



# Assessing health and safety risks in the hospital sector and the role of the social partners in addressing them: the case of musculoskeletal disorders and psycho-social risks and stress at work

*(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 Sozialpartner-Konferenz  
zu Herangehensweisen an das Thema  
„Muskel-Skelett-Erkrankungen im Krankenhaus-/Gesundheitssektor“  
Paris – 25. März 2015**

*Endfassung (20. Januar 2016)*



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



Dieses Projekt wird aus Mitteln der Europäischen Kommission gefördert

## Inhalt

1. Einführung	3
2. MSE-Konferenz Paris	5
3. Erkenntnisse	7
4. Bestandsaufnahme wird Ausgangsbasis	9

## Anhänge

1. Tagesordnung, Redner und Themen der Konferenz	10
2. Delegierte, vertretene Länder und ihre Organisationen	14
3. Zusammenfassungen der einzelnen Präsentationen	17
4. Protokolle der Sitzungen am Runden Tisch	24
5. Schlussworte von Maryvonne Nicolle und Marta Branca	31

## Danksagung

HOSPEEM und EGÖD danken dem französischen HOSPEEM-Mitglied FEHAP für seine Unterstützung bei der Ausrichtung der Konferenz.

Ebenso danken HOSPEEM und EGÖD der Europäischen Kommission für die gewährte finanzielle Unterstützung.

„Niemand sollte durch das Pflegen anderer  
selbst körperliche Schäden davontragen.“

Minke WERSÄLL (Schwedisches Zentralamt für Arbeitsumwelt)

## 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 mit großen, facettenreichen und komplexen Herausforderungen konfrontiert, die sich aus der kombinierten Wirkung unterschiedlicher Faktoren ergeben.

Ganz oben auf der Prioritätenliste des gemeinsamen Arbeitsprogramms der europäischen sektoralen Sozialpartner HOSPEEM und EGÖD für die Jahre 2014-2016 steht u. a. 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 and psycho-social risks and stress at work“*.

Ziel dieses Projektes ist es zu ermitteln, wie Maßnahmen zur Verhinderung von und zum Umgang mit diesen beiden



Gefahren am Arbeitsplatz dazu beitragen können, zum einen den Schutz für die Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern und attraktivere Bedingungen innerhalb des Arbeitsumfelds zu schaffen, um die Arbeitnehmer so an ihren Beruf zu binden, und zum anderen – durch Reduzierung der Kosten infolge von Produktivitätsverlust, krankheitsbedingtem Arbeitsausfall und Berufskrankheiten – eine Effizienzsteigerung im Rahmen des Managements von Gesundheitseinrichtungen und -arbeitsplätzen zu erreichen. Gleichzeitig soll das Projekt den Mitgliedern von HOSPEEM und EGÖD helfen, die Auswirkungen von MSE sowie PSRS@A auf das Management von Gesundheitseinrichtungen und -personal zu beurteilen und entsprechende Präventivmaßnahmen zu erarbeiten. Grundlage hierfür sind die Feststellung der Sachverhalte sowie der Austausch über die bewährte Praxis auf Krankenhausebene in Sachen 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 ermitteln (d. h. im Hinblick auf deren Analyse, Gewicht und Auftreten in spezifischen Arbeitnehmergruppen im Gesundheitswesen) sowie relevante, bereits bestehende

<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.

Maßnahmen, Beispiele aus der bewährten Praxis und Leitlinien zu identifizieren, um diese Risiken anzugehen. Beide Konferenzen werden dazu beitragen, hinsichtlich dieser zwei Berufsrisiken sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite ein stärkeres Bewusstsein dafür zu schaffen, welche Bedeutung einer umfassenden Risikoeinschätzung verbunden mit einem wirkungsvollen Risikomanagement zukommt. Darüber hinaus werden 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.

Dieser Bericht über die „Sozialpartner-Konferenz zu Herangehensweisen an das Thema Muskel-Skelett-Erkrankungen“, die am 25. März 2015 in Paris stattfand, erfüllt eine der Projektvorgaben in Bezug auf die zu liefernden Ergebnisse. Weitere Vorgaben, wie die Einrichtung einer dedizierten Webpage innerhalb der Websites<sup>2</sup> von HOSPEEM und EGÖD, die europäische sowie länderspezifische Dokumente zum Thema MSE-Prävention enthalten und Zugriff auf sämtliche Präsentationen der Konferenz bieten, wurden ebenfalls bereits realisiert.



---

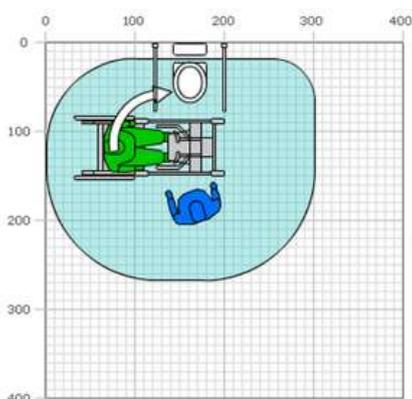
<sup>2</sup> <http://hospeem.org/activities/projects/osh-project-material-and-guidance/>  
<http://www.epsu.org/a/10999>

## 2. MSE-Konferenz Paris

Die Konferenz fand am 25. März 2015 in Paris statt (mitorganisiert von FEHAP und unterstützt durch HOSPEEM) und zählte rund 90 Teilnehmer aus 16 EU-Mitgliedstaaten<sup>3</sup>. Ziel der Konferenz war es, den Sozialpartner-Organisationen ein gemeinsames Verständnis des Phänomens typischer Erkrankungen des Bewegungsapparats im Krankenhaussektor zu vermitteln sowie ein umfassendes Gesamtbild der konkreten Maßnahmen, die sie im Zuge der Prävention von und im Umgang mit diesen MSE ergreifen können. Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung, inklusive aller Präsentationen, sind auf dedizierten Webpages der Websites von HOSPEEM und EGÖD zu finden<sup>4</sup>.



Wie alle Redner unterstrichen, müssen Programme, die MSE erfolgreich reduzieren wollen, auf vier Eckpfeilern aufbauen. Der erste dieser Pfeiler heißt ‚klare Richtlinien‘. Diese können – als Mindestanforderung – auf der EU-Gesundheitsschutz-Richtlinie 90/269/EWG<sup>5</sup> hinsichtlich der manuellen Handhabung von Lasten basieren und/oder auf der Technischen Regel DIN CEN ISO/TR 12296 in Bezug auf das manuelle Bewegen von Personen im Bereich der Pflege<sup>6</sup>. In dieser Technischen Regel (TR) sind deutliche Belege dafür zu finden, dass ein Unterlassen/Vermeiden hebender Tätigkeiten



oder auch ergonomische Programme die Überlastung des Bewegungsapparats von Pflegekräften effektiv reduzieren können. Erst diese Richtlinien ermöglichen zu definieren, wann aus einer ‚Belastung des Rückens‘ eine ‚Überlastung des Rückens‘ wird. Erstellt wurde dieses Dokument von einer Arbeitsgruppe internationaler Spezialisten über einen Zeitraum von drei Jahren. Es soll vor allem dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals – durch Minderung des Risikos einer biomechanischen Überlastung sowie des damit einhergehenden Krankheits- und Verletzungsrisikos – zu verbessern, die daraus resultierenden Kosten und Arbeitsausfallzeiten zu reduzieren und nicht zuletzt den Bedürfnissen des Patienten in puncto Pflegequalität, Sicherheit,

Würde und Privatsphäre, auch hinsichtlich spezifischer Körperpflege und -hygiene, gerecht zu werden.

Eckpfeiler Nr. 2: Die Sozialpartner müssen zur Umsetzung dieser Richtlinien beitragen – beispielsweise durch die Kommunikation einer klaren Botschaft in Sachen sicheres Arbeiten, aus Sicht von sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer.

Sicherheit am Arbeitsplatz ist der dritte Pfeiler. Auch wenn Architekten, Arbeitgeber und Mitarbeiter im Krankenhaus widersprüchliche Ansichten und Meinungen darüber haben

<sup>3</sup> Die vollständige Teilnehmerliste ist Anhang 2 zu entnehmen.

<sup>4</sup> <http://hospeem.org/?p=2970> / <http://www.epso.org/a/10895>

<sup>5</sup> Richtlinie 90/269/EWG des Rates vom 29. Mai 1990 über die Mindestvorschriften bezüglich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der manuellen Handhabung von Lasten, die für die Arbeitnehmer insbesondere eine Gefährdung der Lendenwirbelsäule mit sich bringt. Verfügbar auf: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31990L0269>

<sup>6</sup> Zusammenfassung verfügbar auf: <http://hospeem.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Technical-Report.pdf>

mögen, wie ein Krankenhaus konzipiert sein sollte, so gibt es doch eindeutige Richtlinien in Bezug auf die Quadratmeterzahl, die für ein sicheres Arbeiten rund um das Bett, im Toilettenbereich, im OP-Saal usw. erforderlich ist.

Bei Pfeiler Nr. 4 geht es um die (kontinuierliche) Schulung und Weiterbildung der Mitarbeiter im Krankenhaus. Wie schulen wir Gesundheitsfachkräfte, sicherer zu arbeiten? Welche Erfahrung haben erfolgreiche Einrichtungen und Ergonomietrainer in puncto Verhaltensänderung gemacht? Welche Rolle spielen Krankenpflegeschulen in dieser Hinsicht? Und ist E-Learning überhaupt eine Option?

Die Agenda<sup>7</sup> des Tages basierte auf diesen vier Eckpfeilern. Alle Redner – Vertreter aus den Bereichen Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Forschung und Krankenhaus – waren gebeten worden, basierend auf ihrer Erfahrung in ihrem jeweiligen Land einen dieser Pfeiler zu erörtern. Aufgrund der Begrenzung der Anzahl der Vorträge waren nicht alle Mitgliedstaaten ‚auf der Bühne‘ vertreten. Präsentationen<sup>8</sup> wurden gehalten von ExpertInnen und/oder HOSPEEM-/EGÖD-Mitgliedern aus Finnland, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Spanien, Schweden, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich. Eurofound (die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen) sowie die Europäische Kommission waren ebenfalls vertreten. Simultandolmetschen ins Englische, Französische und Spanische wurde bereitgestellt.



### The Four Cornerstones:

- # 1: guidelines and regulations.
- # 2: social partners.
- # 3 (re)building ergonomic hospitals
- # 4 (training)

Da der Austausch über Wissen und die bewährte Praxis ein wichtiges Ziel des Projekts im Allgemeinen sowie der Konferenz von Paris im Besonderen war, wurden in den Mittagspausen freiwillige interaktive Sitzungen am Runden Tisch organisiert. Die Gruppen, die entsprechend der von ihren Mitgliedern beherrschten Sprachen zusammengestellt wurden, sollten drei Fragen beantworten und ihren Austausch darüber protokollieren. Die Ergebnisse dieser Austauschprozesse in fünf Sitzungen am Runden Tisch sind in Anhang 4 zu finden.

---

<sup>7</sup> Die Agenda ist Anhang 1 zu entnehmen.

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

### 3. Erkenntnisse

Basierend auf den Präsentationen der Redner, den Plenardiskussionen, den zusammenfassenden Anmerkungen von Maryvonne NICOLLE (FSS-CFDT, Frankreich) und Marta BRANCA, (ARAN, Italien)<sup>9</sup> sowie den Pausen-Sitzungen am Runden Tisch lassen sich folgende Erkenntnisse formulieren:

- Sowohl demografische als auch epidemiologische Trends weisen darauf hin, dass eine Beibehaltung des Status quo (d. h. ein Nicht-Ergreifen geeigneter Maßnahmen) mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer künftigen Verschlimmerung des MSE-Problems führen wird;
- Zunehmende Fettleibigkeit unter der allgemeinen Bevölkerung Europas, das steigende Alter der (vorwiegend weiblichen) Pflegekräfte, das immer höhere Durchschnittsalter der Patienten sowie der vorhersehbare Mangel an Gesundheitsfachkräften in den kommenden Jahren unterstreichen die Notwendigkeit von MSE-Präventionsprogrammen für Pflegekräfte;
- Die Finanzkrise darf nicht als Entschuldigung für die Nicht-Umsetzung von MSE-Präventionsprogrammen auf nationaler oder Krankenhaus-Ebene gelten – solche Programme sollten vielmehr als notwendige Investition angesehen werden, die zu einer Reduzierung der Kosten für Arbeitgeber und Gesellschaft führen;
- MSE unter Arbeitnehmern im Pflegebereich sollten als mittelbare Folge zahlreicher Gesundheitsprobleme bei Patienten angesehen werden (Druckgeschwüre, Mobilitätseinschränkung, Inkontinenz, Diabetes, Fettleibigkeit usw.) – dies eröffnet die Möglichkeit, das MSE-Problem aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten;
- Da verlässliche Erkenntnisse darüber vorliegen, wie das Risiko von MSE zu bewerten und zu vermeiden ist, heißt es jetzt handeln statt reden;
- Damit Effektivität und Synergieeffekte eines MSE-Präventionsprogramms gewährleistet sind, sollte es alle vier Eckpfeiler umfassen;
- Neue Ergonomie-Richtlinien für das Gesundheitswesen sind nicht erforderlich, da sie mit DIN CEN ISO/TR 12296 bereits vorliegen. Im Hinblick auf Aus- und Weiterbildung, Richtlinien sowie die Konzeption von Gebäuden ist das Verständnis der fünf Mobilitätsgrade (wie in DIN CEN ISO/TR 12296 erläutert) von grundlegender Bedeutung;



- Wenn die entsprechenden Bewertungsinstrumente, Richtlinien und Informationen zur bewährten Praxis bereitstehen, kann jedes Krankenhaus sein eigenes maßgeschneidertes MSE-Präventionsprogramm entwickeln;
- Die Sozialpartner sind wichtige Motoren in Bezug auf die vier Eckpfeiler. MSE-Prävention ist ein gemeinsames Anliegen, das nicht ‚von oben nach unten‘ behandelt werden darf.

<sup>9</sup> Die zusammenfassenden Anmerkungen von Maryvonne Nicolle und Marta Branca sind in Anhang 5 zu finden.

Arbeitgeber müssen ihre Mitarbeiter in diesem Prozess begleiten und unterstützen, doch letzteren obliegt es ebenso, sich aktiv um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Die Zusammenarbeit von Arbeitgebern und Gewerkschaften ist von fundamentaler Bedeutung, wenn es um den Umgang mit und die Prävention von MSE geht;

- Die Sozialpartner sind selbst einer der vier Eckpfeiler, gleichzeitig jedoch Motor für die anderen drei;
- Die Sozialpartner sollten die Ergebnisse dieser Konferenz sowie des gesamten Projekts im Rahmen des Sozialdialogs/der Tarifverhandlungen bestmöglich nutzen;
- Was die Konzeption von Krankenhäusern angeht, wird es künftig unerlässlich sein, den Aspekt der Ergonomie stärker in den Fokus zu rücken. Eine entsprechende Neuausrichtung wird dazu beitragen, Personalknappheit in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen besser abfedern und Betriebskosten senken zu können. Die Zusammenführung wirtschaftlicher und baulicher Anforderungen bereits im Anfangsstadium der Planung ermöglicht qualitätsorientierte Einrichtungen;
- Schulung und Weiterbildung zum Thema MSE-Risikoprävention ist ein kontinuierlicher Prozess, der bereits mit der Berufsausbildung beginnen sollte. Später sollten dann zusätzliche Schulungen und Kurse zur Auffrischung angeboten werden;
- Entsprechende Schulungsmaßnahmen sollten sich nicht allein auf das Thema ‚Heben‘ beschränken, sondern auch andere relevante Aspekte umfassen (Belastung durch Fehlhaltung, Drücken, Schieben, Ziehen usw.);
- Da Schulungsmaßnahmen in der Regel kostenintensiv jedoch nicht (kosten-)effizient sind, sollten sie spezifisch auf die Problematiken der betreffenden Einrichtung, Station oder Pflegekräfte ausgerichtet werden. Neue ebenso effektive wie effiziente Formen des Lernens, etwa durch Ergonomietrainer und E-Learning, sollten ebenso diskutiert und einbezogen werden;
- E-Learning muss ergänzend zur praktischen Aus- und Weiterbildung gesehen werden. In Bezug auf MSE-Prävention kann E-Learning niemals die praktische Vermittlung und Einübung erforderlicher Fertigkeiten ersetzen. Idealerweise sollte die Aus- und Weiterbildung als ‚Mix‘ aus beiden Formen des Lernens angeboten werden;
- Da die meisten europäischen Länder die häusliche Pflege (gegenüber der institutionellen) propagieren, diese jedoch ihre ganz eigenen Herausforderungen bereithält, sollte auch ein maßgeschneiderter ‚Ansatz für die häusliche Pflege‘ entwickelt und implementiert werden.



## 4. Bestandsaufnahme wird Ausgangsbasis



Im Rahmen der MSE-Konferenz von Paris vom 25. März 2015 wurden konkrete Maßnahmen zur Prävention von und zum Umgang mit Erkrankungen des Bewegungsapparats im Krankenhaussektor identifiziert. Diese erste Konferenz trug dazu bei, unter den Teilnehmern ein erhöhtes Interesse am Thema MSE zu wecken, ihr Wissen über die diesbezüglichen Risiken zu mehren und ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung einer effektiven Risikoeinschätzung und -prävention innerhalb von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu schaffen.

Delegierte und Redner tauschten Ansichten und Wissen über die Bewertung und Lösung der entsprechenden Probleme auf nationaler und institutioneller Ebene aus, sie diskutierten darüber, wie man im Krankenhaussektor gesündere und sicherere Arbeitsbedingungen schaffen könne und setzten sich mit der Frage auseinander, wie dies alles nicht zuletzt durch Initiativen, Maßnahmen oder Vereinbarungen der Sozialpartner sowie die bestehende Gesetzgebung, Regierungspolitik, Risikobewertungsverfahren, Richtlinien oder andere praktische Hilfsmittel zu erreichen sei.

Ziel der Konferenz von Paris war die Stärkung der Rolle der europäischen Sozialpartner im Krankenhaussektor im Hinblick auf das Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz.

Dieser Bericht sowie die Ergebnisse des Projekts im Ganzen werden auf nationaler und EU-Ebene zur Verfügung gestellt. Er wird als Basis für weitere Diskussionen über mögliche gemeinsame Folgeaktivitäten von HOSPEEM und EGÖD dienen und darüber hinaus in die künftige Arbeit des Ausschusses für den sektoralen sozialen Dialog im Krankenhaussektor zum Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz einfließen.

# Anhang 1: Tagesordnung, Redner und Themen der Konferenz



## Vormittag

08.30 – 09.00 *Anmeldung*

09.00 – 09.15 **Begrüßung und Einführung**

### **Eröffnungsrede**

*Yves-Jean DUPUIS, Generaldirektor FEHAP*

### **Begrüßungsrede**

*Tjitte ALKEMA, Generalsekretär (Vorsitzender) HOSPEEM*

09.15 – 09.45 **Ausmaß:** Erkrankungen des Bewegungsapparats: Wie ist die Situation? Fakten, Zahlen und Daten zu Art und Umfang des Problems.

### **Art und Umfang des Phänomens „MSE“**

*Jean-Michel MILLER, Eurofound*

09.45 – 10.15 **Die Ursachen:** Was sind die biomechanischen Ursachen für Erkrankungen des Bewegungsapparats im Pflegesektor? Fakten, Beispiele und Zahlen zu den Themen „Heben“, „statische Belastung“ und „Bewegen schwerer Lasten“.

## **Physikalische Risikofaktoren für Erkrankungen des Bewegungsapparats in Pflegeberufen**

*Sonja FREITAG, BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege)*

10.15 – 10.45

**Die Lösungen:** Wie lösen wir das Problem?

**Erkrankungen des Bewegungsapparats im Pflegeberuf: Wie lösen wir das Problem? Was sind die Eckpfeiler der Lösung(en)?**

*Nico KNIBBE, LOCOmotion, Research in Health Care, NL*

10.45 – 11.15

*Kaffeepause*

11.15 – 11.55

**Eckpfeiler 1: Vorschriften und Richtlinien.** Welches regulatorische Rahmenwerk besteht auf EU- und nationaler Ebene? Wurde die bestehende Gesetzgebung in den einzelnen Mitgliedstaaten bereits gut umgesetzt?

**Ergonomie am Arbeitsplatz – ein EU-Ausgangsszenario**

*Antonio CAMMAROTA, GD EMPL, Europäische Kommission*

**Schweden: regulatorisches Rahmenwerk und Umsetzung**

*Minke WERSÄLL, Swedish Work Environment Authority, (SWEA, Schwedisches Zentralamt für Arbeitsumwelt)*

11.55 – 12.45

**Eckpfeiler 2: Sozialpartner.** Wie können die Sozialpartner zur Lösung beitragen?

**Video-Präsentation über die Erfahrung der Krankenhäuser der Region Mont-Blanc (Frankreich)**

*Einleitende Anmerkungen von Cyrille DUCH, Confédération Française Démocratique du Travail – Fédération Santé Sociaux (CFDT-FSS, Französischer Demokratischer Gewerkschaftsbund – Föderation Gesundheit und Soziales)*

**Der „Rucksack“**

*Kim SUNLEY, Royal College of Nursing (RCN, Königliche Pflegeschule) und James TRACEY, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust (Stiftung des Nationalen Gesundheitssystems für Lehrkrankenhäuser der Stadt Leeds)*

## **Ein gutes Arbeitsumfeld und gute Leistung gehen Hand in Hand**

*Ing-Marie LARSSON & Solveig TORENSJÖ, Krankenhaus Karlskoga (Schweden)*

12.45 – 14.30

*Mittagspause*

Während der Mittagspause findet eine interaktive Sitzung am Runden Tisch statt, Teilnahme freiwillig.

## **Nachmittag**

14.30 – 15.15

**Eckpfeiler 3: (Um-)Bau ergonomischer Krankenhäuser.** Wie sollte ein ergonomisches Krankenhaus aussehen?

**Kosteneffizienz und ergonomische Gestaltung von Krankenhäusern: Methoden und Strategien zur Senkung der Betriebskosten von Krankenhäusern durch Einführung ergonomischer Konzepte, um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Steigerung der Arbeitseffizienz zu ermöglichen**

*Tom GUTHKNECHT, Lausanne Health & Hospitality Group*

**Bau ergonomischer Krankenhäuser. Wie sollte ein ergonomisches Krankenhaus aussehen?**

*Leena TAMMINEN-PETER, Ergosolutions BC Oy Ab*

**Einschätzung arbeitsbezogener Risiken: eine notwendige ergonomische Konzeption**

*Jean-Pierre ZANA, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS, Französisches Nationalinstitut für Forschung und Sicherheit)*

15.15 – 15.45

**Eckpfeiler 4: Weiterbildung/Schulung.** Wie schulen wir Gesundheitsfachkräfte, sicherer zu arbeiten?

**MSE-Prävention und Schulung: Häufig gestellte Fragen**

*Diana ROBLA, Galizischer Gesundheitsdienst*

**MSE-Prävention: von der Schulung zum Betriebsbeauftragten – am Beispiel des Instituts Robert Merle d'Aubigné**

*Hélène ANTONINI-CASTERA, Institut Robert Merle d'Aubigné*

15.45 – 16.30

**Plenardiskussion und Schlussworte**

*Moderator: Nico KNIBBE*

Vorläufige Erklärungen:

*Maryvonne NICOLLE, CFDT-FSS*

*Marta BRANCA, ARAN*

Antonio CAMMAROTA, GD EMPL, Europäische Kommission



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

First name	Last name	Country	Organisation
Olga	Alehno	Belarus	Belorussian Trade Union of Healthcare Workers
Tjitte	Alkema	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen / HOSPEEM Secretariat
Horacio	Alves	France	Ergoryhme
Sylvie	Amzaleg	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Hélène	Antonini	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs / Institut Robert Merle d'Aubigné
Zoe	Antoniou	Cyprus	PASYDY (PANCYPRIAN PUBLIC EMPLOYEES TRADE UNION)
Antronikos	Antronikou	Cyprus	PASYDY ( PANCYPRIAN PUBLIC EMPLOYEES TRADE UNION)
Damien	Aufort	France	CFDT Santé Sociaux
Sari	Bäcklund-Kajanmaa	Finland	Trade Union for the Public and Welfare sectors JHL
Céline	Barlet	Belgium	HOSPEEM Secretariat
George	Barron	United Kingdom	UNISON
Herbert	Beck	Germany	Ver.di
Nina	Bergman	Sweden	VARDFORBUNDET
Valérie	Bincteux	France	APHP
Helen	Bogan	United Kingdom	NHS
Hans-Joachim	Bonatz	Germany	Ver.di
Mounia	Boudhan	Belgium	EPSU Secretariat
Marta	Branca	Italy	ARAN - Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni
Carmen	Bravo Sueskun	Spain	Comisiones obreras
Antonio	Cammarota	Belgium	DG EMPL, European Commission
Ned	Carter	Sweden	SALAR - The Swedish Association of Local Authorities and Regions
Guy	Crijns	Belgium	CSC Services Publics
Tore	Dahlstrom	Norway	Norwegian Nurses Organisation
Marianne	De Troyer	Belgium	European Trade Union Institute (ETUI)
Sylvie	Dejesus	France	FACT (franche-Comté Amelioration des Conditions de Travail) / Réseau Anact-Aract

Muriel	Di Martinelli	Belgium	CGSP-ACOD ALR-LRB Bruxelles
Liza	di Paolo-Sandberg	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
Youssef	Ghennam	France	Union des Cadres CFDT
Jeanette	Grenfors	Sweden	SALAR - The Swedish Association of Local Authorities and Regions
Tom	Guthknecht	Switzerland	ETH Zurich / Lausanne Health and Hospitality Group
Tuula	Haavasoja	Finland	Trade Union for the Public and Welfare sectors JHL
Signe	Hananger	Norway	FAGFORBUNDET (NUMGE)
Bjorn	Henriksen	Norway	SPEKTER
Marek	Hintsches	Germany	Ver.di
Pamela	Ilves	Estonia	Estonian Hospital Association
Rudy	Janssens	Belgium	CGSP-ACOD ALR-LRB Bruxelles
Margaretha	Johansson	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
Jevgenijs	Kalejs	Latvia	Latvian Hospital Association
Johanna	Karlström	Finland	CLAE - Commission of Local Authority Employers
Nico	Knibbe	Netherlands	LOCOmotion Research NL
Anna	Kukka	Finland	Tehy
Rudy	Larsen	Denmark	FOA - Fag og Arbejde
Ing-Marie	Larsson	Sweden	Karlskoga hospital
Kate	Ling	United Kingdom	NHS Europe
Sophie	Mabille	France	CFDT Santé Sociaux
Annica	Magnusson	Sweden	VARDFORBUNDET
Anna	Margaryan	Armenia	Branch Republican trade union organizations of health workers of Armenia
Norah	Mason	Ireland	HSE – Health Service Executive
Mathias	Maucher	Belgium	EPSU Secretariat
Jean-Michel	Miller	Ireland	Eurofound

Pilar	Navarro Barrios	Spain	FSP-UGT
Cécilia	Nesa	France	Ergorythme
Ulrike	Neuhauser	Austria	The Austrian Hospital and Health Services Platform
Maryvonne	Nicolle	France	FSS-CFDT
Agnès	Ninni	France	CFDT Santé Sociaux
Roz	Norman	United Kingdom	UNISON
Louise	O'Donnell	Ireland	Impact
Kaija	Ojanperä	Finland	Tehy
Nathalie	Pain	France	CFDT Santé Sociaux
Vladimir	Pavicevic	Montenegro	Trade Union of Health of Montenegro
Olaf	Peek	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Anita	Rabben Asbjørnsen	Norway	Norwegian Nurses Organisation
Jane Marianne	Ravn	Denmark	Danish Regions
Diana	Robla Santos	Spain	Galician Health Service / COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA - SERGAS
Sabine	Scheer	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Marianne	Schulz	Denmark	Danish Nurses' Organisation
Liz	Silke	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
John	Skewes	United Kingdom	Royal College of Midwives
Emilie	Sourdoire	Belgium	HOSPEEM Secretariat
Margret	Steffen	Germany	Ver.di
Kim	Sunley	United Kingdom	Royal College of Nursing
Leena	Tamminen-Peter	Finland	Ergosolutions BC Oy Ab
Monica	Teuns	Netherlands	NFU - The Dutch Federation of University Medical Centers
Laetitia	Tibourtine	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Solveig	Torensjö	Sweden	Karlskoga hospital
James	Tracey	United Kingdom	Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
Raymond	Turøy	Norway	FAGFORBUNDET (NUMGE)
Visitacion	Vaquero Mateos	Spain	FSP-UGT

Olga	Ville	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Minke	Wersäll	Sweden	Swedish Work Environment Authority
Jean-Pierre	Zana	France	National Institute for Research and Security (INRS)
Slava	Zlatanova	Bulgaria	Federation of Trade Unions - Health Services - CITUB

## Anhang 3: Zusammenfassungen der einzelnen Präsentationen

### **Erkrankungen des Bewegungsapparats im Pflegeberuf: Wie lösen wir das Problem? Was sind die Eckpfeiler?**

*Nico KNIBBE, LOCOmotion Forschung NL*

Berufsbedingte Rückenschmerzen bei Pflegekräften verursachen noch immer hohe Kosten für Pflegeeinrichtungen und körperliche Leiden bei den Betroffenen. Inzwischen gibt es deutliche Belege dafür, dass ein ‚Nicht-Heben‘ oder auch ergonomische Programme die Überlastung des Bewegungsapparats von Pflegekräften effektiv reduzieren können. Es sind jedoch Richtlinien erforderlich, um zu definieren, wann aus einer ‚Belastung des Rückens‘ eine ‚Überlastung des Rückens‘ wird. Die EU-Gesetzgebung im Hinblick auf das Bewegen von Patienten – die Richtlinie 90/269/EWG des Rates über die Mindestvorschriften bezüglich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der manuellen Handhabung von Lasten – ist ein guter Schritt in die richtige Richtung. In jüngerer Zeit, d. h. im Jahr 2012, wurde außerdem die Technische Regel ISO/TR 12296 veröffentlicht, die im Juli 2013 durch CEN bestätigt wurde. Erstellt wurde dieses Dokument von einer Arbeitsgruppe internationaler Spezialisten über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren. Es soll vor allem dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals – durch Minderung des Risikos einer biomechanischen Überlastung sowie des damit einhergehenden Krankheits- und Verletzungsrisikos – zu verbessern, die daraus resultierenden Kosten und Arbeitsausfallzeiten zu reduzieren und nicht zuletzt den Bedürfnissen des Patienten in puncto Pflegequalität, Sicherheit, Würde und Privatsphäre, auch hinsichtlich spezifischer Körperpflege und -hygiene, gerecht zu werden.

Die in dieser Technischen Regel DIN CEN ISO/TR 12296 genannten Richtlinien und Bewertungsinstrumente sind in den Niederlanden durch sogenannte „Convenants“, verbindliche Zusagen, implementiert. In jedem Gesundheitssektor haben Vereinbarungen – unterstützt durch eine unterzeichnete Selbstverpflichtung der Sozialpartner und der Regierung – zur Entwicklung von Richtlinien für die Praxis und zu deutlicher Unterstützung für deren Umsetzungsprozess geführt.

Ergonomie-Programme im Pflegebereich müssen im Grunde vier Eckpfeiler berücksichtigen: Zunächst einmal sind klare Richtlinien erforderlich. Diese können auf der EU-Gesundheitsschutz-Richtlinie 90/269/EWG hinsichtlich der manuellen Handhabung von Lasten basieren und/oder auf der Technischen Regel DIN CEN ISO/TR 12296. Eckpfeiler Nr. 2: Die Sozialpartner müssen zur Umsetzung dieser Richtlinien beitragen – beispielsweise durch die Kommunikation einer klaren Botschaft in Sachen sicheres Arbeiten, aus Sicht von sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer. Sicherheit am Arbeitsplatz ist der dritte Pfeiler. Architekten, Arbeitgeber und Mitarbeiter im Krankenhaus mögen widersprüchliche Meinungen darüber haben, wie ein Krankenhaus konzipiert sein sollte, doch es gibt eindeutige Richtlinien in Bezug auf die Quadratmeterzahl, die für ein sicheres Arbeiten rund um das Bett, im Toilettenbereich, im OP-Saal usw. erforderlich ist. Bei Pfeiler Nr. 4 schließlich geht es um die (kontinuierliche) Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter im Krankenhaus.

Wie schulen wir unsere Pflegekräfte am besten? Welche Erfahrung haben erfolgreiche Einrichtungen und Ergonomietrainer in puncto Verhaltensänderung gemacht? Welche Rolle spielen Krankenpflegeschulen in dieser Hinsicht? Und ist E-Learning eine Option?

In dieser Präsentation werden alle vier Eckpfeiler behandelt – anhand von Beispielen aus verschiedenen EU-Ländern. Auch die Ergebnisse des niederländischen Covenant-Ansatzes werden vorgestellt.

### **Ergonomie am Arbeitsplatz – ein EU-Ausgangsszenario**

*Antonio CAMMAROTA, GD EMPL, Europäische Kommission*

Dieser Vortrag umreißt das aktuell in der EU herrschende Ausgangsszenario in puncto Ergonomie am Arbeitsplatz. Er hebt gegenwärtige Trends ebenso hervor wie Umfang und Ausmaß des Problems, und beleuchtet dabei insbesondere das Überhandnehmen arbeitsbedingter Erkrankungen des Bewegungsapparats, deren Auswirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft sowie die in den jüngsten Jahren entwickelten Neuerungen auf europäischer und nationaler Ebene, um dieses Problem anzugehen. Darüber hinaus untersucht dieser Vortrag – vor dem Hintergrund besagten Ausgangsszenarien – auch die potenziellen Auswirkungen korrelierter Faktoren, die künftige Trends in der Entwicklung dieser Probleme mit einiger Wahrscheinlichkeit maßgeblich bestimmen werden. Diese Trends legen nahe, dass eine Beibehaltung des Status quo (d. h. ein Nicht-Ergreifen geeigneter Maßnahmen) in Zukunft höchstwahrscheinlich zu einer Verschlimmerung der Probleme führen wird. Es müssen daher weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die gesellschaftlichen und finanziellen Kosten arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen zu senken.

### **Schweden: regulatorisches Rahmenwerk und Umsetzung**

*Minke WERSÄLL, Schwedisches Zentralamt für Arbeitsumwelt*

Nach einem kurzen Blick auf das regulatorischen Rahmenwerk Schwedens und die Umsetzung der EU-Gesetzgebung sowie einer Einführung in die schwedischen Bestimmungen, stelle ich Ihnen die jüngsten Umsetzungen des Schwedischen Zentralamts für Arbeitsumwelt vor. Mit der Richtlinie sind Sie vertraut, sie ist vornehmlich auf die Prävention von Rückenleiden ausgelegt: Richtlinie 90/269/EWG des Rates vom 29. Mai 1990 über die Mindestvorschriften bezüglich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der manuellen Handhabung von Lasten, die für die Arbeitnehmer insbesondere eine Gefährdung der Lendenwirbelsäule mit sich bringt (Vierte Einzelrichtlinie im Sinne von Artikel 16 Absatz 1 der Richtlinie 89/391/EWG). In Schweden wird das Gesetz über das Arbeitsumfeld durch ergänzende Bestimmungen klarer herausgearbeitet. Diese Bestimmungen zum Thema Körperergonomie sind es, auf die ich den Fokus lege. Ziel dieser Bestimmungen ist eine Arbeits- und Aufgabenorganisation, die das Risiko gefährlicher oder unnötig ermüdender Handhabung von Lasten vermeidet. Es werden Definitionen geliefert und die Notwendigkeit der MSE-Risikobewertung am Arbeitsplatz beschrieben. Die nächste Frage, die es zu beleuchten gilt, lautet „Wie setzen wir diese Vorschriften um?“ Die Erfahrungen und Erkenntnisse, die wir 2011 im Rahmen unserer Arbeit an einem Auftrag der schwedischen Regierung zum Thema „Arbeit und Gesundheit von Frauen“ gewonnen haben, sind es wert,

weitergegeben zu werden – nicht zuletzt, da der Aspekt der Ergonomie hier eine bedeutende Rolle spielte. Es folgt eine kurze Beschreibung des Auftrags, warum er uns übertragen und wie er organisiert wurde.

Ich gehe auf 2013/14 durchgeführte Untersuchungen zum Aspekt der Körperergonomie im Rahmen des Krankentransports ein; Ziel dieser Studie war es, weitergehende Erkenntnisse über die Risiken arbeitsbedingter MSE im Bereich der Gesundheits- und Sozialpflege zu gewinnen. Wir wollten unseren Beitrag dazu beitragen, das Wissen darüber zu erweitern, wie diese Risiken erkannt und vermieden werden können.

Im nächsten Punkt geht es um die Art und Weise der Durchführung von Risikobewertungen. Die Broschüre „Lighten the load during patient transfer“ („Krankentransport leichter machen“) diente als Informationsmaterial und die betreffenden Methoden sind in der Technischen Regel DIN CEN ISO/TR 12296 aus dem Jahre 2012 enthalten. Die genannte Broschüre ist auf unserer Website [www.av.se](http://www.av.se) in Englisch verfügbar (bzw. wird es in Kürze sein).

Daran anschließend erläutere ich die Schulung der Inspektoren für diese Untersuchungen, die Information der Arbeitgeber und Sicherheitsbeauftragten sowie die Überwachung des Projekts. Die häufigsten Forderungen kommen ebenso zur Sprache wie die Art und Weise, in der wir die Sozialpartner in eine Diskussion über das Wissen in Bezug auf Körperergonomie und die sichere Durchführung von Krankentransporten eingebunden haben. Wir sind auf bewährte Praktiken, aber auch auf Herausforderungen gestoßen.

### **Video-Präsentation über die Erfahrung der Krankenhäuser der Region Mont-Blanc (Frankreich)**

Dieses Video stellt die Methodologie vor, die in den Krankenhäusern der Region Mont-Blanc Anwendung findet, um den Arbeitsschutz zu erhöhen. Der Fokus liegt hierbei auf Prävention und Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Das Video besteht aus zwei Teilen: In Teil 1 beschreiben drei Protagonisten (Agnès, Sophie und Damien) die Maßnahmen der lokalen Zweigstelle des Französischen Demokratischen Gewerkschaftsbundes (CFDT). Agnès erläutert die Hintergründe und erklärt, dass die Rolle des Ausschusses für Arbeitsschutz darin besteht, Risiken am Arbeitsplatz zu reduzieren. Dann spricht Sophie über Primärprävention und das Phänomen MSE, dem in diesem Zusammenhang das Hauptaugenmerk gilt. Sie beschreibt den mehrstufigen Ansatz, der das Ziel verfolgt, konkrete Verbesserungen und mehr Lebensqualität am Arbeitsplatz zu erreichen. Damien stellt abschließend ein konkretes Beispiel für eine Korrekturmaßnahme vor, die im Kontext der Krankenhaus-Wäsche umgesetzt wurde, um das Risiko von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verringern.

Teil 2 des Videos zeigt zwei Interviews – das eine mit Herrn Labbé, stellvertretender Direktor der Krankenhäuser der Region Mont-Blanc und Vorsitzender des Ausschusses für Arbeitsschutz, das andere mit Herrn Massard, Direktor der Krankenhäuser der Region Mont-Blanc.

## **Health, Safety and Wellbeing Partnership Group (HSWPG, Partnerschaftsgruppe Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden) – „Backpack“ („Rucksack“)**

*Kim SUNLEY, Royal College of Nursing (Königliche Pflegeschule) & James TRACEY, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust (Stiftung des Nationalen Gesundheitssystems für Lehrkrankenhäuser der Stadt Leeds)*

Die Vorsitzenden der Health, Safety and Wellbeing Partnership Group – eine Untergruppe des Personalrats des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) des Vereinigten Königreichs – stellen ihre Arbeit der Vergangenheit und Gegenwart vor, mit besonderem Fokus auf dem „Backpack“. Das „Backpack“ ist ein sechsteiliger Leitfaden rund um den Fragenkomplex „Wie können Mitarbeiter, die an ihrem Arbeitsplatz der Gefahr einer Schädigung ihres Muskel-Skelett-Systems ausgesetzt sind, unterstützt werden? Wie können Risikoeinschätzungen dazu beitragen, solche Schädigungen zu verhindern? Und was können Manager, Gewerkschaftsvertreter und Mitarbeiter tun, um entsprechende Risiken zu reduzieren?“ Wie alle erstellten Publikationen, ist auch das „Backpack“ eine Gemeinschaftsproduktion von Gewerkschafts- und Management-Vertretern der Gruppe; kommuniziert wurde es mit Unterstützung der NHS-Arbeitgeberorganisation.

## **Ein gutes Arbeitsumfeld und gute Leistung gehen Hand in Hand**

*Ing-Marie LARSSON & Solveig TORENSJÖ, Krankenhaus Karlskoga (Schweden)*

Anfang 1990 beobachteten wir im Zusammenhang mit Krankentransporten eine große Zahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle/arbeitsbedingter Erkrankungen bei weiblichen Mitarbeitern des Krankenhauses von Karlskoga.

Ursprünglich bestand das Ziel unseres Projekts lediglich darin, durch Information und Schulungen zum vorsichtigen und – auch für unsere Mitarbeiter – sicheren Bewegen von Patienten die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle zu senken. Anfangs lag der Fokus rein auf dem Aspekt der Ergonomie, doch im Laufe der Zeit wurde das Projekt auf eine umfassende Betrachtung des persönlichen sowie des allgemeinen Arbeitsumfelds ausgedehnt. Heute haben wir die Möglichkeit, unsere Ziele in puncto Sicherheit zu erreichen – sowohl für unsere Patienten, als auch unsere Mitarbeiter.

Eine tragende und erfolgreiche Säule unseres Konzepts ist seine *Verwirklichung* in Zusammenarbeit mit Management und Gewerkschaft.

## **Kosteneffizienz und ergonomische Krankenhaus-Gestaltung: Methoden und Strategien zur Senkung der Betriebskosten von Krankenhäusern durch Einführung ergonomischer Konzepte, um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Steigerung der Arbeitseffizienz zu ermöglichen**

*Tom GUTHKNECHT, Lausanne Health & Hospitality Group*

### **Einführung**

- In der Planung und Gestaltung von Krankenhäusern werden heutzutage die Erfordernisse ergonomischer Arbeitsabläufe vernachlässigt.

- Die Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen sollte effizientere und zugleich ergonomischere Arbeitsbedingungen ermöglichen und so zu einer Senkung der Betriebskosten beitragen.

### **Methoden und Ansatz**

- Unnötige Arbeitsschritte sowie unergonomische/gefährliche Arbeitsabläufe werden durch die Grey-Performance-Analyse aufgedeckt.
- Durch einen kombinierten Ansatz können gefährliche Arbeitsabläufe verändert und im gleichen Schritt Effizienzsteigerungen erzielt werden.
- Parallel zur Steigerung der Arbeitseffizienz müssen definierte Qualitätsstandards eingeführt und überwacht werden.
- Die zusätzlich verfügbare sogenannte „alternativ nutzbare Pflegezeit“ wird zum einen Teil dazu verwendet, die Versorgungsqualität der Patienten zu erhöhen, und zum anderen zur Reduzierung der Kosten.

### **Ergebnisse und Schlussfolgerungen**

- Was die Konzeption von Krankenhäusern angeht, wird es künftig unerlässlich sein, den Aspekt der Ergonomie stärker in den Fokus zu stellen.
- Eine entsprechende Neuausrichtung wird dazu beitragen, Personalknappheit in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen besser abfedern und Betriebskosten senken zu können.
- Die Zusammenführung wirtschaftlicher und baulicher Anforderungen bereits im Anfangsstadium der Planung ermöglicht qualitätsorientierte Einrichtungen.

### **Bau ergonomischer Krankenhäuser – Wie sollte ein ergonomisches Krankenhaus aussehen?**

*Dr. Leena TAMMINEN-PETER, Ergosolutions BC Oy Ab*

Die Grundprinzipien für die Konzeption von Krankenhäusern lauten: Gestalterische Berücksichtigung aller, Nutzbarkeit und Anpassungspotenzial. Anpassungspotenzial ist von großer Bedeutung: Platzprobleme sind meist die Folge mangelnden Weitblicks in der Planung der ursprünglichen Einrichtungen, die schlicht nicht auf die heutigen Patienten ausgelegt wurden. Die Erfordernisse guter Pflege müssen bereits in der Planungsphase berücksichtigt werden. Adäquate Pflege muss auf den Bedürfnissen der Patienten, Privatsphäre, Behaglichkeit sowie Sicherheit für Patienten *und* Pflegekräfte basieren.

Ein Modellraumkonzept, bei dem ein Patientenzimmer einschließlich der gesamten technologischen Ausstattung im Größenverhältnis 1:1 gebaut und eingerichtet wird, hilft, mögliche gestaltungsbedingte Probleme zu erkennen. Platzmangel in Patientenzimmern und Nasszellen sowie das Bewegen schwerer Lasten (Patienten, Wäsche, ...) sind die Probleme, die im Rahmen von Risikoeinschätzungen in Gesundheitseinrichtungen am häufigsten festgestellt werden. Internationale Empfehlungen zum Platzbedarf für Krankenhausbetten und Nasszellen sowie Lösungen zur korrekten Handhabung schwerer Lasten werden zur Verfügung gestellt.

Eine wichtige Informationsquelle ist auch die Technische Regel DIN CEN ISO/TR 12296:2012 (Ergonomie – Manuelles Bewegen von Personen im Bereich der Pflege <http://www.iso.org>.)

Sie bietet Hilfestellung in der Analyse und Identifizierung der kritischen Punkte, die in verschiedensten Pflegesituationen zur Belastung werden können.

Eine hohe Pflegequalität und sichere Arbeitsweise lassen sich durch ein ergonomisches Umfeld, die korrekte Nutzung mechanischer Hilfen und die Anwendung sicherer Arbeitstechniken erzielen. Mit diesem Ziel wurde in Finnland das standardisierte nationale Bildungsprogramm „Ergonomic Patient Handling Card®“ (Bildungsausweis zum Kompetenzbereich „Ergonomische Handhabung von Patienten“) eingeführt.

([http://sotergo.fi/files/240/NES2011\\_Tamminen\\_peter.pdf](http://sotergo.fi/files/240/NES2011_Tamminen_peter.pdf))

### **Risikoeinschätzung am Arbeitsplatz: Was ergonomisches Design leisten muss**

*Jean-Pierre ZANA, Französisches Nationalinstitut für Forschung und Sicherheit (INRS)*

Die Neu- oder Umgestaltung von Pflegeeinrichtungen oder organisatorischen Abläufen erfolgt häufig ohne vorherige Risikoanalyse, wie sie in den relevanten Normen klar empfohlen wird. Pauschallösungen gibt es nicht, doch sollte in Frankreich ein Grundprinzip vorgegeben werden. Lösungen, die anderswo funktioniert haben, ohne vorherige Risikoanalyse, umzusetzen und die Erwartungen der Mitarbeiter zu erfüllen, ohne die voraussichtliche Entwicklung des Pflegesektors zu berücksichtigen, bedeuten meist ein Scheitern des Vorhabens: nicht genutzte – weil schlecht angepasste – Ausstattung, verlagerte Risiken und zusätzliche Kosten für nachträgliche Korrekturen.

Der vorgeschlagene Ansatz basiert auf zwei Methoden sowie Empfehlungen der Technischen Regel DIN CEN ISO/TR 12296. Gewählt wurde zum einen die MAPO-Methode, entwickelt von italienischen EPM-Teams (*EPM = Ergonomics of Posture and Movement*, Haltungs- und Bewegungsergonomie). Diese Methode für Führungskräfte dient der Analyse der Bedingungen, unter denen Patienten manuell bewegt werden. Die zweite Methode ist eine Adaption der durch das INRS, den Gesundheits- und den Sozialsektor entwickelten Arbeitsmethode der physischen Belastungsanalyse, die die Einbindung der Pflegekräfte auf Basis ihres subjektiven Empfindens ermöglicht.

Der Schlüssel zur Prävention heißt „Risikoeinschätzung durch Interessenvertreter des Gesundheitswesens vor jeder Art baulicher oder organisatorischer Neu- oder Umgestaltung“. Die Schulung der Führungskräfte rund um das Thema Ergonomie sowie die Schulung der Pflegekräfte in Sachen Prävention von Risiken im Kontext körperlicher Aktivitäten bilden die zwei einander ergänzenden Weiterbildungsmodule, die besagten Ansatz umrahmen.

### **MSE-Prävention und Schulung: Häufig gestellte Fragen**

*Diana ROBLA, Galizischer Gesundheitsdienst*

Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören zu den Hauptrisiken im Gesundheitswesen und Schulungen zählen hier zu den Schlüsselmaßnahmen im Hinblick auf eine sicherere Arbeitsweise und die Reduzierung körperlicher Überanstrengung, die zu Schädigungen und Verletzungen führt. Schulungsmaßnahmen sind daher als fortwährender Prozess zu sehen, der bereits in der Krankenpflegeschule beginnen und am Arbeitsplatz weitergeführt und immer wieder aufgefrischt werden sollte.

Gleichzeitig jedoch sind Schulungsmaßnahmen oft kostenintensiv und nicht immer bringen sie die gewünschten Ergebnisse. Will man also aus solchen Maßnahmen den größtmöglichen Erfolg ziehen, ist ein systematischer Ansatz nötig. Das Schulungsprogramm muss in eine Strategie integriert werden, die den Umgang mit dieser Art von Risiko für sämtliche Organisationsebenen regelt, es muss spezifisch auf die Probleme der jeweiligen Institution zugeschnitten werden und es erfordert in regelmäßigen Abständen eine umfassende Überprüfung. Auf diese Weise bleibt die Gesundheit der Mitarbeiter erhalten, während Patientensicherheit und Pflegequalität zunehmen.

### **MSE-Prävention: von der Schulung zum Betriebsbeauftragten – am Beispiel des Instituts Robert Merle d'Aubigné**

*Hélène ANTONINI-CASTERA, Institut Robert Merle d'Aubigné*

- Öffentliche Einschätzung von MSE-Risiken:
  - MSE im Krankenhaussektor
  - Ausprägung und Paradoxon der Prävention von MSE in Rehabilitationseinrichtungen
- Stand der Dinge:
  - Grad des MSE-Risikos am Institut Robert Merle d'Aubigné
  - Umgesetzte Maßnahmen:
    - Schulung
    - Hilfsmittel
    - Unzulänglichkeit dieser Maßnahmen
- Projekt: Einsetzung von Betriebsbeauftragten

# Anhang 4: Protokolle der Sitzungen am Runden Tisch

## Skandinavischer Tisch (Schweden, Norwegen, Dänemark)

### **1) Was haben die Sozialpartner in Skandinavien im Bereich MSE unternommen und was davon funktioniert?**

Die skandinavischen Länder stellten fest, dass ihre diesbezüglichen Vereinbarungen auf nationaler Ebene recht vergleichbar und gut sind. Diese Vereinbarungen beinhalten ein systematisches Arbeiten an einer Verbesserung des Arbeitsumfelds und werden häufig von Informationsmedien begleitet.

Schweden, beispielsweise, hat eine Vereinbarung zur nationalen Zusammenarbeit in Sachen Arbeitsumfeld geschlossen. Darüber hinaus arbeitet das Schwedische Zentralamt für Arbeitsumwelt an diesen Themen, wie die Präsentation von Minke Wersäll dargelegt hat. Als gutes Beispiel für die bewährte Praxis auf Krankensebene ist das Krankenhaus von Karlskoga zu nennen. Ein Zeichen für die Zusammenarbeit von nationaler und Krankensebene: Auf Empfehlung von SALAR, dem schwedischen Verband lokaler Behörden und Regionen, hat das Schwedische Zentralamt für Arbeitsumwelt das Krankenhaus von Karlskoga besucht, um sich dessen Arbeit zum Thema Infektionsprävention anzusehen – heute gilt diese Arbeit als landesweite Referenz für die bewährte Praxis.

In Dänemark haben elf Bereiche mit Empfehlungen eine Vereinbarung geschlossen. Nähere Informationen finden Sie auf <http://www.foa.dk/Forbund/Temaer/A-/ArbejdsmiljoeBeregner>.

In Norwegen regelt das Arbeitsschutzgesetz einen systematischen Ansatz zur Verbesserung des Arbeitsumfelds, während es das Unterfangen im Ganzen an die Sozialpartner delegiert.

### **2) Was könnte darüber hinaus im Sinne der Prävention und Reduzierung von MSE unternommen werden?**

Gesetzliche Maßnahmen, Empfehlungen und hilfreiche Instrumente auf nationaler Ebene allein reichen nicht – die entsprechende Arbeit muss auf lokaler Ebene auch umgesetzt werden. Das ist der Punkt, an dem Nachverfolgung, Bewertung und Überwachung funktionieren müssen – und diesbezüglich besteht in allen skandinavischen Ländern noch Raum für Verbesserung. Faktoren wie Stress, übermäßige Arbeitsbelastung und Personalknappheit infolge von Sparmaßnahmen beeinflussen die Möglichkeiten, Schritt zu halten und das Arbeitsumfeld

weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus ist es sehr wichtig, gute, aber auch weniger gute Beispiele zu teilen. Die Herausforderung besteht darin, Worte in Taten umzusetzen, d. h. die notwendigen, geeigneten Maßnahmen zu ergreifen und sich auf eine Gesellschaft einzustellen, die zunehmend älter und in vielfältiger Hinsicht pflegebedürftig wird. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, mit gut ausgebildetem Personal zu arbeiten und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Kompetenzen in puncto Patientenhandhabung (einhergehend mit Patientensicherheit) zu gewährleisten.

### **3) Welche Unterstützung wäre für Sozialpartner bei der Realisierung von Veränderungen notwendig?**

Unterstützung von Politik, Staat, zuständigen Behörden auf nationaler Ebene und Unterstützung vonseiten der Europäischen Kommission.

## **Gewerkschaftstisch (Belgien, Bulgarien und Spanien):**

Unsere Arbeitsgruppe hat sich entschieden, die dritte Frage zu beantworten: „Welche Unterstützung wäre für Sozialpartner bei der Realisierung von Veränderungen notwendig?“ Aufgrund der Kürze der Zeit war es leider nicht möglich, alle Fragen zu besprechen.

Anmerkung: Unsere Arbeitsgruppe bestand ausschließlich aus Vertretern belgischer, bulgarischer und spanischer Gewerkschaften. Daher hatten wir keine Gelegenheit, unsere Überlegungen mit Arbeitgebervertretern zu diskutieren.

Die Ansätze unserer Gruppe konzentrierten sich auf folgende Punkte:

- Richtlinien und insbesondere die Richtlinie „Manuelle Handhabung von Lasten“ (Richtlinie 90/269/EWG des Rates vom 29. Mai 1990) beinhalten lediglich Mindestforderungen. Sie sollten jedoch vielmehr Maximalforderungen benennen, vor allem in Anbetracht der gegenwärtigen Anhebung des Renteneintrittsalters. Daher ist es wichtig, nachhaltige Arbeitsbedingungen über das gesamte Arbeitsleben hinweg zu schaffen.
- Verpflichtung zur systematischen Schulung von Mitarbeitern im Bereich der medizinischen/pflegerischen Versorgung zum Thema der manuellen Handhabung von Lasten, verbunden mit einem Bußgeldsystem nach dem Verursacherprinzip für diejenigen Arbeitgeber, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen.
- Bereits Auszubildende, die sich für einen Beruf im medizinischen/pflegerischen Bereich (Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegehelfer, Sanitäter usw.), entschieden haben, müssen entsprechend geschult werden, denn wie der Berater des niederländischen Projekts (Nico Knibbe) festgestellt hat, hatten bereits 80 %

der Pflegeschüler bereits einmal mit Rückenschmerzen zu kämpfen, und das insbesondere im Lendenwirbelbereich.

- Die o. g. Richtlinie zur manuellen Handhabung von Lasten sollte auf Basis anthropometrischer Daten der aktuellen Bevölkerung aktualisiert werden (d. h. berücksichtigen, dass es heute mehr übergewichtige und adipöse Patienten gibt).
- Verpflichtung von Mitgliedstaaten, EU-Richtlinien umzusetzen.
- Darüber hinaus sollten wir gewährleisten, dass die Gesetzgebung in allen Institutionen umgesetzt wird: Risikoeinschätzung und -identifizierung, Ergreifung von Präventivmaßnahmen zur Minderung dieser Risiken, Eliminierung ihrer Ursachen, Mitarbeiterinformation/-beratung/-schulung in Bezug auf Risiken, die nicht gänzlich ausgeschaltet werden können, und deren regelmäßige Neueinschätzung (insbesondere, was die „Handhabung“ von Patienten angeht).
- Nicht zuletzt ist anzumerken, dass die Auswirkungen der Wirtschaftskrise und Debatten um die Kürzung der Haushalte für das Gesundheitswesen in den einzelnen Ländern kein (Ver-)Hinderungsgrund sein sollten, wenn es um eine Präventionspolitik zum Schutz der Arbeitnehmersgesundheit im Pflegebereich oder um die erforderlichen Personal- und Materialressourcen geht. Auf Bußgelder zurückzugreifen, um ein Problem zu lösen, dessen Schlüssel in der Prävention liegt, scheint kein wirklich kluger Ansatz zu sein. Präventionsstrategien und -maßnahmen sollten – ganz besonders vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise – als Investition angesehen werden, die gleichzeitig für die so wichtige Optimierung der Ressourcen sorgt (auch wenn ihr Hauptzweck im Schutz der Arbeitnehmersgesundheit besteht).

Wir sollten jedoch nicht vergessen, dass der gegebene Kontext/die aktuellen Arbeitsbedingungen einer „guten Haltung/kontrollierten Bewegungsabfolge“ beim Bewegen von Patienten nicht eben zuträglich sind: Krankenpfleger und Pflegekräfte sind einer stetig zunehmenden Arbeitsbelastung unterworfen, weil fehlende Kollegen nicht ersetzt werden und es – gerade in Notfallsituationen – bisweilen schlicht nicht möglich ist, das Bewegen des Patienten strukturiert vorzubereiten.

Auch wurde angemerkt, dass die Entwicklung des niederländischen Konzepts à la „Ergonomietrainer“ die Verantwortung für entsprechende Probleme nicht vom Arbeitgeber auf den Arbeitnehmer verlagern sollte. Es scheint, dass im Fall der Richtlinie zur Prävention von Verletzungen mit scharfen/spitzen medizinischen Instrumenten ein falsches Verständnis der Arbeitgeber-Verantwortung beobachtet werden konnte.

Die Konzepte „Ergonomietrainer“ (niederländischer Redner/Nico Knibbe), „Betriebsbeauftragter“ (französischer Redner/Jean-Pierre Zana) und „MSE-Trainer“ (Belgien/Guy Crijns) bestimmen MSE-geschulte Mitarbeiter, die mit ihren Kollegen entsprechend arbeiten sollen. Die Rolle, die diese speziell geschulten Kräfte innerhalb ihrer Einrichtungen spielen, sollte dabei genau festgelegt werden (Aufgaben, Verantwortlichkeiten usw.).

## Englischsprachiger Tisch:

Die Diskussion konzentrierte sich vornehmlich auf Frage 2: „Was könnte seitens der Sozialpartner im Sinne der Prävention und Reduzierung von MSE darüber hinaus unternommen werden?“

- Förderung verstärkter Schulungsmaßnahmen am Arbeitsplatz. Das Durchschnittsalter der Belegschaft steigt und in einigen Krankenhäusern liegen die letzten Mitarbeiterschulungen schon längere Zeit zurück.
- Förderung der Einsetzung eines Betriebsbeauftragten für Risikoeinschätzung am Arbeitsplatz. Es sollten entsprechend geschulte, fachkundige Mitarbeiter zur Verfügung stehen, die in der Lage sind, die neuesten Erkenntnisse rund um das Thema MSE-Prävention aufzunehmen und weiterzugeben. Ergonomietrainer sind ein gutes Beispiel für solch eine Funktion, die gefördert werden könnte.
- Klarstellung, dass die Funktionsbewertung des einzelnen Patienten als etwas vollkommen anderes zu verstehen ist als die gesetzlich vorgeschriebene Risikobewertung und dass beide gleich wichtig sind. Hierfür ist ein eindeutiges und einheitliches Verständnis der beiden Definitionen erforderlich.
- Betonung der Wichtigkeit, alle an der Pflege von Patienten mitwirkenden Arbeitnehmergruppen im Krankenhaussektor als Zielgruppe zu betrachten – d. h. Krankenpfleger, Pflegehelfer usw.
- Förderung einer Diskussion, die die berufliche Laufbahn unter dem Aspekt der Langfristigkeit sieht, zu der auch ein mögliches MSE-Risiko zählt. Ein solcher Diskussionsansatz erfordert jedoch eine ganzheitliche Sicht auf ein nachhaltiges Arbeitsleben. Gleichzeitig ergibt sich daraus, dass Gesundheit und Wohlbefinden als etwas gesehen werden sollten, das im gemeinsamen Interesse von Arbeitgeber und Arbeitnehmer liegt.
- Letztlich führt all das zu einer möglichen Initiative zur Erarbeitung gemeinsamer Richtlinien zu Themen, die es im Hinblick auf MSE zu berücksichtigen gilt.

Bezüglich der Frage, welche Unterstützung Sozialpartner für die Realisierung entsprechender Veränderungen benötigen würden, wurde vor allem finanzielle Unterstützung genannt.

## Französischsprachiger Tisch:

*Anmerkung: An diesem Tisch saß – abgesehen von Moderator und Berichtersteller – kein Vertreter der Gewerkschaftsseite.*

**1) Was haben die Sozialpartner in Frankreich im Bereich MSE unternommen und was davon funktioniert?**

In Frankreich wurde eine Reihe von Bereichsvereinbarungen verhandelt (*i.e. contrats d'amélioration de la qualité de vie au travail* – Verträge über die Verbesserung der Qualität des Arbeitslebens). Finanziert werden diese entsprechenden Verbesserungen aus öffentlichen Mitteln, d. h. die regionalen Gesundheitsbehörden können die Modernisierung von Infrastrukturen oder Gesundheitseinrichtungen finanziell unterstützen.

Die Hauptakteure im Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen sind öffentliche oder halb-öffentliche Institutionen wie die französische Nationalbehörde für Gesundheit (*Haute Autorité de Santé*), die Nationalen und Regionalen Krankenversicherungskassen (CNAM + CRAM), das Französische Nationalinstitut für Forschung und Sicherheit (*Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles* (INRS) [FR: <http://www.inrs.fr/>; EN: <http://en.inrs.fr/>]) sowie die National- und Regionalbehörde(n) zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (*Agence Nationale et Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail* (ANACT + ARACT)).

Die Sozialpartner sind zwingend vorgeschriebene Interessenvertreter in paritätischen Institutionen, die sich, wie etwa ANACT, mit dem Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz befassen und insofern ihre eigene Arbeit beeinflussen und „validieren“ (können). Daneben wird die Nationale Krankenversicherungskasse (CNAM) stark durch Sozialpartner beeinflusst.

Welche Rolle können die Sozialpartner im Rahmen der Reduzierung und Prävention von MSE spielen?

- Erarbeitung geeigneter Hilfsmittel.
- Aushandlung von Vereinbarungen zur Bestimmung der besten Hilfsmittel in der Praxis.

Diese Aufgaben übernehmen die Ausschüsse für Gesundheitspflege, Arbeitsplatzsicherheit und Arbeitsbedingungen (*comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail* (CHSCT)).

Nach Ansicht von Jean-Pierre Zana ist eines der wesentlichen Probleme darin zu sehen, dass auf Arbeitplatzebene viele Ansätze nicht konsequent verfolgt werden, d. h. Vereinbarungen, die möglicherweise getroffen werden könnten, werden aufgrund des Widerstands der Gewerkschafts- oder Arbeitnehmervertreter im CHSCT letztlich nicht geschlossen. Es besteht ein Mangel an konkreten Hilfsmitteln in der Praxis. Viele unterzeichnete Vereinbarungen betreffen den Kauf medizinischer Materialien und Gerätschaften, Schulung und beschwerliche Arbeitsbedingungen, doch nur in wenigen geht es um Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von MSE.

Aus Arbeitgeberperspektive bestehen Unzulänglichkeiten im Hinblick auf die Durchführung von Risikoeinschätzungen in strukturierter und regelmäßiger Form. Dies steht insbesondere im Zusammenhang mit einem Mangel an Kompetenz und technischem Verständnis für die Durchführung von Risikoeinschätzungen.

Was auch verbessert werden müsste, ist die Integration von Unterrichtsmodulen zu einer „Kultur der Prävention“ in die Berufsausbildung von Pflegepersonal.

## **2) Was könnte darüber hinaus im Sinne der Prävention und Reduzierung von MSE unternommen werden?**

Nach Meinung von Jean-Pierre Zana legen die Sozialpartner in Frankreich nicht ausreichend Gewicht auf das Thema Risikoeinschätzung, obgleich dies Fortschritte in diesen Punkten ermöglichen würde.

Es gibt eher Bemühungen, Zusatzbeiträge für risikoreiche Aktivitäten/Arbeitssituationen/Arbeitsumgebungen festzusetzen, als mehr Zeit und Energie auf entsprechende Initiativen zu verwenden.

Selbst wenn untersucht wird, wie eine Reduzierung oder Prävention von MSE zu erreichen ist, spüren Arbeitgeber aufseiten der Gewerkschaft einen gewissen Widerwillen, Vereinbarungen zu unterzeichnen, die diese Probleme in Angriff nehmen.

In den Augen der Arbeitgeber sollten Fachkräfte im Gesundheitswesen, wie beispielsweise Pflegepersonal, ruhig auch selbst einmal die Initiative ergreifen, anstatt immer nur auf Zeichen des Managements zu warten. MSE-Prävention ist ein gemeinsames Anliegen, das nicht ‚von oben nach unten‘ behandelt werden darf. Arbeitgeber müssen ihre Mitarbeiter in diesem Prozess begleiten und unterstützen, doch letzteren obliegt es ebenso, sich aktiv um ihre eigene Gesundheit zu kümmern.

## **3) Welche Unterstützung wäre für Sozialpartner bei der Realisierung von Veränderungen notwendig?**

Aus Sicht der Arbeitgeber besteht kein Bedarf an weiteren Gesetzen und Vorschriften, die noch mehr Zwänge und Sanktionen bedeuten.

Jean-Pierre Zana erachtet einen Blickwinkel aus der Praxis heraus für unerlässlich, will man das Problem MSE erfolgreich angehen. Daneben zählt der Punkt „Risikoeinschätzung“ zu den Prioritäten im Kontext von Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Eine MSE-Vereinbarung, die für den Behindertensektor unterschrieben wurde, könnte möglicherweise (zumindest als Anregung) auch für den Krankenhaussektor herangezogen werden.

## Deutschsprachiger Tisch:

Frage 1: „... was haben die Sozialpartner bereits unternommen und womit befassen sie sich?“. Fürchte, wir haben diese Frage nicht explizit beantwortet, doch die Beispiele im „Ressourcen“-Teil des Projekts sollte dies hinreichend verdeutlichen.

In Bezug auf Frage 2 „... was könnte darüber hinaus unternommen werden“ sind ‚Gemeinschaftsprojekte‘ unserer Meinung nach am relevantesten.

Frage 3 hat unsere Diskussion sofort angeregt, doch wir haben beschlossen, sie umzuformulieren: „Welche Grundlagen stehen uns in unseren jeweiligen Ländern zur Verfügung?“ - Nach unserer eigenen Einschätzung (infolge dieser Diskussion) scheinen Deutschland und Österreich – bei Betrachtung aller europäischen Mitgliedstaaten – in Sachen SGA am weitesten zu sein, und das aus folgenden Gründen:

- Die Eckpfeiler für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz sind in Deutschland und Österreich institutionalisiert: Es gibt sozusagen zwei Säulen, den Unfallschutz und den gesetzlich geregelten Arbeitsschutz.
- [Für Österreich siehe untenstehenden Link] Arbeitnehmerschutzgesetz: regelt den Arbeitnehmerschutz auf Bundes- (Arbeitsaufsichtsbehörden) und Unternehmensebene.
- Unternehmensinterne Organe, d. h. die Rolle des Arbeitgebers sowie des Betriebsbeauftragten für Arbeitsschutz, sind gesetzlich geregelt.
- Diese Betriebsbeauftragten sind unabhängig in Ihrer Berichterstattung und Evaluation.

Dennoch besteht „Raum für Verbesserung“: Die Gruppe hatte das Gefühl, dass die Themen „Arbeitsschutz“ sowie „Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz“ generell als „störend“ empfunden werden.

Was möchten wir erreichen?

- Eine Gesamtstrategie/einen Rahmenplan für Arbeitsschutz sowie die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz auf Unternehmensebene;
- eine positive Einstellung und Wahrnehmung dieser Themen bei Arbeitgebern und Führungsverantwortlichen; und
- entsprechende Schulung interner Führungskräfte.

Links:

Überblick: [https://www.eval.at/docs/default-source/basiswissen-arbeitnehmerschutz/Basiswissen\\_Arbeitnehmerschutz.pdf?sfvrsn=0](https://www.eval.at/docs/default-source/basiswissen-arbeitnehmerschutz/Basiswissen_Arbeitnehmerschutz.pdf?sfvrsn=0)

Wörterbuch: <http://www.linguee.de/deutsch-englisch/uebersetzung/arbeitnehmerschutzgesetz.html>

# Anhang 5: Schlussworte von Maryvonne Nicolle und Marta Branca

## Maryvonne NICOLLE, FSS-CFDT, Frankreich (EGÖD)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind nun am Ende dieser ersten Konferenz zum Thema Muskel-Skelett-Erkrankungen angekommen. Diese Konferenz ist ein erster Meilenstein unter den Prioritäten unseres Arbeitsplans für die Jahre 2014 bis 2016, den wir im Ausschuss für den sektoralen sozialen Dialog gemeinsam definiert und verabschiedet haben.

Sie ist Teil einer Reihe von Aktionen – so wie die, die der Ausschuss für Arbeitsschutz bereits realisiert hat: unsere gemeinsame Erklärung von HOSPEEM und EGÖD vom Dezember 2013 zu den neuen politischen Rahmenbedingungen für den EU-Arbeitsschutz 2014 bis 2020.

Die europäische Strategie identifiziert drei wichtige Herausforderungen:

1. eine bessere Prävention von Berufskrankheiten,
2. die Berücksichtigung des steigenden Durchschnittsalters der Arbeitnehmerschaft der EU,
3. eine bessere Umsetzung bestehender Richtlinien und Vorschriften im Bereich Sicherheit und Gesundheit.

Aber fassen wir noch einmal zusammen: Auf europäischer Ebene gilt das Risiko, an MSE zu erkranken, als eines der beiden häufigsten und die damit verbundenen Kosten für Gesellschaft und Wirtschaft sind enorm.

Ich möchte an dieser Stelle ein paar wichtige Punkte der genannten Erklärung herausstellen, die sich mit dem Kernthema des heutigen Tages absolut decken.

Ich zitiere: *„Ein verbessertes, koordiniertes strategisches Rahmenwerk auf EU-Ebene ist in der Tat erforderlich, um dazu beizutragen, zentrale Herausforderungen des Gesundheitssektors anzugehen – Herausforderungen, die aufgrund des aus der Wirtschaftskrise resultierenden Drucks auf die Gesundheitsbudgets noch verschärft werden. Ein weiteres Element in diesem Kontext ist der Anstieg der Zahl älterer Gesundheitsfachkräfte in Kombination mit dem steigenden Bedarf an Pflegediensten.“*

*„EGÖD und HOSPEEM teilen die Meinung, dass Arbeitsschutzmaßnahmen und sicherere Arbeitsplätze dazu beitragen, die Zahl der gesunden und produktiven Jahre im Arbeitsleben der Beschäftigten zu erhöhen bzw. deren Risiko, Beeinträchtigungen von Gesundheit und Wohlbefinden zu erleiden, zu mindern.“*

Bezüglich der Rolle des Sozialdialogs und der Sozialpartner im Bereich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz haben wir erklärt, und ich zitiere:

*„HOSPEEM und EGÖD sind davon überzeugt, dass ein Modell, das die Sozialpartner in die Formulierung und Umsetzung von Arbeitsschutzpolitik einbezieht sowie im Bereich Sicherheit und Gesundheit Maßnahmen und Vereinbarungen unterstützt, die aus deren eigener Initiative heraus entstanden sind, ein erfolgreiches Modell ist.“*

Lassen Sie uns diese Rolle also annehmen und ausfüllen, und unsere Worte in dieser Erklärung in Taten umsetzen. Diese erste Konferenz wird uns dabei helfen. Wir können

zahlreiche Erkenntnisse aus ihr gewinnen. Und das müssen wir auch, wollen wir unsere Arbeit im Sozialdialog-Ausschuss erfolgreich fortsetzen.

Erkenntnisse zur Wahrnehmung des bestehenden regulatorischen Rahmenwerks sowie zu seiner Einhaltung und Umsetzung in den verschiedenen Staaten, die in einigen leider noch immer unzureichend ist.

Konkretere Erkenntnisse aus dem täglich' Brot der Gesundheitsfachkräfte, dem Input aus der Praxis, den die Vertreter aus dem Vereinigten Königreich, Schweden und Frankreich beschrieben haben.

Oder einmal mehr Erkenntnisse zum Ansatz, den ergonomischen Ressourcen, die dazu beitragen können, das MSE-Risiko zu senken.

Und nicht zuletzt Erkenntnisse zur Frage der Hilfsmittel und Materialien zur Schulung und Schaffung eines Bewusstseins für dieses Thema.

In einer Reihe von Vorträgen wurde uns eine Erkenntnis bestätigt, die wir bereits verschiedentlich zur Sprache gebracht haben: der Wandel des Arbeitsplatzes. Ein Wandel, der sich in ganz Europa zunehmend schneller vollzieht und nicht mehr nur auf Gesundheitseinrichtungen beschränkt ist. Auch der Bereich der Unterstützung in der häuslichen Pflege ist davon betroffen. Wir werden diesen Punkt im Rahmen unserer künftigen Arbeit berücksichtigen müssen.

Um eine effektive MSE-Prävention gewährleisten und, im weiteren Sinne, auf die Verminderung von Gesundheitsrisiken hinarbeiten zu können, müssen Gesundheitseinrichtungen zu der Erkenntnis gelangen, dass Prävention Vorrang vor Kompensation genießen muss – und das auf europäischer, nationaler und lokaler Ebene.

Ob es dabei nun um grundlegende strategische Investitionsentscheidungen geht, um Ausbildungs- und Schulungsbereiche, Arbeitsorganisation, die Zahl der Mitarbeiter oder den Kauf von Gerätschaften.

So lässt sich erfolgreich demonstrieren, dass Prävention – langfristig betrachtet – nicht nur wirtschaftliche, sondern auch praktische Vorteile mit sich bringt: verbesserte Dienstleistungsqualität, Wohlergehen und eine höhere Qualität des Arbeitslebens für die Pflegekräfte sowie Sicherheit für die Patienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen.

Wir könnten die Möglichkeiten einer künftigen Zusammenarbeit mit der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) zum Thema Kosten/Nutzen-Analyse einer auf Prävention ausgerichteten Investitionspolitik ins Auge fassen.

Abschließend möchte ich jedoch noch eine letzte Erkenntnis aus dieser Konferenz hervorheben: die Schlüsselrolle des sozialen Dialogs, der für das Fundament des Erfolgs und der Effektivität jeder Aktion steht.

Für die zwingende Mitbestimmung der Mitarbeiter, die auf allen Stufen des Prozesses einbezogen werden sollten.

Für die Einrichtung von Terminen zum Austausch zwischen den Arbeitgebern und den Fachkräften.

Für die Nutzung bereits verfügbarer Instrumente im Bereich Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise die Einsetzung von Ausschüssen für den Arbeitsschutz.

All das zusammengenommen, können Arbeitgeber und Fachkräfte zu einer gemeinsamen Wahrnehmung dieses Problems gelangen und auch eine gemeinsame Diagnose erstellen. Dieser Schritt ist wesentlich, um dann, darauf aufbauend, die zu ergreifenden Maßnahmen zu definieren.

Die MSE-Thematik, der Umgang damit und die erforderlichen Maßnahmen zur Bewältigung dieses Problems sind darüber hinaus untrennbar verbunden mit dem Thema unserer zweiten Konferenz, die im kommenden November in Helsinki stattfinden wird: psychosoziale Risiken und Stress am Arbeitsplatz.

Nach diesen beiden Konferenzen müssen wir in der Lage sein, mögliche Empfehlungen, eine Vereinbarung oder gar eine Richtlinie zur Prävention, Anerkennung und Bewältigung von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychosozialen Risiken im Gesundheitssektor zu entwerfen.

Gegenwärtig jedoch müssen wir feststellen, dass der Sozialdialog häufiger in Vorträgen als in der Praxis Anwendung findet – und das auf allen Ebenen. Lassen Sie uns daher gemeinsam den Beweis antreten; ich habe keinen Zweifel an unserer Fähigkeit, Initiativen zu entwickeln und ins Leben zu rufen, die die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz fördern.

Ich danke Ihnen.

### **Marta BRANCA, ARAN, Italien (HOSPEEM)**

Heute haben wir gehört, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen unter Pflegepersonal noch immer weit verbreitet sind und diese Erkrankungen des Bewegungsapparats, insbesondere Rückenschmerzen, mit der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten in Verbindung gebracht werden. Das physische Bewegen von Patienten bedingt Bewegungsabläufe, die beträchtliche Anstrengung erfordern, häufig einhergehend mit einer ungünstigen Körperhaltung und dem Heben übermäßig schwerer Lasten.

Solche Assistenzleistungen können unter verschiedensten Umständen auszuführen sein: in der stationären oder auch ambulanten Pflege, der Notfallintervention, im OP oder auch im Rahmen der häuslichen Pflege. Diese Vielseitigkeit der Anforderungen an das Fürsorgesystem, der Arbeitsumfelder sowie der Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und Gerätschaften macht dieses Thema zu einer höchst komplexen Problematik und der Weg, den es zur Entwicklung von epidemiologischen Studien, Überwachungs- und Präventionsprogrammen zu beschreiten gilt, ist recht differenziert zu sehen. Wie wir den verschiedenen Vorträgen entnehmen konnten, sind auch die seitens der einzelnen Länder vorgeschlagenen Ansätze im Hinblick auf die Einschätzung und Bewältigung der biomechanischen Risiken sehr unterschiedlich.

Der größte Teil bezieht sich auf die **Aus- und Weiterbildung**. Erstmals sollte dieses Thema bereits im Rahmen der Berufsausbildung behandelt werden, doch auch im weiteren Berufsleben sollten regelmäßig Auffrischkurse folgen. Wir haben von den Erfahrungen der Pflegekräfte in Spanien gehört und dem schwedischen Programm für alle Mitarbeiter, das die Risikoanalyse unterstreicht und eine für alle Pflegekräfte verpflichtende 5-tägige Schulung sowie eine mindestens jährliche halbtägige Simulation umfasst. Dieses Programm sieht spezifische Instruktoren vor, die das korrekte Bewegen von Patienten vermitteln und in der Handhabung der unterschiedlichen Arten technischer Hilfsmittel beraten. Selbstverständlich sollten all diese Kurse spezifisch auf die jeweilige Arbeitsumgebung zugeschnitten werden, um möglichst effektiv und kosteneffizient zu sein. Und wie es scheint, war dieses Programm in der Tat effektiv, da es zu einer Reduzierung der Verletzungen und,

folglich, einer Reduzierung der krankheitsbedingten Fehltag des Personals geführt hat. Was das Thema Schulung angeht, ist auch die interessante Erfahrung zu erwähnen, die mit dem britischen „Backpack“ gemacht wurde – einem Mitarbeiterhandbuch zur Prävention und Reduzierung von Muskel-Skelett-Erkrankungen, in Kooperation erarbeitet von Management, Personal und Gewerkschaften. Auch müssen wir die Erfahrung nennen, die – nicht nur – die Niederländer mit Ergonomietrainern gemacht haben und die uns zeigt, wie wichtig es ist, das Personal in einem „bottom up“-Ansatz in die Bekämpfung dieses Problems mit einzubeziehen.

Ein anderer Ansatz, der heute vorgestellt wurde, konzentriert sich auf die ergonomische Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen, um einen möglichen künftigen Rückgang der Zahl von Pflegekräften auffangen zu können. Diese Erfahrung bezieht sich auf die Analyse der Bedingungen im Krankenhaus und zeigt, dass bessere Bedingungen zu besseren Arbeitsabläufen, höherer Dienstleistungsqualität, weniger Verletzungen und, demzufolge, gesteigerter Kosteneffizienz führen.

Einige Erfahrungen scheinen einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen, der die Auswirkungen von Arbeitsorganisation und Verhaltensmustern auf die Sicherheit und Gesundheit der Pflegekräfte einschätzt und die Reduzierung der biomechanischen Belastung durch Nutzung der unterschiedlichen technischen Hilfsmittel evaluiert.

Zu den wichtigen Anregungen, die den heutigen Präsentationen zu entnehmen zu sein scheint, gehört die Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeit, um den Zusammenhang zwischen der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten und dem Auftreten von Erkrankungen des Bewegungsapparats besser verstehen und vor allem effektive Präventionsprogramme zu deren Reduzierung identifizieren zu können. Dies könnte auch bedeuten, die Notwendigkeit des Erhalts der vollen Arbeitsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter, das heute in vielen Ländern bei 60 Jahren liegt, zu berücksichtigen. Mithilfe eines effektiven Sozialdialogs könnte diese Aufgabe besser erfüllt werden.