



# Assessing health and safety risks in the hospital sector and the role of the social partners in addressing them: the case of musculoskeletal disorders (MSDs) and psychosocial risks and stress at work (PSRS@W)

*(Einschätzung von Sicherheits- und Gesundheitsrisiken im Krankenhaussektor und die Rolle der Sozialpartner im Rahmen der Minderung dieser Risiken: Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) sowie psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz (PSRS@A))*

**Bericht über die Konferenz der Sozialpartner  
zu Herangehensweisen an das Thema  
„Psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz im Krankenhaussektor“  
Helsinki - 10. November 2015**

*Endfassung (Freitag, 20. Mai 2016)*



NE Knibbe M.Sc.  
JJ Knibbe M.Sc.  
LOCOmotion Research NL



Dieses Projekt wird aus Mitteln der Europäischen Kommission unterstützt

## Inhalt

1. Einführung	3
2. PSRS@A-Konferenz Helsinki (Leitmotive)	6
3. Erkenntnisse	144
4. Bestandsaufnahme wird Ausgangsbasis	16

## Anhänge

1. Tagesordnung, Redner und Themen der Konferenz	18
2. Delegierte, vertretene Länder und ihre Organisationen	20
3. Zusammenfassungen der einzelnen Präsentationen	24

## Danksagung

HOSPEEM und EGÖD danken den finnischen EGÖD-Mitgliedern JHL, Superliitto und Tehy für ihre Unterstützung bei der Ausrichtung der Konferenz. Ebenso danken HOSPEEM und EGÖD der Europäischen Kommission für die gewährte finanzielle Unterstützung.



*Sarah Rutten-Ketelaar (Academic Medical Center, Amsterdam) mit dem Vortrag: „Überwachung der Mitarbeitergesundheit zur Bewältigung von PSRS@A“*

# 1. Einführung

Das Gesundheitswesen ist einer der bedeutendsten Sektoren der EU-Wirtschaft - etwa jeder zehnte Arbeitnehmer in der EU ist direkt in diesem Sektor beschäftigt<sup>1</sup>. Dennoch sieht sich dieser Sektor großen, facettenreichen und komplexen Herausforderungen gegenübergestellt, die sich aus der kombinierten Wirkung gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Faktoren ergeben. Dazu zählen insbesondere:

- Steigendes Durchschnittsalter der Pflegekräfte bei gleichzeitigem Mangel an Nachwuchs, was zu Personalknappheit bei Gesundheitsfachkräften führt;
- Probleme der Mitarbeiterbindung in einer Reihe von Reihe von Gesundheitsberufen, aufgrund kräftezehrender Arbeitsbedingungen, begrenzten Karriereaussichten und einer nicht wettbewerbsfähigen Vergütung;
- Fehlende/unzureichende Eignung und regelmäßige Weiterbildungserfordernis im Kontext zunehmender Nutzung neuer Technologien, der Entwicklung neuer Pflegemodelle und der steigenden Zahl älterer Patienten sowie Patienten, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, Adipositas und/oder Demenz leiden;
- Steigende Ansprüche und Erwartungen seitens der Patienten in Bezug auf die Qualität der Pflege, stärkere Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse hinsichtlich bereitgestellter Gesundheitsdienste und stärkere Betonung der Präventivpflege.

Darüber hinaus steht der Gesundheitssektor gegenwärtig unter besonderer Anspannung aufgrund von Sparmaßnahmen und Budgetkürzungen infolge der schweren Wirtschaftskrise, die die EU-Mitgliedstaaten getroffen und sich in negativer Weise unmittelbar auf Gesundheitssysteme, die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten und die Arbeitnehmerschaft in diesem Sektor ausgewirkt hat.

Ganz oben auf der Prioritätenliste des gemeinsamen Arbeitsprogramms der europäischen sektoralen Sozialpartner HOSPEEM und EGÖD für die Jahre 2014-2016 steht die Förderung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Vor diesem Hintergrund haben HOSPEEM und EGÖD gemeinsam ein zweijähriges Projekt ausgearbeitet, das seitens der Europäischen Kommission finanziell unterstützt wird. Der Titel dieses Projekts lautet „*Assessing health and safety risks in the hospital sector and the role of the social partners in addressing them: the case of musculoskeletal disorders (MSDs) and psycho-social risks and stress at work (PSRS@W)*“<sup>1</sup>. MSE und PSRS@A wurden als Schwerpunktthemen gewählt, da es sich bei diesen beiden Problematiken um die im Krankensektor EU-weit am häufigsten genannten Berufsrisiken handelt und sie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmerschaft, die Einrichtungen und die Gesellschaft im Ganzen maßgeblich beeinflussen.

Gesundheitsfachkräfte sind anfälliger für PSRS@A als andere Berufsgruppen, da sie durch ihren direkten Kontakt mit Patienten unmittelbarer und stärker als andere mit gesellschaftlichen Problemen konfrontiert werden. Im aktuellen Kontext von Sparpolitik und

---

<sup>1</sup> Im Jahr 2010 waren rund 17,1 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt, was 8 % aller Arbeitsplätze in den EU-27 entsprach. Daten von Eurostat (2011) NACE Rev.2 Kategorien 86 & 87.

Budgetkürzungen, gesellschaftlichem Wandel und sozialen Ungleichgewichten innerhalb der Bevölkerung stehen Gesundheitsfachkräfte unter ganz besonderem Druck. Diese peripheren Phänomene wirken sich nicht nur auf die Arbeit in Krankenhäusern sondern auch direkt auf das Auftreten von PSRS@A aus.

Ziel dieses Projektes ist es festzustellen, wie Maßnahmen zur Verhinderung und Bewältigung dieser beiden Gefahren am Arbeitsplatz zweierlei erreichen können: zum einen bessere gesundheitliche Aussichten und ein attraktiveres Arbeitsumfeld und zum anderen eine Effizienzsteigerung in der Verwaltung von Einrichtungen und Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor durch Reduzierung der Kosten infolge von Produktivitätsverlust, krankheitsbedingtem Arbeitsausfall und Berufskrankheiten. Gleichzeitig soll das Projekt den Mitgliedern von HOSPEEM und EGÖD helfen, die Auswirkungen von MSE sowie PSRS@A auf die Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen und -personal zu beurteilen und entsprechende Präventivmaßnahmen zu identifizieren. Grundlage hierfür sind die Feststellung der Sachverhalte sowie der Austausch über die bewährten Praktiken auf Krankensebene im Hinblick auf Hilfsmittel, gemeinsame Sozialpartner-Initiativen und eine Politik bzw. Gesetzgebung, die darauf ausgerichtet ist, MSE und PSRS@A zu reduzieren.

Die zwei im Rahmen dieses Projekts geplanten Konferenzen in Paris und Helsinki sollten EGÖD, HOSPEEM und ihren jeweiligen Mitgliedern helfen, gemeinsame Ansichten im Hinblick auf die Risiken in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen zu erarbeiten (d. h. im Hinblick auf deren Analyse, Gewicht und Auftreten in spezifischen Gruppen von Arbeitskräften im Gesundheitswesen) und relevante, bereits bestehende Maßnahmen, Beispiele aus der bewährten Praxis sowie Leitlinien zu identifizieren, um diese Risiken anzugehen. Mit diesen beiden Konferenzen wollen EGÖD und HOSPEEM hinsichtlich dieser zwei Berufsrisiken sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite ein stärkeres Bewusstsein dafür schaffen, welche Bedeutung einer umfassenden Risikoeinschätzung verbunden mit einem wirkungsvollen Risikomanagement zukommt. Darüber hinaus sollen sie den Austausch von Wissen und Informationen sowie das Lernen vom jeweils anderen über europäische Ländergrenzen hinweg fördern.

HOSPEEM und EGÖD sind gewillt, ihren Beitrag zu leisten, wenn es darum geht, diese Herausforderungen anzugehen – insbesondere im Hinblick auf das Maß, in dem die Arbeitnehmerschaft des Gesundheitssektors von besagten Problemen betroffen ist. Erreicht werden soll dies durch die aktive und effektive Nutzung des Sozialen Dialogs auf EU-Ebene.

Die Berichte zu diesen beiden Konferenzen gehören zu den im Rahmen des Projekts zu liefernden Ergebnissen<sup>2</sup>. Eine weitere Vorgabe ist die Einrichtung dedizierter Webpages auf den Websites<sup>3</sup> von HOSPEEM und EGÖD, die europäische und länderspezifische Dokumente zum Thema MSE- und PSRS@A-Prävention enthalten und Zugriff auf sämtliche Präsentationen beider Konferenzen bieten.

---

<sup>2</sup> Der Bericht zur ersten Sozialpartnerkonferenz zu Herangehensweisen an das Thema Muskel-Skelett-Erkrankungen, die am 25. März 2015 in Paris stattfand steht unter <http://hospeem.org/?p=2970> und <http://www.epsu.org/a/10895> zur Verfügung.

<sup>3</sup> <http://hospeem.org/activities/projects/osh-project-material-and-guidance/> / <http://www.epsu.org/a/10999>

Die Ergebnisse der zweiten Sozialpartnerkonferenz zu Herangehensweisen an das Thema „Psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz im Krankenhaussektor“ (Helsinki, 10. November 2015) werden in diesem Bericht vorgestellt.



## 2. PSRS@A-Konferenz Helsinki

Die Konferenz, die am 10. November 2015 in Helsinki stattfand, war (mit Unterstützung der finnischen EGÖD-Mitglieder JHL, Superliitto und Tehy) von HOSPEEM und EGÖD organisiert worden und zählte rund 80 Teilnehmer<sup>4</sup> aus 18 EU-Mitgliedstaaten<sup>5</sup>, vornehmlich Vertreter nationaler Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen. Ebenfalls anwesend waren Vertreter der Europäischen Kommission<sup>6</sup> und der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sowie Experten verschiedener Länder auf dem Gebiet psychosozialer Risiken und Stress am Arbeitsplatz. Da die Konferenz zudem per Live-Streaming über das Internet übertragen wurde, hatten auch Interessierte andernorts in Europa die Möglichkeit, der Veranstaltung auf virtuellem Weg beizuwohnen<sup>7</sup>.

Diese Konferenz war der Beitrag der offiziellen Kampagnen-Partner HOSPEEM und EGÖD zur EU-OSHA-Kampagne 2014-15 „Healthy Workplaces – manage stress“ („Gesunde Arbeitsplätze – Stress bewältigen“).

Ziel der Konferenz war die Unterstützung einer breit angelegten Untersuchung zu den Hauptrisikofaktoren im Zusammenhang mit psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz im Krankenhaus-/Gesundheitssektor, bei gleichzeitiger Herausstellung der bewährten Praktiken zur Risikoeinschätzung und Identifizierung von Instrumenten und Maßnahmen, die im Hinblick auf die Prävention, Bewältigung und/oder Reduzierung dieser Risiken helfen können. Verbesserungen wären in mehrfacher Hinsicht von Vorteil, da sie effektive Anwerbungs- und Bindungsstrategien unterstützen, krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzieren, die Kosten für Arbeitgeber senken sowie die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter – und damit die Qualität der Dienstleistung am Patienten im Krankenhaus-/Gesundheitssektor – steigern würden.

Im Verlauf des Tages wurde besonderes Augenmerk auf die Rolle sowie die Initiativen der Sozialpartner auf lokaler, nationaler und europäischer Ebene gelegt. Die Redner waren Vertreter der Bereiche Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Forschung oder Krankenhausärzte und verfügten über entsprechendes Hintergrundwissen. Aufgrund der Begrenzung der Anzahl der Vorträge waren nur einige Mitgliedstaaten ‚auf der Bühne‘ vertreten. Präsentationen<sup>8</sup> wurden



*Die Podiumsdiskussion am Ende des Tages – im Hintergrund die „Pinnwand“ (gelbe Posts).*

<sup>4</sup> Die vollständige Teilnehmerliste ist Anhang 2 zu entnehmen.

<sup>5</sup> Österreich, Belgien, Bulgarien, Zypern, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, die Niederlande, Norwegen, Rumänien, Schweden und das Vereinigte Königreich.

<sup>6</sup> GD EMPL, Abteilung Sicherheit und Gesundheit

<sup>7</sup> Im Laufe des Tages lag die Zahl derer, die das Live-Streaming zeitgleich verfolgten, zeitweise bei über 200 Personen und mehr als 350 sahen sich im Nachgang der Konferenz die Aufzeichnung der Veranstaltung an (Quelle: Statistiken des Service-Providers).

<sup>8</sup> Anhang 3 bietet eine Übersicht aller Präsentationen.



gehalten von ExpertInnen und/oder HOSPEEM-/EGÖD-Mitgliedern aus folgenden Ländern: Finnland, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich. EU-OSHA (die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) sowie die Europäische Kommission waren ebenfalls vertreten.

Simultandolmetschen ins Englische, Französische und Spanische wurde bereitgestellt. Während des gesamten Tages hatten die Teilnehmer, ob vor Ort oder online zugeschaltet, die Möglichkeit, Kommentare, Fragen, Anmerkungen o. Ä. an eine „Pinnwand“ zu posten, die im Konferenzsaal angezeigt wurde. Alle relevanten Kommentare sind in einem separaten Dokument enthalten, das auf den Websites von HOSPEEM und EGÖD zur Verfügung steht<sup>9</sup>.

Die meisten Redner unterstrichen die dringende Notwendigkeit von Stressmanagement. So stellten beispielsweise James Tracey (Stiftung des Nationalen Gesundheitssystems für Lehrkrankenhäuser der Stadt Leeds) und Kim Sunley (Königliche Pflegeschule, Vereinigtes Königreich) Daten vor, die belegen, dass im Vereinigten Königreich Stress der häufigste Grund krankheitsbedingter Fehlzeiten ist, dass mehr als 40 % der Einrichtungen im Vereinigten Königreich einen Anstieg psychischer Erkrankungen verzeichnet haben<sup>10</sup>, dass jedes Jahr 30 % der Mitarbeiter des Nationalen Gesundheitssystems (NHS) unter Stress leiden und dass sich die durch Stress verursachten Kosten im Vereinigten Königreich auf jährlich € 1,67 Milliarden belaufen, was einem Ausfall von 105 Millionen Arbeitstagen entspricht.

Auch der Kampagnen-Leitfaden „Healthy Workplaces – manage stress“<sup>11</sup>, der von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz vorgestellt wurde, bezieht sich auf eine jüngst europaweit durchgeführte Meinungsumfrage<sup>12</sup>, nach der 51 % aller Arbeitnehmer berichteten, arbeitsbedingter Stress sei üblich an ihrem Arbeitsplatz, und etwa 40 % der Ansicht waren, dieses Thema werde an ihrem Arbeitsplatz nicht gut gehandhabt.

Darüber hinaus präsentierte Peter Kelly (HSE, Sicherheits- und Gesundheitsbehörde, Vereinigtes Königreich) statistische Zahlen der Jahre 2013 - 2014, die zeigten, dass im Drei-Jahres-Durchschnitt der höchste Anteil aller Fälle von arbeitsbedingtem Stress, von Depression oder Beklemmung auf Gesundheitsfachkräfte (und hier insbesondere Krankenpflegerinnen und -pfleger) entfiel und im Zeitraum 2013 - 2014 die Zahl entsprechender neuer Fälle bei 244.000 lag.

Die Vorsitzende der Konferenz (Margret Steffen, ver.di, Deutschland) unterstrich die Brisanz dieses Themas: Wie sie anführte, sind psychische Erkrankungen der Arbeitsleistung abträglich, verantwortlich für etwa 13 % der krankheitsbedingten Fehltage und in naher Zukunft wohl die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf.

---

<sup>9</sup> <http://hospeem.org/?p=2974> / <http://www.epsu.org/article/conference-2-addressing-psycho-social-risks-and-stress-work-hospital-sector>

<sup>10</sup> Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD, amtliches Institut für Personalwesen und Entwicklung) 2015, Jährlicher Abwesenheitsbericht Verfügbar auf: [https://www.cipd.co.uk/binaries/absence-management\\_2015.pdf](https://www.cipd.co.uk/binaries/absence-management_2015.pdf)

<sup>11</sup> <http://hw2014.healthy-workplaces.eu/en/campaign-material/introducing-the-campaign-guide>

<sup>12</sup> Europaweite Meinungsumfrage zum Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, 21. März 2013. Verfügbar auf: <https://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures>

Ogleich die Redner – mit unterschiedlichem Hintergrund und Fachwissen – aus verschiedenen Mitgliedstaaten kamen, waren hinsichtlich einer Reihe von Problemen doch einige Gemeinsamkeiten festzustellen. Diese ‚Leitmotive‘ werden in den folgenden fünf Abschnitten vorgestellt.

Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung, inklusive aller Präsentationen, sind auf dedizierten Webpages der Websites von HOSPEEM und EGÖD zu finden<sup>13</sup>. Eine Aufzeichnung der Konferenz kann noch bis zum 10. November 2016 angesehen werden unter: <http://www.mediaserver.fi/live/conferencehelsinki>

## 2.1 Leitmotiv 1: Präventionshierarchie

Wie Julia Flintrop (EU-OSHA) in ihrem Vortrag betonte, erfordert die Reduzierung von PSRS@A die Einhaltung der Präventionshierarchie. Zunächst sollten PSRS@A-Risiken durch technische, organisatorische oder personenbezogene Maßnahmen vermieden oder eliminiert werden. Ist dies nicht möglich, gilt es, die betreffenden Risiken zu reduzieren und zu minimieren. Ist auch das nicht möglich, sollten individuelle Maßnahmen, wie etwa Maßnahmen zur Verhaltensänderung, ergriffen werden.

Dies wurde auch durch den französischen Beitrag unterstützt. Catherine Allemand (SYNDEX) und Valérie d’Almeida (CFDT-SSS, Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund – Verband Gesundheit/Soziale Dienste, Bayonne) erklärten, *„Primärprävention setzt unmittelbar bei der Ursache von PSRS@A an, mit dem Ziel, arbeitsorganisationsbedingte Stressquellen zu eliminieren oder zu reduzieren, um ihre negativen Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter zu mindern.“*

Die Notwendigkeit dieser Präventionshierarchie wurde auch durch die Pinnwand-Posts von Nico Knibbe (LOCOmotion, NL) *„Wir sollten Pflegekräften nicht zeigen, wie sie Stress bewältigen können, sondern dafür sorgen, die Stressursachen zu beseitigen!“* und Herbert Beck (ver.di) *„Wir haben Hunderte von Studien, Forschungsergebnissen usw., aber nur eine Handvoll effektiver Strategien zur Lösung der Probleme rund um PSRS@A. Wir sollten uns daher auf den Präventionsansatz konzentrieren und auf erforderliche Maßnahmen, wie sie von den Sozialpartnern entwickelt wurden.“*

## 2.2 Leitmotiv 2: Schritt für Schritt

Das zweite Leitmotiv wird durch den von Julia Flintrop vorgestellten Fünf-Schritte-Ansatz illustriert. Schritt 1 ist die Identifizierung der Risiken und der gefährdeten Gesundheitsfachkräfte. In Schritt 2 werden diese Risiken evaluiert und priorisiert, bevor in Schritt 3 über die zu ergreifenden Präventivmaßnahmen zu entscheiden ist. Im vierten Schritt gilt es, diese geplanten Maßnahmen konkret umzusetzen. Schritt 5 schließlich besteht in der Überwachung und Überprüfung dieser Maßnahmen, woraus sich möglicherweise Hinweise auf neue Gefahren und/oder Zielgruppen (siehe Schritt 1) ergeben.



<sup>13</sup> <http://hospeem.org/?p=2974> / <http://www.epsu.org/a/10896>

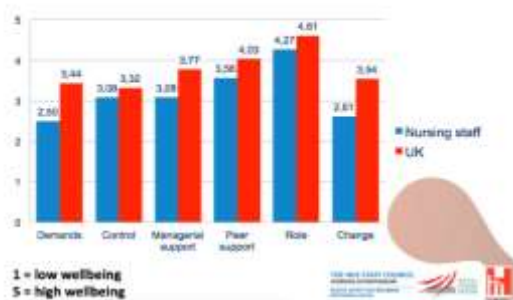


Im Verlauf des Tages wurden dann auch eine Reihe entsprechender Beispiele aus der Praxis vorgestellt. Der schwedische Beitrag von Anders Westlund, Malin Vadelius und Tord Andersson zum Umgang mit Mobbing bei Region Gävleborg (Organisation aus dem Zusammenschluss diverser Regionalentwicklungsbereiche, Grafschaft Gävleborg, Schweden) hob die Nützlichkeit einer regelmäßigen Mitarbeiterumfrage hervor (im Fall des schwedischen Beispiels ist eine solche alle zwei Jahre durchgeführt worden), aus der sich wertvolle Informationen im Hinblick auf Schritt 1 und 2 ergeben. Auch Catherine Allemand und Valérie d'Almeida zeigten am Beispiel einer Notfallstation, wie Daten im Umgang mit PSRS@A helfen können. Sie analysierten die Verteilung der durchgeschleusten Notfälle in der Notaufnahme eines Allgemeinkrankenhauses. Wie die Daten belegten, war die Zahl der Fälle an Samstagen, Sonntagen und Montagen am höchsten. Basierend auf Informationen dieser und anderer Art (beispielsweise Beobachtungen aus der Praxis), wurde als Ergebnis der im Auftrag von CFDT-SSS durch SYNDEX durchgeführten Analyse die Empfehlung ausgesprochen, im Sinne einer besseren Work-Life-Balance mehr freie Wochenenden zu gewähren und die Personaldecke für den ersten Teil der Nacht zu erhöhen. Die Bedeutung, die sicheren und angemessenen Personaldecken im Rahmen der PSRS@A-Prävention zukommt, wurde durch die Einbindung verfügbarer Daten einmal mehr unterstrichen.

Eine eingehende Bewertung kann auch zu der Erkenntnis führen, dass zwischen PSRS@A und MSE ein direkter Zusammenhang besteht. Nico Knibbe wies darauf hin, dass eine Pflegekraft, die unter Rückenschmerzen zu leiden hat, infolge dessen auch unter Stress leidet, und umgekehrt. Peter Kelly führte das praktische Beispiel an, dass eine Pflegekraft, die unter Zeitdruck (Stress) steht, dazu tendiert, auf die Nutzung einer Hebevorrichtung für Patienten zu verzichten. Und Tjitte Alkema (HOSPEEM) postete an der Pinnwand „*Kennen Sie den Zusammenhang zwischen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychosozialen Stress? Zusammengenommen sind allein diese beiden Faktoren heute für mehr als 50 % der Arbeitsausfallzeiten verantwortlich!*“

Notwendigkeit und Gelegenheiten für Risikoeinschätzungen (Schritte 1 und 2) waren Kernthemen des Vortrags von James Tracey und Kim Sunley. Sie stellten das „Backpack“ vor, das HSE-Tool zur Stresseinschätzung, das 35 Fragen zu PSRS@A, deren Ursachen und Lösungen enthält. Konzipiert wurde es zur Bearbeitung in Teams, für eine aktive Einbindung der Mitarbeiter. Die Ergebnisse der Einschätzung sollten dann zu konkreten Maßnahmen führen, wie im HSE-Aktionsplan zur Stressbekämpfung festgehalten.

Example of results for RCN Members



HSE-Actionsplan							
Action plan template							
Standard was	Current state	Control state	Practical solutions	Who will take the main responsibility?	When?	How will staff receive feedback?	Follow-up required?

Beispiel der Ergebnisse einer Einschätzung mithilfe des „Backpack“ (links) und HSE-Aktionsplan zur Stressbekämpfung (rechts).

Der niederländische Beitrag von Sarah Ketelaar (Akademisches Medizinisches Zentrum, Amsterdam), legte dar, wie ein schrittweiser Ansatz, der das PSRS@A-Programm – basierend auf Daten – quasi maßgenau zuschneidet, auch auf Ebene des Einzelnen funktionieren kann. Sie hob hervor, dass Einblicke in die persönliche berufliche Gesundheit, die Fähigkeit, mit den Anforderungen der Arbeitsstelle zurechtzukommen, und die Arbeitsfähigkeit eine effektive Frühintervention auf individueller Ebene ermöglichen können. Eine solche Intervention kann ein einfacher persönlicher Rat sein oder auch ein Eingriff auf organisatorischer Ebene.

Wie Albert Nienhaus (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW, Deutschland) erläuterte, kann eine Risikoeinschätzung in Bezug auf Stress am Arbeitsplatz auf verschiedene Weise durchgeführt werden, so z. B. mithilfe allgemeiner Standard-Umfragen, jobspezifisch standardisierter Fragebögen oder moderierter Diskussionen.

Sarah Ketelaar ebenso wie Albert Nienhaus, James Tracey und Kim Sunley betonten jedoch, vor Durchführung einer Risikoeinschätzung müsse absolut klar sein, dass sowohl der einzelne Mitarbeiter als auch das Management gewillt sind, die möglicherweise zutage tretenden Probleme aktiv anzugehen. Dies sollte durch eine formale Absichtserklärung festgehalten werden.

### 2.3. Leitmotiv 3: Das Demand-Control-Modell (DCM)<sup>14</sup>

Eine Reihe von Rednern zog das DCM heran, um zu zeigen, dass sich PSRS@A als Funktion der Variablen „Arbeitsstressoren“ („demands“, wie Zeitdruck, widersprüchliche Anforderungen, Arbeitsbelastung, gefordertes Maß an Konzentration etc.) und „Handlungsspielraum“ („control“, wie Entscheidungskompetenz, Befugnisse im Rahmen der eigenen Verantwortlichkeiten etc.) darstellen und erklären lässt. Nach diesem Modell lassen sich Jobs prinzipiell in vier Kategorien einteilen: passiv, aktiv, hoher Stresslevel, niedriger Stresslevel.

	Low Job Demand	High Job Demand
Low Control	Passive Job	High-stress Job
High Control	Low-stress Job	Active Job

Ein Programm zur Reduzierung oder Prävention von PSRS@A sollte in erster Linie darauf ausgerichtet sein, Jobs mit hohem Stresslevel zu eliminieren, des Weiteren aber auch darauf abzielen, passive Jobs (ob mit hohem oder niedrigem Stresslevel) in aktive Jobs zu verwandeln, da dies nicht nur zu engagierteren, zufriedeneren und weniger gestressten Mitarbeitern führt, sondern auch zu gesteigerter Produktivität, mehr Einsatz, höherer Innovationskraft und besserer Gesundheit (Rückgang des Krankenstandes). Redner wie Albert Nienhaus und Saija Koskensalmi (Finnisches Institut für Arbeitsmedizin) hoben die daraus resultierende „Win-Win“-Situation hervor, von der Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen profitieren.

Sarah Ketelaar erörterte anhand eines Beispiels die positiven Effekte der Einbeziehung von

<sup>14</sup> Karasek – Theorell 1990

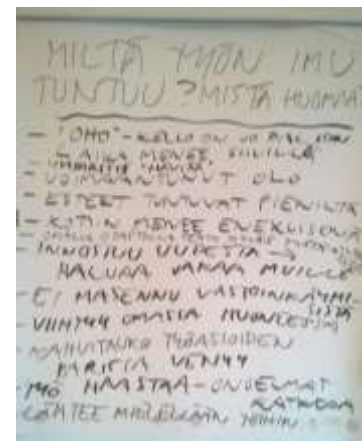
Mitarbeitern in die Dienstplangestaltung: geringere Ermüdungserscheinungen während der Nachtschicht und eine verbesserte Work-Life-Balance<sup>15</sup>.

Auch das von Saija Koskensalmi vorgestellte ‚Jobcrafting‘ kann als Weg gesehen werden, mehr Kontrolle über den eigenen Job zu erlangen und das Anspruchslevel zu dosieren. Unter Jobcrafting versteht man die Gestaltung einer Arbeitsstelle durch den Arbeitnehmer selbst, so dass sie den eigenen Kapazitäten, Kompetenzen, Ressourcen usw. besser entspricht. Wichtig dabei ist, dass wirklich der Arbeitnehmer selbst diese Gestaltung übernimmt – natürlich unterstützt und angeleitet durch den Arbeitgeber. Tatsächlich scheint es zwischen Jobcrafting und dem Konzept der Überwachung der Arbeitnehmergeundheit (WHS, workers' health surveillance), wie von Sarah Ketelaar beleuchtet, einige Überschneidungen zu geben, wenngleich es auch so aussieht, als läge das Verantwortungslevel des Arbeitnehmers bei letzterem niedriger. Im Rahmen der WHS findet eine freiwillige und jobspezifische Untersuchung (Online-Fragebogen plus körperliche Untersuchung durch einen Arzthelfer/eine Arzthelferin) statt. Nach der Teilnahme an dieser Untersuchung werden die Ergebnisse mit dem betreffenden Mitarbeiter besprochen und er/sie erhält Rat zum Umgang mit PSRS@A.

## 2.4. Leitmotiv 4: Arbeitnehmermitbestimmung

Dieses vierte Leitmotiv knüpft an das dritte an, da Arbeitnehmermitbestimmung in gewissem Maß mit dem Konzept „hoher“ Kontrolle (wie im DCM Modell von Karasek erwähnt) korrespondiert. Eine Reihe von Rednern stellte Arbeitnehmermitbestimmung als Schlüsselement im Rahmen der Prävention und Reduzierung von PSRS@A heraus. Zunächst betonte Peter Kelly die Bedeutung der Einbeziehung der Mitarbeiter: *„Wenn Sie etwas verändern wollen, müssen Sie Mitarbeiter in den Entscheidungsfindungsprozess holen, sie einbinden. Sie müssen sich einbezogen fühlen.“*

Julia Flintrop legte dar, dass im Falle von Arbeitsplätzen mit formaler Arbeitnehmervertretung eher von einem Engagement des Managements für Sicherheit und Gesundheit berichtet wird, dass eher Präventivmaßnahmen in Bezug auf die allgemeine Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (SGA) aber auch hinsichtlich psychosozialer Risiken (PSR) zu finden sind und dass Mitarbeiter dort (durch Anhörung und Mitbestimmung) eher in den Prozess der Bewältigung von SGA- und PSR-Risiken eingebunden werden. Auch wird bei solchen Arbeitsplätzen eher von einem erfolgreichen SGA- und PSR-Management der Organisation gesprochen. Catherine Allemand und Valérie d'Almeida ergänzten, *„Mitarbeitermitbestimmung wird die tragende Säule in der Entwicklung der Risikoprävention.“* James Tracey und Kim Sunley stellten zudem Untersuchungsergebnisse vor, die belegen, dass ‚Mitbestimmung‘ und ‚auf dem Laufenden gehalten werden‘ einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Arbeitnehmer haben. Diese Erkenntnis wurde in der anschließenden Podiumsdiskussion auch von Kirsi



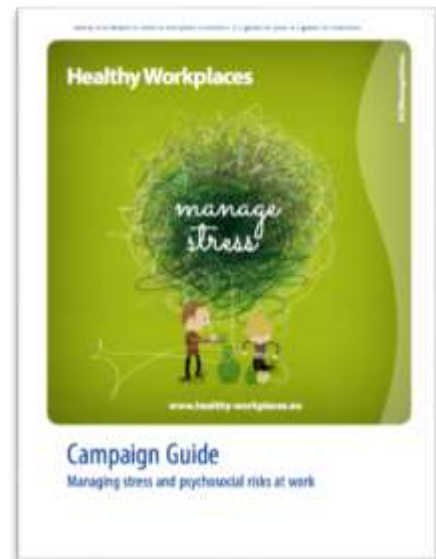
Finnisches Beispiel aus einem Workshop im Kontext der Arbeitnehmermitbestimmung. *„Wie fühlen Sie sich heute an Ihrem Arbeitsplatz?“*

<sup>15</sup> Nijp et al 2012, Scand J Work Environ Health, Joyce et al 2010, Cochrane Database Syst Rev

Sillanpää (Tehy, Finnland) unterstützt: „Mitarbeiter müssen in der Lage sein, Ihre Arbeit zu beeinflussen, andernfalls steigt der Stresspegel.“

Saija Koskensalmi und Albert Nienhaus erwähnten noch einen anderen Weg, das Konzept der Arbeitnehmermitbestimmung in der Praxis umzusetzen: Diskussionsgruppen auf Arbeitsebene. Fragen wie „Was ist das Schöne an meinem Job?“, „Was beunruhigt/stört mich an meinem Job?“, „Wie können wir die Dinge verbessern?“, „Welche Maßnahmen können wir ergreifen?“ und „Welche Maßnahmen muss der Arbeitgeber ergreifen?“ können im Rahmen solcher Diskussionsgruppen gestellt werden und nicht nur zu Erkenntnissen im Hinblick auf die Schritte 1, 2 und 3 des Prozesses der Risikoeinschätzung (siehe Leitmotiv 2) führen, sondern auch zur Einbindung des Mitarbeiters und der Verstärkung seines Gefühls, Kontrolle über seine Arbeit zu haben (siehe Leitmotiv 2, Demand-Control-Modell).

Nützliche Materialien zum Thema der Einbindung von Mitarbeitern in Entscheidungsfindungsprozesse bezüglich ihrer Arbeit und zur Frage, wie sie animiert werden können, zur Entwicklung von beispielsweise Arbeitsmethoden und -plänen beizutragen, sind im Kampagnen-Leitfaden „Healthy Workplaces – manage stress“ („Gesunde Arbeitsplätze – Stress bewältigen“) und weiteren Publikationen zur EU-OSHA-Kampagne 2014 - 2015 zu finden.



Kampagnenleitfaden zur EU-OSHA-Kampagne 2014 - 2015 „Healthy Workplaces – manage stress“

## 2.5. Leitmotiv 5: Mitarbeiterführung

Albert Nienhaus präsentierte starke Belege für den direkten Zusammenhang zwischen Mitarbeiterführung und Mitarbeitergesundheit und -wohlbefinden am Arbeitsplatz. Basierend auf der Auswertung von 86 Studien mit insgesamt 34.000 Teilnehmern scheinen sich 15 bis 40 % der Varianz der Wohlbefindensvariablen unter Mitarbeitern durch den Aspekt der Mitarbeiterführung zu erklären<sup>16</sup>. Engagierte, proaktive und unterstützende Führungskräfte, die ihre Mitarbeiter anleiten, ihren Job aktiv zu gestalten, ihnen größtmöglichen Handlungsspielraum geben, den Teamgeist stärken und das Anforderungslevel für jeden Mitarbeiter individuell festlegen, steigern damit die Einsatzbereitschaft ihrer Mitarbeiter, die Produktivität und die Innovationskraft, während sie psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz reduzieren. Stress wirkt ansteckend und entfaltet einen Dominoeffekt, so dass letztlich alle Mitarbeiter eines Krankenhauses, einschließlich der Führungskräfte und Manager, davon betroffen sind. Daher müssen auch Letztere in Maßnahmen zum Stressmanagement einbezogen werden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer an ihrem Arbeitsplatz zu gewährleisten.

<sup>16</sup> Vincent S, et al., in Überarbeitung

James Tracey und Kim Sunley stellten darüber hinaus eine von Zeal Solutions durchgeführte Studie vor, die zu dem Schluss kommt, dass eine positive Teamkultur, ein Rückhalt vermittelndes Gebaren des Managements, die Berücksichtigung der Ansichten der Mitarbeiter und eine offene Informationskultur der Gesundheit zuträglich sind. Sie betonten, dass all diese Elemente effektiver Mitarbeiterführung und Unterstützung durch das Management bedürfen, während sie unterstrichen, dass Rückhalt und Förderung durch das Management potenziellen Risiken entgegenwirken.

### 3. Erkenntnisse

Basierend auf den Vorträgen der Redner, den Podiumsdiskussionen, den Pinnwand-Posts und den Schlussworten des Abschlusspodiums<sup>17</sup> lassen sich die folgenden Erkenntnisse formulieren:

- Da die Auswirkungen von PSRS@A nicht nur die Arbeitnehmer betreffen (Wohlbefinden und Zufriedenheit am Arbeitsplatz leiden), sondern auch die Führungskräfte (geringere Mitarbeitermotivation und -produktivität), die Organisation (gesteigerter Absentismus und Präsentismus<sup>18</sup>, erhöhte Unfall- und Verletzungszahlen) und die Gesellschaft (Kosten und Belastungen für den Einzelnen und die Gesellschaft im Ganzen), sollten Gewerkschaften, Arbeitgeber und Regierungen im Bemühen um Prävention und Bewältigung dieses Problems zusammenarbeiten. Die partnerschaftliche Kooperation und Koordination zur Bekämpfung von PSRS@A bietet klare Vorteile sowie echten Mehrwert und führt zu einer „Win-Win“-Situation.
- Da Gesundheitsfachkräfte mehr als jede andere Berufsgruppe unter arbeitsbedingtem Stress leiden, ist „Nichtstun“ keine Option.
- Es gilt, schnell zu handeln, um die Auswirkungen zu reduzieren. „Agieren, nicht reagieren“ lautet die Devise. Mitarbeiter zurückzuholen, die erst einmal ausgefallen sind, ist schwieriger, kostenintensiver und mit Auswirkungen auf den Rest des Teams verbunden.
- Gesundheitsfachkräfte müssen heute gesunde Arbeitsbedingungen vorfinden, wenn sie morgen noch effektiv arbeiten sollen.
- Vorbeugen ist besser als heilen. Ziel ist nicht die Bewältigung von PSRS@A, sondern die Eliminierung ihrer Ursachen.
- Sichere und angemessene Personaldecken können im Rahmen der Prävention von PSRS@A eine hilfreiche Rolle spielen. Unzureichende Personaldecken können zu einem erhöhten Risiko für PSRS@A und Arbeitsüberlastung führen.
- Richtlinien zur Risikoprävention und deren Umsetzung sind erforderlich.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen MSE und PSRS@A – diese beiden Phänomene können nicht unabhängig voneinander betrachtet und sollten daher gemeinsam eingeschätzt werden.
- Identifizierung und Mapping der möglichen Risikofaktoren müssen frühzeitig



*Bewährte Praktiken aus den Niederlanden „Gesunde Arbeitsplätze – Stress bewältigen“*

<sup>17</sup> Kirsi Sillanpää, Tehy (EGÖD), Johanna Karlström, KT (HOSPEEM) und Zinta Podniece, GD EMPL (Europäische Kommission) nahmen am Abschlusspodium teil.

<sup>18</sup> Arbeitnehmer erscheinen zur Arbeit, obwohl sie krank und somit nicht in der Lage sind, ihre Aufgaben effektiv und effizient zu erfüllen.



- erfolgen. Es ist wichtig zu handeln, statt nur zu analysieren.
- Vor Durchführung einer Risikoeinschätzung sollten der Wille und die Bereitschaft der Organisation, entsprechend den Ergebnissen auch tatsächlich zu handeln, sichergestellt und am besten in Form einer Kooperationsvereinbarung oder Absichtserklärung fixiert werden.
  - Die Schlüssel zur erfolgreichen Implementierung eines PSRS@A-Präventionsprogramms heißen Primärprävention (Leitmotiv 1: Präventionshierarchie), Risikoeinschätzung (Leitmotiv 2: Schritt für Schritt), Umwandlung passiver Jobs (ob mit hohem oder niedrigem Stresslevel) in aktive Jobs (Leitmotiv 3: das Demand-Control-Modell), Förderung der Mitarbeiterbestimmung (Leitmotiv 4) und Einführung einer engagierten, proaktiven Mitarbeiterführung (Leitmotiv 5).
  - Damit Veränderung möglich wird, müssen Mitarbeiter aktiv in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden. Kommunikation ist in dieser Hinsicht von entscheidender Bedeutung.
  - Die Führungskräfte dürfen nicht vergessen werden – auch sie sind Mitarbeiter und leiden unter Stress. Sie können Gefahr laufen, zwischen der Belegschaft und der Anforderung, die Zielvorgaben der Organisation zu erfüllen, aufgerieben zu werden.
  - Es ist von höchster Wichtigkeit, Gespräche mit Arbeitnehmern zu führen, die unter arbeitsbedingtem Stress leiden oder besonders gefährdet sind.
  - In Europa steht eine Reihe von Instrumenten und bewährten Praktiken zur Bekämpfung von PSRS@A zur Verfügung. Sie müssen in vielen Fällen nur besser bekannt gemacht, umgesetzt und genutzt werden. Einige anwenderfreundliche, effektive und praktische Tools zur Einschätzung und Reduzierung von PSRS@A sind auf der Website der EU-OSHA-Kampagne „Healthy Workplaces – manage stress“ verfügbar: <http://hw2014.healthy-workplaces.eu/en>
  - Die Sozialpartner sollten die Ergebnisse dieser Konferenz sowie des gesamten Projekts im Rahmen des Sozialdialogs/der Tarifverhandlungen bestmöglich nutzen.



## 4. Bestandsaufnahme wird Ausgangsbasis

Die PSRS@A-Konferenz, die am 10. November 2015 in Helsinki stattfand, – die zweite Hauptveranstaltung, die im Rahmen des HOSPEEM-EGÖD-Projekts zu Sicherheits- und Gesundheitsrisiken im Krankensektor vorgesehen war, unterstützte eine breit angelegte Untersuchung zu den Hauptrisikofaktoren für psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz im Krankensektor und trug dazu bei, bewährte Praktiken, effektive Maßnahmen und praktische Instrumente zu identifizieren und herauszustellen, die im Rahmen der Prävention, Bewältigung und/oder Reduzierung von PSRS@W hilfreich sein können.

Neben Muskel-Skelett-Erkrankungen sind psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz die am häufigsten genannten Sicherheits- und Gesundheitsgefahren im Krankenhaus-/Gesundheitssektor in Europa. Verbesserungen wären nicht nur für die Arbeitnehmer von Vorteil (mehr Wohlbefinden und Zufriedenheit am Arbeitsplatz), sondern auch für die Führungskräfte (höhere Mitarbeitermotivation und -produktivität), die Organisation (reduzierter Absentismus und Präsentismus<sup>19</sup>, niedrigere Unfall- und Verletzungszahlen) und die Gesellschaft (Kosten und Belastungen für den Einzelnen und die Gesellschaft im Ganzen).



Die Präsentationen der Redner haben gezeigt, wie Präventivmaßnahmen, Risikoeinschätzung und guter Umgang mit psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz – durch Reduzierung deren negativer Auswirkungen auf den einzelnen Mitarbeiter und/oder das gute Funktionieren der Krankenhaus-/Gesundheitseinrichtungen und -dienste – zu mehr Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer beitragen können, zu attraktiveren Arbeitsbedingungen im Krankensektor, die die Bindung an den Beruf fördern, und zu mehr Effizienz im Management von Gesundheitseinrichtungen.

Im Laufe der Konferenz wurden fünf Schlüssel zur erfolgreichen Implementierung von Programmen zur Reduzierung von PSRS@A identifiziert: Primärprävention, Risikoeinschätzung, Umwandlung passiver Jobs (ob mit hohem oder niedrigem Stresslevel) in aktive Jobs, Vereinfachung der Mitarbeiterbestimmung und Anregung einer engagierten, proaktiven Mitarbeiterführung.

Starker Fokus wurde hier auch auf die entscheidende Rolle der Sozialpartner auf lokaler, nationaler und EU-Ebene gelegt. Dies spiegelte sich in den Präsentationen, die zum großen Teil auf bewährten Praktiken und gewonnenen Erfahrungen aufbauten.

Die Konferenz war ein wichtiger Schritt für die sektoralen Sozialpartner im Krankensektor in ihrem Bemühen, Instrumente und Formen der Arbeitsorganisation zu identifizieren, die dazu beitragen, sicherere und gesündere Arbeitsbedingungen zu schaffen.

---

<sup>19</sup> Arbeitnehmer erscheinen zur Arbeit, obwohl sie krank und somit nicht in der Lage sind, ihre Aufgaben effektiv und effizient zu erfüllen.

Dieser Bericht sowie die Erkenntnisse und zu liefernden Ergebnisse des Projekts im Ganzen werden auf nationaler und EU-Ebene zur Verfügung gestellt. Sie werden als Basis für weitere Diskussionen dienen und darüber hinaus in die künftige Arbeit des Ausschusses für den sektoralen sozialen Dialog im Krankensektor zum Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz einfließen.

Die gemeinsame Arbeit von EGÖD und HOSPEEM zum Thema psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz wird 2016 und darüber hinaus fortgesetzt, insbesondere durch die Sammlung und Verbreitung bewährter Praktiken. Die durch die Konferenz von Helsinki gewonnenen Einblicke werden diskutiert und mit dem Ziel gemeinsamer Ergebnisse im Hinblick auf die Maßnahmen, die es im Sinne der Prävention und Reduzierung von psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz von Gesundheitsfachkräften zu ergreifen gilt, evaluiert. Eine Reihe möglicher Folgeaktivitäten ist angedacht.

Vor allem mit Blick auf sozialpartnerbasierte Initiativen werden HOSPEEM und EGÖD abwägen, inwiefern der Entwurf einer gemeinsamen Erklärung zu berufsbedingten Gefahren im Krankenhaus- und Gesundheitssektor (mit besonderem Fokus auf psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz) relevant ist.

Auch wird die Möglichkeit der Verabschiedung eines Rahmenwerks zu Arbeitsschutzmaßnahmen im Kontext des gemeinsamen Arbeitsprogramms von HOSPEEM und EGÖD für 2017 - 2019 diskutiert werden.

Im Kontext eines künftigen Gemeinschaftsprojekts planen HOSPEEM und EGÖD auch eine spezifische Projektaktivität zu Problemen rund um das Thema Arbeitsschutz (OSH), basierend auf den Informationen, die im Rahmen des OSH-Projekts gesammelt wurden.

Nicht zuletzt wird es eine Einschätzung geben zur Relevanz und Machbarkeit einer Folgeaktivität zu den Themen Patientensicherheit und sichere, gesunde Arbeitsumgebungen, in Verbindung mit entsprechenden Initiativen der GD SANTE.

# Anhang 1: Tagesordnung, Redner und Themen der Konferenz

## Vormittag

Vorsitz: Dr. Margret STEFFEN, Deutschland (EGÖD)

- 08.30 – 08.40      **Begrüßung und Einführung**, *Dr. Margret STEFFEN*
- 08.40 – 08.45      **Begrüßungsrede**, *Marjut MCLEAN, Vizepräsidentin, TEHY*
- 08.45 – 09.00      **„Von Paris nach Helsinki“**, *Nico KNIBBE, LOCOmotion, Research in Health Care, NL (beauftragter Experte)*
- 09.00 – 09.40      **Sitzung 1: Bestandsaufnahme: Ursachen von psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz (PSRS@A) im Krankenhaus-/Gesundheitssektor**
- Umgang mit und Bewältigung von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz in Europa**, *Julia FLINTROP, EU-OSHA*
- Fragen und Antworten
- 09.40 – 10.40      **Sitzung 2: Risikoeinschätzung und Risikomanagement im Bereich von PSRS@A**
- Stress im Gesundheitswesen – Können wir Stress im Gesundheitswesen messen und präventiv bekämpfen?** *Albert NIENHAUS, BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)*
- Prävention psychosozialer Risiken in Gesundheitsberufen in der EU**, *Peter KELLY, Health and Safety Executive (HSE, Sicherheits- und Gesundheitsbehörde), UK*
- Fragen und Antworten
- 10.40 – 11.10      *Kaffeepause*
- Sitzung 3: PSRS@A besser bewältigen**
- Überwachung der Arbeitnehmergeundheit zur Bewältigung von PSRS@W**, *Sarah RUTTEN-KETELAAR, Akademisches Medizinisches Zentrum, Amsterdam*

**Umgang mit Mobbing bei Region Gävleborg, Schweden, Anders WESTLUND, Malin VADELIUS und Tord ANDERSSON, Region Gävleborg, Gävle, Schweden**

**Risikoeinschätzung und Primärprävention von psychosozialen Risiken und Stress im Kontext der Umstrukturierung einer Einrichtung der CAPIO-Gruppe in Bayonne, Frankreich, Valérie D'ALMEIDA, Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund (CFDT) Bayonne, und Catherine Allemand, SYNDEX**

Fragen und Antworten

12.30 – 13.45 *Mittagspause*

### **Nachmittag**

Vorsitz: Bjørn HENRIKSEN, SPEKTER, Norwegen (HOSPEEM)

13.45 – 14.45 **Sitzung 4: PSRS@A besser vorbeugen**

**Partnerschaftliche Zusammenarbeit im Sinne einer besseren Prävention von PSRS@A, James TRACEY, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust (Stiftung des Nationalen Gesundheitssystems für Lehrkrankenhäuser der Stadt Leeds) und Kim Sunley, Royal College of Nursing (RCN, Königliche Pflegeschule)**

Fragen und Antworten

14.45–15.15 **Sitzung 5: Wie können Arbeitnehmer die Anforderungen in ihrem Beruf verkraften und ihr Engagement bewahren?**

**Wohlbefinden durch Arbeit – „Wie können Arbeitnehmer mit den Anforderungen in ihrem Beruf zurechtkommen und sich ihr Engagement bewahren?“, Saija KOSKENSALMI, Finnish Institute of Occupational Health (Finnisches Institut für Arbeitsgesundheit)**

15.15 – 15.45 **Abschlusspodium, moderiert von Nico KNIBBE, LOCOmotion, Research in Health Care, NL**

**Teilnehmer: Kirsi SILLANPÄÄ, TEHY (EGÖD), Johanna KARLSTRÖM, KT (HOSPEEM) und Zinta PODNIECE, GD EMPL, (Europäische Kommission).**

## Anhang 2: Delegierte, vertretene Länder und ihre Organisationen

Nr.	Mitglied von	Land	Organisation	Vorname	Nachname
1	EGÖD	Österreich	GDG-KMSfB	Karl	PRETEREBNER
2	EGÖD	Österreich	Vida	Willibald	STEINKELLNER
3	HOSPEEM	Österreich	Vienna Hospital Association (Krankenhausverband der Stadt Wien)	Monika	BINDER
4	HOSPEEM	Österreich	Vienna Hospital Association (Krankenhausverband der Stadt Wien)	Ulrike	NEUHAUSER
5	EGÖD	Belgien	CGSP-ACOD ALR-LRB Brüssel	Rudy	JANSSENS
6	EGÖD	Bulgarien	CITUB	Slava	ZLATANOVA
7	EGÖD	Zypern	KTAMS	Ihsan Güven	BENGIHAN
8	EGÖD	Zypern	KTAMS	Ahmet	VAROĞLU
9	EGÖD	Zypern	PA.SY.DY	Andronikos	ANDRONIKOU
10	EGÖD	Zypern	PA.SY.DY	Zoe	ANTONIOU
11	EGÖD	Dänemark	DNO	Marianne	SCHULZ
12	HOSPEEM	Dänemark	Danish Regions	Malene	VESTERGAARD SOERENSEN
13	EGÖD	Dänemark	FOA	Charlotte	BREDAL
14	HOSPEEM	Estland	Estonian Hospital Association (Estnischer Krankenhausverband)	Hedy	EERIKSOO
15	HOSPEEM	Finnland	CLAE	Henrika	NYBONDAS-KANGAS
16	HOSPEEM	Finnland	HUS	Susanna	PUUMI
17	EGÖD	Finnland	JHL	Sari	BACKLUND
18	EGÖD	Finnland	JHL	Tuula	HAAVASOJA
19	EGÖD	Finnland	JHL	Merja	LAUNIS-AHTIANEN
20	EGÖD	Finnland	JHL	Anne	LÖNNBERG
21	HOSPEEM	Finnland	Kuntatyöntajat Local Gov.	Taija	HÄMÄLÄINEN



			Employers (Kommunale Arbeitgeber Kuntatyöntajat)		
22	HOSPEEM	Finnland	Kuntatyöntajat Local Gov. Employers (Kommunale Arbeitgeber Kuntatyöntajat)	Eeva	NYPELÖ
23	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Sari	ERKKILÄ
24	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Merja	HYVÄRINEN
25	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Leena	KAASINEN
26	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Arja	NIITTYNEN
27	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Silja	PAAVOLA
28	EGÖD	Finnland	SuPerliitto	Tiia	RAUTPALO
29	EGÖD	Finnland	TEHY	Anna	KUKKA
30	EGÖD	Finnland	TEHY	Kaija	Ojanperä
31	EGÖD	Frankreich	CFDT Santé Sociaux (Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund - Fédération Gesundheit und Soziales)	Cyrille	DUCH
32	EGÖD	Frankreich	CFDT Santé Sociaux	Maryvonne	NICOLLE
33	EGÖD	Deutschland	Ver.di	Herbert	BECK
34	EGÖD	Deutschland	Ver.di	Brigitte	SCHERO
35	EGÖD	Deutschland	Ver.di	Rudolf	SCHOEN
36	EGÖD	Deutschland	Ver.di	Margret	STEFFEN
37	EGÖD	Irland	INMO	David	HUGHES
38	HOSPEEM	Italien	ARAN	Elvira	GENTILE
39	HOSPEEM	Lettland	Latvian Hospital Association (Lettischer Krankenhausverband)	Jevgenijs	KALEJS
40	EGÖD	Litauen	LSADPS	Kristina	MECELIENE
41	HOSPEEM	Niederlande	NFU	Monica	TEUNS
42	HOSPEEM	Niederlande	NVZ	Sabine	SCHEER
43	HOSPEEM	Niederlande	OLVG	Marielle	VAN PAMPUS
44	EGÖD	Norwegen	NNO	Tore	DAHLSTRØM
45	EGÖD	Norwegen	NUMGE	Signe	HANANGER
46	HOSPEEM	Norwegen	SPEKTER	Bjørn	HENRIKSEN
47	EGÖD	Rumänien	EGÖD	Marina	IRIMIE

48	HOSPEEM	Schweden	Akademiska Sjukhuset	Birgitta	KAUPPINEN BEN YAHIA
49	HOSPEEM	Schweden	Centrum för HR	Jeanett	KLINGTOFT
50	EGÖD	Schweden	Kommunal	Margaretha	JOHANSSON
51	EGÖD	Schweden	Kommunal	Liz	SILKE
52	HOSPEEM	Schweden	SALAR	Ned	CARTER
53	EGÖD	Schweden	Vårdförbundet	Annica	MAGNUSSON
54	EGÖD	Schweden	Vårdförbundet	Nina	BERGMAN
55	EGÖD	Schweden	VISION	Anneli	HAGBERG
56	HOSPEEM	Vereinigtes Königreich	NHS Employers	Naomi	BENNIGSEN
57	HOSPEEM	Vereinigtes Königreich	NHS Employers	Kate	LING
58	EGÖD	Vereinigtes Königreich	RCM	Amy	LEVERSIDGE
59	EGÖD	Vereinigtes Königreich	UNISON	Alan	LOFTHOUSE
60	EGÖD	Vereinigtes Königreich	UNISON	Debra	TICKLE
<b>SEKRETARIAT</b>					
61	EGÖD	Belgien	EGÖD	Mounia	BOUDHAN
62	EGÖD	Belgien	EGÖD	Penny	CLARKE
63	EGÖD	Belgien	EGÖD	Mathias	MAUCHER
64	HOSPEEM	Belgien	HOSPEEM	Sara	FASOLI
65	HOSPEEM	Belgien	HOSPEEM	Emilie	SOURDOIRE
66	HOSPEEM	Niederlande	HOSPEEM	Tjitte	ALKEMA
<b>REDNER</b>					
67	Andere	Belgien	EU-OSHA	Julia	FLINTROP
68	HOSPEEM	Finnland	CLAE	Johanna	KARLSTRÖM
69	Andere	Finnland	FIOH	Saija	KOSKENSALMI
70	EGÖD	Finnland	TEHY	Marjut	MCLEAN
71	EGÖD	Finnland	TEHY	Kirsi	SILLANPÄÄ
72	EGÖD	Frankreich	SYNDEX	Catherine	ALLEMAND
73	EGÖD	Frankreich	CFDT Santé Sociaux (Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund - Föderation Gesundheit und Soziales)	Valérie	D'ALMEIDA

74	Andere	Deutschland	BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)	Albert	NIENHAUS
75	Andere	Luxemburg	EK - GD EMPL - Soziales und Inklusion	Zinta	PODNIECE
76	Andere	Niederlande	AMC	Sarah	RUTTEN-KETELAAR
77	Andere	Niederlande	LOCOmotion	Nico	KNIBBE
78	Andere	Schweden	Region Gävleborg	Tord	ANDERSSON
79	Andere	Schweden	Region Gävleborg	Anders	WESTLUND
80	Andere	Schweden	Region Gävleborg	Malin	VADELIUS
81	EGÖD	Vereinigtes Königreich	RCN	Kim	SUNLEY
82	Andere	Vereinigtes Königreich	HSE	Peter	KELLY
83	HOSPEEM	Vereinigtes Königreich	Leeds Teaching Hospitals NHS Trust	James	TRACEY
<b>Weitere Teilnehmer</b>					
84	o. A.	Estland	Tallinn University of Technology	Jaana	SEPP
85	o. A.	Estland	Health Care College of Tallinn	Piia	TINT

# Anhang 3: Zusammenfassungen der einzelnen Präsentationen

## **Sitzung 1: Bestandsaufnahme: Ursachen von psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz**

*Julia FLINTROP, EU-OSHA, Bilbao, Spanien*

*(Anmerkung: Aufgrund eines Streiks konnte Frau Flintrop nicht persönlich anwesend sein. Peter KELLY übernahm ihren Vortrag.)*

Julia Flintrop gibt einen Überblick zum Thema „Umgang mit und Bewältigung von Stress und psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz in Europa“. Ihre Präsentation behandelt die wichtigsten Ziele der EU-OSHA-Kampagne 2014 - 2015 „Healthy Workplaces – manage stress“ („Gesunde Arbeitsplätze – Stress bewältigen“). Sie erläutert den 5-Schritte-Ansatz zur Bekämpfung von psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz (PSRS@A) sowie die Präventionshierarchie. Flintrop stellt Daten der von EU-OSHA durchgeführten ESENER-Umfrage vor und legt den Fokus dabei auf Daten aus dem Sektor „Gesundheits- und Sozialwesen“ in Bezug auf die Identifizierung und Bewältigung von PSRS@A hinsichtlich des Grades der „Arbeitnehmermitbestimmung“. Abschließend geht sie auf den im Zusammenhang mit der Bekämpfung von PSRS@A relevanten rechtlichen Hintergrund auf EU-Ebene ein, sowie auf eine Reihe unterschiedlicher Ansätze der einzelnen EU-Mitgliedstaaten, basierend auf den zwei Instrumenten „Gesetzgebung und Arbeitsaufsicht“.

## **Sitzung 2: Risikoeinschätzung und Risikomanagement im Bereich von PSRS@A**

*Albert NIENHAUS, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, Deutschland*

Guten Morgen, verehrte Damen und Herren, Ich freue mich sehr, an dieser Konferenz teilnehmen und ein paar Gedanken beisteuern zu können. Bevor ich mit meinen Ausführungen beginne, möchte ich mich kurz vorstellen. Ich bin Facharzt für Arbeitsmedizin und Epidemiologie und habe einen Master of Public Health der Universität von Los Angeles. Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf leite ich eine Arbeitsgruppe, die zum Thema „Arbeitsgesundheit in der Krankenpflege und Gesundheitsversorgung“ forscht. Wir arbeiten dabei eng mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zusammen. In diesem Zusammenhang habe ich auch Frau Margret Steffen von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di kennengelernt. Frau Steffen, ich danke Ihnen für die Einladung zu dieser Konferenz.

Unsere Forschungsgruppe führt eine Reihe unterschiedlicher Studien zu einer breiten Palette von Themen durch, wie etwa Infektionskrankheiten, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Burn-out bei Arbeitnehmern in der Gesundheitsversorgung, zu Gewalt gegen Gesundheitsfachkräfte oder auch zum Einfluss der Mitarbeiterführung auf das Wohlbefinden

und die Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Wir verfügen also über viel Erfahrung in Sachen Risikoeinschätzung und Erhebungsmethoden.

Was mich auch schon zu meinem ersten Punkt bringt: Können wir Stress im Gesundheitswesen messen? Die Antwort ist einfach und klar: Ja, wir können! Doch bevor ich hier ins Detail gehe, lassen Sie uns kurz einen Blick auf die Situation vor 25 Jahren werfen. Damals stand nicht nur in Berlin eine Mauer, sondern scheinbar auch eine zwischen Arbeitsschutz-Experten und Arbeitnehmern in Deutschland. Die meisten Experten glaubten, Arbeitnehmern und ihrer Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen grundsätzlich misstrauen zu müssen, weil Arbeitnehmer ja ebenso grundsätzlich dazu tendieren, sich über ihre Arbeitsbedingungen zu beschweren – immer in der Hoffnung, auf diese Weise höhere Vergütungen erwirken zu können, quasi als Kompensation für schwere, schmutzige oder gefährliche Arbeit.

Als ich 1989 meine Doktorarbeit über die Arbeitsbedingungen von Mitarbeitern der Straßeninstandhaltung schrieb, musste ich auf 100 Seiten rechtfertigen, warum ich meine Studie auf Befragungen der Arbeitnehmer stützte und nicht auf Blut- oder Urintests. Diese Situation hat sich in den vergangenen 25 Jahren vollkommen verändert. EU-Vorschriften und die Verabschiedung des deutschen Arbeitsschutzgesetzes zu den EU-Anforderungen haben zu diesen Veränderungen beigetragen. Heute bietet sich uns ein gänzlich anderes Bild. Inzwischen weigern sich Arbeitnehmer, Fragen zu beantworten – und das hat etwas mit diesem Ferkel zu tun. Aber darauf komme ich später zurück. Werfen wir nun einen Blick auf die Instrumente, die uns zur Verfügung stehen, um Stress am Arbeitsplatz zu messen.

Beruflicher Stress lässt sich heute über zwei allgemein anerkannte Modelle erklären: zum einen das Modell der beruflichen Gratifikationskrise von Johannes Sigrist und seiner Arbeitsgruppe aus Marburg und Düsseldorf, und zum anderen das Demand-Control-Modell von Karasek und seiner Arbeitsgruppe.

Lassen Sie uns diese beiden etablierten Modelle einmal etwas näher betrachten. Aus ihnen wurde der COPSOQ, der „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“, entwickelt. Dieser Fragebogen bietet den Vorteil, dass hier beide Stress-Modelle einfließen, und zudem konnte man bereits über viele Jahre praktische Erfahrung mit ihm sammeln. Der COPSOQ wurde in eine Reihe von Sprachen übersetzt und lässt sich auf unterschiedliche Branchen anwenden. Dies wiederum ermöglicht Vergleiche zwischen verschiedenen Branchen, Arbeitsplätzen und sogar Ländern. Betrachten wir beispielsweise die Arbeitsbelastung und vergleichen dann verschiedene Branchen miteinander, stellen wir erstaunt fest, dass die Arbeitsbelastung in der Krankenpflege nicht höher eingeschätzt wird, als in den meisten anderen Branchen. Auf der anderen Seite sehen wir, dass Krankenpflegekräfte die Bedeutsamkeit ihrer Arbeitsinhalte in der Tat höher einschätzen, als die meisten anderen Berufsgruppen dies (bezogen auf ihre jeweils eigenen Tätigkeiten) tun. Doch das sind lediglich aggregierte Daten. Auf Arbeitsebene sind große Unterschiede zu erkennen. Hier die Daten zur Einschätzung der Mitarbeiterführungsqualität auf Dialysestationen. Im Durchschnitt wird die Qualität der Mitarbeiterführung als mehr oder weniger okay bewertet. Es gibt jedoch auch Stationen, bei denen Verbesserungsbedarf besteht. Doch auch darauf komme ich später zurück.

Der COPSOQ ist nicht der einzige nützliche Fragebogen zur Messung von Stress am Arbeitsplatz. Wenn Sie sich die Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin anschauen und dort nach dem Stichwort Mitarbeiterbefragung suchen, finden Sie eine derart lange Liste hilfreicher Instrumente, dass Sie möglicherweise geneigt sein werden, ihr Projekt an dieser Stelle aufzugeben – angesichts der Qual der Wahl.

Aber lassen Sie uns auf die Umfrage unter den Dialysestationen zurückkommen. Wir haben den Dialysestationen in Deutschland Gelegenheit gegeben, an einer Erhebung zum Thema Stress am Arbeitsplatz teilzunehmen. Die Stationen, die teilgenommen hatten, erhielten im Anschluss an die Auswertung einen Bericht, in dem ihre spezifischen Ergebnisse mit denen anderer Dialysestationen verglichen und Maßnahmen vorgeschlagen wurden, um Schwachpunkte (Stress) zu eliminieren und Stärken (Ressourcen) auszubauen.

Die Stationen konnten diese Umfrage samt Auswertungsbericht als ihre eigene Risikoeinschätzung zur psychosozialen Situation an ihrem Arbeitsplatz nutzen und als Ausgangspunkt für einen kontinuierlichen Optimierungsprozess: analysieren, planen, handeln, evaluieren. Zur Unterstützung im Rahmen dieser Aufgabe wurde den Dialysestationen Beratung durch externe Arbeitsschutz-Experten angeboten.

Unser besonderes Interesse galt nämlich der Frage, was die Stationen nun mit diesen Auswertungen anfangen würden – ob sie die Krankenpflege- und anderen Gesundheitsfachkräfte über die Ergebnisse informieren, Maßnahmen planen oder irgendwelche der ausgesprochenen Empfehlungen umsetzen würden.

Doch was das anging, waren die Erkenntnisse aus dieser Umfrage recht deprimierend. Nur jede zweite Station (50 %) informierte ihre Krankenpflegekräfte. Lediglich 20 % nahmen die kostenfrei angebotene externe Beratung in Anspruch und nur 25 % ergriffen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Ich habe den Eindruck gewonnen, dass in den vergangenen Jahren so viele Umfragen zum Thema Stress am Arbeitsplatz durchgeführt, in der Folge jedoch so wenige Maßnahmen ergriffen wurden, dass die Arbeitnehmer es inzwischen einfach leid sind, an diesen Umfragen teilzunehmen. Für mich als Forscher ist das ein echtes Problem, da die Antwortquoten bei unseren Erhebungen immer weiter sinken. Doch es ist auch ein Problem im Hinblick auf Arbeitsgesundheit und Gesundheitsförderung, da Wahrnehmung und Wissen der Arbeitnehmer auf diese Weise nicht genutzt werden (können), um Arbeitsumfeld und Arbeitsbedingungen kontinuierlich zu verbessern. Das ist unter Umständen nicht nur für die Gesundheit der Arbeitnehmer von Nachteil, sondern auch im Hinblick auf die Produktivität sowie die Qualität der angebotenen Produkte oder Dienstleistungen. Es stellt sich daher die Frage, ob es effektivere Wege gibt, Risikoeinschätzungen durchzuführen und den Zyklus von Analysieren-Planen-Handeln-Evaluieren anzustoßen.

Meiner Meinung nach könnten moderierte Gefährdungsanalysen eine Alternative darstellen. Hierbei handelt es sich um Diskussionsgruppen auf Arbeitsebene, in denen arbeitsbezogene Probleme besprochen und mögliche Lösungen identifiziert werden. Diese Diskussionen sind effektiver, wenn sie von entsprechend geschulten internen oder externen Personen organisiert werden.

Die wichtigste Frage jedoch, die gestellt werden muss, noch bevor die moderierte Diskussion zur Risikoeinschätzung überhaupt beginnt, ist die, ob man tatsächlich ernsthaft gewillt ist, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, sollten Probleme sichtbar werden. Dieser Punkt lässt sich am besten durch Einrichtung eines Lenkungsausschusses klären, der die Risikoeinschätzung vorbereitet und im Weiteren für die Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen verantwortlich ist.

Worin können diese Maßnahmen potenziell bestehen? Mitarbeiterführung und Gewalt am Arbeitsplatz sind potenzielle Probleme, auf die reagiert werden muss. Ich gebe daher einen kurzen Einblick in diese beiden Aspekte, bevor ich zum Abschluss meiner Präsentation komme.



*Peter KELLY, Health and Safety Executive (HSE, Sicherheits- und Gesundheitsbehörde), Leeds, Vereinigtes Königreich*

Peter Kelly spricht zum Thema Prävention psychosozialer Risiken bei der Ausübung von Gesundheitsberufen in der EU. Den Fokus legt er dabei auf die Rahmenbedingungen und Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress im Gesundheitssektor. Britische Statistiken zeigen, dass im Drei-Jahres-Durchschnitt der höchste Anteil aller Fälle von arbeitsbedingtem Stress, von Depression oder Beklemmung auf Gesundheitsfachkräfte (und hier insbesondere Krankenpflegerinnen und -pfleger) entfallen. Darüber hinaus stellt er die an NHS-Führungskräfte gerichteten HSE Management Standards für einen besseren Umgang mit dem Thema PSRS@A vor. Diese behandeln die sechs Primärquellen für Stress am Arbeitsplatz: Anforderungen (z. B. Arbeitsmodelle, Arbeitsumfeld), Handlungsspielraum, Unterstützung (z. B. Ermutigung, Patenschaft, Bereitstellung von Ressourcen durch die Organisation, Linienmanagement, Kollegen), Beziehungen, Rolle (eigene Rolle, Rollenkonflikte) und (organisatorische) Veränderung. Diese Management-Standards und Unterstützungsprozesse wurden entwickelt, um 1) die Einschätzung des Stressrisikos zu vereinfachen; 2) Arbeitgeber, Arbeitnehmer und ihre Vertreter zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit bei der unternehmensweiten Bekämpfung von arbeitsbedingtem Stress zu ermutigen; und 3) den Maßstab zu liefern, an dem Organisationen ihre Fortschritte und Erfolge bei der Bekämpfung der Hauptursachen von Stress messen können. Er betont, wie wichtig es ist, mit dem Personal zu kommunizieren, es über Herausforderungen zu informieren und die verschiedenen Formen von PSRS@A in Angriff zu nehmen. Abschließend unterstreicht Kelly, dass ‚Nichtstun‘ keine Option ist, und ruft dazu auf, die EU-OSHA-Kampagnenmaterialien zum Thema psychosoziale Risiken in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen aktiv zu nutzen.

### **Sitzung 3: PSRS@A besser bewältigen**

*Sarah Rutten-Ketelaar, Akademisches Medizinisches Zentrum, Amsterdam, Niederlande*

Sarah Rutten-Ketelaar spricht zum Thema Überwachung der Arbeitnehmergeundheit zur Bewältigung von PSRS@A. Sie betrachtet internationale (ILO) und nationale (hier: niederländische) Definitionen des Begriffs „Gesundheitsüberwachung“ sowie die Bedingungen für eine effektive Nutzung dieses Tools. Die Rednerin präsentiert entsprechende Ergebnisse aus dem Krankenhaus-/Gesundheitssektor, und geht dabei auf die Situation bei Ärzten, Krankenpflegekräften und anderen Arbeitnehmern im Gesundheitswesen ein. Sie stellt vor, wie eine Überwachung der Arbeitnehmergeundheit in der Praxis konkret funktioniert, nennt die Hauptelemente und die Zielgruppe (die einzelnen Arbeitnehmer). Abschließend erörtert Sara Rutten-Ketelaar einige Beispiele für Interventionsmaßnahmen auf Organisationsebene. Während sich das erste auf Stress und eine als hoch wahrgenommene Arbeitsbelastung bezieht, geht es im zweiten um die Notwendigkeit von Erholung nach der Arbeit. Das dritte Beispiel beschäftigt sich mit der Erfahrung aggressiver und/oder traumatischer Ereignisse und ein viertes betrachtet die empfundene Atmosphäre im Team sowie den Kontakt mit Kollegen und Vorgesetzten. Abschließend fasst Ruten-Ketelaar die Gründe zusammen, die für die Einführung einer Überwachung der Arbeitnehmergeundheit in Krankenhäusern sprechen.

*Anders WESTLUND, Malin VADELIUS, Tord ANDERSSON, Region Gävleborg, Schweden*

Anders Westlund, Malin Vadelius und Tord Andersson erörtern in einer gemeinsamen Präsentation die Rolle der Sozialpartner im Umgang mit Mobbing in ihrer Heimatregion Gävleborg in Schweden. Zunächst erläutern sie die Gründe für die Entscheidung, Maßnahmen zu ergreifen, und informieren dann über die bestehenden rechtlichen Rahmenwerke und ihren methodologischen Ansatz. Sie erklären, wie die Zusammenarbeit zwischen Management und Arbeitnehmervertretern gestaltet und in die Praxis umgesetzt wurde. Des Weiteren verdeutlichen sie, wie das Thema Mobbing in die Weiterbildung von Managern und die Personalpolitik als solche einbezogen wurde, während Mitarbeiterumfragen helfen, Belege für tatsächliche Probleme und Risiken zu sammeln. Nicht zuletzt gehen die drei Redner auf die ergriffenen Präventivmaßnahmen ein, wobei sie unterscheiden zwischen Maßnahmen in Reaktion auf Anzeichen von Mobbing und den Inhalten sowie der Einrichtung von Untersuchungsverfahren im Fall von Mobbing.

*Catherine ALLEMAND (SYNDEX, Paris), Valérie D'ALMEIDA (Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund Bayonne, Bayonne, Frankreich)*

Catherine Allemand und Valérie d'Almeida werfen einen Blick auf Aktivitäten rund um Risikoeinschätzung und Primärprävention von psychosozialen Risiken und Stress im Kontext der Umstrukturierung einer Einrichtung der CAPIO-Gruppe in Bayonne (Frankreich) im Rahmen des sogenannten „Belharra-Projekts“ (als Teil des medizinischen Konzepts von Capiro für die ambulante Behandlung von Patienten). Die Neuorganisation der medizinischen Dienste hat zu einer signifikanten Entwicklung bei der Organisation der Aktivitäten sowie in der Arbeitsorganisation der Teams geführt. Da man die organisatorischen Veränderungen gut bewältigen wollte, war es auch notwendig, Maßnahmen zur Unterstützung der Mitarbeiter im Hinblick auf die Erhaltung ihrer physischen und psychischen Gesundheit zu entwickeln. Die Präsentation beleuchtet Grad und Formen der Mitarbeitermitbestimmung und klärt die Rolle der unterschiedlichen Einrichtungen und Ausschüsse (wie des Beratungsausschusses für Gesundheitspflege, Sicherheit und Arbeitsbedingungen) auf lokaler und regionaler Ebene; zudem geht sie auf die Beteiligung des Managements an diesem Projekt ein. Den Schwerpunkt ihres Vortrags legen die Kolleginnen aus Frankreich auf Risikoeinschätzung mit Fokus auf Primärprävention von PSRS@A. Darüber hinaus gehen sie auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und PSRS@A ein, indem sie nicht zuletzt drei Aspekte näher betrachten: 1) die Taktung der Arbeit; 2) Mitarbeiterressourcen: Verhältnis Anzahl Mitarbeiter zu Anzahl Patienten und 3) Management von Patientenfluss und Arbeitsorganisation. Zu diesem Zweck ziehen sie drei unterschiedliche Dienstleistungstypen heran: 1) Notfalldienste, 2) Dauerpflegestationen und 3) chirurgische Ambulanzen. Die Empfehlungen an das Krankenhaus-Management, die für alle Typen und Herausforderungen ausgearbeitet wurden, werden ebenfalls vorgestellt.

Hier der Link zu den PREZI-Präsentationen

EN: [http://prezi.com/r3-x31destjx/?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=copy](http://prezi.com/r3-x31destjx/?utm_campaign=share&utm_medium=copy)

FR: [http://prezi.com/oxwmpe8vdykq/?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=copy](http://prezi.com/oxwmpe8vdykq/?utm_campaign=share&utm_medium=copy)

#### **Sitzung 4: PSRS@A besser vorbeugen**

*James TRACEY, Leeds Teaching Hospital NHS Trust, Leeds (Stiftung des Nationalen Gesundheitssystems für Lehrkrankenhäuser der Stadt Leeds), Vereinigtes Königreich*

*Kim SUNLEY, Royal College of Nursing (RCN, Königliche Pflegeschule), London, United Kingdom*

James Tracey, stellvertretender Vorsitzender auf Seite des Managements, und Kim Sunley, stellvertretende Vorsitzende auf Seite des Personals, stellen die Arbeit der britischen Sozialpartnerschaft für eine bessere Prävention von PSRS@A vor, wie von der Health, Safety and Wellbeing Partnership Group (HSWPG, Partnerschaftsgruppe Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden) im Vereinigten Königreich konzipiert und eingeführt. Zu ihren beiden wichtigsten Zielen gehören die Anhebung der Standards in puncto Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Förderung eines sichereren Arbeitsumfelds für Mitarbeiter in diesem Sektor. Die Redner erläutern die Instrumente, die die HSWPG nutzt, um die Ziele dieser partnerschaftlichen Arbeit zu unterstützen. Am Beispiel der Ergebnisse von Mitarbeiterumfragen stellen sie das HSE-Tool zur Stresseinschätzung und den damit verbundenen Anti-Stress-Aktionsplan vor. Tracey und Sunley erklären, warum die Konzentration auf und die Investition in ein erfolgreiches Stress-Management für beide Seiten – Arbeitgeber und Arbeitnehmer – wichtig und von Vorteil ist. Sie beziehen sich auf die spezifischen Bedingungen und Herausforderungen in der Sorge für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen sowie auf Forschungsergebnisse, die diesbezüglich erfolgreiche Management-Modelle unterstützen. Die beiden Redner nehmen Bezug auf Orientierungshilfen, die im Umgang mit und bei der Prävention von Stress helfen sollen und sich in diesem Zusammenhang auf effektive Maßnahmen, einen partnerschaftlichen Ansatz sowie auf das beziehen, was sich für das Management daraus ergibt.

#### **Sitzung 5: Wie können Arbeitnehmer mit den Anforderungen in ihrem Beruf zurechtkommen und sich ihr Engagement bewahren?**

*Saija KOSKENSALMI, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH, Finnisches Institut für Arbeitsgesundheit), Helsinki, Finnland*

Saija Koskensalmi widmet ihren Vortrag der Frage, wie Arbeitnehmer mit den Anforderungen ihres Jobs zurechtkommen und sich ihr Engagement bewahren können; der Aspekt des Wohlbefindens am Arbeitsplatz bildet hier das „Rahmenkonzept“. Sie erläutert die „Zutaten“, die ein solches Wohlbefinden aus- bzw. erst möglich machen. Berufliches Engagement – definiert als ein positiver, stabiler, affektiv-motivierender Zustand der Erfüllung – wird als Schlüsselement für das Wohlbefinden der Mitarbeiter charakterisiert. Saija Koskensalmi erklärt, warum es für Arbeitnehmer/Mitarbeiter im Hinblick auf ihr berufliches Engagement von Bedeutung ist, eine Reihe von Ressourcen zur Verfügung zu haben. Sie geht auf die unterschiedlichen „Mischungen“ von beruflichen Anforderungen einerseits und Ressourcen andererseits ein und darauf, unter welchen Bedingungen ein Gleichgewicht zwischen beiden bestehen kann. Im zweiten Teil ihrer Präsentation geht es um Elemente und „Instrumente“ zur Steigerung des Engagements. Ressourcen, die

diesbezüglich eine wichtige Rolle spielen, können im Zusammenhang stehen mit jobspezifischen Aufgaben, Organisation, Interaktion oder den persönlichen Ressourcen und der eigenen Situation; entsprechende Illustrationen verdeutlichen dies. „Jobcrafting“, d. h. die Gestaltung einer Arbeitsstelle durch den Arbeitnehmer selbst, so dass sie den eigenen Kapazitäten, Kompetenzen, Ressourcen usw. besser entspricht, ist ein weiteres Stichwort der Präsentation von Saija Koskensalmi, die berufliches Engagement als Summe kleiner, positiver Schritte skizziert.