der Gesetzgeber im § 84 des Sozialgesetzbuches IX das betriebliche Eingliederungsmanagement vor, insofern ein Beschäftigter innerhalb eines Jahres mehr als sechs Wochen krankgeschrieben ist.
- (8) Vgl. Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie, Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Köln 2002.
- (9) „Es finden sich sehr wenig Beispiele für eine konkrete Hilfe durch Maßnahmenvereinbarungen im Krankenrückkehrgespräch. Häufig sind die Mitarbeiter mit dem Ergebnis in Bezug auf die eigene Gesundheit unzufrieden, auch wenn das Gespräch als solches als nette Geste empfunden wurde. Wenn dagegen Gesundheitsmaßnahmen besprochen, aber nicht umgesetzt werden konnten (durch begrenzte Mittel oder Beschränkungen im betrieblichen Alltag) entstand Unzufriedenheit bei dem betroffenen Mitarbeiter. Zudem ergibt sich das Problem, dass Vorschläge für Gesundheitsmaßnahmen, die den Bereich des Arbeitsschutzes überschreiten (z.B. Therapievorschlüsse, Ernährungstipps), häufig in die Privatsphäre des Mitarbeiters eindringen, was aus ihrer Sicht oft nicht angemessen ist. Die Vorgesetzten selbst sind für ihre neue Aufgabe, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, oft nicht richtig gerüstet.“ ebenda, S.5
- (10) ebenda, S.5f
- (11) Vgl. BGG §618f, Arbeitsschutzgesetz z.B. §2 , 3 und 13, BetrSichV , ArbStättV ,BildschArbV,GefStoffV , LastenhandhabungsV u.a.m.
- (12) Die vom Verfasser durchgeführten Schulungen zum „gesunden Führen“ im Rahmen von Führungskräfte-Fortbildungen zeigten, dass eine Sensibilisierung und Motivierung von Führungskräften für das Thema durchaus möglich ist.
- (13) Dies ist keine sozialromantische Vorsstellung sondern soziale Realität in vielen kleinen und mittleren Betrieben wie schon Herrmann Kotthoff und Josef Reindl in ihrer Studie „Die soziale Welt kleiner Betriebe“ , Göttingen 1990, aufzeigte.



# Initiative Arbeit im demographischen Wandel

Von Bettina Küpper, Referatsleiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein und Kerstin Ehlers, Referatsleiterin im Ministerium für Justiz, Arbeit und Europa des Landes Schleswig-Holstein

**Das Durchschnittsalter der Belegschaften nimmt in immer mehr Unternehmen zu. Gleichzeitig werden Fachkräftemangel und Nachwuchsprobleme auf dem Arbeitsmarkt spürbar.**

Statt ältere Arbeitnehmer vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszugliedern, kommt es zukünftig darauf an, ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, ihre Beschäftigungsmöglichkeiten zu verbessern und ihre Potenziale im Unternehmen länger zu nutzen. Unternehmen stehen deshalb vor neuen Herausforderungen. Wie können sie ihr vorhandenes Personal möglichst lange gesund in ihrem Unternehmen einsetzen? Was können sie als Personalverantwortliche/r dafür tun? Was müssen die Beschäftigten selbst dafür tun? Wie gehen andere Unternehmen mit den Herausforderungen des demographischen Wandels um? Welche Strategien zur Bewältigung dieser Probleme haben sich bewährt?

Das vom Sozialministerium aufgebaute Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Namen GESA (Gesundheit am Arbeitsplatz) arbeitet bereits seit 2006 daran, Unternehmen in Schleswig-Holstein Informationen und Impulse für eine gesundheitsförderliche Personalförderung und -entwicklung in Zeiten des demographischen Wandels zu geben.

Mit der gemeinsam vom schleswig-holsteinischen Sozial- und Arbeitsministerium ins Leben gerufenen Initiative „Arbeit im demographischen Wandel“ wird dieser Dialog erweitert um die Themenkomplexe: Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten Älterer und Förderung des lebenslangen Lernens. Sozial- und Arbeitsministerium vermitteln im Rahmen dieser Initiative gemeinsam mit dem DGB Nord, dem Unternehmensverband Nord, der IHK und der Handwerkskammer Schleswig-Holstein sowie der Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit Betrieben in Schleswig-Holstein zusätzliche Anstöße und Lösungsansätze, um den Herausforderungen des demographischen Wandels erfolgreich zu begegnen.

Jedes Mitglied der Initiative ist sich seiner Verantwortung bewusst und leistet seinen Beitrag zur Information, Aufklärung, Beratung und Begleitung der Unternehmen im Land. Mit einer entsprechenden gemeinsamen Erklärung haben die Akteure dies zum Ausdruck gebracht. Näheres zum Thema und den Aktivitäten der Initiative finden Sie auf der gemeinsamen Internetseite [www.demographischer-wandel.schleswig-holstein.de](http://www.demographischer-wandel.schleswig-holstein.de).





# GESA (Gesundheit am Arbeitsplatz) – ein schleswig-holsteinisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Von Bettina Küpper, Referatsleiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Für Kreuzworträtsler eine eher leichte Übung: Gesucht wird ein friesischer Mädchenname mit vier Buchstaben! Richtige Antwort: GESA. Seit 2002 steht GESA in Schleswig-Holstein auch als Abkürzung für „Gesundheit am Arbeitsplatz“ – ein Netzwerk, das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein ins Leben gerufen wurde.**

Das Netzwerk will Betriebe und Behörden in Schleswig-Holstein für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gewinnen. Denn betriebliche Gesundheitsförderung rechnet sich für die Betriebe und für die Beschäftigten. Jede Ausfallzeit kostet den Betrieb unnötig Geld und dem Beschäftigten unnötiges Leid.

Betriebliche Gesundheitsförderung hilft, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu erhalten. Schon kleine Veränderungen am Arbeitsplatz können manchmal die Gesundheit spürbar und nachhaltig positiv beeinflussen und sich betriebswirtschaftlich rechnen. So zum Beispiel die Bereitstellung eines Stehpults für Beschäftigte im Bürobereich, um den Rückenbeschwerden entgegen zu wirken oder eine Verbesserung der Arbeitsabläufe, um den Stress zu reduzieren. Eine höhere Wertschätzung der eigenen Arbeit durch den Vorgesetzten kann einen wertvollen Beitrag leisten, um die Motivation der Beschäftigten zurück zu gewinnen, ebenso die erfolgreiche Umsetzung von Strategien zur Konfliktlösung, um erfolgreich miteinander anstatt gegeneinander im Team zu arbeiten.

Angestoßen durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren, haben sich im GESA-Netzwerk Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Unternehmensverbände, Gewerkschaften, Arbeitsschutzbehörden, Hochschulen, Berufs- und Fachverbände, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Beraterinnen und Berater als Kooperationspartner zusammen geschlossen. Sie alle haben – wenn auch auf unterschiedliche Weise – mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein zu tun: Sie initiieren, begleiten oder konzipieren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, beraten und informieren schleswig-holsteinische Betriebe oder Behörden. Auch wenn ihre Motive vielfältig sind, wollen sie gemeinsam im Rahmen der GESA-Netzwerkarbeit mehr Betriebe in Schleswig-Holstein für die betriebliche Gesundheitsförderung gewinnen.



## Wie arbeitet GESA?

GESA vernetzt schleswig-holsteinische Fachleute der betrieblichen Gesundheitsförderung. Dadurch werden Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Möglichkeiten der Kooperation geschaffen oder verbessert. Das GESA-Netzwerk erleichtert schleswig-holsteinischen Betrieben und Behörden, die betriebliche Gesundheitsförderung einführen wollen, die Kontaktaufnahme zu betrieblichen und überbetrieblichen Praktikern und Fachleuten im Land.

GESA macht erfolgreiche praktische Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung zum Beispiel über Veranstaltungen oder übers Internet bekannt, damit andere Betriebe und Behörden im Land davon lernen können. Im Jahr 2009 wird GESA zum ersten Mal einen Preis an Betriebe vergeben, die innovative gesundheitsförderliche Prozesse zugunsten einer gesunden, motivierten und leistungsstarken Belegschaft initiieren.

Wie den zunehmenden psychischen Belastungen am Arbeitsplatz und ihren gesundheitlichen Folgen entgegen gewirkt werden kann, wird ein GESA-Schwerpunktthema ab 2009 sein. Denn Zeit- und Leistungsdruck lassen die Arbeitsintensität an fast jedem Arbeitsplatz ansteigen. Wenn außerdem Konflikte im Team, unklare Anforderungen von Seiten der Vorgesetzten hinzukommen und das nötige Feedback für die Arbeit fehlt, führt dies auf Seiten der Beschäftigten oft zu unerträglichen psychischen Belastungen, die krank machen und zu hohen Fehlzeiten führen können. Nicht selten schlägt sich dies zum Beispiel in Muskel-/Skeletterkrankungen nieder, die in der Statistik der Arbeitsunfähigkeit ständig zunehmen. Das Netzwerk GESA wird sich daher im Rahmen von Veranstaltungen und anderen Formen der Öffentlichkeitsarbeit den psychischen Belastungen verstärkt zuwenden. Nähere Informationen zur Arbeit des GESA-Netzwerks finden Sie unter [www.gesa.schleswig-holstein.de](http://www.gesa.schleswig-holstein.de).



# Zehn Jahre Netzwerk Betrieb und Rehabilitation in Schleswig-Holstein

Von Ulrike Opravil, Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.

**Im Jahre 1998 trafen sich in Schleswig-Holstein erstmalig Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit Vertretern der ambulanten und der stationären medizinischen Rehabilitation, um mögliche Defizite in den bisherigen Reha-Verfahren aufzuzeigen und gemeinsam Lösungen zu diskutieren.**

Aus diesem in losen Abständen tagenden Gesprächskreis wurde rasch eine Initiative, die auf sich aufmerksam machte. Der Kreis erweiterte sich. Bald schlossen sich auch Krankenkassenvertreter, Berufsgenossenschaften und auch das ehemalige Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Schleswig-Holstein an.

Im Jahre 2002 wurde dann der eingetragene Verein „Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.“ gegründet. Die Argumente, die damals für eine derartige Initiative sprachen, sind damals wie heute aktuell:

Die Mitarbeiter der Reha-Einrichtungen bemängelten fehlende oder ungenaue Informationen über die Arbeitsplätze ihrer Rehabilitanden. Sie sollten zwar in der sozial-medizinischen Zusammenfassung Empfehlungen zur Arbeitsplatzgestaltung abgeben, waren aber auf die (einseitigen) Angaben der Betroffenen angewiesen. Der Betriebsarzt als Fachmann war und ist in der Regel unbekannt. Auf der anderen Seite beklagten die Betriebsärzte ihrerseits die oft unrealistischen Aussagen in den sozial-medizinischen Beurteilungen der Rehabilitationskliniken. Die Krankenschwester, die von der Anschlussheilbehandlung nach einer Bandscheibenoperation vollschichtig arbeitsfähig auf ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehrt, ist sicherlich ein besonders schlechtes Beispiel hierfür. Dass sich derartige Vorschläge schlecht realisieren lassen, liegt auf der Hand. In den weitaus meisten Fällen war der jeweilige Betriebsarzt in das Rehabilitations-Geschehen nicht eingebunden worden. Auch heute erhalten Betriebsärzte häufig nur zufällig die Information, dass z.B. ein Mitarbeiter eines Betriebes an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hat. Leider gilt das sogar dann, wenn der Betriebsarzt selbst das Reha-Verfahren initiiert hat. Um diese Missstände abzustellen, wurden zunächst gemeinsame Ziele vereinbart:

- Gemeinsame Betriebsbegehungen auf regionaler Ebene, um Ärzten und Therapeuten aus Reha-Einrichtungen Kenntnisse über die Arbeitswelt zu vermitteln.
- Fortbildungsveranstaltung für die Betriebsärzte über die Möglichkeiten der modernen Rehabilitationsmedizin in Kliniken.
- Schaffung eines Netzwerkes, in dem Reha-Einrichtungen und Betriebsärzte schnell und unbürokratisch Kontakt finden.



- Als Fernziel die strukturelle Einbindung der Betriebsmedizin in das Reha-Verfahren durch eine geregelte Abfrage nach dem Betriebsarzt im Vorfeld und Bereitstellung des Reha-Entlassungsberichtes für den Betriebsarzt. Dies sollte nur mit dem Einverständnis des Rehabilitanden geschehen.
- Aus den Zielen heraus entwickelten sich auch Ansätze für berufsbezogene Rehabilitationskonzepte.

Schnell zeigte sich, dass es einer koordinierenden Stelle bedurfte, um diese Ziele zu konkretisieren. Mit Fördermitteln des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein zum einen und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zum anderen wurde das damalige Zentrum für arbeitsbedingte Erkrankungen in Brunsbüttel mit der Projektleitung beauftragt.

Während einer dreijährigen Förderphase von 1998 bis 2001 wurde die gemeinsame Internetplattform [www.netzwerk-betrieb-reha.de](http://www.netzwerk-betrieb-reha.de) gegründet. Außerdem entwickelten einige Arbeitsgruppen Konzepte für berufsbezogene Rehabilitationsverfahren. Ein Schwerpunkt lag dabei auf einem Projekt „Berufsbezogene Rehabilitation für Beschäftigte des Bauhandwerks“, das in der Rheumaklinik Bad Bramstedt angesiedelt war. Ziel war es, den Betriebsärzten der Berufsgenossenschaft Bau im Rahmen ihrer regelmäßigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen den frühzeitigen Reha-Bedarf bei ihren Probanden zu erkennen und gegebenenfalls ein Rehabilitationsverfahren einzuleiten. Glücklicherweise erklärte sich die zuständige Rentenversicherung bereit, die Reha-Anträge bevorzugt zu behandeln und gezielt dem Programm in Bad Bramstedt zuzuweisen. Dieses Programm konnte über mehrere Winter erfolgreich fortgeführt werden. Es wurde vom Institut für Arbeitsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck wissenschaftlich begleitet.

Ein weiteres Programm sollte in der Rehabilitationsklinik Damp umgesetzt werden. Es sollten die Berufskraftfahrer im öffentlichen Personennahverkehr einbezogen werden. Hierfür wurde in einer interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe ein detailliertes Konzept für eine berufsbegleitende Rehabilitation erstellt. Mit einer regionalen Verkehrsgesellschaft wurde auch ein interessierter Betrieb eingebunden. Dieses Projekt scheiterte jedoch

letztlich an bürokratischen Hürden. Es erwies sich als unmöglich, den zuständigen Rententräger davon zu überzeugen, auch hier gezielt zuzuweisen. Unter dem Strich muss man für viele Ansätze des Netzwerkes das Resümee ziehen, dass die bürokratischen Hindernisse derzeit unüberwindbar sind. Dennoch ist die Bilanz des Netzwerkes nach zehn Jahren positiv:

Spätestens seit dem Inkrafttreten des IX. Sozialgesetzbuches ist die Rolle des Betriebsarztes im Rehabilitationsverfahren gefestigt. Inzwischen sieht sich das Netzwerk als wichtiger Baustein in einem immer größer werdenden regionalen Netzwerk, das auch gute Kontakte zur Initiative GESA (Gesundheit am Arbeitsplatz), dem Sozialministerium und anderen Bündnispartnern in Wirtschaft und Sozialversicherungen gewinnt. Der Verband deutscher Betriebs- und Werkärzte war von Beginn in das Netzwerk eingebunden.

In so genannten Round-Table-Veranstaltungen, die der Verein in den letzten Jahren durchführte, zeigte sich vor allem im Bereich der Klein- und mittelständischen Unternehmen in Schleswig-Holstein ein hoher Bedarf an kompetenter Unterstützung im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement. Hier bietet ein breit gefächertes Netzwerk wie das Netzwerk Betrieb und Rehabilitation ausgezeichnete Hilfestellungen. Dass in den Reha-Antragsformularen der Rentenversicherungsträger inzwischen die Adresse und Erreichbarkeit des Betriebsarztes strukturiert erfragt wird, wird als weiterer wichtiger Erfolg angesehen.

Leider werden diese Daten jedoch vom Rehabilitationsträger noch nicht übernommen.

Für den Verein wurde ein umfangreiches Medienpaket mit neu gestaltetem Logo, einem aktualisiertem Flyer und Visitenkarten verfasst. Der Verein wird auch weiterhin Veranstaltungen und Fortbildungen für interessierte Partner gestalten.

### **Kontakt**

Ulrike Opravil, Netzwerk Betrieb und Rehabilitation e.V.,  
Fährstraße 49, 25541 Brunsbüttel, Tel.: 04852-9826-50,  
Fax -52; E-Mail: opravil@bad516as.bad-gmbh.de

# Ansprechen statt schweigen: Suchtgefahren am Arbeitsplatz

Von Natalie Syring, Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein und Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg

## Ein erfolgreiches Modell eines betrieblichen Suchthilfesystems ist die Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz (LSA) im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren.

Sie wurde 1992 von der Landesregierung Schleswig-Holstein auf Initiative des Hauptpersonalrates im Rahmen ihrer Personalverantwortung als Antwort auf die spezifische Herausforderung der Problematik eingerichtet. Die LSA hält ein flächendeckendes Angebot zur Abwehr von Suchtgefahren für die Landesverwaltung und andere Bereiche des öffentlichen Dienstes vor. Ziel ist es, alle Beschäftigte mit suchtpreventiven Maßnahmen zu erreichen und Gefährdeten bzw. Abhängigen Hilfen anzubieten. Die LSA arbeitet systematisch daran, ein Suchthelfernetz in der Landesverwaltung zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln. Außerdem qualifiziert sie betriebliche Funktionsträger, insbesondere Führungskräfte im Umgang mit Suchterkrankungen und unterstützt die Betriebe bei der Entwicklung und Umsetzung betrieblicher Hilfekonzepte. Darüber hinaus werden Präventionsmaßnahmen für die Beschäftigten entwickelt, realisiert und Hilfe im Einzelfall koordiniert. Die Leitstelle versteht sich als koordinierende, qualifizierende, beratende und vernetzende Serviceeinrichtung.

In ihrer mittlerweile sechzehnjährigen Tätigkeit hat die LSA ein flächendeckendes Angebot der betrieblichen Suchtarbeit entwickelt und damit eine breit angelegte Struktur geschaffen. Dieses Angebot reicht von der Beratung der Vorgesetzten über die Qualifizierung von Suchthelferinnen und Suchthelfern sowie Funktionsträgern bis hin zur Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.

Bislang gab es noch keine systematische Erhebung und Darstellung der Ergebnisse und Effekte, der von der LSA geleisteten Arbeit. Um den Nutzen möglichst genau belegen zu können, wurde eine Evaluation der Tätigkeit der LSA in Auftrag gegeben. Neben den spezifischen Aufgabenstellungen der Suchthelferinnen und Suchthelfer im Bereich der Einzelfallhilfe wurden in der Studie auch die Aktivitäten der Suchthelfer im Bereich der Suchtprävention, der Schulungsmaßnahmen sowie der Mitarbeit an innerbetrieblichen Regelungen im Umgang mit suchtspezifischen Themen im Untersuchungszeitraum 2005–2007 in der Befragung der Dienststellen und Suchthelfer erfasst.

## Suchtprävention: Information und Schulungen

In die folgende Teilauswertung gingen die Daten von 82,8 % der angeschriebenen zweifelsfrei aktiven Suchthelfer (Anzahl (n) = 157) ein.

Andere Personen, die inzwischen aus der betrieblichen Funktion ausgeschieden waren, bzw. sich im Untersuchungszeitraum erst in Ausbildung befanden, wurden nicht berücksichtigt. Trotz hoher Ausschöpfungsquote sind die gemachten

Angaben als unterste Werte anzusehen. Denn es ist zu vermuten, dass auch ein Teil der zwischenzeitlich ausgeschiedenen und daher nicht erreichten Suchthelfer weitere präventive Aktivitäten entfaltet haben. Die Suchtvorbeugung einschließlich der Bekanntmachung des Angebotes der betrieblichen Suchthilfe sowie die Schulung von Funktionsträgern stellt ein wichtiges Arbeitsfeld für Suchthelfer dar.



	Anzahl Aktivitäten	Anzahl erreichter Personen 2005–2007
Schriftliche Informationen (einschl. entsprechender Nutzung des Intranet)	232	58258
Persönlich durchgeführte Informationsveranstaltungen durch Suchthelfer	225	5350
Mitwirkung an „Gesundheitstagen“	117	6240
Sonstige betriebliche Aktivitäten	75	715

Tabelle 1: Allgemeine präventive Aktivitäten 2005–2007

In der „Reichweite“ schlugen zahlenmäßig am stärksten schriftliche Informationen, aber z. B. auch entsprechende Nutzungen des Intranets, zu Buche. Suchthelfer verbreiteten Informationen zu Themen der Sucht in

den Dienststellen. Knapp 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienststellen wurden pro Jahr durchschnittlich erreicht. Die Zahl von 58258 ist durch Addition entstanden und beinhaltet auch Dienststellen, die von ihren Suchthelfern regelmäßig jährlich Informationen zu Themen der Sucht bzw. zu innerbetrieblichen Angeboten erhielten, sodass die Zahl der erreichten (verschiedenen) Personen eher geringer sein dürfte.

Weitere wichtige Möglichkeiten der Information und Vorbeugung waren für Suchthelfer auch die Beteiligung und Mitwirkung an betrieblichen „Gesundheitstagen“ oder ähnlichen thematisch übergreifenden Veranstaltungen, die in den drei Kalenderjahren des Untersuchungszeitraumes mit deutlich steigender Tendenz für Informationen auch zum Thema Sucht genutzt wurden. So haben sich die bei der Durchführung von Gesundheitstagen erreichten Personen in den Dienststellen von 1 256 im Kalenderjahr 2005 auf 2 832 im Kalenderjahr 2007 mehr als verdoppelt.

Erfreulich ist die in der direkten Befragung der Dienststellen angegebene Bereitschaft von rund 40 % dieser Dienststellen anzusehen, für Maßnahmen der Suchtprävention auch entsprechende notwendige Haushaltsmittel einzusetzen. Diese Offenheit der Dienststellen für Präventionsmaßnahmen wurde auch in der Bewertung der suchtbetragenen Arbeit der Dienststellen durch die Suchthelfer positiv hervorgehoben, 62,2 % der hierzu Antwortenden war mit der eigenen Dienststelle „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“.

Mehr als 700 weitere Personen wurden über sonstige betriebliche Aktivitäten der Suchthelfer, die von der Präventionsarbeit mit Auszubildenden und Beamtenanwärtern, über Schulungen für Sicherheitsfachkräfte sowie Teilnahme an Arbeitstagen und Arbeitsgruppen zum Thema Sucht reichten, eingebunden.

Basis des betrieblichen Suchthilfesystems und insbesondere des stufenweise Vorgehens in entsprechenden Dienstvereinbarungen ist die Information und Schulung aller betrieblichen Funktionsträger zu qualifizierten Vorgehensweisen (s. hierzu auch z.B. den „Leitfaden für Vorgesetzte“ der Leitstelle) im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern. Diese Schulungen werden auch als Maßnahmen der Sekundärprävention verstanden.

	Anzahl Aktivitäten	Anzahl erreichter Personen 2005–2007
Vorgesetztenschulungen	104	1842
Personal- /Betriebsratsschulungen	51	435

Tabelle 2: Schulungsveranstaltungen betrieblicher Funktionsträger 2005–2007

In mehr als 100 Vorgesetztenschulungen und 50 Personal- bzw. Betriebsratsschulungen wurden über das innerbetriebliche Netzwerk der LSA über 2200 Funktionsträger geschult, die gleichzeitig auch wichtige Multiplikatorenfunktionen innehaben.

In diesem Bereich wurde von den Suchthelfern häufig auf die direkte Unterstützung durch die Leitstelle Sucht am Arbeitsplatz zurückgegriffen. Ein knappes Viertel der

jeweiligen Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte und Personalvertretungen wurden laut Angaben der Suchthelfer von der Leitstelle direkt unterstützt bzw. im Zusammenwirken mit den örtlichen Suchthelfern durchgeführt. Gerade bei Schulungsmaßnahmen für Vorgesetzte und Personal- bzw. Betriebsräte wurden von den Suchthelfern allerdings auch größere Aktivitäten ihrer Dienststellen gewünscht. Rund die Hälfte der antwortenden Suchthelfer war nicht zufrieden.

### Suchtprävention: Strukturelle Maßnahmen in den Verwaltungen

Auch bei strukturellen Maßnahmen zur Prävention wurden die Suchthelfer im Netzwerk der LSA in ihren Dienststellen eingebunden, oder auch selbst aktiv:

	Anzahl Aktivitäten
Teilnahme Arbeitskreis Sucht / Gesundheitsförderung	143
Mitwirkung an innerbetrieblichen Regelungen	108

Tabelle 3: Beteiligung an übergreifenden strukturellen Maßnahmen in Dienststellen

Ein Teil der Suchthelfer war auch in teilweise dienststellenübergreifenden Arbeitskreisen zum Thema Sucht (bzw. Sucht und Gesundheitsförderung) eingebunden. Insgesamt rund 140 mal wurde von 19 Suchthelfern die Teilnahme an betrieblichen Arbeitskreisen zum Thema Sucht angegeben. Die durchschnittliche Häufigkeit von 7,5 Treffen weist auf eine quartalsweise Terminierung in den Dienststellen hin. In acht Dienststellen wurde laut Angaben der Suchthelfer im Untersuchungszeitraum ein solcher Arbeitskreis neu eingerichtet.

Über 100 mal wirkten Suchthelfer an der Weiterentwicklung bzw. Neuformulierung innerbetrieblicher Regelungen zum Suchtmittelkonsum direkt mit. In Anbetracht der immer noch aktuellen Diskussion zum Nichtraucherschutz und der im Untersuchungszeitraum erlassenen Neuregelung zum Rauchverbot in öffentlichen Dienststellen überrascht es wenig, dass zu diesem Themenschwerpunkt die höchsten Angaben vorliegen. Sowohl Suchthelfer als auch Dienststellen berichten, dass hier in rund 80 % der Dienststellen entweder Anweisungen oder Dienstvereinbarungen zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz erlassen bzw. neu abgeschlossen wurden. Immerhin in knapp 20 % der antwortenden Dienststellen scheint es hier bis Anfang 2008 jedoch noch keine verbindlichen Regelungen zu geben.

Sowohl Dienststellen als auch Suchthelfer gaben der Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz für ihre Angebote im Bereich der Information, Schulung und Ausbildung gute bis sehr gute Noten und waren in allen abgefragten Bereichen weit überwiegend sehr zufrieden mit den umgesetzten Maßnahmen.

### Zusammenfassung

Im Untersuchungszeitraum der Evaluationsstudie 2005 bis 2007 wurden von den Suchthelfern im Netzwerk der LSA 58258 Personen durch schriftliche Informationen und 14582 Mitarbeiter durch personalkommunikative

Maßnahmen einschließlich Schulungen usw. erreicht. Hinzu kamen umfangreiche auch strukturelle Aktivitäten im Hinblick auf den betrieblichen Umgang mit Suchtproblemen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit konnte nach dem Ergebnis der Studie in Art, Qualität und Umfang – durch das Netzwerk der zu 90 % gänzlich nebenamtlich eingesetzten Suchthelfer – in den Dienststellen in der öffentlichen Verwaltung in Schleswig-Holstein ein umfangreiches und vielfältiges Suchtpräventionsangebot umgesetzt werden.

Gleichzeitig weist die Evaluationsstudie hin auf notwendige Weiterentwicklungen im Bereich struktureller Rahmenbedingungen und insbesondere notwendiger Schulungsmaßnahmen betrieblicher Funktionsträger. So ist z.B. in der Bereitschaft der Dienststellen, für betriebliche Prävention auch entsprechend notwendige Mittel einzusetzen, ein guter Anfang gemacht. Auch sind weitergehende Aktivitäten nötig.

Die gesamte Expertise „Suchtprobleme am Arbeitsplatz – Evaluation des innerbetrieblichen Hilfesystems der Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz (LSA) in Schleswig-Holstein“ von Herrn Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg kann bei Bedarf angefordert werden.

### **Kontakt**

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
des Landes Schleswig-Holstein  
Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz (LSA)  
Adolf-Westphal-Str. 4  
24143 Kiel  
[www.lsa.schleswig-holstein.de](http://www.lsa.schleswig-holstein.de)

### **Ansprechpartnerinnen**

Natalie Syring  
Tel.: 0431 988-5495  
[natalie.syring@sozmi.landsh.de](mailto:natalie.syring@sozmi.landsh.de)

Nadine Wulf  
Tel.: 0431 988-5529  
[nadine.wulf@sozmi.landsh.de](mailto:nadine.wulf@sozmi.landsh.de)  
Fax: 0431 988-5354



# Haut hautnah – Arbeitsschutz und Hauterkrankungen

Von Dr. Ina Wiederhold, Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes  
Schleswig-Holstein

**Die Haut wiegt ca. 1/6 des Körpers und ist mit ca. 2 qm das größte Organ des menschlichen Körpers. Sie erfüllt lebenswichtige Schutzfunktionen.**

Die Haut ist Sinnes-, Stoffwechsel- und Speicherorgan. Darüber hinaus repräsentiert sie die äußere Erscheinung des Menschen und unterstützt seine Kommunikation z.B. durch Stirnrunzeln oder verrät seine Stimmungslage etwa durch Schweißausbruch oder Gänsehaut.

Hauterkrankungen am Arbeitsplatz führen seit Jahren die Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherungen an. Von den insgesamt 61.151 Anzeigen auf eine Berufskrankheit im Jahr 2007 betrafen fast ein Drittel die Hautkrankheiten (exakt 29,6 % oder 18.074 der Fälle – BK-Ziffer 5101). Bei mehr als jeder zweiten Hauterkrankung (56,4 %) bestätigte sich der Verdacht auf eine berufsbedingte Ursache und 6 Prozent wurden nach Prüfung weiterer Voraussetzungen versicherungsrechtlich anerkannt.

Unter Hautkrankheiten leiden die Betroffenen besonders, weil sie damit sowohl psychisch als auch physisch beeinträchtigt werden. Auch der private und sehr persönliche Bereich wird von Hautkrankheiten besonders betroffen, was im schlimmsten Fall zur sozialen Isolation führen kann. Zudem entstehen erhebliche Kosten durch Arbeitsausfall, Behandlung und Rehabilitation einschließlich beruflicher Neuorientierung.

## **Kampagne „Gesunde Haut – weniger Hauterkrankungen“**

Um den Belastungen durch Hautkrankheiten entgegenzuwirken, haben sich Kranken- und Unfallversicherungsträger darauf verständigt, ein gemeinsames Präventionsziel im Rahmen einer Kampagne zu verfolgen: „Gesunde Haut – weniger Hauterkrankungen“. Das Projekt ist bislang in der Bundesrepublik Deutschland einmalig. Im März 2006 hatte der LASI (Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik) beschlossen, dass sich auch die Länder als Kooperationspartner an dieser Aktion beteiligen. Es wurde eine länderübergreifende Checkliste zum Thema entwickelt, die einheitlich in den Betrieben verwendet werden sollte.

Im Jahr 2007 wurden in Schleswig-Holstein 30 ausgewählte Reinigungsbetriebe für Gebäude/Inventar von technischen Aufsichtsbeamten besichtigt und beraten. Die Gefährdungsbeurteilung war in mehr als der Hälfte der Fälle zu korrigieren und zu ergänzen. Im Jahr 2008 ist die Nachbesichtigung in denselben Reinigungsbetrieben geplant. Für 2009 werden die Ergebnisse ausgewertet. Falls es möglich ist, sollen diese Ergebnisse dann auch mit denen anderer Bundesländern verglichen werden.



Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Präventionskampagne „Haut“ sollen in das Arbeitsschutzziel 3 der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) einfließen (Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Hauterkrankungen).

Am 27.11.2007 wurde eine Arbeitsgruppe „Haut“ für dieses Arbeitsschutzziel einberufen. Sie soll insbesondere Eckpunkte für Arbeitsprogramme entwickeln. Diese Arbeitsgruppe, in der auch Schleswig-Holstein vertreten ist, hat sich in mehreren Sitzungen zur Problematik positioniert und inzwischen die beiden Handlungsfelder „Feuchtarbeit“ und „Hautschädigende Stoffe“ der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) zur Beschlussfassung vorgelegt.

## **Die Handlungsfelder „Feuchtarbeit“ und „hautschädigende Stoffe“**

Eine der häufigsten Ursachen bzw. Mitursachen berufsbedingter Hauterkrankungen ist Feuchtarbeit. Dabei handelt es sich definitionsgemäß um Tätigkeiten, bei denen die Beschäftigten einen erheblichen Anteil ihrer Arbeitszeit, d.h.

- regelmäßig mehr als 2 Stunden pro Tag mit ihren Händen Arbeiten im Feuchtmilieu ausführen oder
- häufig und/oder intensiv ihre Hände reinigen müssen oder
- einen entsprechenden Zeitraum feuchtigkeitsdichte Schutzhandschuhe tragen.

Bei den im Jahr 2007 als beruflich bedingt bestätigten Hauterkrankungen wurde dem Feuchtmilieu in einem Drittel der Fälle (3.093 Fälle) eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Arbeiten im feuchten Milieu und das Tragen von flüssigkeitsdichten Handschuhen kommen in verschiedensten Bereichen vor, so u. a. im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege, in der Lebensmittelherstellung, im Verkauf, im Beherbergungs- und Gaststättenwesen und in der Landwirtschaft.

Neben oder im Zusammenhang mit Feuchtarbeit werden Hauterkrankungen oftmals durch andere hautschädigende Stoffe verursacht, wie z.B. Desinfektionsmittel, Reinigungsmittel, Kühlschmierstoffe, Chromate in Zement, Mehle, Nickel, Naturkautschuk, Epoxidharzchemikalien und Haarfärbemittel.

Der länger dauernde oder ständig wiederholte Kontakt mit Wasser insbesondere bei gleichzeitiger Einwirkung von

anderen irritativen Stoffen bzw. das Tragen von Handschuhen (Okklusionseffekt) führt durch Aufquellen der Zellen zur Schädigung der äußeren Hautschichten. Das beeinträchtigt die Barrierefunktion des Hautorgans. Es kann zum Eindringen von äußeren Stoffen in die Haut und zum Verlust körpereigener Stoffe wie Wasser oder Elektrolyte kommen. In der Folge entwickelt sich ein Abnutzungsekzem oder irritatives Kontaktekzem. Die weitere Entstehung von allergischen Kontaktekzemen kann durch das irritative Ekzem gefördert werden, da potentielle Allergene die vorgeschädigte Haut passieren und zur Sensibilisierung führen können (Zwei-Phasen-Ekzem).

### **Was ist zu tun?**

Viele Hauterkrankungen könnten vermieden und ihre Schwere verringert werden, wenn mehr Unternehmen geeignete Schutzmaßnahmen umsetzen würden. Dazu müssen vor allem die Gefährdungen richtig beurteilt werden. Das Arbeitsschutzgesetz und die Gefahrstoffverordnung und die TRGS 401 „Gefährdung durch Hautkontakt-Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen“ bieten insbesondere zum Thema Hauterkrankungen dafür eine wichtige Grundlage. Hauterkrankungen treten häufig deshalb auf, weil die Gefährdungen nicht erkannt werden. Informationen darüber fehlen auf verschiedenen Ebenen des Betriebes. Oft sind die Gesundheitsrisiken und Regelwerke den Verantwortlichen nicht ausreichend bewusst. Als Folge wird die Gefährdung nicht hinreichend beurteilt und eingeschätzt. Schutzhandschuhe und Hautschutz-, Reinigungs- und Pflegemittel, die nach technischen und organisatorischen Maßnahmen das verbleibende Restrisiko minimieren können, werden teilweise nicht korrekt verwendet oder sind für den notwendigen Schutz nur bedingt geeignet. Eine Überprüfung, ob die getroffenen Maßnahmen auch wirken, findet nur selten statt.

Aus diesen Gründen hat die Arbeitsgruppe „Haut“ für den Zeitraum der Jahre 2008 bis 2012 Eckpunkte für ein Arbeitsprogramm entwickelt.

Folgende Teilziele werden verfolgt:

- Die Zahl der Betriebe, die in der Gefährdungsbeurteilung Arbeitsplätze mit Feuchtarbeit und hautschädigenden Stoffe berücksichtigen, soll erhöht werden.
- Die Zahl der Betriebe, die geeignete Schutzmaßnahmen festlegen und umsetzen, soll erhöht werden.
- Die Zahl der Betriebe, die eine Wirksamkeitskontrolle der getroffenen Maßnahmen durchführen, soll erhöht werden.
- Die Informationen zur Gefährdung der Haut durch Feuchtarbeit und hautschädigende Stoffe soll verbessert werden.

Diese Ziele stellen gleichzeitig messbare Indikatoren dar, an denen der Erfolg von Arbeitsschutzmaßnahmen in dem genannten Zeitraum bis 2012 sichtbar werden soll. Das Präventionspotential schätzt die Arbeitsgruppe „Haut“ für jeweilige Branchen mit 10 bis 30 Prozent ein. Derzeit wird ein Projektplan für das GDA-Arbeitsprogramm entwickelt. Bereits Mitte 2009 soll mit der Umsetzung begonnen werden.

Langfristig soll die Zahl der anerkannten und als berufsbedingt bestätigten Hauterkrankungsfälle sinken. Diesem Ziel fühlen sich alle gemeinsam verpflichtet.

Teil I

Prävention & Arbeitswelt

Teil II

Prävention & Verbraucherschutz

Teil III

Prävention & Gesundheit

Teil IV

Prävention & Service



# Netzwerk Ernährung in Schleswig-Holstein



Von Sabine Gatzemeyer und Birgit Dammann-Sievers,  
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend  
und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

## **Das Netzwerk Ernährung wurde 2002 durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren gegründet.**

Im Netzwerk sind diverse Partner des Schleswig-Holsteinischen Gesundheitswesens vereint, so z. B. Vertreter der Krankenkassen, der Ärztekammer, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, freiberuflicher Ernährungsfachkräfte und Vertreter verschiedener Gesundheitsämter. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Sektion Schleswig-Holstein wurde mit der Leitung der Lenkungsgruppe beauftragt. Die Netzwerkarbeit dient der Transparenz der bestehenden Angebote und Projekte und der möglichen Kooperation zwischen den Partnern.

Die Aufgaben des Netzwerkes umfassen die optimale Vernetzung von Akteuren und Institutionen im Ernährungsbereich sowie die Koordination und Initiierung von Projekten zur Prävention von ernährungsmitbedingten Gesundheitsstörungen und zur Etablierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils für verschiedene Zielgruppen und Settings.

Ein besonderer Schwerpunkt im Rahmen der Arbeit des Netzwerkes ist der Aufbau von Programmen und Projekten zur Förderung der Kindergesundheit, Schwerpunkt Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Settings. Ziel ist die Erhöhung der Lebenskompetenz. Der Fokus richtet sich dabei auf eine ausgewogene Ernährung und die entsprechende Bewegung. Von besonderer Bedeutung ist die Arbeit mit Familien aus sozial schwierigen Verhältnissen sowie mit Migrationshintergrund. Wegweisend sind hier die Projekte „OptiKids-Kinderleicht“, der Aktionsplan Holsteinische Schweiz, „Lebenslust-Leibeslust“, und „FördeKids“.

In einer Datenbank werden gesundheitsfördernde Angebote und Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und starkem Übergewicht/Adipositas für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein aufgelistet. Sie versteht sich als Hilfeangebot im primärpräventiven und therapeutischen Bereich.

Informationen und Projekte zur Prävention von koronaren Herzerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der maßgeblich am Krankheitsgeschehen beteiligten Lebensstilfaktoren wie Ernährungsfehler, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel, Stress sind ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten der Netzwerkpartner. Hier ist insbesondere das Modulprogramm „Happy Hearts“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu nennen.

An der Wirksamkeit regelmäßiger Bewegung und körperlicher Aktivität für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie für die Lebensqualität und Selbständigkeit älterer und alter Menschen besteht inzwischen kein Zweifel mehr. In Schleswig-Holstein wurden durch das Netzwerk Projekte initiiert, die gezielt ältere Menschen im Blick haben. Hier sind die Kampagne „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“, die Seminare „Herzgesund kochen für Männer“ und „Bewegung und Ernährung“ der Herzsportgruppen und die Aktion „Aktiv 70plus“ zu nennen.

Weitere Informationen sind unter [www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de](http://www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de) zu finden.

Ansprechpartnerin: Sabine Gatzemeyer, Tel.: 0431 988-7327, E-Mail: [sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de](mailto:sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de)



# Fit bleiben und gesund essen: Ernährung und Alter

Von Petra Oschadléus, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Besondere Schwerpunkte des präventiven Verbraucherschutzes sind Fragen der richtigen Ernährung, der Gesundheit und Sicherheit von Lebensmitteln und Verbraucherprodukten, verbraucherrelevanten Fragen aus den Bereichen Telekommunikation, Neue Medien, Geräte- und Produktsicherheit und der Schuldner- und Insolvenzberatung. Ziel der Verbraucherpolitik des Landes sind gut informierte, selbstbewusste Verbraucherinnen und Verbraucher, die kompetent und eigenverantwortlich handeln.**

## **Ernährung und Alter**

Eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Aktivität sind in jedem Alter wichtig. Aber je älter die Menschen werden, umso bedeutender werden gesunde Ernährung und gesunde Bewegung. Wer sich gesund ernährt und ausreichend bewegt, bleibt beweglicher, ist mobiler, geistig aktiver und wird seltener krank.

Altern ist ein natürlicher Vorgang, der nicht zwangsläufig zu Krankheiten führen muss. Allerdings verändert sich der Körper im Laufe des Lebens und es kann durchaus zu Leistungsabfällen kommen. Während der Nährstoffbedarf eines Menschen im Alter unverändert bleibt, sinkt der Energiebedarf. Gerade älteren Menschen müsste jedoch eine vielseitige Ernährung leicht fallen, denn die Mischung aus ballaststoffreichen Lebensmitteln, wie Brot, Kartoffeln, Nudeln oder Reis sowie viel Obst und Gemüse, sind gute alte Bekannte aus der traditionellen Küche. Fettreiche Lebensmittel und Süßigkeiten sollten hingegen seltener auf dem Speiseplan stehen. Zwar braucht ein älterer Mensch etwa genauso viel Flüssigkeit wie ein jüngerer, doch das Durstgefühl nimmt mit den Jahren ab. Täglich sollten 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit getrunken werden. Getränke gehören daher zu jeder Mahlzeit.

Nahrungsergänzungsmittel sind nur bei einem ärztlich festgestellten Mangel sinnvoll.

Viele weitere nützliche Informationen für die Ernährung im Alter, z.B. für die speziellen Bereiche „Essen auf Rädern“ und „Ernährung für pflegebedürftige Angehörige“, gibt es bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein, Hermann-Weigmann-Straße 1, 24103 Kiel, Tel. 0431/62706, E-Mail: nissen.dge@gmx.de, oder der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein e.V., Andreas-Gayk-Straße 15, 24103 Kiel, Tel. 0431/590990, E-Mail: info@verbraucherzentrale-sh.de.



Auch das Netzwerk Ernährung bietet Informationen und Hilfen an: [www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de](http://www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de) Tel.: 0431 988-7327 Sabine Gatzemeyer (E-Mail: [sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de](mailto:sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de)).



# Sicherheit im Alter – Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz

Von Carsten Wiese, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz (GPSG) soll die Verbraucher vor unsicheren Produkten schützen. Es hat damit einen klaren präventiven Charakter. In dem Gesetz werden auch der Aufbau von Qualitätssicherung und Qualitätssicherungssystemen angesprochen – beides Bereiche, die für alle Personen interessant sind, die sich mit der Prävention beschäftigen.**

Das GPSG unterscheidet bei den behandelten Produkten zwischen technischen Arbeitsmitteln und Verbraucherprodukten. Dabei sind Verbraucherprodukte einerseits verwendungs- und nicht verwendungsfertige Gebrauchsgegenstände und andererseits sonstige Produkte (z.B. Rohstoffe, Lebensmittel, Kosmetika), die für Verbraucher bestimmt sind. Weiterhin werden Migrationsprodukte erfasst. Das sind solche Produkte, die früher nur technische Arbeitsmittel waren, aber heute bis in den Privatbereich vorgedrungen sind wie beispielsweise Reißwölfe für Papier oder Beamer für Präsentationen und Kinovorführungen. Gebrauchsgegenstände wie beispielsweise gebrauchte Maschinen fallen ebenfalls unter das GPSG. Des Weiteren wurde der Begriff der vorhersehbaren Fehlanwendung aufgenommen. Hierbei ergibt sich für die Praxis das Abgrenzungsproblem zwischen der vorhersehbaren Fehlanwendung und dem Produktmissbrauch, wobei nur der Missbrauch nicht unter den Schutz des GPSG fällt.

Es muss ein Qualitätssicherheitssystem bei Herstellern und Importeuren eingeführt werden. Mit diesem System können Produkte nach dem Verkauf an die Verbraucher beobachtet werden und notfalls bei Gefahren schnell eingegriffen werden.

Der Verbraucher muss bei Sicherheitsmängeln gegebenenfalls öffentlich gewarnt werden. Für den Fall eines notwendigen Rückrufes müssen die Unternehmen präventiv ein Rückrufmanagement bereithalten.

Ähnliches existiert bereits im Produkthaftungsrecht unter den Stichwörtern aktive und passive Produktbeobachtung.

Es besteht eine Selbstanzeigespflicht von Herstellern und Händlern bei unsicheren Produkten. Sofern sie Unsicherheiten der Produkte erkennen, müssen sie die Behörden informieren.

Die Behörden haben europaweit ein System ([www.icsms.org](http://www.icsms.org) – information and communication system for the pan-European market surveillance of technical products) aufgebaut.

ICSMS schafft die Grundlage für eine effektive und effi-



ziente Zusammenarbeit der Marktaufsichtsbehörden in Europa. Internet gestützt ermöglicht es einen umfassenden Informationsaustausch zwischen allen Marktüberwachungsbehörden. Schnell und grenzüberschreitend. Erstmals werden so bei unsicheren Produkten gleichzeitig, aktuell und flächendeckend Markteingriffe möglich. Eine koordinierte Arbeitsteilung der Behörden schafft mehr Effizienz: Prüfkapazitäten werden frei und konzentrieren sich auf noch nicht untersuchte Produkte. Ohne bürokratische Umwege können Verbraucher und Handel präventiv informiert werden, wenn dies notwendig ist. Sofern der Hersteller für seine Produkte die harmonisierten EU-Richtlinien anwendet, wird vermutet, dass die Produkte den Anforderungen an Sicherheit und Gesundheit genügen. Für den Bereich, in dem es keine harmonisierten Normen gibt, gilt eine entsprechende Vermutung bei Anwendung der nationalen Normen. Auf jeden Fall ist ein Mindeststandard für die Sicherheit von Produkten im GPSG festgeschrieben.

Das GPSG verfolgt das Konzept, dass sich vorrangig Hersteller und Importeure von Produkten eigenverantwortlich um deren Sicherheit kümmern.

Ein Schwerpunkt der Tätigkeiten des Referates VIII25, Bereich GPSG, liegt auf der Beratungstätigkeit gegenüber Herstellern und Importeuren in Schleswig-Holstein. Dem Präventionsgedanken folgend, wird hier versucht, die Qualitätssicherungssysteme der Firmen auf Schwachstellen zu analysieren und auf Änderungen innerhalb des Systems zu bestehen. Nur gute und den Richtlinien entsprechende Produkte schützen vor Schäden.



Teil I

Prävention & Arbeitswelt

Teil II

Prävention & Verbraucherschutz

Teil III

Prävention & Gesundheit

Teil IV

Prävention & Service



# Hart aber „herz“lich: Konsequent für mehr Herzgesundheit

Von Dr. Michael Lohmann, Ärztekammer des Landes Schleswig-Holstein, Koordinator für das Gesundheitsziel „Verringerung der koronaren Herzkrankheit“ des Landes Schleswig-Holstein

**Viele Gesundheitsprobleme sind von der individuellen Lebensführung abhängig, die von gesundheitsrelevantem Verhalten, gesundheitsbezogenen Wertvorstellungen und Ressourcen materieller und sozialer Art bestimmt wird.**

Mangelnde Bewegung, fettreiche Ernährung, hoher Alkohol- und Nikotinkonsum sind mitverantwortlich für die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie von Stoffwechselstörungen wie Diabetes und metabolischem Syndrom.

Der Setting-Ansatz ist seit mehr als 20 Jahren eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen sind dabei nicht nur auf spezielle Zielgruppen (z.B. Kinder, Frauen, Männer), sondern auf die Lebensbereiche ausgerichtet, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen. Lebensbereiche wie Familie, Wohnort, Schule, Arbeitsplatz oder Freizeit bestimmen das Gesundheitsverständnis und -verhalten jedes einzelnen mit. Gesundheitsförderung sollte daher in Schulen, Betrieben und Organisationen verstärkt stattfinden. Galt der Herzinfarkt lange Zeit als so genannte Managerkrankheit, zeigen Untersuchungen, dass koronare Herzerkrankungen mit besonderer Häufigkeit in sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen auftreten. Das Erkrankungsrisiko kann gesenkt werden, wenn die genannten Risikofaktoren minimiert werden. Auch sportliche Aktivitäten und ein funktionierendes Netz sozialer Beziehungen senken das Erkrankungsrisiko.

Um koronare Herzerkrankungen und die Sterblichkeit zu reduzieren, sind Maßnahmen struktureller und organisatorischer Art erforderlich, die die soziale Ungleichheit innerhalb der Bevölkerung verringern und die einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sozial schwächerer Personen dienen. Ansatzpunkte dafür liegen hauptsächlich im strukturellen Bereich. Dazu gehören beispielsweise gesetzliche Maßnahmen (Verbot des Alkoholverkaufs in Betrieben, partielles Rauchverbot) und organisatorische Maßnahmen (Betriebssport-Angebote, Änderung der Kantinenverpflegung usw.).

## **1. Das Modulprogramm Happy Hearts in der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Das Modulprogramm „Happy Hearts“ für mittelständische Betriebe und Verwaltungen hat zum Ziel, über die

- Möglichkeiten zur herzgesunden Lebensweise



- Risikofaktoren bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und
- Einschätzung des persönlichen Risikos zu informieren.

Hintergrund für die Entwicklung des Programms war die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen als der häufigsten Todesursache in Deutschland. Präventive Angebote zur herzgesunden Lebensweise im „setting“ Betrieb sind unter dem Aspekt der „aufsuchenden Beratung“ geeignet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren. Mit den Modulen Risikoanalyse/Gesundheits-Check-up, gesunde Ernährung, Bewegungsförderung und Anti-Raucher-Training sind inzwischen die Bereiche implementiert, die entscheidende Bedeutung für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten haben. Der Baustein Stressmanagement ist bislang noch unterrepräsentiert, soll aber zukünftig verstärkt angeboten werden.

Angeboten werden derzeit die folgenden Instrumente:

- Erfassung von Gesundheitsparametern (Blutanalysen, Körperfettmessung etc.)
- Individuelle Risikoanalyse
- Posterausstellung
- Info-Stände
- EDV-unterstützte Nährwertberechnung
- Informationsflyer für die Beschäftigten
- Herzgesunde Gerichte in der Kantine
- Kantinenanalyse
- Individuelle Ernährungsberatung
- Gruppenprogramme für Übergewichtige
- Schrittzähler-Aktion
- Nordic-Walking-Kurse
- Entspannungstraining
- Nichtraucher-Kurse
- Evaluation der Aktion
- Pressearbeit
- Vordrucke für interne Mitteilungen an die Mitarbeiter.

## **Durchführung**

Das Programm wird von verschiedenen Fachgesellschaften und Institutionen beraten und unterstützt (z.B. schleswig-holsteinische Sektion der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Netzwerk Ernährung, Ärztekammer Schleswig-Holstein). Die Durchführung im Betrieb erfolgt

**Beispiel für eine Aktionswoche „Happy Hearts“**

Tageszeit	Montags	Dienstags	Mittwochs	Donnerstags	Freitags
vormittags	Aufbau der Posterpräsentation Schrittzählerverleih Fragebogenaktion zur Risikoanalyse	Posterpräsentation Infostand mit Verkostung	Posterpräsentation <i>Optional: Messung Blutparameter Betriebsarzt*</i>	Posterpräsentation Infostand mit Verkostung	Posterpräsentation Messung BMI / Körperfett Einsammeln der Schrittzähler
mittags	Happy Hearts-Gericht in der Kantine	Happy Hearts-Gericht in der Kantine	Happy Hearts-Gericht in der Kantine	Happy Hearts-Gericht in der Kantine	Happy Hearts-Gericht in der Kantine
nachmittags	Posterpräsentation	Posterpräsentation <i>Optional: Schnupperkurs Entspannung*</i>	Posterpräsentation Fachvortrag	Posterpräsentation <i>Optional: Schnupperkurs Nordic Walking*</i>	Abbau der Posterpräsentation

Abb. 1: Beispiel für eine betriebliche Aktionswoche "Happy Hearts"

durch Mitarbeiter dieser Institutionen, vorzugsweise in Kooperation mit dem Betriebsarzt sowie externen Partnern (z.B. regionaler Sportverein, Stress-Therapeut etc.)

**Erforderliche Rahmenbedingungen**

Das Programm kann in den vorhandenen Räumlichkeiten durchgeführt werden. Die Info-Stände können je nach Größe des Betriebes beispielsweise vor der Kantine, im Foyer, der Empfangshalle o. ä. platziert werden. Für die Messung der Gesundheitsparameter ist ein gesonderter Raum empfehlenswert.

Bei der internen Umsetzung im Betrieb wird mit der Geschäftsführung und/oder der Personalabteilung unter Einbindung weiterer Ansprechpartner im Betrieb (z.B. Kantinenbetreiber) kooperiert.

Durch die individuelle Analyse der Risikofaktoren können Risikoträger identifiziert werden, die oft noch keine Beschwerden haben, aber aufgrund ihrer Lebensstilkonstellation hinsichtlich Herzkreislauf-Erkrankungen gefährdet sind. Die Arbeitnehmer erhalten gegebenenfalls die Empfehlung, einen Arzt aufzusuchen sowie Informationen und Vorschläge zur Verbesserung ihres Lebensstiles. Späteren Fehlzeiten oder Arbeitsunfähigkeit wird somit frühzeitig vorgebeugt.

**Ergebnisse**

Exemplarisch sind nachfolgend die Ergebnisse einer Aktionswoche dargestellt:

- In der Kantine des Arbeitsamtes Flensburg wurden die Module Ernährung, Bewegungsförderung und Risikoanalyse aus dem Programm „Happy Hearts“ durchgeführt. Den Restaurantbesuchern wurden in der Aktionswoche herzgesunde Mittagsgerichte angeboten, die der Kantinenbetreiber auf der Grundlage ausgewählter Rezepte von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bereitstellte. Die Restaurantbesucher wurden vorab durch eine interne Email über die Aktionen und die angebotenen Gerichte in der Aktionswo-

che informiert. Zusätzlich wiesen Schautafeln vor dem Eingang sowie in der Kantine auf die herzgesunden Gerichte hin.

- Bis zu 240 Mitarbeiter täglich informierten sich an den Plakatwänden über die koronare Herzkrankheit. Etliche nutzten die Möglichkeit, sich an einem Infostand zur herzgesunden Ernährung beraten zu lassen. Daneben bestand die Möglichkeit zur persönlichen Risikoanalyse, zum Ausleihen elektronischer Schrittzähler und zur Teilnahme an einem Gewinnspiel.
  - Zusätzlich wurden täglich wechselnde Merkblätter auf den Tischen ausgelegt. Von den Restaurantbesuchern wurde diese Art der Information sehr begrüßt.
  - Insgesamt nutzten 34% der Kantinenbesucher während dieser Woche die Möglichkeit, ein herzgesundes Gericht aus den drei täglich angebotenen Tagesgerichten auszuwählen (bei Aktionen in anderen Betrieben lag die Teilnahmequote bislang bei vergleichbaren 25-35%). Die „Inhouse“-Aktionen haben die Mitarbeiter neugierig gemacht und motiviert, sich auch außerhalb der Arbeitszeit um gesundheitsförderliche Angebote zu kümmern. Die Mitarbeiter erwerben und festigen ihre gesundheitsförderliche Kompetenz. Die Unternehmensführung investiert nachhaltig in die Ressource Gesundheit und unterstreicht damit, wie wichtig ihr die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist. Das Image des Unternehmens wird so nicht nur intern, sondern auch in der Außenwirkung gefördert.
- Aus den bisherigen Erfahrungen haben sich folgende „Erfolgsfaktoren“ für das Modulprogramm „Happy Hearts“ ergeben:
- Der modulare Aufbau des Programms ermöglicht die individuelle Auswahl einzelner Komponenten und erlaubt damit die Anpassung an die Wünsche und Erfordernisse des jeweiligen Betriebes.
  - Mit dem Angebot werden ohne viel Aufwand viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht. Es sind auch keine besonderen Bedingungen an die Räumlichkeiten etc. notwendig.
  - Das Programm bezieht – soweit möglich – regionale Präventionsanbieter ein. Dadurch werden vor Ort

- längerfristige Kooperationen mit dem Betrieb / den Mitarbeitern gefördert.
- Das Programm wird als full-service-Paket angeboten und ist damit sehr kundenorientiert. So werden z.B. Vordrucke zur Mitarbeiterinformation, für Pressemitteilung etc. zur Verfügung gestellt, so dass für den durchführenden Betrieb so wenig Zusatzarbeit wie möglich anfällt.
- Der Kostenaufwand für den Betrieb ist gering und durch den modularen Aufbau variabel anpassbar.

Bislang wurde das Programm in den folgenden Bereichen umgesetzt:

- Öffentliche Verwaltungen
- Bankwesen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Medizintechnik
- Maschinenteknik (Verpackungs- und Abfülltechnik).

Die Betriebsgrößen bewegten sich dabei in einem Bereich von 10 bis ca. 250 Mitarbeitern. Das Programm kann grundsätzlich branchenunabhängig eingesetzt werden.

Dieses Programm ist vom Sozialministerium initiiert worden und wird weiterhin auch von dort finanziell unterstützt. Es kann von den Betrieben genutzt werden. Anfragen sind zu richten an lohmann@aeksh.org.

## 2. Aktion „HERZgesund“ für erwerbslose Menschen in Itzehoe

Im Sommer 2006 wurde für die Zielgruppe „Erwerbslose Menschen“ im ARGE-Leistungszentrum Steinburg ein Pilotprojekt zur Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt. Der Verlust des Arbeitsplatzes und die damit verbundenen Veränderungen im Lebensumfeld sind Risikofaktoren, die die Entwicklung und das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen können. Zudem gilt diese Zielgruppe als schwer erreichbar für Präventionsmaßnahmen. Während der fünf Wochen währenden „HERZgesund-Aktion“ wurden insgesamt 1.200 Exemplare eines speziellen KHK-Risikofragebogens über die Anmeldestelle der ARGE ausgelegt, von denen knapp 1000 Exemplare nachgefragt wurden. Dies entspricht einer Reichweite von 81%.

Zusätzlich wurden über die Fallmanager in der ARGE ca. 250 Exemplare der Broschüre „Herzgesund-Wegweiser für die Modellregion Steinburg“ an interessierte Personen abgegeben. Pro Woche konnten damit rund 50 Besucher und Angehörige des Leistungszentrums mit Informationen und regionalen Adressen zur Prävention der koronaren Herzkrankheit erreicht werden.

Zur Rückgabe ausgefüllter Risikofragebögen konnten insgesamt 37 Teilnehmer (27 Erwerbslose, 10 Mitarbeiter der ARGE) motiviert werden. Damit ergab sich eine „Rücklaufquote“ von 3,8% für die Gesamtheit der abgegebenen Risikofragebögen. Bezogen auf die Untergruppe der erwerbslosen Menschen betrug der Wert 2,8% bzw. 1% für die ARGE-Mitarbeiter.

Insgesamt ergab sich für die Gruppe der erwerbslosen Menschen ein ungünstigeres Lebensstil-Profil als für die ARGE-Mitarbeiter:

- Der Anteil der Raucher war bei den Erwerbslosen (52%) größer als bei den Mitarbeitern der ARGE (30%).
- Während 40% der Erwerbslosen befanden, ihr Körpergewicht läge über dem Normalgewicht, betrug dieser Anteil für die ARGE-Mitarbeiter 70%.
- Die Erwerbslosen wählten fettreichere Nahrung als die Mitarbeiter der ARGE.
- Die Erwerbslosen schätzten sich mit einer Bewegungshäufigkeit von mindestens einmal pro Woche (82%) aktiver ein als die Mitarbeiter der ARGE (60%).
- Ein großer Anteil der Befragten kannte seine aktuellen Blutwerte (Cholesterin, Blutzucker, Blutdruck), die als Risikoparameter für die koronare Herzkrankheit gelten, nicht.
- 60% sowohl der Erwerbslosen als auch der ARGE-Mitarbeiter gaben an, das Gefühl zu haben, „häufig“ bzw. „praktisch immer“ unter Stress zu stehen.
- Der überwiegende Anteil der Befragten hatte bislang keine Erfahrungen mit sonstigen Herz-Keislauf-bedingten Warnsignalen gemacht.

Insgesamt ergab die Auswertung der Risikotests, dass 40% der ARGE-Mitarbeiter und 75% der Erwerbslosen anzuraten wäre, aufgrund des persönlichen Risikoprofils einen Arzt aufzusuchen.

Als Resultat aus dem Pilotprojekt ergeben sich Empfehlungen für verschiedene Handlungsfelder:

- Es sollte geprüft werden, ob/welche Maßnahmen zur Optimierung des Ernährungsverhaltens der ARGE-Mitarbeiter am Arbeitsplatz durchführbar sind.
- Erwerbslose Menschen sollten verstärkt die Vorteile einer herzgesunden Ernährung nutzen (z.B. Kochkurse für Erwerbslose; Kochbuch/Rezepte für fettarme bzw. herzgesunde Gerichte, die als zusätzlicher Anreiz besonders preisgünstig sind; geeignete Eigenzubereitung von Speisen im Haushalt).
- Angebote zur Stressreduktion erscheinen für die Mitarbeiter der ARGE und für Erwerbslose gleichermaßen notwendig.
- Für erwerbslose Menschen könnte eine Anlaufstelle z.B. in der ARGE nützlich sein, um mit einem entsprechend geschulten Berater eine Strategie zur Verminderung individueller Gesundheitsrisiken zu besprechen und somit förderlich auf den persönlichen Lebensstil einzuwirken.

## 3. Kampagne „Frauenherzen schlagen anders“

Hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit werden Frauen zu wenig beachtet. Sie erkranken im Durchschnitt etwa 10–15 Jahre später als Männer und zeigen häufig eine uncharakteristische und atypische Symptomatik. Dies führt dazu, dass die betroffenen Frauen oft keine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen oder aber erst zu einem späten Zeitpunkt ärztlichen Rat einholen, wodurch wertvolle Behandlungszeit verloren geht.

Unter dem Motto „Frauenherzen schlagen anders“ wurden daher in der Vergangenheit drei Bausteine (Vortrag, Flyer und Vortragsveranstaltungen) zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Zielgruppe Frauen entwickelt

Der Flyer „Frauenherzen schlagen anders“ (Abb. 2) enthält Informationen zum Thema „Frauen und koronare Herzkrankheit“. Er kann über verschiedene Multiplikatoren an die Zielgruppe Frauen herangetragen werden. Dank der Kooperation mit dem Apothekerverband Schleswig-Holstein konnten im Sommer 2008 rund 40.000 Exemplare des Flyers über die schleswig-holsteinischen Apotheken verteilt werden. Parallel dazu wurden in der Vergangenheit mehrere Präventionsveranstaltungen unter dem ‚Motto „Frauenherzen schlagen anders“ durchgeführt. Kooperationspartner waren u. a. die Gesundheitsämter, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, der Landfrauenverband, Kommunale Gleichstellungsbeauftragte sowie ein Berufsbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen. Das Sozialministerium hat das Projekt auch finanziell unterstützt.



Abb. 2: Flyer zur Kampagne „Frauenherzen schlagen anders“

Im Rahmen dieser Präventionsveranstaltungen werden zusätzlich regionale Akteure wie ortsansässige Apotheken, Krankenkassen, die schleswig-holsteinische Sektion der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sportanbieter, Stresstherapeuten und andere eingebunden werden. Auf diese Weise hatten die Besucherinnen die Möglichkeit, sich umfassend über die Bedeutung von Lebensstiländerungen, Herzkreislauf-Risikofaktoren, Blutmessungen, Ernährungsberatung, Nordic-Walking und Entspannungstechniken zu informieren.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V. (LAG) hat eine powerpoint-Präsentation zum Thema Frauenherzen und koronare Herzkrankheit erstellt, die die Frauenherzen-Kampagne als weiteren Baustein ergänzt.

Das Konzept aus Fachvorträgen und praktischen Inhalten wurde insgesamt von den Besucherinnen sehr positiv angenommen. Alle Veranstaltungen erfreuten sich eines regen Besucheraufkommens.

#### 4. Sekundärprävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufferkrankungen

Es ist wichtig, Risikoträger frühzeitig zu erkennen. Das Sozialministerium (MSGF) unterstützt seit vielen Jahren die Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V. (LAG), die hierzu Angebote für

die Herzgruppenarbeit der Selbsthilfegruppen macht. Die LAG widmet sich insbesondere der Sekundärprävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Schleswig-Holstein. Sie organisiert ein flächendeckendes Netz von etwa 250 Koronarsportgruppen zur Rehabilitation von KHK-Patienten in Schleswig-Holstein. Außerdem hat sie die Kampagne „Herz intakt“ ins Leben gerufen. „Herz intakt“ ist eine gesundheitspolitische Initiative in Schleswig-Holstein, die das Ziel verfolgt, mit ihren Programmen das Gesundheitsbewusstsein zu stärken und Lebensstiländerungen hinsichtlich der Herzgesundheit zu fördern.

Dabei werden nicht nur Möglichkeiten aufgezeigt, wie man sich vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützt, sondern auch das Wissen um die Bedeutung der Herz-Lungen-Wiederbelebung für das richtige Verhalten im Ernstfall verbreitet. Die LAG bietet mittlerweile fünf Schulungsmodulen zu folgenden Themen an:

- Prävention von Herz-Kreislaufferkrankungen
- Richtiges Verhalten im Ernstfall
- Herz-Lungen-Wiederbelebung für Laien
- Frauenherzen schlagen anders
- Diabetes und Herz-Kreislaufferkrankungen.

Die Vorträge werden von der LAG kostenlos als CD an geeignete Multiplikatoren (i.d.R. an Ärztinnen und Ärzte) abgegeben. Den Betriebsärzten steht hiermit ein vielfach erprobtes Schulungsinstrumentarium zur Verfügung, mit dem Mitarbeiter in Betrieben erreicht werden können. Die Schulungsmodulen können angefordert werden unter [info@laghk.lsv-sh.de](mailto:info@laghk.lsv-sh.de).

#### 5. BRUSTlife – Landesinitiative zur Früherkennung von Brustkrebs

Im Rahmen dieser landesweiten Initiative werden von der schleswig-holsteinischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGF) Veranstaltungen zum Erlernen der Selbstuntersuchung der Brust nach dem Programm von BRUSTlife angeboten. In 2007 wurde BRUSTlife erstmalig auch für Frauen in Betrieben erweitert, finanziell gefördert durch das Sozialministerium. Es wurden sieben Veranstaltungen in vier Firmen (Dräger-Medical und DrägerSafety in Lübeck, Bildungszentrum am UKSH, Campus Kiel und E.ON Hanse in Stockelsdorf) durchgeführt.

Auch 2007 wurde **BRUSTlife** erneut als Projekt im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele anerkannt und darf weiterhin das Logo „gesundheitsziele.de“ führen. Betriebe können dieses Programm nutzen. Anmeldungen nimmt die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein in Kiel entgegen (e-Mail: [gesundheit@lvgefsh.de](mailto:gesundheit@lvgefsh.de))

#### 6. Kampagne „Gut behütet durch Impfen“

1999 wurde die Impfkampagne Schleswig-Holstein „Gut behütet durch Impfen“ mit dem Symbol der schützenden Kopfbedeckung initiiert, die seit diesem Zeitpunkt von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein koordiniert wird. In enger Abstimmung mit dem MSGF und weiteren Partnern werden auch konzeptionelle und organisatorische Aufgaben ausgeführt. 2007 hat die Landesvereinigung für Gesundheitsförde-

rung (LVGF) zwei neue Flyer zum Thema Impfen ausgearbeitet und gemeinsam mit dem Sozialministerium herausgegeben: „Impfen gegen Gebärmutterhalskrebs“ und „Impfen gegen Grippe für alle... Alle Jahre wieder“ Der alljährliche schleswig-holsteinische Impfkaktionstag war am 7. November 2007 und hatte den Schwerpunkt Influenzaimpfung. Dabei ist vor allem medizinisches Personal in Krankenhäusern und Arztpraxen geimpft worden, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Großunternehmen. Wie in den Vorjahren wurde er durch verschiedene lokale und regionale Aktionen gestaltet.

#### **7. MÄNNERSache – Prävention von Hodenkrebs**

Nachdem dieses Modellprojekt an Beruflichen Schulen in Schleswig-Holstein im Jahr 2005 sehr erfolgreich durchgeführt wurde, fanden 2006 weitere Veranstaltungen für Auszubildende der DRÄGER Werke Lübeck statt. Das Ziel der Veranstaltungen ist es, junge Männer für geschlechtsspezifische gesundheitliche Risikofaktoren zu sensibilisieren und sie zu einer regelmäßigen Selbstuntersuchung der Hoden nach ärztlicher Anleitung anhand von Tastmodellen zu motivieren. Die Prävention von Aids und sexuell übertragbare Krankheiten (STD) sind weitere Themenschwerpunkte. Die Schulungen wurden von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGF) unter Einbindung von Fachärzten für Urologie durchgeführt. 29 männliche Auszubildende haben an einer 2-stündigen Unterrichtseinheit nach dem Konzept „MÄNNERSache“ teilgenommen. Parallel konnten die weiblichen Auszubildenden an einer BRUST*life*-Schulung teilnehmen.



# Alkoholkonsum – der verantwortungsbewusste und kritische Konsum

Von Dr. Wolfgang Kröhn, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

**Alkohol ist ein Genussmittel für viele Bürgerinnen und Bürger, birgt aber auch Risiken für den Einzelnen wie für die gesamte Bevölkerung. Alkohol ist eine psychoaktive Substanz und eine Droge mit toxischen Eigenschaften, die eine verheerende Substanzabhängigkeit erzeugen kann.**

Wir haben in der Bundesrepublik Deutschland nach wie vor einen zu hohen Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol. Wir liegen weltweit in der Spitzengruppe und knapp 10 Millionen Bürgerinnen und Bürger konsumieren Alkohol in riskanten Mengen. Die gravierenden körperlichen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Folgeschäden belaufen sich auf ca. 20 Mrd. Euro pro Jahr. Wir brauchen ein Problembewusstsein für Alkoholkonsum innerhalb unserer Gesellschaft, das zu einem kritischen, bedachten und selbst- sowie fremdverantwortlichen Umgang mit Alkohol und damit gleichzeitig zu einer generellen Konsumreduzierung führt.

## **„Fun statt Vollrausch“ – ein wirksames Programm gegen Alkoholmissbrauch**

Insbesondere jugendlicher Alkoholmissbrauch ist durch alarmierende Vorfälle in den letzten Jahren verstärkt in den öffentlichen Fokus geraten. In Schleswig-Holstein führte das zu der Kampagne „Fun statt Vollrausch – Schleswig-Holstein feiert richtig“. Dabei geht es zunächst um folgende Kampagnenbestandteile:

- Landesweit in den Schulen ist ein sogenannter Klar-sicht-Parcours eingesetzt, in dem es um Informationsvermittlung und Entscheidungshilfen im Umgang mit Alkohol (und anderen Drogen) sowie um die persönliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum und die Stärkung der Eigenverantwortung geht. Die Jugendlichen werden zu einem kritischen Umgang mit Alkohol motiviert. Der Parcours ist jährlich für 15–20 Wochen im Einsatz und erreicht damit circa 15000 Schülerinnen und Schüler.
- Für die außerschulische Jugendarbeit ist ein Party-Erlebnisparcours in Jugendfreizeiteinrichtungen im Einsatz, der in eine anschließende gemeinsame alkoholfreie Cocktailparty übergeht. Grundgedanke dieses Bausteins ist, dass Jugendliche ohne Gruppendruck in einem Rahmen angesprochen werden sollen, der die Bereitschaft zur persönlichen Reflektion fördert und zum Umdenken bei künftigen Partys bewegt. Das Mixen der alkoholfreien Cocktails erfolgt durch speziell ausgebildete Jugendliche, die neben Mixerfahrten



auch Kenntnisse in Gesprächsführung und Suchtprävention mitbringen. Bis zu 100 Jugendliche werden durch dieses Angebot für Alternativen zum Alkoholkonsum sensibilisiert.

- Begleitend zu den Parcoursmaßnahmen schulischer wie außerschulischer Art werden regional auch Eltern-Workshops an Schulen angeboten, um auch die als unverzichtbare Modelllerninstanz anzusehenden Eltern einzubeziehen.
- Das Sozialministerium Schleswig-Holstein (MSGF) hat die Kontakte mit den Jugendverbänden intensiviert, um den Blick verstärkt auf Volks-, Scheunen- und Zeltfeste sowie Großveranstaltungen zu richten. Die sehr konstruktiven Gespräche u. a. mit der Landjugend, der Sportjugend, der Jugendfeuerwehr und der Arbeitersamariterjugend sind in konkrete Kooperationen und Projekte gemündet. Die Jugendverbände werden als wesentliche Multiplikatoren angesehen.
- Das MSGF hat einen umfangreichen und sehr konkreten Veranstaltungsplaner „Jugendschutz – gewusst wie“ herausgebracht, der breit gestreut und den lokalen Veranstaltern zur Verfügung gestellt wird. Diese Broschüre will die nötige Sicherheit zur Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Veranstaltungsplanung und -durchführung geben.
- Durch Intensivierung des Austausches mit den örtlichen Ordnungsbehörden sind zahlreiche und sehr differenzierte Aktivitäten zum Jugendschutz auf örtlicher Ebene in Gang gekommen, die häufig auch in lokale Bündnisse und Absprachen zwischen mehreren verantwortlichen Institutionen geführt haben. Wir wollen, dass sich die Grundidee verselbstständig und von möglichst vielen Partnern regional in eigener Regie umgesetzt wird.
- In 2009 wird auch eine Outdoor-Bar eingesetzt, um auch auf Veranstaltungen im Freien mit einem alkoholfreien Angebot ein Gegengewicht zu dem stets vorhandenen Alkoholkonsum stellen zu können.
- Das MSGF hat Mittel bereitgestellt, um das in einer Erprobungsphase als erfolgreich angesehene Modellprojekt „HaLT“ landesweit zu implementieren. Philosophie dieses Ansatzes ist es, Kinder und Jugendliche nach einer Alkoholintoxikation nicht folgenlos wieder aus dem Krankenhaus zu entlassen, sondern bereits im Krankenhaus unter Einbeziehung der Eltern einen

Kontakt mit einer Suchtberatungsstelle herzustellen, um zu prüfen, welche Motive und Hintergründe dem Vorfall zugrunde liegen und ob Beratungs- oder gar Behandlungsmaßnahmen angezeigt sind (reaktiver Teil). Gleichzeitig soll in der Kommune durch die Einbeziehung möglichst vieler Partner (Kliniken/Ärzte, Ordnungsämter, Polizei, Jugendamt, Gastwirte, Beratungsstellen, Schulen, Einzelhandel und andere) ein Netzwerk gebildet werden, in dem verbindliche Absprachen über den Umgang mit alkoholintoxikierten Jugendlichen getroffen und ein gesellschaftliches Klima geschaffen werden soll, in dem jeder Partner seine Verantwortlichkeit kennt und wahrnimmt, etwa im Zusammenhang mit Festen, Großveranstaltungen, Jahrmärkten etc. (proaktiver Teil).

### **Alkohol – Verkauf, Werbung und Preis**

Trotz der dargestellten bereits laufenden Kampagnenbausteine bleibt das Thema Alkoholkonsum Jugendlicher weiterhin ein Thema. International ist anerkannt, dass neben vielfältigen primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten (wie sie in unserer Landeskampagne bereits durchgeführt werden) zu einer allgemeinen Konsumreduzierung auch strukturelle Maßnahmen hinzugehören. Hier ist in erster Linie die Trias „Einschränkung von Werbung für Alkoholika und Sponsoring im Zusammenhang mit Alkoholika, Preisgestaltung (entweder Steuererhöhung oder produktbezogene Abgaben) und Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol“ zu nennen. Alkohol ist nicht nur wegen seines relativ niedrigen Preises in Deutschland leicht verfügbar, auch aufgrund von Verkaufszeiten rund um die Uhr und der Vielzahl der Verkaufsstätten ist das Beschaffen von Alkohol selten ein Problem.

Deshalb wird in Fachkreisen über Maßnahmen zur Beschränkung der Verkaufszeiten für Alkohol ebenso wie über eine Reduzierung der Zahl der Verkaufsstellen für alkoholische Getränke diskutiert. Aus fachlicher Sicht wäre wünschenswert, den Alkoholverkauf an Bahnhöfen, Tankstellen, Autobahnraststätten und durch Discounter mit langen Öffnungszeiten zumindest stundenweise zu reglementieren, da sie die entscheidenden Nachschubreservoirs gerade für Jugendliche während der Nachtzeiten darstellen. Gleichermassen wissenschaftlich erwiesen ist auch der Zusammenhang zwischen Werbung und erhöhter Bereitschaft zum eigenen Alkoholkonsum. Die Suggestion, dass Alkoholkonsum verbunden ist mit Erfolg, Schönheit, Sexappeal, sozialer Beliebtheit und Anerkennung ist gerade für Jugendliche in der persönlichen Selbstfindungsphase eine fatale und gefährliche Botschaft. Desgleichen lässt sich belegen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Preis für Alkoholika und dem Absatz besteht, der gerade für Jugendliche mit eingeschränkten finanziellen Mitteln besonders deutlich ist.

Der verantwortungsbewusste und kritische Alkoholkonsum bleibt ein gesundheitspolitisches Dauerthema.

Teil I

Prävention & Arbeitswelt

Teil II

Prävention & Verbraucherschutz

Teil III

Prävention & Gesundheit

Teil IV

Prävention & Service



Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über die Arbeit des staatlichen Arbeitsschutzes (Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein) in den Jahren 2006 und 2007. Seit dem 1. Januar 2008 werden die Aufgaben des staat-

lichen Arbeitsschutzes in Schleswig-Holstein von der Staatlichen Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord bearbeitet.

## Personal der Arbeitsschutzbehörden (besetzte Stellen zum Stichtag 30. Juni 2006)\*

Pos.	Personal	oberste Landesbehörden		Landesoberbehörden		Mittelbehörden		untere Landesbehörden		Einrichtungen		Summe	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	<b>Ausgebildete Aufsichtskräfte</b>												
	Höherer Dienst		1,00	2,50	1,00							2,50	2,00
	Gehobener Dienst	2,00	1,00	21,80	2,60							23,80	3,60
	Mittlerer Dienst			14,50	0,00							14,50	0,00
	<b>Summe 1</b>	<b>2,00</b>	<b>2,00</b>	<b>38,80</b>	<b>3,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>40,80</b>	<b>5,60</b>
2	<b>Aufsichtskräfte in Ausbildung</b>												
	Höherer Dienst											0,00	0,00
	Gehobener Dienst			2,00	0,00							2,00	0,00
	Mittlerer Dienst											0,00	0,00
	<b>Summe 2</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00</b>	<b>0,00</b>
3	<b>Gewerbeärztinnen u. -ärzte</b>			2,00	1,00							2,00	1,00
4	<b>Entgeltprüferinnen u. -prüfer</b>											0,00	0,00
5	<b>Sonstiges Fachpersonal**</b>												
	Höherer Dienst	3,00	0,80	1,00	1,00							4,00	1,80
	Gehobener Dienst	4,30	1,00	10,00	2,44							14,30	3,44
	Mittlerer Dienst	0,63		3,00	2,75							3,63	2,75
	<b>Summe 5</b>	<b>7,93</b>	<b>1,80</b>	<b>14,00</b>	<b>6,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>21,93</b>	<b>7,99</b>
6	<b>Verwaltungspersonal ***</b>			6,00	12,64							6,00	12,64
	<b>Insgesamt</b>	<b>9,93</b>	<b>3,80</b>	<b>62,80</b>	<b>23,43</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>72,73</b>	<b>27,23</b>

Tabelle 1

\* gezählt wurden die Stellenanteile

\*\* Zur Position 5 sind die Stellenanteile (insgesamt 1,5 h.D., 5,84 g.D.) für die Wahrnehmung des Aufgabengebietes „Medizinprodukterecht“ zu addieren. Das Aufgabengebiet wird in Schleswig-Holstein nicht vom Arbeitsschutz bearbeitet. Die dem Medizinprodukterecht zuzuordnenden Tätigkeiten sind in Tabelle 4 miterfasst.

\*\*\* In Position 6 wird das gesamte Verwaltungspersonal des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit aufgelistet. Das Landesamt ist auch für die Bereiche „Arzneimittelüberwachung“, „Aufsicht Gesundheitsberufe“, „Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Umwelttoxikologie“ zuständig.

## Betriebsstätten und Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich\* (Ist-Anzahl am 30. Juni 2006)

Größenklasse	Betriebsstätten	Beschäftigte
<b>1: Groß- und Mittelbetriebsstätten</b>		
100 und mehr Beschäftigte**		1.094
50 bis 99 Beschäftigte		1.430
20 bis 49 Beschäftigte		4.296
<b>Summe</b>		<b>6.820</b>
<b>2: Kleinbetriebsstätten</b>		
10 bis 19 Beschäftigte		6.737
6 bis 9 Beschäftigte		8.672
1 bis 5 Beschäftigte		50.808
<b>Summe</b>		<b>66.217</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>73.037</b>
		<b>518.158</b>
		<b>262.062</b>
		<b>780.220</b>

Tabelle 2

\* Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 30. Juni 2006

\*\* Die Betriebsgrößenklassen wurden der Tabelle der Bundesagentur angepasst, die alle Betriebe größer 100 Beschäftigte zu einer Größenklasse zusammenfasst.

# Dienstgeschäfte in Betriebsstätten

(01. Januar bis 31. Dezember 2006)

Schl.	Leitbranche	erfasste Betriebsstätten *)				aufgesuchte Betriebsstätten				Dienstgeschäfte in den Betriebsstätten				Überwachung/Prävention				Entscheidungen				Zwangsmassnahmen	Ahndung										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	darunter		15	16	17	18	19	20			21	22	23	24	25	26				
														Gr. 1	Gr. 2															Gr. 3	Summe	Gr. 1	Gr. 2
01	Chemische Betriebe					4	65	59	128	9	97	87	193					130	2			37	8			491				6			17
02	Metallverarbeitung					1	49	248	298	4	66	313	383					318				16	8			1633	14			9	9		30
03	Bau, Steine, Erden					1	91	899	991	1	114	981	1096					987	2			40	13			2674	15			37	2		149
04	Entsorgung, Recycling						41	126	167		67	184	251					203	9			9	1			447	1			21			58
05	Hochschulen, Gesundheitswesen					11	158	697	866	18	216	761	995					802	4			68	2	1		2236	9	1		90	4		27
06	Leder, Textil						8	100	108		10	112	122					81					8	2		143				3			14
07	Elektrotechnik					3	29	59	91	8	44	79	131					75				11	2			228	2			5			7
08	Holzbe- und -verarbeitung						34	271	305		46	340	386		1			319					33			1013	1			1			26
09	Metallerzeugung						5	2	7		6	2	8					5					1	1		47							1
10	Fahrzeugbau					5	12	43	60	20	24	48	92					59					9	7		138	4				1		1
11	Kraftfahrzeugreparatur; -handel, Tankstellen						40	482	522		54	586	640					438	8			62	21	1		1449	1			6			39
12	Nahrungs- und Genussmittel					1	79	205	285	1	108	253	362		1			273					38	6		727	6			20	1		153
13	Handel					4	133	520	657	8	197	617	822					516	2	11		162	17			1088	21			57	2		281
14	Kredit-, Versicherungsgewerbe						10	21	31		13	20	33					13					6			13	2			4			14
15	Datenverarbeitung, Fernmeldedienste						13	15	28		17	16	33					11					6			20							
16	Gaststätten, Beherbergung						10	216	226		13	248	261					89					131	3		476	1			4			5
17	Dienstleistung					1	32	367	400	1	48	412	461					381					29	3		965	1			9	1		14
18	Verwaltung					2	52	111	165	7	166	152	325					38	1				16	2	1	76	5			12			8
19	Herstellung von Zellstoff, Papier und Pappe						3	2	5		4	2	6					2					3	1		10	6						2
20	Verkehr					3	56	201	260	6	85	267	358		1			189		15		57	3			428	14			399	29		2367
21	Verlagsgewerbe, Druckgewerbe, Vervielfältigungen					3	9	60	72	12	14	69	95					71		1		9	6			188							4
22	Versorgung					1	8	11	20	1	14	13	28					11					4	1		18	2			1			
23	Feinmechanik					2	25	78	105	4	32	92	128					96					7	2		237	2			2			7
24	Maschinenbau					6	43	115	164	12	56	136	204					150					17	3		564	26	1		2	2		28
<b>Insgesamt</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>1005</b>	<b>4908</b>	<b>5961</b>	<b>112</b>	<b>1511</b>	<b>5790</b>	<b>7413</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5257</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>779</b>	<b>112</b>	<b>3</b>	<b>15309</b>	<b>133</b>	<b>2</b>	<b>688</b>	<b>51</b>	<b>3252</b>						

Tabelle 3.1

\* Die Spalten 1-4 bleiben frei aufgrund der unterschiedlichen Systematik zwischen den Daten der Bundesagentur für Arbeit (siehe auch Tabelle 2) und denjenigen des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit

# Dienstgeschäfte außerhalb von Betriebsstätten (01. Januar bis 31. Dezember 2006)

Pos.	Art der Arbeitsstelle bzw. Anlage	Überwachung/Prävention							Anz. Beanstandungen	Entscheidungen			Zwangsmaßnahmen	Ahndung
		eigeninitiativ			auf Anlass					erteilte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	abgelehnte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	Anfragen/Anzeigen/ Mängelmeldungen		
		1	2	3	4	5	6	7						
	Dienstgeschäfte	Besichtigung/Inspektion (punktuell)	Besichtigung/Inspektion (Schwerpunktprogramm)	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen	Besichtigung/Inspektion	Untersuchungen von Unfällen/Berufskrankheiten	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen					Anordnungen/ Anwendung von Zwangsmitteln	Verwarnungen/Bußgelder/ Strafanzeigen	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Baustellen (Asbest)**)	409	312	5		65	4		369	1			1	
2	überwachungsbedürftige Anlagen	128	48	15		63			95				5	
3	Anlagen nach dem Bundesimmissionsschutzgesetz													
4	Lager explosionsgefährlicher Stoffe	7	3			1			2					
5	Märkte und Volksfeste (fliegende Bauten, ambulanter Handel)													
6	Ausstellungsstände	1	1						3					
7	Straßenfahrzeuge												2	14
8	Schienenfahrzeuge													
9	Wasserfahrzeuge	4												
10	Heimarbeitsstätten	1												
11	private Haushalte (ohne Beschäftigte)	7	4			1								
12	Übrige	31	7		1	1			5					
	<b>Insgesamt</b>	<b>588</b>	<b>375</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>131</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>474</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>14</b>
13	sonstige Dienstgeschäfte im Außendienst*)													

Tabelle 3.2

\* sofern sie nicht in Betriebsstätten nach Tabelle 3.1 oder in den Positionen 1 bis 12 dieser Tabelle durchgeführt wurden.

\*\* Entsprechend einer Vereinbarung der Obersten für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörde mit der BG Bau werden seit dem 01.01.2006 Baustellenüberprüfungen grundsätzlich von der BG Bau und nicht mehr vom Landesamt wahrgenommen



Marktüberwachung (aktiv/reaktiv) nach dem Produktsicherheitsgesetz  
(01. Januar bis 31. Dezember 2006)

	Anzahl der überprüften Produkte		Anzahl und Art der Mängel						ergriffene Maßnahmen										Fehlanzeigen
	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	
Überprüfung bei	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Hersteller		31		17		11		6				31		6		24			
Importeur		163		34		5		14		2		51		11		59		1	
Händler	7	123	1	14	1	14									1				
Aussteller		5																	
<b>Insgesamt</b>	<b>7</b>	<b>322</b>	<b>1</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>83</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Maßnahmen wurden veranlasst durch	Anzahl	betroffene Bürger	eigene Behörde	andere Behörde	Unfallmeldung	BG	Rapexmeldung	Schutzklauselmeldung	Hersteller	Betreiber	Importeur	Händler	Aussteller	sonstige	Insgesamt

Tabelle 5

# Begutachtete Berufskrankheiten

(01. Januar bis 31. Dezember 2006)

Nr.	Berufskrankheit	Zuständigkeitsbereich						Summe	
		Arbeitsschutzbehörden		Bergaufsicht		sonstiger, unbestimmt		begutachtet	berufsbedingt
		begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt		
1	2	3	4	5	6	7	8		
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten							0	0
11	Metalle oder Metalloide	4	1					4	1
12	Erstickungsgase							0	0
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe	46	1					46	1
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten							0	0
21	Mechanische Einwirkungen	193	8					193	8
22	Druckluft							0	0
23	Lärm	142	27					142	27
24	Strahlen	1						1	0
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten	24	9					24	9
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells							0	0
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube	277	82					277	82
42	Erkrankungen durch organische Stäube	2	1					2	1
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	64	12					64	12
5	Hautkrankheiten	210	29					210	29
6	Krankheiten sonstiger Ursache							0	0
9999	Entscheidungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII							0	0
<b>Insgesamt</b>		<b>963</b>	<b>170</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>963</b>	<b>170</b>

Tabelle 6

# Personal der Arbeitsschutzbehörden (besetzte Stellen zum Stichtag 30.06.2007)\*

Pos.	Personal	oberste Landesbehörden		Landesoberbehörden		Mittelbehörden		untere Landesbehörden		Einrichtungen		Summe	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
<b>1</b>	<b>Ausgebildete Aufsichtskräfte</b>												
	Höherer Dienst		1,00	1,00	1,00							1,00	2,00
	Gehobener Dienst	1,00	1,00	20,00	3,00							21,00	4,00
	Mittlerer Dienst			14,50	0,00							14,50	0,00
	<b>Summe 1</b>	<b>1,00</b>	<b>2,00</b>	<b>35,50</b>	<b>4,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>36,50</b>	<b>6,00</b>
<b>2</b>	<b>Aufsichtskräfte in Ausbildung</b>												
	Höherer Dienst												
	Gehobener Dienst												
	Mittlerer Dienst												
	<b>Summe 2</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>3</b>	<b>Gewerbeärztinnen u. -ärzte</b>			2,00	1,00							2,00	1,00
<b>4</b>	<b>Entgeltprüferinnen u. -prüfer</b>												
<b>5</b>	<b>Sonstiges Fachpersonal**</b>												
	Höherer Dienst	3,00	1,87	1,00	1,00							4,00	2,87
	Gehobener Dienst	6,30	1,00	10,00	1,00							16,30	2,00
	Mittlerer Dienst	0,63		3,00	2,75							3,63	2,75
	<b>Summe 5</b>	<b>9,93</b>	<b>2,87</b>	<b>14,00</b>	<b>4,75</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>23,93</b>	<b>7,62</b>
<b>6</b>	<b>Verwaltungspersonal***</b>			5,00	12,64							5,00	12,64
	<b>Insgesamt</b>	<b>10,93</b>	<b>4,87</b>	<b>56,50</b>	<b>22,39</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>67,43</b>	<b>27,26</b>

Tabelle 1

- \* gezählt wurden die Stellenanteile
- \*\* Zur Position 5 sind die Stellenanteile (insgesamt 0,5 h.D., 4,3 g.D., 0,5 m.D.) für die Wahrnehmung des Aufgabengebietes „Medizinprodukterecht“ zu addieren. Das Aufgabengebiet wird in Schleswig-Holstein nicht vom Arbeitsschutz bearbeitet. Die dem Medizinprodukterecht zuzuordnenden Tätigkeiten sind in Tabelle 4 miterfasst.
- \*\*\* In Position 6 wird das gesamte Verwaltungspersonal des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit aufgelistet. Das Landesamt ist auch für die Bereiche „Arzneimittelüberwachung“, „Aufsicht Gesundheitsberufe“, „Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Umwelttoxikologie“ zuständig.

## Betriebsstätten und Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich\* (Ist-Anzahl am 30. Juni 2007)

Größenklasse	Betriebsstätten	Beschäftigte
	1	7
<b>1: Groß- und Mittelbetriebsstätten</b>		
100 und mehr Beschäftigte**	1.115	296112
50 bis 99 Beschäftigte	1.469	100362
20 bis 49 Beschäftigte	4.456	134425
<b>Summe</b>	<b>5571</b>	<b>430537</b>
<b>2: Kleinbetriebsstätten</b>		
10 bis 19 Beschäftigte	6.792	90790
6 bis 9 Beschäftigte	8.771	63339
1 bis 5 Beschäftigte	51.496	110076
<b>Summe</b>	<b>67059</b>	<b>264205</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>72630</b>	<b>694742</b>

Tabelle 2

- \* Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg, 30. Juni 2007
- \*\* Die Betriebsgrößenklassen wurden der Tabelle der Bundesagentur angepasst, die alle Betriebe größer 100 Beschäftigte zu einer Größenklasse zusammengefasst.

# Dienstgeschäfte in Betriebsstätten

(01. Januar bis 31. Dezember 2007)

Schl.	Leitbranche	erfasste Betriebsstätten *)				aufgesuchte Betriebsstätten				Dienstgeschäfte in den Betriebsstätten				Überwachung/Prävention				Entscheidungen				Zwangsmassnahmen	Ahndung							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	darunter		15	16	17	18	19	20			21	22	23	24	25	26	
														Gr. 1	Gr. 2															Gr. 3
01	Chemische Betriebe					3	63	61	127	15	91	72	178	-	-	123	0			31	4			408	10			2	0	9
02	Metallverarbeitung					0	52	224	276	0	58	269	327	-	-	296	0	0	0	10	2	0	0	1826	15	0	7	3	25	
03	Bau, Steine, Erden					1	78	678	757	3	97	824	924	-	-	819	0			32	9	1	1	2576	24	1	31	5	92	
04	Entsorgung, Recycling					0	34	138	172	0	49	183	232	-	-	197	0	0	0	12	1	0	0	301	0	0	8	0	44	
05	Hochschulen, Gesundheitswesen					17	167	454	638	27	220	519	766	-	-	574	0	0	0	97	12	1	1	2270	5	0	6	1	7	
06	Leder, Textil					0	8	96	104	0	10	111	121	-	-	99	0	0	0	4	0	0	0	194	1	0	1	0	7	
07	Elektrotechnik					3	37	71	111	4	50	100	154	-	-	87	0	1	18	4	0	0	0	266	1		1	0	5	
08	Holzbe- und -verarbeitung					0	38	302	340	0	46	367	413	-	-	395	0	0	0	7	3	0	0	1205	0	0	1	0	17	
09	Metallerzeugung					0	3	2	5	0	4	2	6	-	-	2	0	0	0	1	0	0	0	29	0	0	1	0	0	
10	Fahrzeugbau					4	11	50	65	21	17	63	101	-	-	80	0	0	8	7	0	0	0	277	5	0	1	0	4	
11	Kraftfahrzeugreparatur; -handel, Tankstellen					0	40	552	592	0	49	631	680	-	-	577	5	0	42	2	0	0	0	1737	23		10	0	28	
12	Nahrungs- und Genussmittel					2	77	226	305	2	92	253	347	-	-	292	1	0	22	11	0	0	0	707	8	0	19	0	88	
13	Handel					1	103	377	481	1	141	443	585	-	-	422	3	5	56	12	1	1	1	994	9	0	58	3	169	
14	Kredit-, Versicherungsgewerbe					0	4	4	8	0	4	4	8	-	-	1	0	0	3	0	0	0	0	3	1	0	3	0	13	
15	Datenverarbeitung, Fernmeldedienste					1	8	6	15	1	11	7	19	-	-	3	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
16	Gaststätten, Beherbergung					0	6	162	168	0	14	179	193	-	-	45	0	0	118	1	0	0	0	423	0	0	6	0	8	
17	Dienstleistung					2	63	328	393	3	79	377	459	-	-	398	0	0	29	2	0	0	0	1080	2	0	8	0	4	
18	Verwaltung					1	34	39	74	6	113	55	174	-	-	12	0	0	15	1	0	0	0	15	2	0	1	0	3	
19	Herstellung von Zellstoff, Papier und Pappe					0	4	5	9	0	9	6	15	-	-	6	0	0	7	1	0	0	0	18	2	0	0	0	1	
20	Verkehr					1	40	170	211	1	52	197	250	-	-	178	0	0	32	1	0	0	0	232	10	0	240	22	1316	
21	Verlagsgewerbe, Druckgewerbe, Vervielfältigungen					2	23	59	84	8	28	65	101	-	83	83	0		12	0				203	0		2	0	5	
22	Versorgung					0	13	13	26	0	20	18	38	-	-	15	0	0	4	4	0	0	0	40	4		2	0	0	
23	Feinmechanik					2	20	99	121	8	24	125	157	-	-	135	0	0	5	1	0	0	0	412	0	0	0	0	0	
24	Maschinenbau			0		4	52	96	152	6	59	114	179	-	-	139	0	0	10	9	0	0	0	715	36	0	8	0	20	
<b>Insgesamt</b>		0	0	0	0	44	978	4212	5234	106	1337	4984	6427			4978	9	6	576	88	3	15933	158	1	416	34	1865			

Tabelle 3.1

\*) Größe 1: 500 und mehr Beschäftigte, Größe 2: 20 bis 499 Beschäftigte, Größe 3: 1 bis 19 Beschäftigte

\*\*) Die Spalten 1-4 bleiben frei aufgrund der unterschiedlichen Systematik zwischen den Daten der Bundesagentur für Arbeit (siehe auch Tabelle 2) und denjenigen des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit

# Dienstgeschäfte außerhalb Betriebsstätten (01. Januar bis 31. Dezember 2007)

Pos.	Art der Arbeitsstelle bzw. Anlage	Überwachung/Prävention							Anz. Beanstandungen	Entscheidungen			Zwangsmaßnahmen	Ahndung
		eigeninitiativ			auf Anlass					erteilte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	abgelehnte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	Anfragen/Anzeigen/ Mängelmeldungen		
		1	2	3	4	5	6	7						
	Dienstgeschäfte	Besichtigung/Inspektion (punktuell)	Besichtigung/Inspektion (Schwerpunktprogramm)	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen	Besichtigung/Inspektion	Untersuchungen von Unfällen/Berufskrankheiten	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Ärztl. Untersuchungen					Anordnungen/ Anwendung von Zwangsmitteln	Verwarnungen/Bußgelder/ Strafanzeigen	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	Baustellen	262	181		1	73	1	1	206					
2	überwachungsbedürftige Anlagen	73	8	12		50			43		2		4	
3	Anlagen nach dem Bundesimmissionschutzgesetz	7	2			4	1		5					
4	Lager explosionsgefährlicher Stoffe	13	3			9			7					
5	Märkte und Volksfeste (fliegende Bauten, ambulanter Handel)	2	1			1			2					
6	Ausstellungsstände	3	2											
7	Straßenfahrzeuge										4	4	10	
8	Schienenfahrzeuge													
9	Wasserfahrzeuge	3	1			1			1					
10	Heimarbeitsstätten													
11	private Haushalte (ohne Beschäftigte)	3				2								
12	Übrige	23	4		3	1			4					
	<b>Insgesamt</b>	<b>389</b>	<b>202</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>141</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>268</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
13	sonstige Dienstgeschäfte im Außendienst*)													

Tabelle 3.2 \*) sofern sie nicht in Betriebsstätten nach Tabelle 3.1 oder in den Positionen 1 bis 12 dieser Tabelle durchgeführt wurden.

## Produktorientierte Darstellung der Tätigkeiten (01. Januar bis 31. Dezember 2007)

Pos.	Beratung/ Information		Überwachung/Prävention								Entscheidungen					Zwangs- maßnahmen		Abmndung			
	Beratung *	Vorträge, Vorlesungen	Öffentlichkeit/saheit/ Publikationen/Information	eigeninitiativ				auf Anlass				Ausnahmen					Anordnungen	Anwendung von Zwangsmitteln	Verwarnungen	Bürgerdel	Straf anzeigen
				Besichtigung/Inspektion (punkteil)	Besichtigung/Inspektion (Schwerpunktprogramm)	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Arztl. Untersuchungen	Besichtigung/Inspektion	Untersuchungen von Unfällen/Berufskrankheiten	Messungen/Probenahmen/ Analysen/Arztl. Untersuchungen	Revisions schreiben	Anzahl Beanstandungen	erteilte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	abgelehnte Genehmigungen/ Erlaubnisse/Zulassungen/ Ausnahmen/Ermächtigungen	Anträge/Anzeigen/ Mängelrinderungen	1	1054					
	10289	214	0	5400	37	11	818	97	4	161	212	0	183	1	1054	11	60	721	5197	38	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1				4065	0	0	153	25	0	150	355	2901	4	8	3	0	0	0	1	0	
1/1				4408	0	0	367	37	2	43	119	3693	0	0	5	2	0	1	0	0	
1/2				1277	0	0	154	35	0	0	0	1681	0	0	0	2	0	0	0	0	
1/3				787	0	0	148	7	0	2	13	603	56	0	2	2	0	0	0	0	
1/4				3661	35	10	235	11	2	38	104	2468	4	0	22	5	2	2	0	0	
1/5				103	0	0	45	0	0	1	2	59	1	0	24	0	0	0	0	0	
1/6				207	0	0	3	0	0	8	2	66	0	0	0	0	0	0	0	0	
1/7				394	0	0	31	1	0	0	2	483	0	0	1	0	0	4	2	0	
1/8				26	0	1	5	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
1/9				2500	0	0	149	29	0	0	6	3662	0	0	0	4	0	0	0	0	
1/10				159	0	0	2	1	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	
1/11				17587	35	11	1292	146	4	243	603	15631	65	0	62	18	0	7	5	0	
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2				31	0	0	15	1	0	0	6	43	0	0	1	1	0	0	1	0	
2/1				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2/2				627	0	0	11	15	0	23	83	327	0	0	5	0	0	0	0	0	
2/3				658	0	0	26	16	0	23	89	370	0	0	6	1	0	0	1	0	
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3				1475	2	0	76	5	0	0	14	292	110	1	10	0	0	0	0	0	
3.1				11	0	0	37	0	0	0	0	14	0	0	967	0	60	714	5192	38	
3/2				434	1	0	5	0	0	0	0	59	0	0	1	0	0	0	0	0	
3.3				917	0	0	87	0	0	0	3	165	8	0	15	0	0	0	0	0	
3.4				9	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	
3.5				2846	3	0	205	5	0	0	17	535	118	1	993	0	60	714	5192	38	
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4				0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
5				10691	255	0	1524	167	4	266	709	16537	183	1	1061	19	60	721	5198	38	

Tabelle 4 \*) Daten zu den Spalten 1,2,3 und 11 werden in 2007 nicht gesondert erfasst.

Marktüberwachung (aktiv/reaktiv) nach dem Geräte- und Produktsicherheitsgesetz  
(01. Januar bis 31. Dezember 2007)

	Anzahl der überprüften Produkte		Anzahl und Art der Mängel						ergriffene Maßnahmen										
	aktiv	reaktiv	formale Mängel		technischer Mängel ohne unmittelbares Risiko für den Verwender		nicht hinnehmbares Risiko für den Verbraucher		Mitteilung an andere Arbeitsschutzbehörden		Revisions schreiben		Anordnungen und Ersatzmaßnahmen		freiwillige Maßnahmen des Inverkehrbringers		sonstige (Warnung/Rückruf)		Fehlanzeigen
			aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	aktiv	reaktiv	
<b>Überprüfung bei</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
Hersteller	2	23	2	15		21	1	24	1	45		45	1	2	1	43			
Importeur	5	160		68	2	38		25		63		63		3	2	60		1	
Händler	7	12		14	1	12						13				12			
Aussteller																			
<b>Insgesamt</b>	<b>14</b>	<b>195</b>	<b>2</b>	<b>97</b>	<b>3</b>	<b>71</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>1</b>	<b>108</b>	<b>0</b>	<b>121</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>115</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Maßnahmen wurden veranlasst durch	betroffener Bürger	eigene Behörde	andere Behörde	Unfallmeldung	BG	Rapexmeldung	Schutzklauselmeldung	Hersteller	Betreiber	Importeur	Händler	Aussteller	sonstige	<b>Insgesamt</b>
	Anzahl	13		76			32	2						6

Tabelle 5

# Begutachtete Berufskrankheiten

(01. Januar bis 31. Dezember 2007)

Nr.	Berufskrankheit	Zuständigkeitsbereich						Summe	
		Arbeitsschutzbehörden		Bergaufsicht		sonstiger, unbestimmt		begutachtet	berufsbedingt
		begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt	begutachtet	berufsbedingt		
1	2	3	4	5	6	7	8		
1	<b>Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>								
11	<b>Metalle oder Metalloide</b>	5						5	
12	<b>Erstickungsgase</b>								
13	<b>Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide)</b>	28	1					28	1
2	<b>Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>								
21	<b>Mechanische Einwirkungen</b>	202	2					202	2
22	<b>Druckluft</b>	1						1	
23	<b>Lärm</b>	181	39					181	39
24	<b>Strahlen</b>	1						1	
3	<b>Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten</b>	17	4					17	4
4	<b>Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells</b>								
41	<b>Erkrankungen durch anorganische Stäube</b>	271	67	1				272	67
42	<b>Erkrankungen durch organische Stäube</b>	2						2	
43	<b>Obstruktive Atemwegserkrankungen</b>	64	6					64	6
5	<b>Hautkrankheiten</b>	148	18					148	18
6	<b>Krankheiten sonstiger Ursache</b>								
9999	<b>Entscheidungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII</b>								
	<b>Insgesamt</b>	920	137	1				921	137

Tabelle 6

# Ihre Ansprechpartner zum Thema Prävention

## **AOK Schleswig-Holstein**

Edisonstr. 70  
24145 Kiel  
Bernd Letsch  
E-Mail: bernd.letsch@sh.aok.de  
Tel.: 0431 / 605 -1355  
Fax: 0431 / 605 -251355

## **BKK-Landesverband Nord**

Süderstr.24  
20097 Hamburg  
Heiko Wolgast  
E-Mail: info@bkk-sh.de  
Tel.: 040 / 251 505 – 298  
Fax: 04124 / 608 19 – 28

## **Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein**

Hermann-Weigmann Str. 1  
24103 Kiel  
Dr. Petra Schulze-Lohmann  
E-Mail: nissen.dge@gmx.de  
Tel.: 0431 / 6 27 06  
Fax: 0431 / 67 40 92

## **GESA-Netzwerk:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
Adolf-Westphalstr. 4  
24143 Kiel  
Bettina Küpper  
E-Mail: bettina.kuepper@sozmi.landsh.de  
Tel: 0431 / 988 -5438  
Fax: 0431 / 988 -5416

## **Handwerker-Fonds Suchtkrankheit im Handwerkskammerbezirk Lübeck e.-V. c/o KDA Dienststelle Lübeck**

Mengstraße 8 a-f  
23552 Lübeck  
Rüdiger Schmidt  
E-Mail: kda-luebeck@kda-nordelbien.de  
Tel.: 0451/ 891 574  
Fax: 0451/ 891 695

## **Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e.V.**

Wiesendangerweg 14  
24941 Flensburg  
Hans-Christian Lorenzen (Geschäftsführer)  
E-Mail: hclorenzen@handwerker-fonds.de  
Tel.: 0461 / 31 80 55 24

## **IKK Nord**

Parkallee 21  
24782 Büdelsdorf  
Anke Fuchs  
E-Mail: anke.fuchs@ikk-nord.de  
Tel.: 04331 / 345-727  
Fax: 04331 / 345-778

## **Initiative „Arbeit im demografischen Wandel“:**

Ministerium für Justiz, Arbeit  
und Europa  
Lorentzendamms 35  
24103 Kiel  
Kerstin Ehlers  
E-Mail: kerstin.ehlers@jumi.landsh.de  
Tel.: 0431 / 988 -4657  
Fax: 0431 / 988 -2648  
und  
Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
Adolf-Westphalstr. 4  
24143 Kiel  
Bettina Küpper  
E-Mail: bettina.kuepper@sozmi.landsh.de  
Tel: 0431/988-5438  
Fax: 0431/988-5416

## **Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V.**

Winterbeker Weg 49  
24111 Kiel  
Heidmarie Berke  
E-Mail: info@laghk.lsv-sh.de  
Tel.: 0431/6486-290

## **Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V.**

Schauenburger Str. 36  
24105 Kiel  
E-Mail: sucht@lssh.de  
Tel.: 0431/564770  
Fax: 0431/564780

## **Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein**

Flämische Str. 6-10  
24103 Kiel  
E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de  
Tel.: 0431/94294  
Fax: 0431/94871

**Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft  
Schleswig-Holstein und Hamburg**

Schulstr. 29  
24143 Kiel  
Rüdiger Aumann  
E-Mail: ruediger.aumann@kiel.lsv.de  
Tel.: 0431/7024-1260  
Fax: 0431 7024-6360

**Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz**

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
Adolf-Westphalstr. 4  
24143 Kiel  
Natalie Syring  
E-Mail: natalie.syring@sozmi.landsh.de  
Tel: 0431/988-5495  
Fax: 0431/988-5416

**Netzwerk Ernährung:**

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Familie, Jugend und Senioren  
Adolf-Westphalstr. 4  
24143 Kiel  
Sabine Gatzemeyer  
Mail: sabine.gatzemeyer@sozmi.landsh.de  
Tel: 0431/988-7327  
Fax: 0431/988-5416

**Reha-Netzwerk: Netzwerk Betrieb  
und Rehabilitation e.V.**

c/o Fährstraße 49  
25541 Brunsbüttel  
Ulrike Opravil  
E-Mail: opravil@bad516as.bad-gmbh.de  
Tel.: 04852/982650  
Fax: 04852-982652

**Sprecher der Ärzte im ÖGD Schleswig-Holstein**

c/o Gesundheitsamt  
Moltkestraße 8  
25421 Pinneberg  
Dr. Raimund Hümmelink  
r.huemmelink@kreis-pinneberg.de  
Tel. 04101 – 212-421  
Fax 04101 – 212- 187

**Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung  
im Handwerk e.V.**

**c/o IKK Nord**  
Ilensee 4  
24837 Schleswig  
Klaus Leuchter  
E-Mail: info@esa-sh.de  
Tel.: 04621 / 96 -0099

**Staatliche Arbeitsschutzbehörde  
bei der Unfallkasse Nord**

Seekoppelweg 5a  
24113 Kiel  
Jan Holger Stock  
E-Mail: jhstock@uk-nord.de  
Tel.: 0431/6407-250  
Fax: 0431/6407-250

**Verband der Ersatzkassen e.V. – vdek – Landesvertre-  
tung Schleswig-Holstein**

Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel  
Oliver Grieve  
E-Mail: Oliver.Grieve@vdek.com  
Tel.: 0431/97441-16  
Fax: 0431/97441-23

**Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.**

An der Miele 10  
25704 Meldorf  
Detlef Glomm (Vizepräsident)  
E-Mail: glomm@bad516.bad-gmbh.de  
Tel.: 04832/955-0  
Fax: 04832/5196



