

Arbeitsmedizin in oberösterreichischen Gemeinden aus wirtschaftsmedizinischer Sicht

Autorin: Dr. med. Ingrid Kaller

Matrikelnummer: 8101741

Lehrgang: Wirtschaftsmedizin

Abgabedatum: November 2010

Betreuer: MPH Dr. Franz Piribauer

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Abstract (deutsch) | 3 |
| 2 | Abstract (English)..... | 3 |
| 3 | Einleitung..... | 4 |
| 4. | Methoden | 6 |
| 3.1 | Auswertung vorangegangener Befragungen | 6 |
| 3.2 | Praktische Umsetzung | 6 |
| 3.3 | Erhebung eigener Daten..... | 8 |
| 4 | Datenerhebung..... | 9 |
| 5 | Datenauswertung | 11 |
| 5.1 | Auswertung der Recherchen zum Stand der arbeitsmedizinischen Betreuung in OÖ Gemeinden allgemein..... | 11 |
| 5.2 | Auswertung der Recherchen zu den medizinischen Ergebnissen..... | 11 |
| 5.3 | Analyse der Fragebögen an die Gemeindevertreter | 13 |
| 5.4 | Analyse der Kontakte zu Gemeindevertretern..... | 27 |
| 5.5 | Analyse der Kontakte zu Personalvertretern | 28 |
| 5.6 | Analyse der Mitarbeiterinterviews..... | 29 |
| 6 | INTERVENTION..... | 30 |
| 6.1 | Theoretische Grundlagen | 30 |
| 6.2 | Geschehen und Beobachtungen während des Projektablaufs | 34 |
| 7 | Ergebnisse..... | 43 |
| 7.1 | Ergebnisse medizinischer Untersuchungen (Screenings, Messungen) bereichsabhängig) | 43 |

| | | |
|------|--|----|
| 7.2 | Ergebnisse aus ökonomischer Sicht | 59 |
| 7.3 | Ergebnisse aus wirtschaftsmedizinischer Sicht | 61 |
| 8 | Diskussion | 63 |
| 8.1 | Die wichtigsten Resultate | 63 |
| 8.2 | Mögliche Fehlerquellen in der Bewertung der Ergebnisse | 63 |
| 8.3 | Konsequenzen des Projektes für die weitere arbeitsmedizinische Betreuung der OÖ Gemeinden | 63 |
| 8.4 | Überlegungen zur Umsetzung des Projektes in allen Bundesländern | 63 |
| 8.5 | Zuständigkeiten: | 64 |
| 8.6 | Audit: | 64 |
| 8.7 | Schulungen: | 64 |
| 8.8 | Arbeitskreis: | 64 |
| 8.9 | Sicherheitspreis des Landes OÖ: | 65 |
| 8.10 | Präventivfachkräfte: | 65 |
| 9. | Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektiven | 66 |
| 10. | Quellenverzeichnis | 68 |
| 11. | Anhang | 71 |

1 Abstract (deutsch)

Die arbeitsmedizinische Betreuung in Gemeinden ist sowohl national als auch international nach wie vor noch unzureichend bzw. eine effektive Betreuung der Beschäftigten nicht gewährleistet.

Im Folgenden wird ein Projekt zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Gemeinden beschrieben, wie es in den Jahren 2006 bis 2009, initiiert von der Kranken- und Unfallfürsorge für oberösterreichische Gemeinden, stattgefunden hat.

Methoden zur Datenerhebung, die Datenauswertung, sowie der detaillierte Projektablauf werden dargestellt, die Ergebnisse diskutiert und interpretiert.

Anschließend wird ein Ausblick in die Zukunft gewagt, Möglichkeiten zur Weiterführung einer effektiven arbeitsmedizinischen Versorgung der Gemeindebediensteten überlegt und beschrieben.

2 Abstract (English)

Currently not only Austrian, but community employees internationally suffer from a lack of occupational health support. Neither adequate coverage nor effective treatment can be assured.

This paper describes a project aimed at providing occupational health support at community facilities. It has been initiated by Kranken- und Unfallfürsorge for oö. Gemeinden - a local health insurance.

Methods of data collection and analysis as well as detailed project characteristics will be described, findings discussed and interpreted.

Based upon this project's results an outlook for the future on this topic will be given and further steps to ensure better occupational health for Upper Austrian community employees will be outlined.

3 Einleitung

Die Kommission der europäischen Gemeinschaft fordert in ihren Zielsetzungen der Gemeinschaftsstrategie 2007 – 2012 eine kontinuierliche, nachhaltige und homogene Verringerung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.¹

Im gleichen Dokument werden unter den Risikosektoren, hinsichtlich der am stärksten gefährdeten Arbeitnehmerkategorien, speziell KMU`s (kleine und mittlere Unternehmen) und der öffentliche Dienst genannt! In den Zielsetzungen sind unter anderem die Unfallversicherungsträger aufgefordert, ihre Präventivmaßnahmen auf die Risikosektoren zu lenken.

Im Jahr 2000 wurde aufgrund der EU-Rahmenrichtlinie zur präventivmedizinischen Überwachung von 1996 die Versorgung für Bedienstete im öffentlichen Sektor (Bund, Länder, Gemeinden) durch Präventivfachkräfte auch in Österreich verpflichtend übernommen.

Die oberösterreichischen Gemeinden starteten aus diesem Grund zuerst mit der Evaluierung ihrer Betriebe, die größtenteils von externen Sicherheitstechnikern durchgeführt wurde.

Arbeitsmedizinische Belange wurden dabei kaum berücksichtigt, was sich in der 2006 durchgeführten Fragebogenerhebung widerspiegelte. In 84% der Gemeinden wurde bis zu diesem Zeitpunkt kein Arbeitsmediziner beschäftigt.

Präventivmaßnahmen für Versicherte wurden im Rahmen der KFG -Unfallfürsorge in den letzten Jahren stark forciert, deshalb entstand die Überlegung für ein Präventionsprojekt zur Erhöhung der Arbeitssicherheit der Versicherten in den oberösterreichischen Gemeinden.

¹ (Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz – Straßburg 2008

Der Zugang zur arbeitsmedizinischen Beratung sollte vor allem für kleine Gemeinden erleichtert werden.

Ein kostengünstiges Modell wurde erarbeitet. Für jeden Beschäftigten wurde entsprechend der EU-Vorgaben die bestmögliche individuelle Betreuung angeboten.

Für die nachfolgende Arbeit ergab sich deshalb als Forschungsfrage:

Welche Verbesserungen haben sich für die von Präventivfachkräften unterstützten oö. Gemeinden bisher ergeben?

4. Methoden

In dieser Arbeit werden teilweise Methoden der empirischen Sozialforschung angewandt. (Beispiele für empirische Forschungsprojekte finden sich z.B. in HUNT 1991). Die empirische Sozialforschung gibt eine Sammlung von Techniken und Methoden zur korrekten Durchführung der wissenschaftlichen Untersuchung menschlichen Verhaltens und gesellschaftlicher Phänomene wieder (Definition s. Peter Atteslander /Methoden der empirischen Sozialforschung – Zusammenfassung). In diesem Fall handelt es sich teilweise um eine Auftragsforschung, nämlich im Auftrag der KFG/ Kranken- und Unfallfürsorge für Gemeindebedienstete. Auswahl der Untersuchungseinheiten, Datenerhebung, Datenerfassung und Datenanalyse werden nachfolgend beschrieben. Nicht reaktive Messverfahren, wie Beobachtungen, Interviews und Inhaltsanalysen wurden vorwiegend angewandt; Fragebögen zur statistischen Datenerhebung, mit auffällig hoher Rücklaufquote (63%), erhoben..

3.1 Auswertung vorangegangener Befragungen

Als Primärdatenquellen dienten bereits vorhandene Datensätze aus zwei Befragungen der oberösterreichischen Gemeinden:

- 2006 wurde der Ist-Zustand der arbeitsmedizinischen Betreuung in oberösterreichischen Gemeinden erhoben. Dazu wurde eine Online-Befragung im Rechtsinformationssystem „RIS“ der Gemeinden durchgeführt. Die Fragen wurden in Zusammenarbeit mit der KFG Oberösterreich erstellt und an alle 444 oberösterreichischen Gemeinden verschickt (siehe 5.2.1).
- Ein Jahr später wurde eine zweite Online-Befragung zum Zwecke der Evaluierung der arbeitsmedizinischen Betreuung durchgeführt. (siehe 5.2.2)

3.2 Praktische Umsetzung

3.2.1 Erstbefragungen mittels Fragebogen zur Erhebung des Ist-Standes

Der Iststand wurde in Form eines Fragebogens an alle Gemeinden Oberösterreichs zur Beantwortung in erster Linie durch Gemeindevertreter, also Amtsleiter, vereinzelt auch Bürgermeister, erhoben.

Aufgrund der Auswertung der Befragungen (siehe 5.2.1), beschloss die Leitung der Unfallfürsorge der KFG Oberösterreich, ein Projekt zur arbeitsmedizinischen Betreuung zu starten.

3.2.2 Informationsveranstaltungen

Beginn des Projektes waren Informationsveranstaltungen in allen oberösterreichischen Bezirken zur Vorstellung arbeitsmedizinischer Tätigkeit, sowie zu den gesetzlichen Grundlagen.

Im Rahmen dieser Informationsveranstaltungen wurden „arbeitsmedizinische Besuchstage“ in den einzelnen Bezirken verlost. Eine Gemeinde pro Bezirk erhielt einen Tag arbeitsmedizinische Beratung für ihre Bediensteten kostenlos. Durch diese Aktion sollte für zukünftige Betreuungen Aufmerksamkeit bei Gemeindevertretern geweckt werden.

3.2.3 Regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung der Gemeinden

Ziel war über den Projektverlauf eine regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung zu gewährleisten, also mindestens einmal jährlich.

3.2.3.1 Anmeldeverfahren und innerbetriebliche Organisation

Ein eigenes Anmeldeverfahren für die Gemeinden wurde entworfen und bei Anfragen zugesandt (s. Kapitel 5. Datenerhebung).

Zahlreiche Anmeldungen erreichten nach diesen Veranstaltungen die KFG. Die Terminkoordination übernahm eine Angestellte der KFG .

Einmal pro Monat wurde ein Bürotag in der KFG eingeplant, um Termine zu koordinieren, Anfragen der Gemeinden direkt an den Arbeitsmediziner zu beantworten, Befunde zu archivieren und sonstige anfallende organisatorische Aufgaben abzustimmen.

3.2.3.2 Erstbetreuungen

Start für die Erstbetreuungen war der September 2007.

Erstbetreuungen wurden, je nach gesetzlicher Vorgabe, meist an einem Tag in einer Gemeinde absolviert, in kleinsten Gemeinden (weniger als 10 Mitarbeiter) stand nur ein halber Tag zur Verfügung. Einige Gemeinden mit mehr als 50 Dienstnehmern wurden im

Rahmen der Erstbetreuung ebenfalls miteinbezogen. Dazu waren allerdings, aufgrund der hohen Stundenvorgabe, drei bis vier Arbeitstage notwendig.

Die detaillierte praktische Umsetzung wird im Kapitel 7/Projekt beschrieben.

3.2.3.3 Folgebetreuungen

Im zweiten Jahr der Betreuung wurden, nach Bedarf, Erst- und Zweitbetreuungen durchgeführt. Der Ablauf für die Zweitbetreuungen zeigte einen wesentlichen Unterschied zu den Betreuungen im ersten Jahr (s. Projekt).

Nach dem Ablauf von ca. 1,5 Jahren (in einigen Gemeinden nach der Zweitbetreuung) erfolgte eine Befragung der Verantwortlichen aller oberösterreichischen Gemeinden zur arbeitsmedizinischen Betreuung (s. Datenerhebung).

3.3 Erhebung eigener Daten

Die eigene Datenerhebung wurde mehrdimensional strukturiert:

3.3.1 Auswertung der Gemeindebefragungen

Einerseits standen die Auswertungen der Gemeindebefragungen zur Verfügung. In diesen standardisierten Fragebögen wurden die verantwortlichen Gemeindevertreter (Bürgermeister, Amtsleiter, Personalvertreter) befragt.

Der Rücklauf war mit 298 ausgefüllten von 444 versandten Bögen außergewöhnlich hoch.

3.3.2 Interviews mit Gemeindebeschäftigten

Andererseits wurden mit Mitarbeitern einzelner Gemeinden Interviews durchgeführt. Dazu wurde ebenfalls eine strukturierte Grundlage herangezogen, allerdings war es oftmals nicht möglich, diese detailgerecht zu verwenden, dies aus verschiedenen, noch näher zu erläuternden Gründen. (s. Kapitel 5 Datenerhebung)

3.3.3 Auswertung der Untersuchungsergebnisse und Maßnahmenumsetzung

Medizinische Screening-Untersuchungen wurden zahlenmäßig aufgearbeitet, Maßnahmenumsetzung der Gemeinden im Rahmen der Zwei- und Drittbetreuung nacherfasst.

4 Datenerhebung

Die Datenerhebung gliedert sich, grob dargestellt, in eine medizinische und ökonomische Datenerhebung.

4.1.1 Medizinische Datenerhebung

Die medizinische Datenerhebung erfolgte auf Grundlage der vorhandenen Untersuchungsbefunde. So wurden Analysen der Ergebnisse von Seh- und Hörtests erstellt, vergleichende Untersuchungen in verschiedenen Betriebsbereichen der Gemeinden durchgeführt und diese Untersuchungsdaten mit Ergebnissen aus Internetrecherchen und wissenschaftlichen Arbeiten (soweit vorhanden) verglichen.

4.1.2 Ökonomische Datenerhebung

Unter diesem Ausdruck ist eine Datenerhebung mit relativ geringem Aufwand zu verstehen. In diesem Fall handelt es sich um die Erstellung von Fragebögen an Gemeindevertreter und die Durchführung von Interviews mit Gemeindemitarbeitern.

Erstellung von Fragebögen:

Fragen an Gemeindevertreter (Bürgermeister, Amtsleiter): Die Fragen an die Gemeindevertreter behandeln vor allem sicherheitsorganisatorische Themen, Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung und wirtschaftliche Aspekte.

Fragen an Personalvertreter: Konkret an Personalvertreter wurden keine Fragen gerichtet; in einigen Gemeinden wurden jedoch die Fragen an Gemeindevertreter durch Personalvertreter beantwortet.

Erstellung des Interviewleitfadens für Mitarbeiter:

Mitarbeiter – Interviews

In den Mitarbeiterinterviews wurde versucht, die Meinung der „Betroffenen“ zu erkunden. Nachteil der Mitarbeiterinterviews war ein geringes Feedback, da im Rahmen der arbeitsmedizinischen Tätigkeit in kaum einer Gemeinde wirklich die Zeit vorhanden war, anhand des zuvor erstellten Fragebogens eine vollständige Befragung durchzuführen.

Beispielgebend wird im Anhang ein Interview dokumentiert. Im Kapitel „Diskussion“ werden aber noch Überlegungen angestellt, die Befragungen und Recherchen auch nach Abschluss dieser Arbeit, weiterzuführen.

5 Datenauswertung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der in Kapitel 4 („Methode“) beschriebenen Fragebögen erläutert.

5.1 Auswertung der Recherchen zum Stand der arbeitsmedizinischen Betreuung in OÖ Gemeinden allgemein

2006: Umfrage der KFG :

84% der damals 444 oberösterreichischen Gemeinden verfügten bis 2006 über keine arbeitsmedizinische Betreuung.

63% wurden zumindest einmal von einem Sicherheitstechniker betreut. In diesen Gemeinden war auch zumeist eine Erstevaluierung vorhanden. Laufende Evaluierung und regelmäßige Unterweisungen waren zu diesem Zeitpunkt in höchstens einem Drittel der sicherheitstechnisch versorgten Gemeinden üblich. Im Hauptteil der Gemeinden wurde nach der Erstevaluierung die Dokumentation zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz beendet.

5.2 Auswertung der Recherchen zu den medizinischen Ergebnissen

Das Zahlenmaterial zu den Screeninguntersuchungen – in diesem Fall: Seh- und Hörtest bei allen Gemeindemitarbeitern überspannt bei weitem den Bogen dieser Arbeit.

Die Auswertung konnte nur überblicksmäßig erfolgen; ein detailliertes Auswerten der einzelnen Befunde könnte noch interessante Ergebnisse zutage bringen und ist in den nächsten Jahren vorgesehen.

Die Schwierigkeit der Auswertung liegt in der großen Anzahl der Befunde, da im Laufe dieses Projekts angestrebt wurde, jedem einzelnen Beschäftigten ein Maximum an arbeitsmedizinischer Betreuung zukommen zu lassen, d.h. Seh- und Hörtests wurden mindestens einmal, nach Bedarf auch zwei- oder dreimal an Einzelpersonen durchgeführt.

Zahlreiche Beobachtungen und auch Gesetzmäßigkeiten konnten in den Screeninguntersuchungen festgestellt werden. Dazu waren auch internationale Studien zu finden.

Zum Beispiel war auffällig, dass bei Kindergartenpersonal, abhängig von der lärmprotektiven Ausstattung der Arbeitsstätten, minimale, fast typische Hörverschlechterungen zu finden waren. Andererseits konnte aber auch teilweise eine besonders gute Hörfähigkeit im Hochtonbereich eruiert werden; ein Zusammenhang mit einer eventuellen Sensibilisierung durch Kinderstimmen lässt sich wissenschaftlich bisher nicht belegen.

Ein weiterer interessanter Befund war im Rahmen der Sehtests erwähnenswert: Eine, im Erwachsenenalter zunehmend auftretende Myopie (Kurzsichtigkeit) fand sich vor allem bei, an Bildschirmarbeitsplätzen tätigem Personal; war auffallend wenig zu finden bei Bauhofmitarbeitern, also Personal, das vorwiegend im Freien beschäftigt ist.²

Die statistische Auswertung dieser Erkenntnisse könnte noch zukunftsweisende Rückschlüsse für die arbeitsmedizinische Betreuung der oben genannten Berufsgruppen mit sich bringen.

² Untersuchungsergebnisse sind im Büro der KFG Linz archiviert

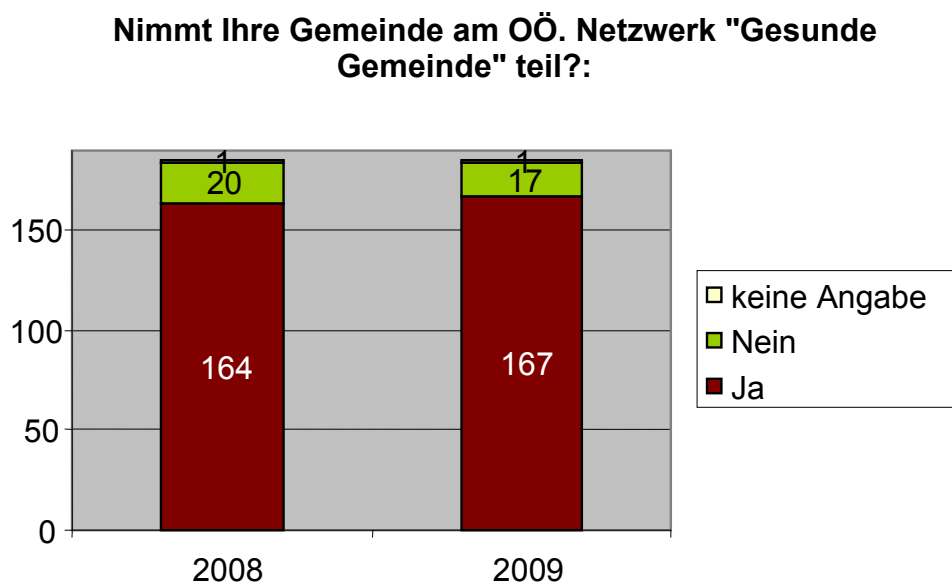
5.3 Analyse der Fragebögen an die Gemeindevertreter

Die folgenden Fragen wurden 2008 bzw. 2009 an die Gemeindevertreter gestellt.

Erstbetreuung oder wiederkehrende Betreuung durch Präventivdienste lassen sich aufgrund des Zahlenmaterials nicht differenzieren.

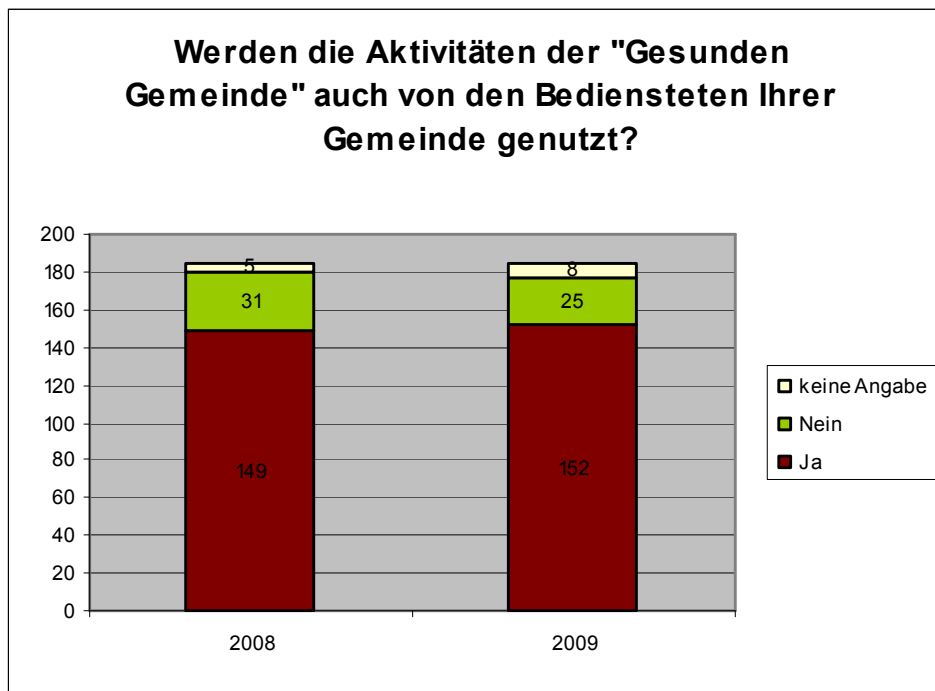
Eine Interpretation der Ergebnisse ist auch durch den Leser selbst zulässig. Überlegungen zu möglichen Interpretationen finden sich im Anschluss an die einzelnen Diagramme.

1. Nimmt Ihre Gemeinde am OÖ. Netzwerk "Gesunde Gemeinde" teil?



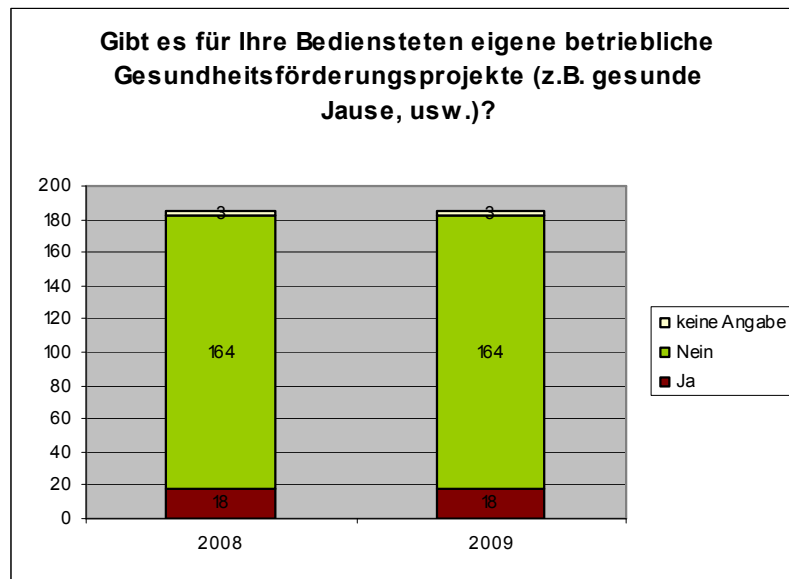
„Gesunde Gemeinde“ ist eine, von der Gemeinde erbrachte Dienstleistung am Bürger, indem innerhalb dieses Projektes Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung vorgeschlagen, organisiert und praktisch umgesetzt werden.

Werden die Aktivitäten der "Gesunden Gemeinde" auch von den Bediensteten Ihrer Gemeinde genutzt?



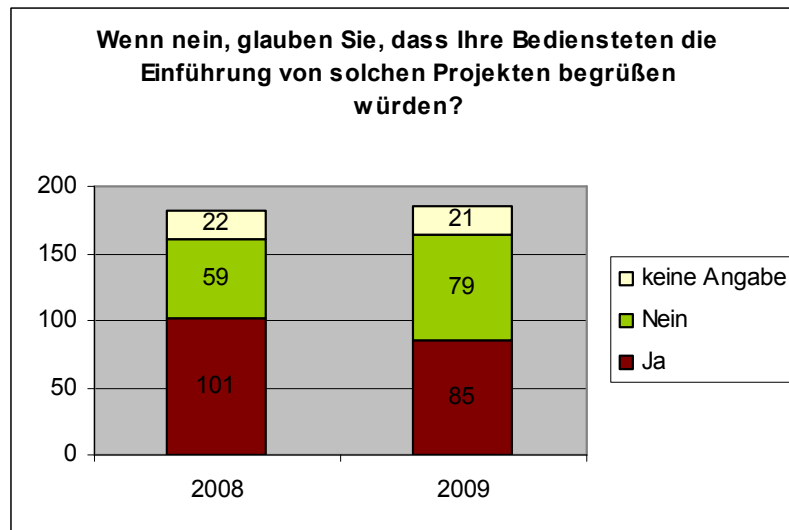
Die Frage wurde aus dem zu Beginn gewonnenem Eindruck heraus gestellt, dass eigene Dienstnehmer kaum an den, für Gemeindebürger geplanten Gesundheitsförderungsmaßnahmen, teilnehmen.

Gibt es für Ihre Bediensteten eigene betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte (z.B. gesunde Jause, usw.)?



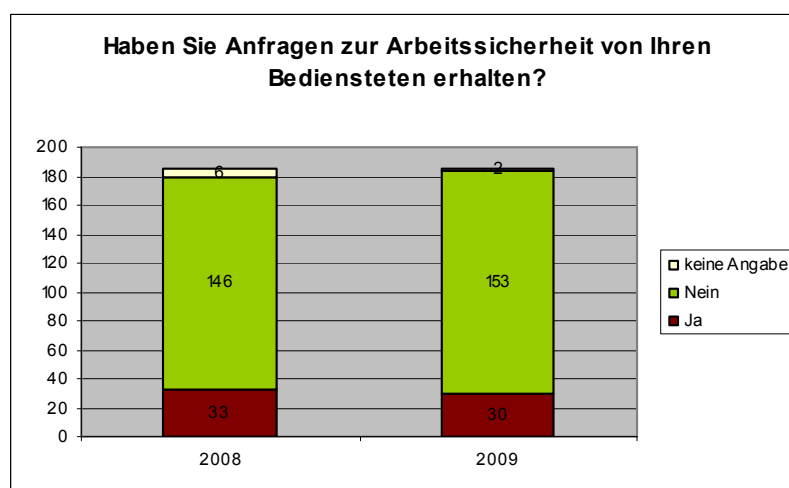
In der arbeitsmedizinischen Erstbetreuung konnten kaum Maßnahmen im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung initiiert werden, da in erster Linie Grundlagen des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz vermittelt wurden.

Wenn nein, glauben Sie, dass Ihre Bediensteten die Einführung von solchen Projekten begrüßen würden?



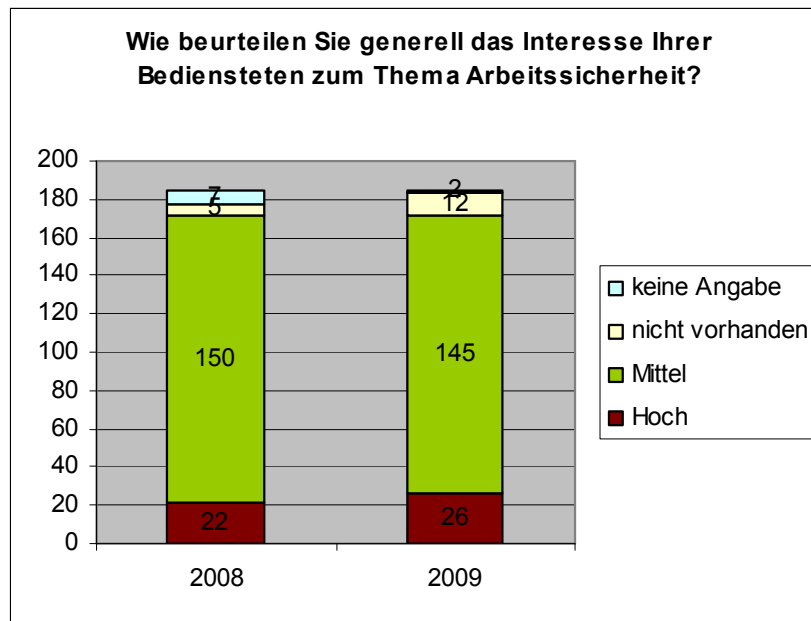
Die Mehrzahl der Gemeindevertreter war in beiden Befragungen der Meinung, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter Gesundheitsförderungsprojekte begrüßen würde. Das Überlegungen in diese Richtung 2009 weniger gemacht wurden, könnte möglicherweise mit der zunehmend schlechten finanziellen Lage der Gemeinden zusammenhängen. Dazu gibt es allerdings keine wissenschaftlich erhobene Bestätigung.

Haben Sie Anfragen zur Arbeitssicherheit von Ihren Bediensteten erhalten?



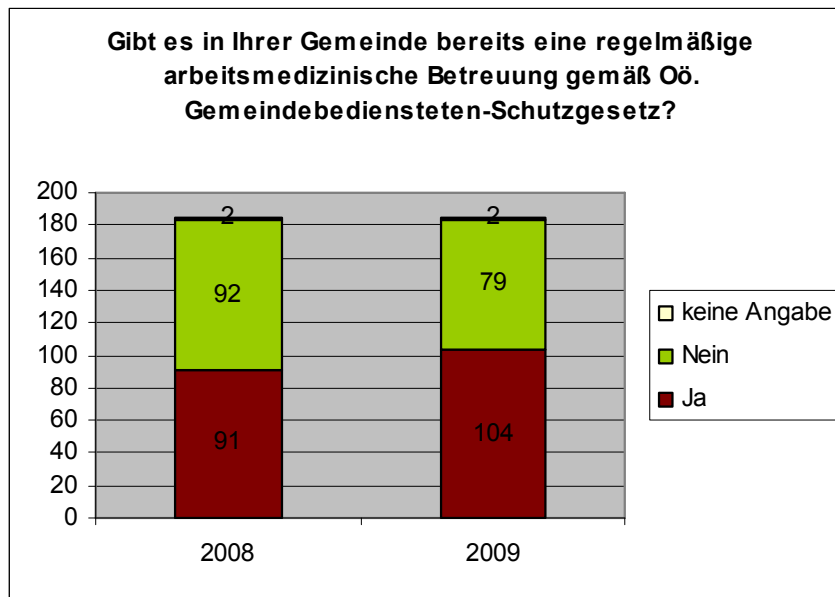
Im Rahmen des Projektes wurde versucht, Fragen der Bediensteten zu Arbeitssicherheit, möglichst bereichsspezifisch zu beantworten.

Wie beurteilen Sie generell das Interesse Ihrer Bediensteten zum Thema Arbeitssicherheit?



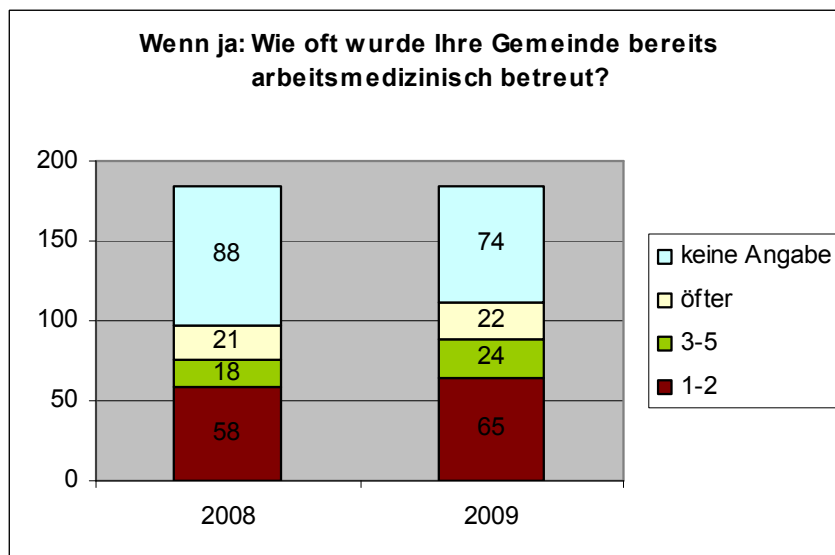
Den Verantwortlichen erscheint durchaus, dass Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung in der Gemeinde auch auf ausreichendes Interesse seitens der Bediensteten stößt.

Gibt es in Ihrer Gemeinde bereits eine regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung gemäß Oö. Gemeindebediensteten-Schutzgesetz?



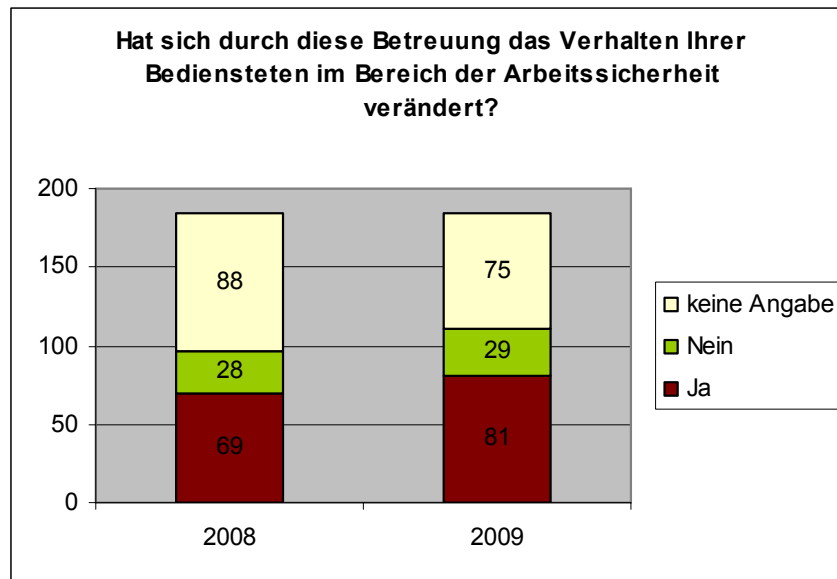
Eine Zunahme der regelmäßig arbeitsmedizinisch betreuten Gemeinden innerhalb eines Jahres ist ersichtlich.

Wenn ja: Wie oft wurde Ihre Gemeinde bereits arbeitsmedizinisch betreut?



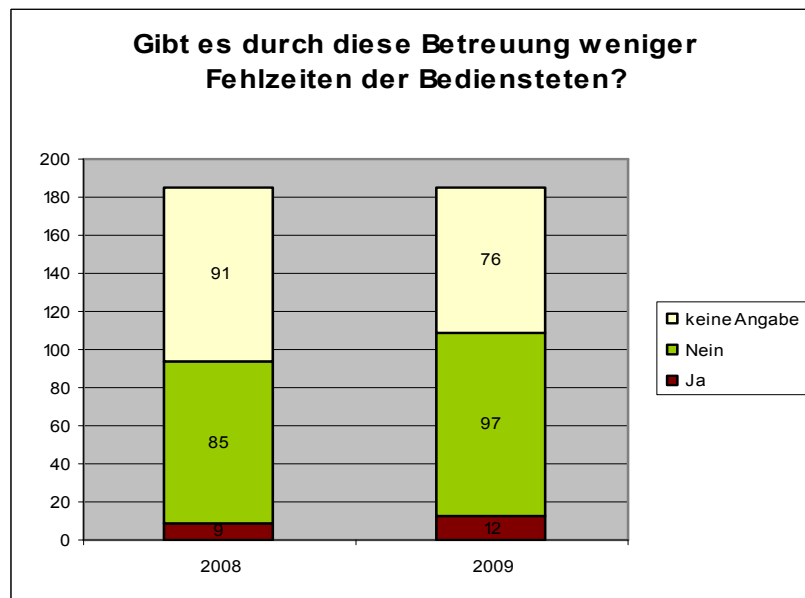
Die Angaben decken sich auch zahlenmäßig mit der Zunahme der betreuten Gemeinden während des Projektes.

Hat sich durch diese Betreuung das Verhalten Ihrer Bediensteten im Bereich der Arbeitssicherheit verändert?



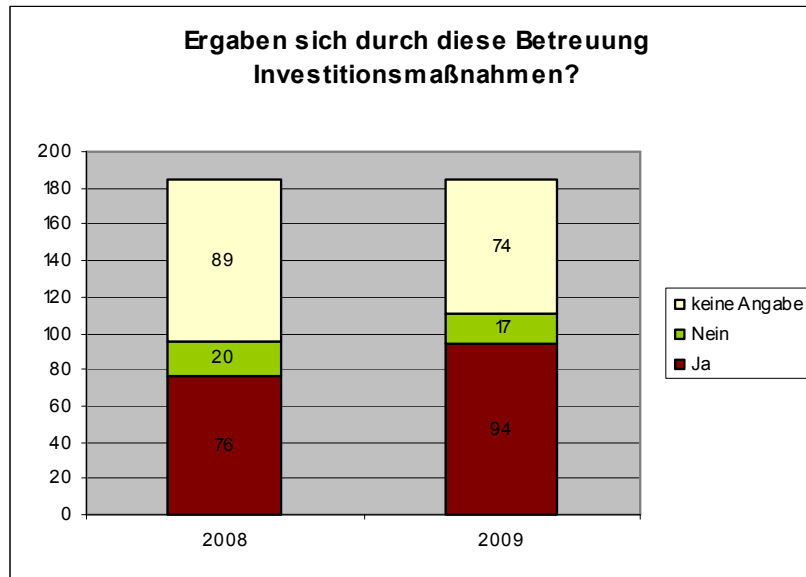
„Arbeitssicherheit“ ist durch die Zunahme der regelmäßigen arbeitsmedizinischen Betreuungen mehr zu einem Themenschwerpunkt in zahlreichen Gemeinden geworden.

Gibt es durch diese Betreuung weniger Fehlzeiten der Bediensteten?



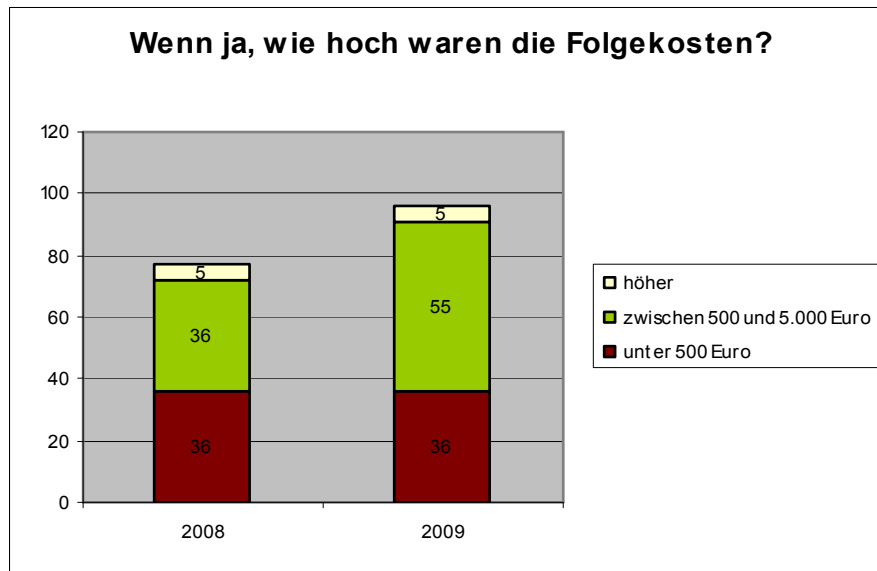
Zur Interpretation dieser Frage wäre noch eine genaue Fehlzeitenanalyse notwendig.

Ergaben sich durch diese Betreuung Investitionsmaßnahmen?



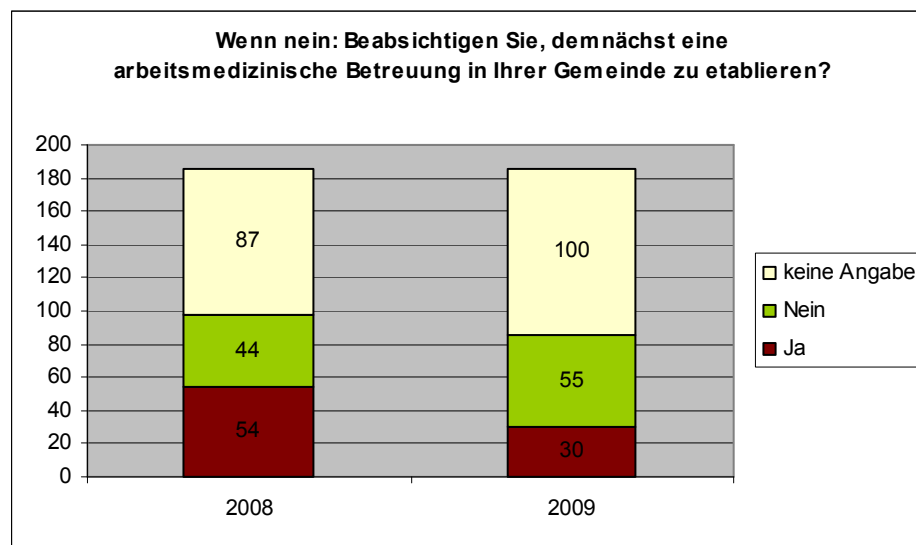
Investitionsmaßnahmen wurden im Jahr 2009 verstärkt angegeben. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass in Gemeinden mit wiederkehrender Betreuung 2008 auch die Umsetzung der Maßnahmen aus dem Vorjahr beurteilt und gegebenenfalls nochmals angeregt wurde.

Wenn ja, wie hoch waren die Folgekosten?



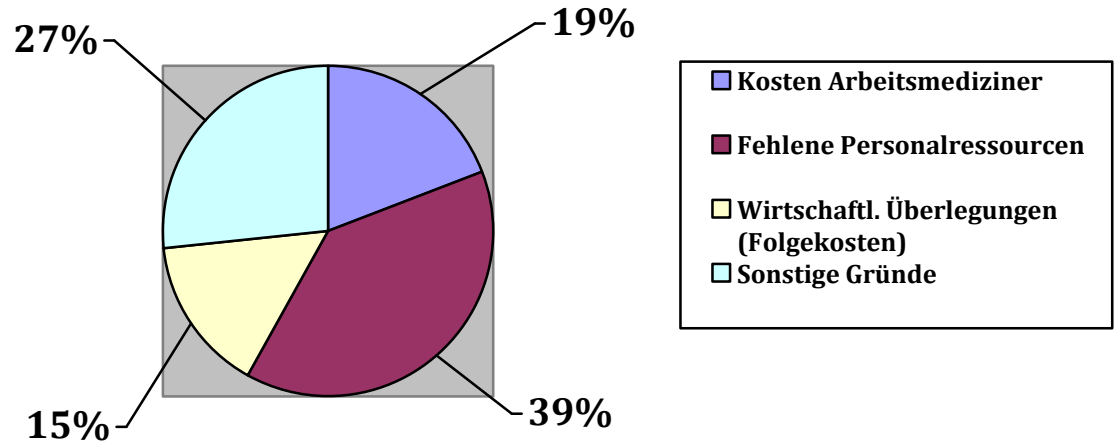
Mit der Zunahme der Investitionen kam es naturgemäß auch zu einer Zunahme der Investitionskosten.

Wenn nein: Beabsichtigen Sie, demnächst eine arbeitsmedizinische Betreuung in Ihrer Gemeinde zu etablieren?

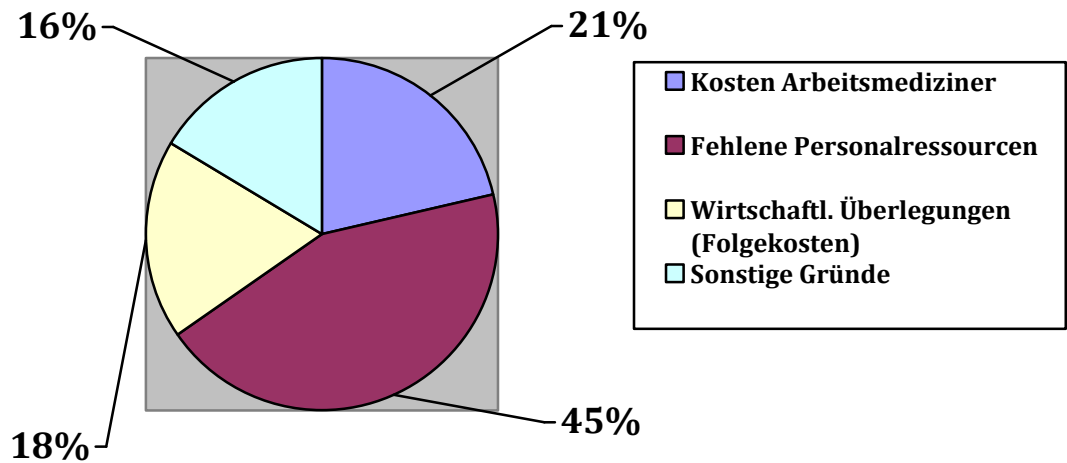


Auch bei Beantwortung dieser Frage muss die wirtschaftliche Situation der oberösterreichischen Gemeinden und deren Verschlechterung im Jahr 2009 beachtet werden.

Warum gibt es in Ihrer Gemeinde noch keine arbeitsmedizinische Betreuung?

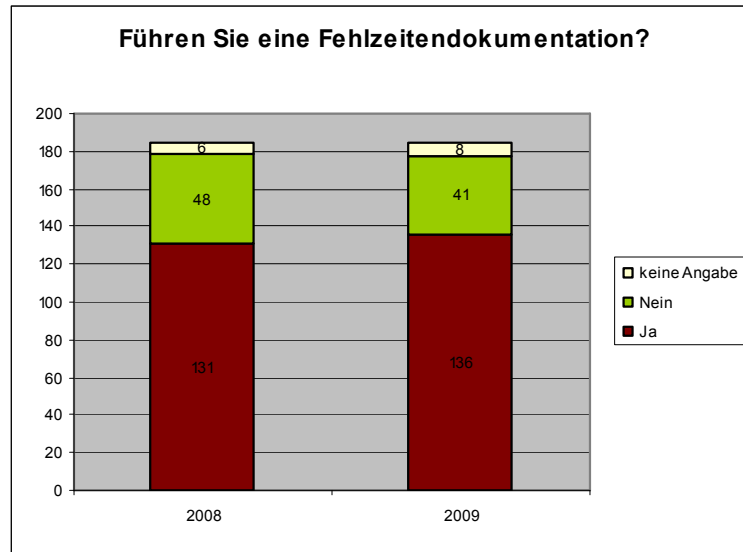


Gründe für fehlende Betreuung 2008

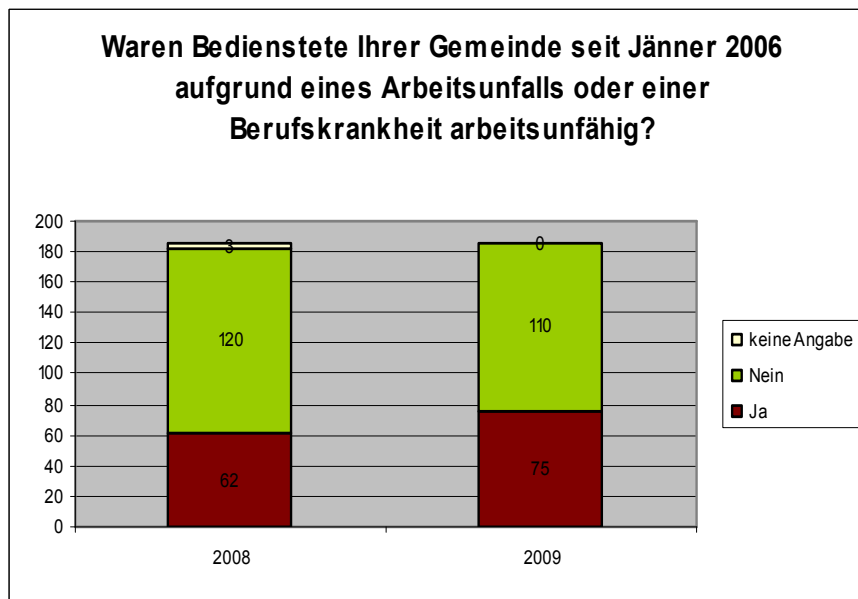


Gründe für fehlende Betreuung 2009

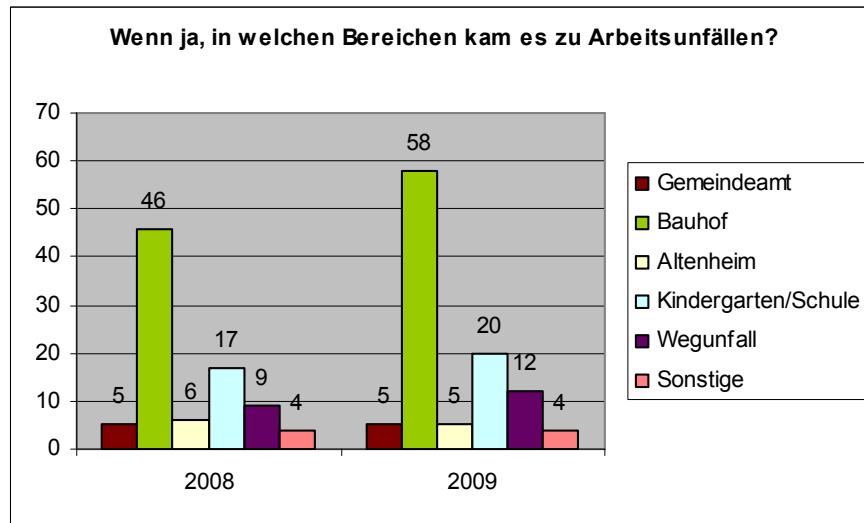
Führen Sie eine Fehlzeitendokumentation?



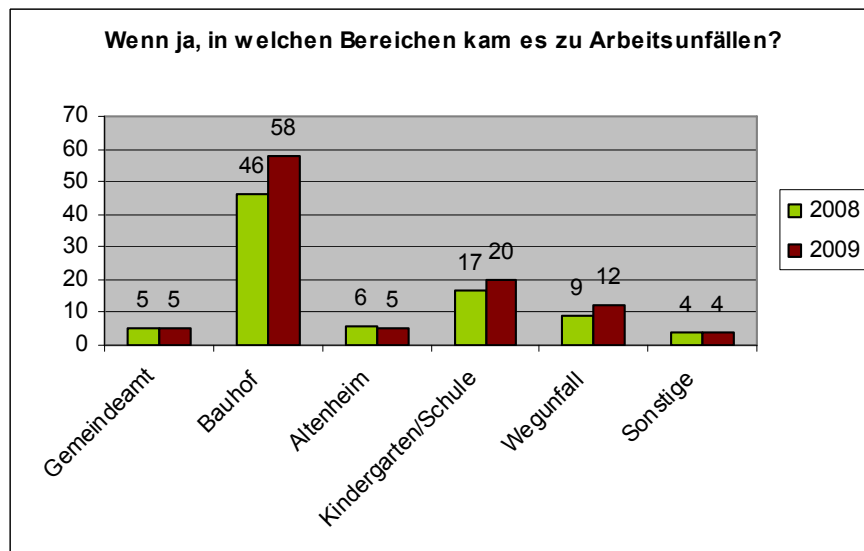
Waren Bedienstete Ihrer Gemeinde seit Jänner 2006 aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig?



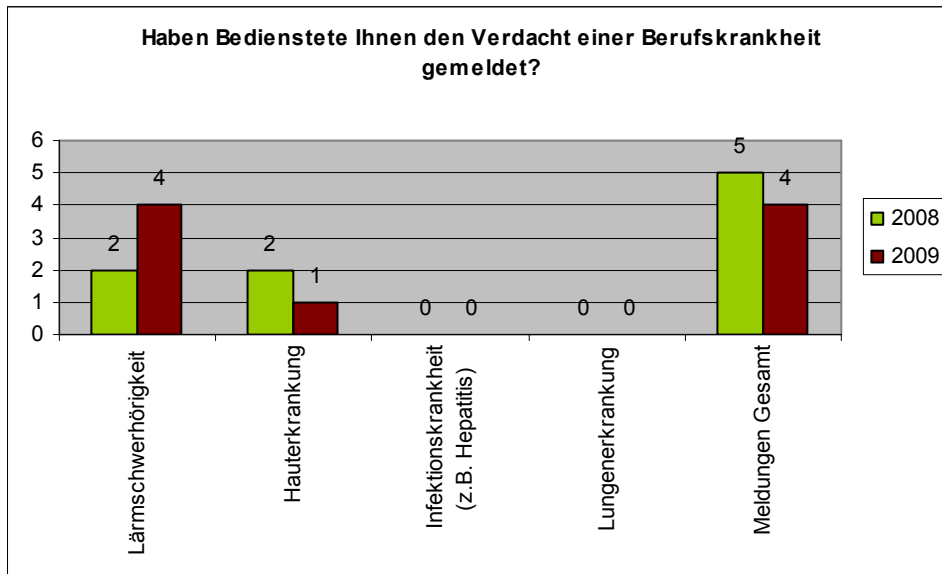
Wenn ja, in welchen Bereichen kam es zu Arbeitsunfällen?



Die Arbeitsunfallhäufigkeit deckt sich mit allgemeinen Statistiken (z.B. jährliche AUVA-Unfallstatistik), nämlich einer Zunahme in Bau- und Baunebengewerbe. Zu schweren Arbeitsunfällen kommt es vor allem bei Tätigkeiten in Wald und Forst, ein Bereich, der in **Gemeinden ebenfalls meist von Bauhofmitarbeitern abgedeckt wird.**

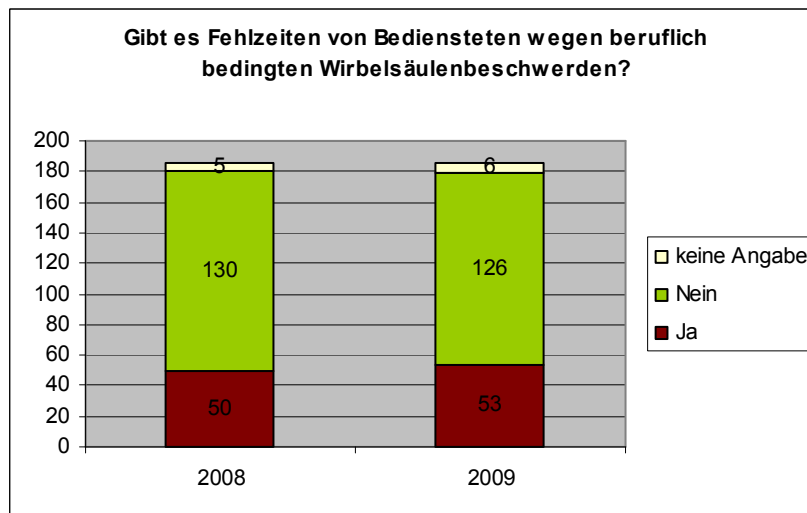


Haben Bedienstete Ihnen den Verdacht einer Berufskrankheit gemeldet?



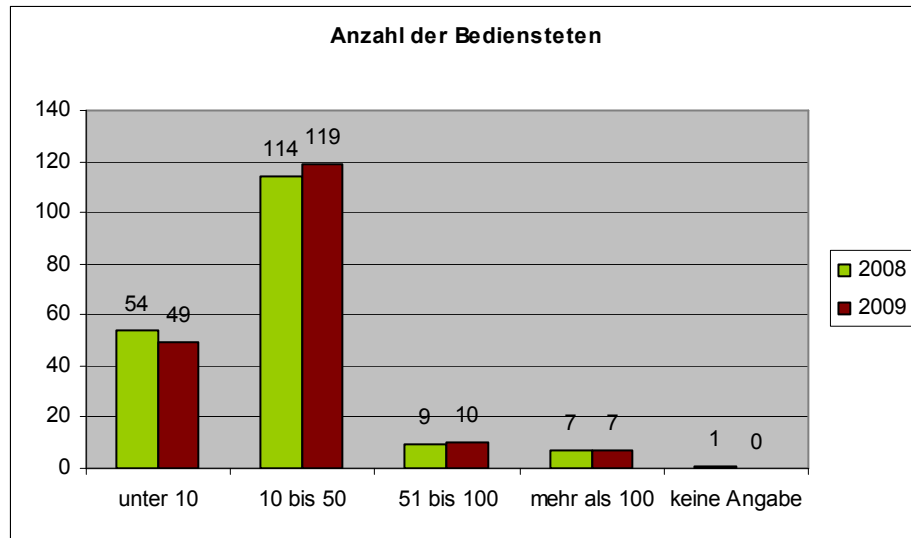
Auch hier zeigt sich eine zahlenmäßige Korrelation mit AUVA-Statistik- Angaben zum Auftreten von Berufskrankheiten.

Gibt es Fehlzeiten von Bediensteten wegen beruflich bedingter Wirbelsäulenbeschwerden?

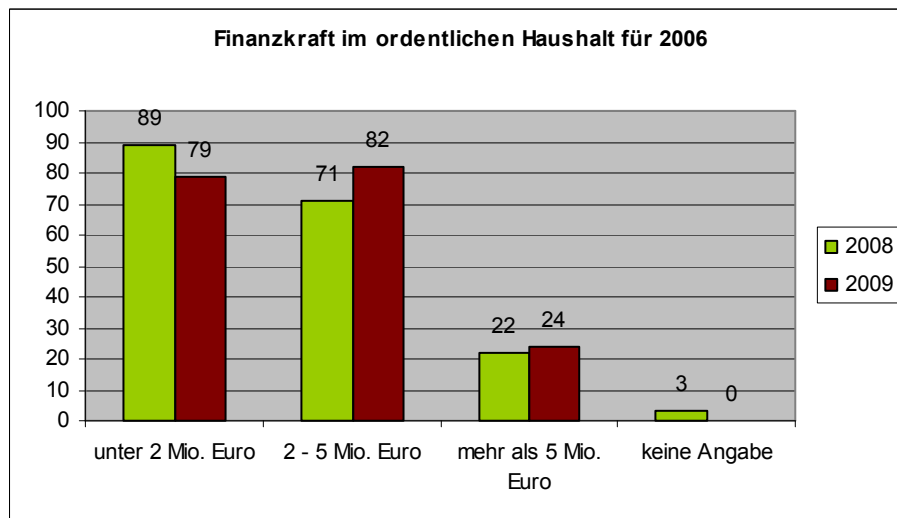


Eine leichte Erhöhung von beruflich bedingten Wirbelsäulenbeschwerden zeigt sich im Jahresvergleich 2008/2009.

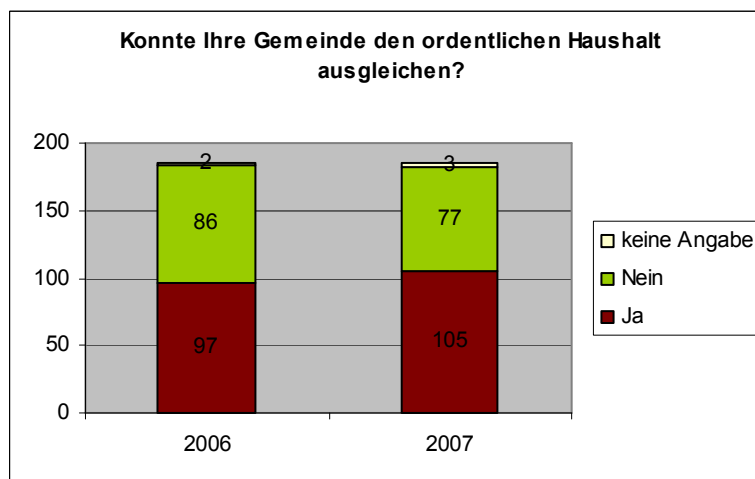
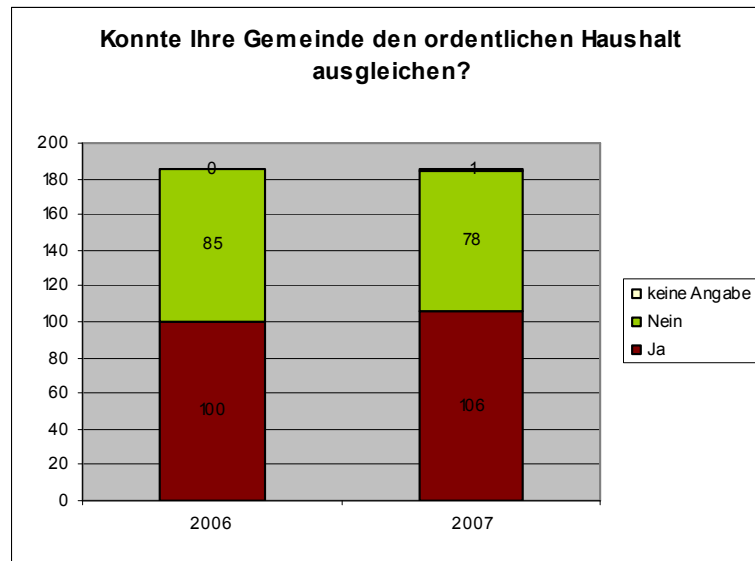
Anzahl der Bediensteten



Finanzkraft im ordentlichen Haushalt für 2006



Konnte Ihre Gemeinde den ordentlichen Haushalt ausgleichen?



Im Vergleich der Jahre 2006/2007 gab es einen leichten Anstieg der Finanzkraft der oberösterreichischen Gemeinden zu verzeichnen, ab 2008 kommt es bereits vereinzelt zu Verschlechterungen, die sich 2009 vollends bemerkbar machen.

5.4 Analyse der Kontakte zu Gemeindevertretern

Die im vorhergehenden Abschnitt des Kapitels 5 dokumentierten Fragen an Gemeindevertreter betreffen alle Gemeinden in Oberösterreich, also auch Gemeinden, die nicht im Rahmen des Projektes betreut worden waren.

Die nachfolgende Beschreibung der Kontakte betrifft nur die in der Intervention benannten Gemeinden und widerspiegelt subjektive Eindrücke.

5.4.1 Erstbetreuung

Gemeindevertreter, die als erste Ansprechpartner in der Erstbetreuung fungierten, waren durchwegs Amtsleiter, vereinzelt auch Bürgermeister.

Häufiger war in der Abschlussbesprechung - nach Beendigung der Betreuung - auch ein Gespräch mit dem Bürgermeister möglich.

Die Reaktionen der Gemeindevertreter waren unterschiedlich, jedoch beim Erstgespräch häufig reservierter und skeptischer im Vergleich zum Abschlussgespräch oder der wiederkehrenden Betreuung nach einem Jahr.

Es zeigte sich kaum eine Erwartungshaltung an den Arbeitsmediziner, es war eher Unsicherheit zu spüren, was denn kommen würde, auch Bedenken im Hinblick auf mögliche finanzielle Belastungen, die sich durch die Beratung ergeben könnten.

Diese Bedenken konnten oft schon im Abschlussgespräch minimiert werden. Es wurde in jeder Gemeinde versucht, den Gemeindevertretern die tatsächliche Funktion und das Aufgabengebiet eines Arbeitsmediziners zu erläutern und meist gelang es im Zuge der Beratung, auch das Interesse der Gemeindevertreter an regelmäßiger Betreuung zu wecken und die Anfangsskepsis zu reduzieren.

5.4.2 Wiederkehrende Betreuung

In der wiederkehrenden Betreuung war häufiger zunehmendes Interesse zuspüren. Einige Gemeindevertreter versuchten bereits, die Beratung effektiv für ihre Beschäftigten zu nutzen, vereinbarten im Vorfeld Termine mit den Mitarbeitern und ermöglichten dadurch eine regelmäßige arbeitsmedizinische Unterweisung.

5.5 Analyse der Kontakte zu Personalvertretern

Personalvertreter in den Gemeinden waren uneingeschränkt positiv zur arbeitsmedizinischen Betreuung eingestellt.

5.5.1 Erstbetreuung

In der Erstbetreuung waren auch Personalvertreter nicht immer ausreichend über Sinn und Nutzen der arbeitsmedizinischen Betreuung informiert.

5.5.2 Wiederkehrende Betreuung

Die wiederkehrende Betreuung gestaltete sich für die Personalvertreter ebenfalls effektiver, wurde gerne genutzt, Themenschwerpunkte festgelegt und auf Probleme im Gesundheitsschutz für die Beschäftigten hingewiesen und Diskussionen zu Lösungsmöglichkeiten angeregt.

5.6 Analyse der Mitarbeiterinterviews

Wie bereits erwähnt, war es sehr schwierig, innerhalb der zahlreichen Beratungs-Aufgaben, Zeit und Möglichkeiten für Mitarbeiterinterviews zu finden. Die Interviews beschränkten sich meist auf kurze Kontakte während der ärztlichen Untersuchungen und konnten aus diesem Grund kaum dokumentiert werden (s. Anhang)

5.6.1 Erstbetreuung

In der Erstbetreuung war vielen Mitarbeitern nicht bewusst, dass auch für den Arbeitsmediziner Schweigepflicht gilt und keine Einzelgespräche weitergegeben werden. Da viele Beschäftigte mit dem Begriff „Arbeitsmediziner“ zuvor niemals konfrontiert worden waren, war es nur in Gruppenbesprechungen möglich, Erklärungen dazu abzugeben. In der Gruppe wurde dann häufig schon bei der Erstbetreuung über mögliche arbeitsbedingte Gesundheitsschäden diskutiert. Einzelberatungen nach der Gruppenbesprechung verliefen dann offener und umfangreicher.

5.6.2 Wiederkehrende Betreuung

Gespräche mit Mitarbeitern im Rahmen wiederkehrender Betreuungen zeigten eine durchaus positive Einstellung zu regelmäßiger arbeitsmedizinischer Beratung– es kam sogar und vor allem von Mitarbeiterseite häufiger der Wunsch nach Beratung innerhalb kürzerer Abstände.

6 INTERVENTION

In Folge werden die theoretischen Grundlagen und die praktische Umsetzung des Projektes vor Ort detailliert beschrieben.

6.1 Theoretische Grundlagen

PROBLEMSTELLUNG:

Es galt aufgrund der erhobenen Daten eine Möglichkeit zur adäquaten präventivdienstlichen Versorgung der OÖ Gemeinden zu finden!

Der öffentliche Dienst sollte nicht schlechter versorgt und betreut sein als vergleichsweise KMU'S.

--- AUVA Sicher Projekt zur Versorgung der KMU'S

Die theoretischen Grundlagen fußen auf den zahlreichen Erkenntnissen zur Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer arbeitsmedizinischen Betreuung und hier vor allem auf den gesetzlichen Grundlagen des Gemeindebedienstetenschutzgesetzes.

Das Gemeindebedienstetenschutzgesetz sieht seit den Anfängen zahlreiche Schutzmaßnahmen für Gemeindebedienstete vor. Mit dem Jahr 2000 wurden diese Schutzmaßnahmen um die regelmäßige sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung erweitert. Eine genaue Betreuungsstundenanzahl, abhängig von der Anzahl der Beschäftigten und der Gefahrenklasse wurde vorgegeben:

BERECHNUNG DER EINSATZZEITEN gemäß Gemeindebedienstetenschutzgesetz 6.Abschn., §45

Sicherheitsfachkräfte:

Hohe Gefährdung: 1,3; mittlere Gefährdung: 0,8; geringes Gefährdungspotential: 0,4

Arbeitsmediziner:

Hohe Gefährdung: 1,0; mittlere Gefährdung 0,6; geringes Gefährdungspotential: 0,3

Die Rahmenbedingungen waren festgelegt. Die praktische Umsetzung erfolgte nur sehr zögernd.

Viele Gemeinden nahmen zwar mit einem Sicherheitstechniker Kontakt auf und veranlassten die Erstevaluierung ihrer Arbeitsplätze.

Häufig wurde dann der Ordner mit den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten beiseite gelegt und keine laufende Ergänzung angefordert. In 70% der Gemeinden gelang es, regelmäßige sicherheitstechnische Betreuung (mind. 1x jährlich) zu etablieren, nur 18 % der Gemeinden in OÖ vereinbarten auch eine regelmäßige, gesetzeskonforme arbeitsmedizinische Betreuung.

(s. Einleitung: Ausgangsbasis nach der KFG-Erhebung zur arbeitsmedizinischen Betreuung). Es gab also zu Beginn des Projektes (2007) kaum Erfahrungswerte in der arbeitsmedizinischen Betreuung von Gemeinden.

Wie in der folgenden Arbeit zu sehen, fallen auch jetzt (2009) noch die Literaturrecherchen zu dokumentierten, bewährten Betreuungsmodellen von Gemeinden EU-weit sehr dürftig aus!

Die Erfahrung, die eingebracht werden konnte, stammt ebenso kaum aus einer Betreuungstätigkeit im öffentlichen Dienst, sondern aus der langjährigen arbeitsmedizinischen Tätigkeit in Betrieben. Einige Parallelen lassen sich durchaus auch aus der Betreuung von Betrieben mit mehr als 50 Dienstnehmern ziehen, öfter jedoch wurde von uns die Kleinbetriebe -Betreuung durch AUVA Sicher zum Maßstab genommen.

6.1.1 Erfahrungen aus der arbeitsmedizinischen Betreuung von Betrieben mit mehr als 50 Dienstnehmern

Die betriebsärztliche Betreuung in Großbetrieben verläuft nach anderen Richtlinien als in Kleinbetrieben. Der entscheidende Unterschied liegt in erster Linie in der häufigeren Anwesenheit des Betriebsarztes. Der Arbeitsmediziner ist nicht nur für die Umsetzung gesetzlicher Forderungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes zuständig. Nahezu alle

Gesundheitsförderungsprogramme laufen durch die Hand des Arbeitsmediziners, meist ist er der Initiator, Projektmanager und Umsetzer in einer Person. Zudem besteht durch Einzelberatungen der Beschäftigten und Untersuchungsmöglichkeiten in der innerbetrieblichen Ordination ein hausarztähnlicher Kontakt zu den Arbeitnehmern. Zu innerbetrieblichen Gesundheitsgefahren, möglichen Verbesserungen usw. ist der Arbeitsmediziner der erste Ansprechpartner. Verfügt der Arbeitsmediziner zudem über wirtschaftsmedizinische Kenntnisse, wird er auch immer öfter von der Betriebsleitung in wirtschaftliche Fragen miteinbezogen, die der Gesundheitsförderung der Dienstnehmer dienen.

Dieses Betreuungsmodell ist, schon aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit, in Gemeinden nicht umsetzbar. Es führte aber zu der Überlegung, auch in einem engen Zeitrahmen den einzelnen Mitarbeiter mehr einzubeziehen (s. prakt. Umsetzung). Je individueller ärztliche Beratung durchgeführt wird, desto besser ist die Compliance der Mitarbeiter. Maßnahmen, die verstanden werden, sind immer leichter praktisch umzusetzen.

6.1.2 Erfahrungen aus der arbeitsmedizinischen Betreuung oberösterreichischer Klein- und Mittelbetriebe mit weniger als 50 Dienstnehmern im Rahmen des „AUVAsicher“ Projekts

Klein- und Mittelbetriebe unter 50 Dienstnehmern werden in Österreich gratis durch Sicherheitstechniker und Arbeitsmediziner in vorgegebenen Zeitabständen betreut.

Das AUVA-Modell der Kleinbetriebe Betreuung eignet sich für die Gemeindebetreuung insofern besser, da der zeitliche Einsatz des Arbeitsmediziners vergleichbar gering ist (1x bzw. 2x jährlich zw. einer und 3,2 Stunden)

In sehr kurzer Zeit müssen relevante Probleme im Sicherheits- und Gesundheitsbereich des Betriebes erfasst werden. Verbesserungsmaßnahmen werden vorgeschlagen und oftmals muss bereits während der Begehung die Umsetzung initiiert werden. Zu kurz kommt dabei der direkte Kontakt zu den betroffenen Dienstnehmern, und wenn es Gesprächsmöglichkeiten mit den Dienstnehmern gibt (z.B. im Rahmen der Arbeitsplatzbegehungen), dann fast nur in Anwesenheit eines Vorgesetzten. Oftmals lässt

dann die Umsetzung vorgeschlagener Maßnahmen in der Praxis durch den Einzelnen sehr zu wünschen übrig.

Die Richtigkeit dieser Annahme lässt sich durch zahlreiche Studien belegen, unter anderem wurde festgestellt, dass nur weniger als 10% von Geschäftsstrategien in Betrieben wirkungsvoll umgesetzt werden können, weil nur 5 % der Mitarbeiter die Strategie verstehen und sich auch um die Umsetzung bemühen (Untersuchung des Fortune Magazins 2004). Warum sollte sich diese Aussage nicht auch auf den Sicherheitsbereich des Betriebes umlegen lassen? (Dieter Windischbauer/betriebl. Management/Wirtschaftsmedizin)

In der Kleinbetriebebetreuung der AUVA sind die Betreuer also umso mehr auf betriebsinterne Partner (Unternehmer, Sicherheitsvertrauenspersonen, Beauftragte des Betriebes) angewiesen, die die Umsetzung vorgeschlagener Maßnahmen praktikabel vermitteln!

Diese Partner finden wir selbstverständlich auch in Gemeinden. Dazu muss allerdings bereits im Rahmen der Erstbetreuung der richtige Weg gefunden werden, die beteiligten und verantwortlichen Personen von der Sinnhaftigkeit der Thematik zu überzeugen. Darin liegt die eigentliche Schwierigkeit für den Berater: auf die Vielzahl unterschiedlicher Strukturen in Gemeinden, unterschiedlicher Arbeitsprozesse und vor allem unterschiedlicher Menschen einzugehen.

Zusätzlich erschwert wird diese Aufgabe dadurch, dass in Gemeinden die Ausbildung einer Sicherheitsvertrauensperson nicht gesetzlich gefordert wird!

Betriebe müssen laut ArbeitnehmerInnenschutzgesetz ab dem elften Dienstnehmer eine Sicherheitsvertrauensperson ausbilden. Dabei sollte es sich um einen allseits akzeptierten Mitarbeiter handeln, der als Mittler in Sicherheitsfragen zwischen Dienstnehmer und Dienstgeber fungiert. Selbstverständlich ist es auf freiwilliger Basis auch für Gemeinden möglich, einen Dienstnehmer als Sicherheitsvertrauensperson ausbilden zu lassen. Die Möglichkeit, eine Ausbildung entsprechend dem Gemeindebedienstetenschutzgesetz zu organisieren, gibt es allerdings in Österreich derzeit nicht

Beispielhaft kann diesbezüglich nur eine Gemeinde in Oberösterreich genannt werden aus dem Bezirk Steyr Land:

Hier wird sowohl die Begehung mit dem Sicherheitstechniker als auch mit dem Arbeitsmediziner mit einer ausgebildeten Sicherheitsvertrauensperson durchgeführt, die sich auch das restliche Jahr vorbildhaft um die interne Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen bemüht.

Natürlich gibt es in hauptsächlich kleinen Gemeinden (unter 50 Dienstnehmer) auch Amtsleiter, Betriebsräte, einzelne Beschäftigte, in einem Fall sogar einen Bürgermeister, die sich genauso um die Umsetzung vorgeschlagener Maßnahmen bemühen. Der fachliche Hintergrund ist dabei aber meist nicht im selben Ausmaß vorhanden und möglicherweise auch der Kontakt zu den Beschäftigten nicht derselbe wie bei einer gewählten Sicherheitsvertrauensperson (s. auch Kapitel Mitarbeiterinterviews).

Es waren also im Vorfeld des Projektes Strategien zu finden, die Vermittlung an die betroffenen Beschäftigten bestmöglich zu organisieren und ein Vertrauensverhältnis zu Dienstnehmern und Dienstgebern aufzubauen, um auch für den Einzelnen bei aktuellen Fragen zur Gesundheit am Arbeitsplatz ein allzeit kompetenter Partner zu sein.

6.2 Geschehen und Beobachtungen während des Projektablaufs

Prinzipiell bestand der Projektablauf aus dem arbeitsmedizinischen Erstbesuch, und einem Folgebesuch für alle Gemeinden. Untenstehend wird über den Ablauf und Eindrücke der beiden Besuche berichtet. Weiters werden Veränderungen im Projektablauf über zwei Jahre dargestellt.

6.2.1 Erstbesuch - Terminvereinbarung

Die Terminvereinbarung zur arbeitsmedizinischen Betreuung mit den einzelnen Gemeinden wurde von der KFG – Kranken- und Unfallfürsorge für Gemeindebedienstete organisiert.

Die Anmeldung zur Betreuung erfolgt von der jeweiligen Gemeinde. Die Gemeinden wurden im Vorfeld im Rahmen von Vorträgen, Besuchstagen der KFG, Besprechungen mit Dienstnehmer- und Dienstgebervertretern und über Mailkontakt im internen Mailsystem oberösterreichischer Gemeinden (RIS) über die gesetzliche Notwendigkeit zur

arbeitsmedizinischen Betreuung informiert. Die Anmeldung zur Betreuung durch die KFG ist über ein Formular im Rechts.-Informationssystem (RIS)möglich, das bei entsprechender Dateneingabe automatisch den gesetzlich geforderten Stundenbedarf und die sich dadurch ergebenden Kosten errechnet.

Zu Beginn des Projektes im Herbst 2007 erreichten uns vor allem Anmeldungen aus dem Bezirk Braunau. Dieser Bezirk ist nach wie vor der Sprengel, in dem sich die meisten KFG-betreuten Gemeinden befinden.

6.2.2 Erstbesuch – Gestaltung, Verlauf und Beobachtungen im Tagesablauf

Im Verlauf des Tages wurden beispielhaft folgende Aktivitäten gesetzt und es kam zu typischen Interaktion und Beobachtungen:

- Nach Ankunft in der Gemeinde fand ein Erstgespräch beim Großteil der Gemeinden mit dem Amtsleiter statt.
- Häufig wurde die Tagesplangestaltung schon im Vorhinein festgelegt; in einigen Fällen erfolgte die Information zum Zeitplan im Vorfeld via mail, musste dann vor Ort jedoch oft geändert werden, da das eigentliche Vorgehen für die Gemeindevertreter nicht immer offensichtlich war.
- Das Erstgespräch mit dem Amtsleiter klärt vor allem Fragen zur Arbeitssicherheit in der Gemeinde z.B.: Gibt es bereits Präventionsprogramme? Sind regelmäßige sicherheitstechnische Beratungen organisiert? Wurde zumindest die Erstevaluierung veranlasst und wer ist innerbetrieblich für Sicherheitsfragen zuständig?
- Kurze Beschreibung der geplanten Gespräche mit den Mitarbeitern. Welche Themen werden diskutiert? Welche Neuerungen bzw. zusätzliche Leistungen für die Mitarbeiter seitens der Gemeinde könnten sich ergeben? Welche Reaktionen seitens der Mitarbeiter sind möglicherweise zu erwarten?
- Anschneiden allgemeiner, für alle Bereiche wesentlicher Themen z.B. Organisation der Ersten Hilfe; Vermeidung von Alleinarbeitsplätzen; Einsatz und Verwendung

persönlicher Schutzausrüstung; bestehende Probleme z.B. gebäudebedingt (Lärm, Klima,..)

In einigen Gemeinden war die Personalvertretung bereits in das Erstgespräch involviert, in zwei Gemeinden wurde das Erstgespräch von der Personalvertretung durchgeführt; häufiger jedoch war es üblich, die Personalvertretung in das Abschlussgespräch mit einzubeziehen.

Tagesplan

Nahezu in jeder Gemeinde war es möglich, mit einem Großteil der Beschäftigten arbeitsmedizinische Fragen zu diskutieren.

Die Diskussionsthemen wurden bereichsspezifisch aufgrund der oben beschriebenen Erfahrungen festgelegt. Alle Dienstnehmer sollten ihre Meinung dazu einbringen; diese Besprechungen wurden und werden von den Dienstnehmern sehr gerne angenommen, da gerade in der Erstbetreuung oftmals die erstmalige Konfrontation mit Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz erfolgt, die Vorarbeiten seitens der Gemeinden sehr unterschiedlich verlaufen und die arbeitsmedizinischen, gesetzlichen und versicherungsrechtlichen Grundlagen den Dienstnehmern häufig nicht bekannt sind.

Die Besprechung kann auch als allgemeine arbeitsmedizinische Unterweisung verstanden werden; Teilnehmerlisten wurden durch unmittelbare Arbeitgeber aufgelegt, bzw. wurde die Dokumentation im Nachhinein von den Anwesenden unterschrieben.

Über Verantwortung in Arbeitsschutzfragen und rechtliche Grundlagen wurden unmittelbare Arbeitgeber (Bereichsleiter, betrieblich Beauftragte) informiert.

Juristische Fragen, zu denen ein Arbeitsmediziner aufgrund seiner Funktion nicht befugt ist, Auskunft zu erteilen, wurden auch an die Rechtsabteilungen der jeweiligen Unfallversicherungen weitergegeben.

Diese Fragen bezogen sich vor allem auf die Themen Unterweisung und Verantwortlichkeiten, aber auch Anerkennung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten durch die Unfallversicherungen.

Als Aufgabe des Arbeitsmediziners in den Mitarbeitergesprächen (detailliert s. Datenauswertung) war die Themenvorgabe und Moderation der Diskussion zu sehen.

Weiters ist auf korrekte Wissensvermittlung nach dem neuesten Stand und auf Korrektur von Falschmeinungen zur Arbeitssicherheit zu achten.

Überall, wo Menschen zusammenarbeiten, kommt es zu eingefahrenen Arbeitsweisen und Regeln, die nicht immer der Gesundheit des Einzelnen dienen. Diese Regeln zu erkennen und Änderungen zu Gunsten des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz anzuregen, ist die vermutlich schwierigste Aufgabe der Präventivfachkräfte.

Erfahrungsgemäß ist die Erfüllung dieser Aufgabe in kurzer Zeit nur in Gesprächen mit den Beschäftigten möglich!

Sämtliche, noch so guten theoretischen Überlegungen sind nicht zielführend, wenn die Bedeutung den Betroffenen nicht praktikabel vermittelt wird. Auf unterschiedliche Voraussetzungen, wie Aus- und Weiterbildung, Rahmenbedingungen, aber auch persönliche Erfahrungen muss dabei bestmöglich Rücksicht genommen werden!

Screeninguntersuchungen

Anschließend an die allgemeinen Mitarbeitergespräche war es für alle Beschäftigten möglich, an risikobezogenen Screening - Untersuchungen teilzunehmen. Im Rahmen der Erstbetreuung betrifft dies den Seh- und Hörtest. Die Geräte werden vor Ort (meist im Gemeindeamt) aufgestellt. Die Untersuchungsbedingungen sind manchmal, bedingt durch bauliche Voraussetzungen, erschwert z.B. liegen Gemeindeämter oft an dicht befahrenen Straßen und es ist schwer, einen für Audiometrien geeigneten, lärmgedämmten Raum zu finden.

Auch hier gilt es, flexibel und kompromissbereit zu agieren. Screenings dienen definitionsgemäß nur dazu, sich einen Eindruck zu verschaffen. Die Notwendigkeit zu detaillierten Untersuchungen lässt sich dabei herausfinden.

Hintergrund der Screening-Untersuchungen ist aber auch die Möglichkeit für den einzelnen Beschäftigten, trotz des dicht gedrängten Arbeitsplanes, alleine mit dem Arbeitsmediziner sprechen zu können.

Einzelberatungen

Viele Probleme zeigen sich erst in Einzelberatungen, zu manchen Themen, die vorher allgemein aufgeworfen worden waren, gibt es Fragen, die nicht im Beisein der Kollegen gestellt werden möchten und letztendlich hat jeder Beschäftigte die Möglichkeit, mit einem Mediziner direkt am Arbeitsplatz seine, ev. durch die Tätigkeit bedingten, gesundheitlichen Probleme, zu besprechen.

Einzelgespräche fallen selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht!

Eindrücke zur Gesamtsituation können allerdings in erster Linie durch Einzelgespräche gewonnen werden.

Auch dabei ist es wichtig, das Gespräch zu leiten und in einem gewissen Rahmen zu belassen. Vor allem muss unbedingt vermieden werden, Probleme aus dem Privatbereich zuzulassen (s. Mitarbeitergespräche)

Arbeitsplatzbegehungen

Nach den Screening -Untersuchungen und Mitarbeiterbesprechungen in den einzelnen Bereichen (meist Gemeindeamt, Bauhof, Kinderbetreuungseinrichtungen, Reinigung) oder im Rahmen der Besprechungen wurden Einzelarbeitsplatzbegehungen durchgeführt.

Arbeitsplatzbegehungen und individuelle Beratung am Arbeitsplatz ist vor allem ein Muss für Beschäftigte an Bildschirmarbeitsplätzen.

Richtige Einstellung und Abstimmung der Arbeitsmittel und Größenverhältnisse zueinander ist effektiv nur gemeinsam mit dem Beschäftigten möglich! Arbeitsbedingte Ursachen für Wirbelsäulenbeschwerden und Sehverschlechterungen sind nur direkt am Arbeitsplatz erkennbar und oftmals wurde der Arbeitsplatz ein zweites Mal nach dem Sehtest gemeinsam mit dem Mitarbeiter begutachtet. Häufig konnten dabei tatsächlich Ursachen für die

individuellen Beschwerden nachgewiesen und Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen werden.

Verbesserungsmaßnahmen sind nur dann umsetzbar, wenn die Vorschläge auch verständlich und praktikabel dokumentiert werden.

Aus diesem Grund wurde in jeder Gemeinde zum Abschluss der Beratung ein Bericht verfasst.

Berichterstellung

Die Erstellung der Berichtsmaske (s. Bild) war eine technisch aufwendige Arbeit, die KFG – intern übernommen wurde. Daher war es auch leicht, Wünsche und Vorstellungen zu berücksichtigen und Änderungen sofort zu ermöglichen.

Berichte werden ausnahmslos vor Ort besprochen und immer mit dem verantwortlichen Gemeindevertreter (meist der Amtsleiter) diskutiert.

Konkrete Verbesserungsvorschläge entstehen so auch oft im Team. Aussagen, die Beschäftigte und Gemeindevertreter machen, werden selbstverständlich berücksichtigt. Oft kommt es im Gespräch plötzlich zu ganz einfachen Lösungen vorerst kompliziert erscheinender Probleme und mit der Unterschrift des Gemeindevertreters wird auch das Einverständnis mit dem Bericht gezeigt.

Es gab keinen einzigen Gemeindevertreter, der einen gemeinsam besprochenen Bericht nicht unterschrieb, ebenso gab es keine Diskussionen über Unterschriftsleistungen der Beschäftigten zur Dokumentation der arbeitsmedizinischen Unterweisungen.

Mit der Übergabe des Berichtes und der Unterschriftsleistung war die arbeitsmedizinische Betreuung in der Gemeinde für ein Jahr beendet.

Einsatzzeit vor Ort

Die gesetzlich vorgeschriebene Stundenanzahl wurde bei der Erstbetreuung meist überschritten aufgrund der Fülle der Informationen. Natürlich wurde versucht, die Einsatzstunden im gesetzlichen Rahmen zu leisten, allerdings ist es auch Ziel des Projekts, wirklich jedem anwesendem Mitarbeiter eine optimale und auch individuelle

arbeitsmedizinische Betreuung zu garantieren. Aus Sicht des Arbeitsmediziners sind die gesetzlichen Vorgaben dann am besten genutzt, wenn Beschäftigte an Diskussionen rege teilnehmen, die Screening-Untersuchungen begeistert annehmen und mithelfen, Verbesserungen für ihren Gesundheitsschutz zu ermöglichen und umzusetzen.

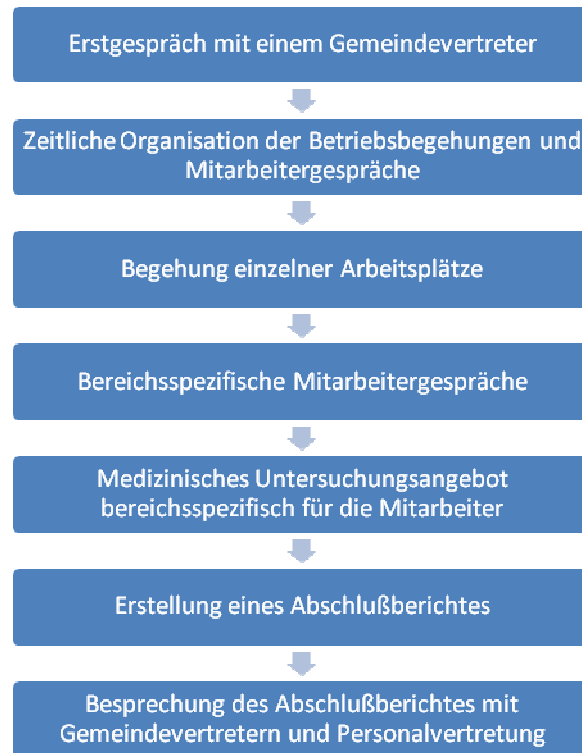


Abbildung 1: Ablauf der Intervention

6.2.3 Wiederkehrende Betreuung

Kurz zusammengefasst: die wiederkehrenden Betreuungen gestalteten sich meist völlig anders als die Erstbetreuung, teils beabsichtigt, teils als eine eigendynamische Entwicklung, der auch meist Folge geleistet wurde.

Das Erstgespräch erfolgte ebenso in erster Linie mit dem Amtsleiter bzw. der Ansprechperson, die bereits bei der Erstbetreuung kontaktiert worden war.

Eingangs wird immer der Erstbericht besprochen. Vorgeschlagene Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit beurteilt.

Da der Erstbericht nie ohne Abschlussgespräch übergeben wird, sind die Änderungsvorschläge bereits einmal hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzbarkeit diskutiert

worden. Ein Jahr später wird die Situation allerdings aus einem anderen Blickwinkel betrachtet; andere Fragen werden gestellt; Probleme, deren Änderung sich als schwierig gestaltet hat, werden neu aufgerollt, falls möglich, andere Zugangswege aufgezeigt und neue Perspektiven geschaffen.

6.2.3.1 Veränderungen im Projektablauf über 2 Jahre

Aus der vorausgegangenen Projektbeschreibung lassen sich einige gravierende Veränderungen in der Betreuung ersehen:

6.2.3.2 Änderungen von Seiten der Gemeinden

Auswahl der Ansprechpartner

Der Ansprechpartner, aber auch die Verantwortlichen für die Umsetzung wurden bei einigen Gemeinden geändert. In 2 Fällen wurde eine Sicherheitsvertrauensperson ausgebildet, die die Begleitung in die verschiedenen Dienststellen und zu den Mitarbeiterberatungen übernahm,

Der Amtsleiter tritt bei den wiederkehrenden Betreuungen häufiger in den Hintergrund, die Kompetenzen werden auch zu Themen der Arbeitssicherheit mehr an die jeweiligen Bereichsleiter abgegeben.

In Gemeinden, in denen eingangs auch der Bürgermeister anwesend war, wurde in der Zweitbetreuung ebenfalls ein neuer Ansprechpartner ausgewählt.

Die Beratung verlagerte sich, auch lokal, mehr in die einzelnen Dienststellen und intensiver zu den Beschäftigten.

Zeitmanagement

Die gesetzlich vorgegebenen Einsatzstunden konnten meist erst ab der zweiten Betreuung eingehalten werden.

Das hängt einerseits von den Bedürfnissen der Beschäftigten ab: z.B. wurden Untersuchungen nur mehr nach Bedarf angeboten und zwar für Beschäftigte, die im Vorjahr nicht anwesend waren und für Beschäftigte, die eine neuerliche Untersuchung wünschten,

aufgrund von Ergebnissen externer Nachuntersuchungen oder Verschlechterungstendenz eines Untersuchungsergebnisses,

Andererseits kann die Themenwahl bei Besprechungen eingegrenzt werden auf Schwerpunktthemen, bzw. berichtsrelevante Daten aus der Erstbetreuung, Hilfestellung bei noch nicht erfolgter Umsetzung von Maßnahmen und Anleitung zum weiteren Ablauf gesundheitsfördernder Projekte.

6.2.3.3 Änderungen von Seiten der KFG

Die Geschäftsleitung der KFG gab keine Änderungen für wiederkehrende arbeitsmedizinische Betreuungen vor.

Telefongespräche zur Terminisierung der Einsätze benötigten nicht mehr so viel Zeit, da das Prinzip und die Abfolge der Beratung in den Gemeinden bereits bekannt waren und am Telefon weniger Fragen zum Ablauf gestellt wurden.

Einige Male wurden im Vorfeld bereits detaillierte „Einsatzpläne“ von den Verantwortlichen gefaxt und somit die Planung der Begehung vom Beschäftigten übernommen.

Erforderlichenfalls wurden eigenverantwortliche Änderungen der Betreuung arbeitsmedizinisch organisiert, betreffend die zeitliche Abfolge und das Angebot der Untersuchungen.

Ausreichend Zeit musste für jeden Dienstnehmer zur Verfügung stehen, der Einzelberatungen wünschte. Diese Forderung ließ sich auch in den meisten Fällen erfüllen.

7 Ergebnisse

Anschließend werden die Ergebnisse der Intervention, sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht dargestellt.

7.1 Ergebnisse medizinischer Untersuchungen (Screenings, Messungen) bereichsabhängig)

Interessante und sicherlich noch weiter zu bearbeitende Ergebnisse zeigten sich im Rahmen der allgemein- und arbeitsmedizinischen Untersuchungen.

7.1.1 Verwaltung

Es wurden 111 Gemeinden besucht davon wurden in 50 Verwaltungsbereichen medizinische Probleme und Belastungen gefunden. Eine wiederkehrende Betreuung konnte im Rahmen des Projektes in 34 Gemeinden durchgeführt werden.

Folgende gesundheitliche Belastungen sind vorgekommen:

7.1.1.1 Mögliche allergische Sensibilisierungen durch Schadstoffe in Innenräumen

z.B. Schimmelpilz; Formaldehyd

Messungen:

In drei Fällen wurden über die AUVA Wien Schimmelpilzmessungen organisiert und Gefährdungen der Beschäftigten im Amtshaus verifiziert.

7.1.1.2 Mögliche karzinogen wirkende Belastungen in Innenräumen

z.B. Radonstrahlung

Messungen:

Radonmessungen wurden vom Land Oberösterreich, unabhängig von dem beschriebenen Projekt arbeitsmedizinischer Betreuung, in allen Gemeinden Oberösterreichs durchgeführt.

Fallbeispiel:

Ergebnisse der Radonmessung im Rathaus der Gemeinde Micheldorf/Bezirk Kirchdorf:

Nachdem im Radonmessbericht des Landes OÖ, für die Beschäftigten beunruhigend hohe Radonstrahlung festgestellt wurde, war es in diesem Fall Aufgabe der arbeitsmedizinischen Beratung, eine Stellungnahme dazu abzugeben.

Eine Anfrage an Experten der AUVA Wien wurde gestellt und aufgrund der Auswertung der Berichte und weiteren Recherchen konnten kurz- und längerfristige arbeitsmedizinische Empfehlungen gegeben werden.

In diesen Fällen war allerdings nicht nur die Dokumentation und offizielle Berichterstellung notwendig, sondern vor allem die Beratung der betroffenen Mitarbeiter vor Ort. Anhören und ernst Nehmen der Ängste, Beruhigung der Situation und vor allem konkrete Vorschläge zu Verbesserungsmaßnahmen sind wichtig für Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

Fallbeispiele Schimmelpilz:

Durch die objektive Verifizierung der Belastung im Amtsgebäude konnte in allen 3 Fällen eine Beschleunigung der notwendigen Sanierungsmaßnahmen erreicht werden.

7.1.1.3 Belastungen des Bewegungsapparates durch unergonomische Sitzhaltung

Ein Thema, das an jedem Bildschirmarbeitsplatz mit den betroffenen MitarbeiterInnen, soweit anwesend, diskutiert wurde.

Konkrete Maßnahmenvorschläge konnten in den meisten Fällen im Laufe eines Jahres umgesetzt werden. Dazu gehören Änderungen der Büroeinrichtung bzw. Berücksichtigen der Vorschläge bei Neuadaptierungen; Umstellen der vorhandenen Arbeitsmittel und Neuorganisation der Arbeitsabläufe im Hinblick auf wechselnde Bewegung.

Oft war aber bereits durch die Unterweisung zur richtigen Adaptation der Arbeitshöhen und zu Möglichkeiten der individuellen Einstellung der Arbeitsstühle eine Verbesserung der Ergonomie zu erzielen.

Erfreulich sind vor allem die Bemühungen der Arbeitgeber, gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen und das Bestreben aller Beschäftigten, oft auch mit wenigen Mitteln, das Beste zu erreichen.

Konkret wurden in 50 Fällen neue Arbeitsstühle empfohlen; innerhalb eines Jahres wurden in 9 Gemeinden alle Stühle ausgetauscht.

26 Personen benötigten eine Fußstütze, um die richtige Einstellung der Sitzhöhe zu erreichen; in 3 Fällen wurden die vorgeschlagenen neuen Bürotische angekauft, um z.B. Ecklösungen ohne Niveauunterschied zu gestalten.

Wenn räumlich möglich und um dynamische Bewegung zu fördern (in diesem Fall den Wechsel zwischen stehender und sitzender Tätigkeit), wurden anlässlich des Beratungsvorschlages in 2 Fällen den Arbeitnehmern Stehtische zur Verfügung gestellt.

Vor allem für den Bereich der Halswirbelsäule problematisch können sich Arbeiten in der Drehbewegung und ein falscher Sehwinkel auswirken (vgl.).

Das Arbeiten in der Drehbewegung wurde in fast allen von 35 Fällen sofort bzw. innerhalb eines Jahres korrigiert, sodass ein Arbeiten in gerader Linie vor dem Bildschirm möglich wurde.

Die Korrektur eines falschen Sehwinkels gelang meist im Rahmen der Beratung vor Ort.

Ausgleichsübungen für am Bildschirmarbeitsplatz Arbeitende wurden in Form von Internetadressen weitergegeben. Dabei wurde immer darauf hingewiesen, dass diese Übungen nur für Gesunde empfohlen werden können; für Beschäftigte mit Vorschäden am Bewegungsapparat muss zuvor eine ärztliche Stellungnahme und/oder der Rat eines Physiotherapeuten eingeholt werden.

(Tab: Empfehlungen zur Vermeidung muskuloskelettaler Erkrankungen)

7.1.1.4 Mögliche Sehverschlechterungen am Bildschirmarbeitsplatz

Interessant für alle Beteiligten war die Kombination aus Beratung des Mitarbeiters an seinem Arbeitsplatz zu Sehverschlechterungen und den Sehtestergebnissen der Screeninguntersuchung. Vergleichend wurden Sehtests auch, soweit zeitlich möglich, den Beschäftigten aller anderen Bereiche angeboten (vgl. Tabelle: Sehtestergebnisse).

Auffällig an den Ergebnissen ist ein verstärktes Auftreten von Sehverschlechterungen am Bildschirmarbeitsplatz (hier vor allem erworbene Sehfehler in der Ferne = Kurzsichtigkeit) im Vergleich zu Arbeiten im Freien (s. dazu: ...)

. Zusammenhänge bestehen dabei mit der Ausstattung durch technisch einwandfreie Arbeitsmittel (va. Bildschirme und Blendschutzvorrichtungen) und der Arbeitszeit, die für Bildschirmarbeit eingesetzt wurde (Belastungsjahre) und wird (wöchentliche Arbeitszeit).

Blendschutz vor dem Fenster wurde in 21 Fällen empfohlen; die Verwendung des vorhandenen Blendschutzes in 32 Fällen.

Dass Sehverschlechterungen auch zu Fehlern z.B. beim Abschreiben von Daten , führen können, ist bekannt. Somit liegt es hier auch im wirtschaftlichen Interesse des Arbeitgebers, eine Verbesserung der Sehbedingungen zu bewirken.

Ein Austausch von, nicht mehr dem Stand der Technik entsprechenden Bildschirmen konnte in 4 der Gemeinden bewirkt werden. Die Beleuchtung wurde nach Möglichkeit sofort adaptiert. Messungen der Beleuchtungsstärke wurden an den betreuenden Sicherheitstechniker weitergegeben, da dies im Rahmen der arbeitsmedizinischen Beratung zeitlich nicht möglich war.

Bildschirmarbeitsbrillen werden gemäß Bildschirmarbeitsverordnung in allen Gemeinden zur Verfügung gestellt, sobald vom Mitarbeiter eine augenfachärztliche Bestätigung des Bedarfs vorgelegt werden kann.

Bildschirmarbeitsbrillen (s. Gemeindebedienstetenschutzgesetz) dienen dazu, den Bereich des Bildschirms in ca. 55 cm deutlich und umfangreicher zu sehen, als z.B. durch eine Gleitsichtbrille.

7.1.1.5 Sturz und Fall

Sturz- und Fall-Unfälle erscheinen im Büro sehr unwahrscheinlich. Gefahren dahingehend gab es allerdings in einigen Verwaltungen.

Diese reichten von eindeutigen sicherheitstechnischen, oft gebäudebedingten Mängeln, wie z.B. ein fehlender Handlauf an einer Stiege, keine Beleuchtung im Abgang zum Kellerarchiv

bis zu beinahe „üblichen“ Mängeln, wie fehlende oder kaputte Aufstiegshilfen zu schwer erreichbaren Ablagefächern.

7.1.1.6 Raumklimatische Belastungen.

In manchen Gemeinden wurde über extreme Hitze, vor allem in den Sommermonaten, durch direkte Sonneneinstrahlung geklagt

Da zu diesem Thema die Lösungsmöglichkeiten vorwiegend im technischen Bereich liegen, wurde auch hier auf den betreuenden Sicherheitstechniker verwiesen,

Feinstaubbelastungen durch Laserdrucker verschlechtern ebenso das Raumklima und konnten in den meisten Fällen entschärft werden, z.B. durch Umstellen der Zentraldrucker, Änderung der Arbeitsorganisation oder Einbau von Staubfiltern in die Geräte. Auf die Nutzung regelmäßiger Wartungsverträge wurde ebenfalls aufmerksam gemacht.

7.1.2 Kindergarten

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Beratung wurden in den betreuten 111 Gemeinden 51 Kindergärten besucht. Die geringe Anzahl von Kindergärten im Vergleich zur Anzahl der Gemeinden ergibt sich aufgrund der zahlreichen privaten Träger, die nicht in die Gemeindebedienstetenberatung miteinbezogen werden.

Betriebe privater Träger unterliegen dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und werden als Kleinbetriebe (unter 50 Dienstnehmer) durch AUVAsicher arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch beraten (s. Kap. Intervention – Kleinbetriebebetreuung)

Die arbeitsmedizinisch zu behandelnden Themen in Kindergärten ergeben sich durch das, aufgrund der Tätigkeit, erhöhte Risiko für Infektionskrankheiten, Lärmbelastungen und durch Zwangshaltungen bedingte Beschwerden des Bewegungsapparates.

Wenn anwesend, wurden Damen der Busbegleitung miteinbezogen und diese Thematik gesondert erörtert.

7.1.2.1 Infektionskrankheiten

In keiner der bis 2009 betreuten Gemeinden (111) war ein anerkannter Fall einer Berufskrankheit durch Infektion bekannt.

Vereinzelte Mutmaßungen seitens der Beschäftigten zu möglichen Missbildungen durch Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft lassen sich wissenschaftlich nicht beweisen, sind also für diese Arbeit eigentlich nicht relevant.

Für die arbeitsmedizinische Beratung in Kindergärten sind jedoch alle Bedenken der Beschäftigten zu möglichen gesundheitlichen Schäden ernst zu nehmen und zu entkräften oder als mögliche Gefahren zu vermeiden

Folglich wurde in diesem Arbeitsbereich dem Mutterschutz mehr Raum in der Beratung und Berichterstellung gegeben als in allen anderen Bereichen.

Durch medizinische Studien nachgewiesen, ist die Gefahr von Missbildungen am Embryo durch einige Infektionskrankheiten, die bei Kindern als völlig „normale“ Kinderkrankheiten auftreten, gegeben (z.B. Varizellen, Röteln,..)

Umso mehr ist es hier Aufgabe des Arbeitgebers, für den notwendigen Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen zu sorgen! Im Abschlußbericht wurden detaillierte Angaben zu möglichen Infektionskrankheiten und Impfprophylaxe, sowie den gesetzlichen Grundlagen, gemacht. Bei den wiederkehrenden Betreuungen zeigte sich, dass ein Großteil der oberösterreichischen Gemeinden vorbildlich handelt und den Mitarbeiterinnen den notwendigen Impfschutz gewährt.

Die gesetzlichen Grundlagen zur Übernahme von Kosten für den Impfschutz der Bediensteten beruhen auf dem §2 des Gemeindebedienstetenschutzgesetzes, der auf die Verantwortlichkeit des Arbeitgebers in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hinweist. Deziert Hinweise auf die notwendige Impfprophylaxe finden sich in der Verordnung für biologische Arbeitsstoffe, die im Gemeindebedienstetenschutzgesetz ebenso wie im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz implementiert ist.

Impfschutz bzw. Immunität sollte für die häufigsten Kinderkrankheiten bestehen, da deren Verlauf im Erwachsenenalter immer schwerer ist und in der Schwangerschaft negative Auswirkungen für das Ungeborene verursachen können!

7.1.2.2 Hörverschlechterungen durch Lärm (s. Tabelle)

Interessante Ergebnisse zeigten sich bei vergleichenden Untersuchungen des Gehörs durch Audiometrien in allen Kindergärten der betreuten Gemeinden.

Fallbeispiel: Gemeinde im Bezirk Kirchdorf

Das Kindergartengebäude war bis zur arbeitsmedizinischen Erstbegehung 2007 ohne Lärmschutzmaßnahmen ausgestattet. Die MitarbeiterInnen klagten bei der Besprechung über schlechte Raumakustik und zunehmende Lärmbelastung in den Gruppenräumen und im Bewegungsraum.

Bei der Audiometrie zeigten sich auffallende Ergebnisse:

Von 6 Beschäftigten wurde bei 5 Mitarbeiterinnen eine, im Ausmaß unterschiedlich, aber deutliche Tendenz zu beginnender Lärmschwerhörigkeit festgestellt. Nach Befragung stellte sich heraus, dass die betroffenen fünf MitarbeiterInnen bereits seit vielen Jahren in dem genannten Kindergarten arbeiten, während die sechste Mitarbeiterin erst einige Monate dort angestellt war.

Gehörschäden durch Lärm im Kindergarten sind EU-weit bekannt und belegt. Schon 2005 kam es in Dänemark und Schweden zu der Empfehlung in den Medien, Kindergartenpädagoginnen mit Gehörschutz auszustatten.

Ein weiteres empirisches Ergebnis der Audiometrien ist augenscheinlich, allerdings konnten dazu keine Erfahrungsberichte gefunden werden:

Minimale Hörverschlechterungen zeigen sich häufig bei KindergartenpädagogInnen, unabhängig von dem Kindergartengebäude, in dem gearbeitet wird, im Tieftonbereich, während sehr hohe Frequenzen extrem gut aufgenommen werden (s. Tabelle)

Mögliche Erklärung wäre eine starke Sensibilisierung für Kinderstimmen (Hochtonbereich); dies kann jedoch durch Literaturrecherchen derzeit nicht belegt werden!

Lärmmessungen durch die AUVA wurden in zwei Fällen organisiert; die anschließende Beratung durch technisch geschultes Fachpersonal bestätigte die Annahme, dass in Schalldämmung investiert werden muss oder diese zu ergänzen sei.

Praktische Tipps zur Lärmreduktion wurden ebenso weitergegeben, z.B. die Anwendung von Lärmampeln (Rotes Blinken bei Auftreten von gehörschädigendem Lärm), die zusätzliche Ausstattung des Raumes mit Vorhängen und Ähnlichem.

8.1.2.3. Belastungen des Bewegungsapparates im Kindergarten

Häufige Bewegungsapparatprobleme zeigen sich allgemein im LWS- und HWS-Bereich. Diese Beschwerden sind belegbar arbeitsbedingt; einerseits verstärkt durch unergonomische Sitzhaltungen z.B. auf kleinen Kinderstühlen oder Zwangshaltungen, vor allem im HWS-Bereich. Das ständige „Nach vorne Beugen“ verursacht Einschränkungen der Blut- und somit Sauerstoffversorgung der Bandscheiben im HWS-Bereich.

Beschwerden solcherart wurden in den meisten Kindergärten angegeben.

Verbesserungsvorschläge reichten von ergonomischen Sitzmöbeln (26 Fälle) über Änderungen der Arbeitsorganisation bis zu Ausgleichsübungen.

Eine allgemeine Verbesserung der Situation zeigte sich in den meisten Gemeinden bereits bei der zweiten Betreuung. Ergonomische Sitzgelegenheiten für das Kindergartenpersonal finden sich nunmehr in einem Großteil der oberösterreichischen Kindergärten (s. Kap. 8.2.)

7.1.3 Bauhof/Kläranlagen/Bäder

Im folgenden Abschnitt wird die Situation zum Gesundheitsschutz der Mitarbeiter für Bauhöfe, Kläranlagen und Bäder gemeinsam beschrieben, da Bauhofmitarbeiter in allen genannten Bereichen beschäftigt werden.

7.1.3.1 Bauhof

Hauptthemen der Beratung in den Bauhöfen der Gemeinden waren zweifellos der Alleinarbeitsplatz, Verletzungsgefahren durch Sturz und Fall und an Maschinen, sowie der

Einsatz persönlicher Schutzausrüstung zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Positive Ergebnisse in der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen ließen sich vor allem in der Erneuerung, Ergänzung der Ausstattung, sowie der Anwendung persönlicher Schutzausrüstung erzielen.

Persönliche Schutzausrüstung:

Beinahe in jeder Gemeinde wurden zusätzliche Artikel der persönlichen Schutzausrüstung angekauft, vor allem Helme fehlten bzw. entsprach das Ablaufdatum nicht mehr den erforderlichen Bestimmungen in 36 Gemeinden.

Die Unterweisung zum Tragen der Helme musste überall ergänzt bzw. intensiviert werden.

Die Umsetzung der Helmtragepflicht, besonders bei Baggararbeiten, war in jeder Gemeinde ein Diskussionspunkt.

Dennoch war bei den wiederkehrenden Begehungen seitens der Beschäftigten mehr Verständnis für ausreichenden Kopfschutz zu bemerken!

Hinzu kamen Arbeitsunfallmeldungen über Kopfverletzungen im Begehungszeitraum), die selbstverständlich in den betroffenen Gemeinden besprochen und auf Vermeidungskriterien hin überprüft wurden.

Sicherheitstechnische Mängel; Sturz und Fall-Gefahren:

Verletzungsgefahren durch Sturz und Fall, sowie an Maschinen:

Zu diesem Thema ist in erster Linie der Einsatz der sicherheitstechnischen Betreuer gefordert.

Ein positives Ergebnis dazu stellte die verstärkte Inanspruchnahme sicherheitstechnischer Leistungen durch die Gemeinden dar. Nach den KFG-Umfrageergebnissen 2006 (s. Kap.5) waren zum Zeitpunkt der ersten arbeitsmedizinischen Beratung bereits 64 % der Gemeinden auch sicherheitstechnisch betreut.

In den untersuchten Gemeinden waren in 79 Fällen Sicherheitstechniker im Einsatz.

Teilweise beschränkte sich diese Betreuung allerdings auf eine einmalige Erstevaluierung incl. Begehung der Gemeindebetriebe.

In den Folgejahren wurde die gesetzlich vorgeschriebene jährliche Begehung oft nicht mehr beauftragt, teils aus Kostengründen, teils aus mangelndem Verständnis der Notwendigkeit.

Gerade zu diesem Aspekt ließen sich durch die arbeitsmedizinische Betreuung Verbesserungen erzielen.

Erstens wurden die Verantwortlichen auf die gesetzliche Notwendigkeit einer laufenden Evaluierung und Beratung durch Präventivfachkräfte hingewiesen,

zweitens konnte auch hier Bewusstseinsbildung im positiven Sinn erzielt werden, da eben nicht alle Belange der Arbeitssicherheit medizinisch zu lösen sind, sondern gerade in der Problematik der Absturzsicherung technische Detailberatung unverzichtbar ist.

Praktische Ergebnisse wurden in 19 von 34 Gemeinden erreicht z.B. im Ankauf von Hubwagen, Absturzsicherungen, Austausch von nicht der Norm entsprechenden Leitern usw.

Arbeitssicherheitsschuhe, die ebenso zur Vermeidung von Sturzverletzungen zweckdienlich sind, gehören mittlerweile zur Grundausstattung eines Bauhofmitarbeiters. In 101 Gemeinden werden sie, meist nach Bedarf, dem Mitarbeiter zur Verfügung gestellt.

Belastungen des Bewegungsapparates – Heben und Tragen

Da bei Bauhoftätigkeiten häufig schwere Lasten zu heben sind, wurde hier in erster Linie die technische Ausstattung mit Hebehilfen beurteilt.

In 2 Bauhöfen konnte der zusätzliche Ankauf von Hebehilfen angeregt werden; einige kleine Gemeinden entwickelten Kooperationsformen, sodass Maschinen gemeinsam verwendet werden können.

Unterweisungen zum richtigen Heben und Tragen wurden im Rahmen der Mitarbeiter-Besprechung in allen betreuten Gemeinden durchgeführt, da es sich hierbei um ein vordergründig arbeitsmedizinisches Thema handelt.

Videoschulungen können mit Unterstützung der AUVA längerfristig organisiert werden, dieses Angebot wurde bisher von keiner betreuten Gemeinden genutzt.

7.1.3.2 Kläranlage

Alleinarbeitsplatz

Kapitelübergreifend ist hier besonders das Thema Alleinarbeitsplatz zu diskutieren.

Kapitelübergreifend deswegen, da diese Situation auch immer wieder am Bauhof und in der Reinigung auftreten kann!

Leider konnten innerhalb eines Jahres zu diesem Aspekt keine wesentlichen Verbesserungen erzielt werden, eventuell vereinzelt innerhalb der Kläranlagen.

Kläranlagen sind eindeutig Arbeitsplätze höchster Gefahrenklasse. Arbeitsunfälle haben hier meist schwerwiegende bis lebensbedrohende Folgen (s. Bericht ...)

Es muss erforderlichenfalls , wie auch gesetzlich gefordert, zumindest ein ausgebildeter Ersthelfer erreichbar sein.

Gesetzlich wird seit Mai 2009 von den Gemeinden als Arbeitgeber gefordert, dass ausgebildete Ersthelfer bei einem etwaigen Arbeitsunfall jederzeit sofort erreichbar sein müssen. Dies ist naturgemäß an einem Alleinarbeitsplatz nicht möglich.

Aus diesem Grund müssen hier von allen Verantwortlichen noch mehr Anstrengungen zur Verbesserung der Situation gefordert werden!

Hygienemaßnahmen, Prophylaxe von Infektionskrankheiten

Die Mehrzahl der im Zeitraum 2007/08 arbeitsmedizinisch betreuten Kläranlagen entsprachen den gesetzlich geforderten Hygienerichtlinien . Dort wurde auch ein eigener Klärwärter mit entsprechender Ausbildung beschäftigt.

In Kläranlagen, vor allem kleinen Anlagen, die durch Bauhofmitarbeiter im Rahmen ihrer Tätigkeit mitbetreut wurden, wurden keine geeigneten Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionskrankheiten gesetzt.

In einem Fall gab es weder in der Kläranlage noch im Bauhof geeignete Waschgelegenheiten; Arbeitskleidung wurde nicht zur Verfügung gestellt bzw. in 28 Fällen wurde die Reinigung der Arbeitskleidung nicht durch den Arbeitgeber organisiert (s. Gemeindebedienstetenschutzgesetz: Dienstkleidung), sodass eine Übertragung von Krankheitserregern auch in Familien nicht ausgeschlossen ist.

Die Impfprophylaxe gegen Hepatitis A/B wurde in den Gemeinden, die eigene Klärwärter beschäftigen, für diese Personen ermöglicht. In 34 Gemeinden erhielten auch alle anderen Bauhofmitarbeiter die geeignete Impfprophylaxe, in 20 Gemeinden konnte die regelmäßige Impfprophylaxe durch die arbeitsmedizinische Beratung initiiert werden.

7.1.3.3 Bäder

Einige Gemeinden, die über Hallen- oder Freibäder verfügen, wurden arbeitsmedizinisch beraten. In den Regattagemeinden rund um den Attersee gibt es Seebäder, die ebenfalls von Bauhofbediensteten mitbetreut werden.

Ausbildungskurse zum Umgang mit Chlorgas sind inzwischen Standard für die Bediensteten der Bäder. Wünschenswert von Seiten der Beschäftigten wären Fortbildungsschulungen in regelmäßigen Abständen.

Aufgrund der arbeitsmedizinischen Beratung konnten hier in einem Jahr noch keine Verbesserungen festgestellt werden, längerfristig sind jedoch Maßnahmen vorgesehen und werden auch von den Verantwortlichen befürwortet. Im Betreuungszeitraum gab es einen Zwischenfall durch Chlorgasaustritt (Juni 2009), der zum Glück keine gesundheitlichen Probleme für Personal und Bevölkerung zur Folge hatte.

Chemische Arbeitsstoffe:

Der richtige Umgang mit Chemikalien war für alle Beschäftigten der Bauhöfe, Kläranlagen und Bäder ein wesentliches Beratungsthema. Auch im anschließenden Kapitel Reinigung ist ein Großteil den chemischen Arbeitsstoffen gewidmet.

Die Lagerung der Chemikalien wurde in 35 Fällen beanstandet. Giftschränke, in denen z.B. Insektizide gelagert werden müssen, waren in den meisten Fällen nicht vorhanden, Umfüllen

in Lebensmittelflaschen oder Stehen lassen von Giftstoffen in geöffnetem Zustand kam ebenso vor wie im Reinigungsbereich.

Sicherheitsdatenblätter waren teilweise vorhanden und zwar in jenen Gemeinden, die bereits sicherheitstechnisch betreut wurden. Unterweisungen zu den Sicherheitsdatenblättern durch die unmittelbaren Arbeitgeber wurden häufig verabsäumt, im Laufe der Beratungen wiederholt angeregt.

Die persönliche Schutzausrüstung zum Umgang mit chemischen Arbeitsstoffen (Schutzbrille, Handschuhe, Atemschutz) ist in den Bauhöfen der Gemeinden weitgehend vorhanden. Hier wurde in den Mittelpunkt der Beratung die richtige Auswahl der Handschuhmaterialien und Atemschutzmasken gestellt.

Erste Hilfe Ausstattung, die bei Auftreten eines Chemikalien Unfalles notwendig sein kann (z.B. Körperduschen, Augenspülflaschen) war bei der Erstbetreuung in keiner Gemeinde vorhanden. Vor allem Augenspülmöglichkeiten wurden innerhalb eines Jahres in jeder betreuten Gemeinde geschaffen.

7.1.4 Reinigung

Darstellung der Untersuchungsergebnisse arbeitsmedizinischer Beratung des Reinigungspersonals oberösterreichischer Gemeinden.

Der Schwerpunkt der Beratung liegt, wie auch in den Bereichen Verwaltung, Bauhof und Kindergarten in der Vermeidung von Arbeitsunfällen und berufsspezifischer Erkrankungen.

Arbeitsunfälle

Die häufigste Arbeitsunfallursache ist auch beim Reinigungspersonal der Gemeinden eindeutig **Sturz und Fall-bedingt**. In der Beratung wurde in erster Linie auf Absturzsicherungen bei der Fensterreinigung eingegangen: in Keiner der 111 betreuten Gemeinden standen adäquate Fensterabsturzsicherungen zur Verfügung. Es zeigte sich in erster Linie, auch in bereits sicherheitstechnisch betreuten Gemeinden, ein eklatanter Mangel in der Ausführung der betriebsspezifischen Evaluierung.

Keine Gemeinde besaß eine betriebspezifisch eindeutige Evaluierung mit klarer Definition z.B. an welchen Fenstern welche Absturzsicherungen zu verwenden sind. Somit erhielt das Reinigungspersonal auch keine eindeutige , wenn nötig, auch praktische Unterweisung, wie Fensterabsturzsicherungen zu verwenden sind, ob bei gewissen Reinigungsvorgängen persönliche Schutzausrüstung als Absturzsicherung anzuwenden ist oder welche Leitern wie eingesetzt werden dürfen.

Innerhalb eines Jahres wurden zu diesem Problem in allen betroffenen Gemeinden Lösungsmöglichkeiten gefunden. Vor allem die sicherheitstechnische Beratung wurde in dieser Hinsicht intensiviert und Unterweisungen verstärkt praxisnaher gestaltet.

Lösungsmöglichkeiten zur Vermeidung dieser Unfallgefahr ergaben sich teilweise durch verstärkte Teamarbeit mit den im Bauhof beschäftigten Personen, durch Ankauf und Einsatz zusätzlicher technischer Geräte, aber auch durch Vergabe gefährlicher Arbeiten an externe Spezialfirmen.

In keiner der betreuten Gemeinde war es notwendig, Reinigungspersonal mit Absturzsicherungen in Form von persönlicher Schutzausrüstung arbeiten zu lassen.

Zur Vermeidung von Sturz und Fall-Unfällen ist es ebenso wichtig, auf gutes Schuhwerk zu achten. Arbeitsschuhe des Reinigungspersonals muss jedenfalls über ausreichenden Zehenschutz, Fersenhalt und eine rutschfeste Sohle verfügen. In 45 Gemeinden wurden bereits vor der ersten arbeitsmedizinischen Beratung Schuhe, die diese Kriterien erfüllen, zur Verfügung gestellt, ein Jahr später bereits in allen, wiederholt besuchten Gemeinden.

Aufsteller „Achtung Rutschgefahr“, neue normgerechte Leitern (in 5 Fällen) und bessere Aufstiegshilfen wurden ebenso beigestellt.

Chemische Arbeitsstoffe

Unfälle durch chemische Arbeitsstoffe kommen in den Arbeitsunfallaufzeichnungen der KFG seit 2006 nicht vor. Angaben von Beschwerden durch Einatmen chemischer Arbeitsstoffe gab es bei zwei Beschäftigten. Dabei kam es zu Reizungen der Atemwege, die in einem Fall vier Monate lang andauerten.

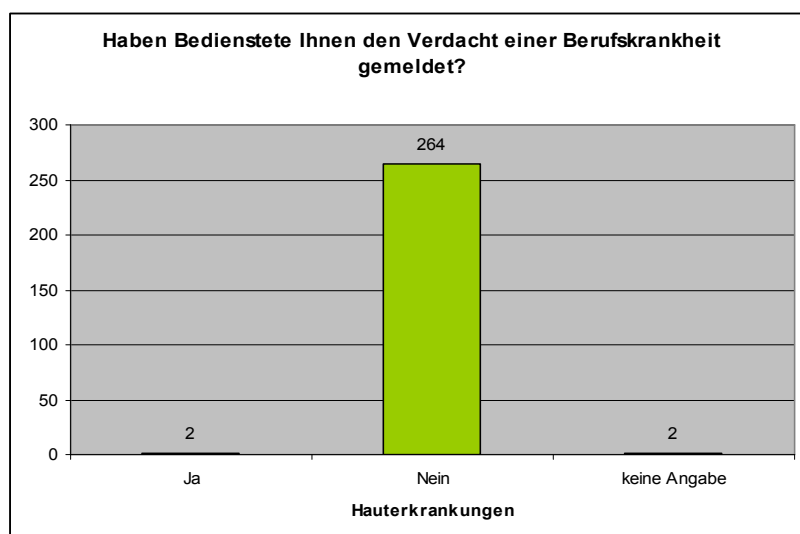
Vor allem in den Gemeinden, in denen die Verantwortung für das Personal einer Person zugeteilt worden war, waren die Beschäftigten insgesamt und auch im Hinblick auf chemische Arbeitsstoffe besser informiert. Sicherheitsdatenblätter mussten in allen Gemeinden noch nachgefordert werden, die Unterweisung dazu fehlte in 69 Fällen.

Im Zuge der arbeitsmedizinischen Beratung wurde allgemein über die Gefährlichkeit der verwendeten Produkte informiert, ein kurzer Überblick über vorhandene Sicherheitsdatenblätter gegeben, auf die wesentlichen Punkte der Sicherheitsdatenblätter hingewiesen und zur Erste Hilfe Leistung bei Chemikalienunfällen geschult..

Als Konsequenz wurden in fast allen Gemeinden fehlende Sicherheitsdatenblätter angefordert, geeignete persönliche Schutzausrüstung angekauft (Schutzbrillen und Handschuhe aus chemikalienbeständigen Materialien) und Augenspülflaschen zur Erste Hilfe Leistung bei Augenverletzungen in gefährdeten Bereichen montiert.

Hauterkrankungen

Als Berufskrankheit anerkannt wurde im Zeitraum der Betreuung keine Hauterkrankung. Es gab auch keine derart schwere Beeinträchtigung der Haut, sodass eine Mitarbeiterin aus diesem Grund nicht mehr einsetzbar gewesen wäre. Beginnende Hautschäden bzw. leichte Beschwerden wurden jedoch angegeben, sodass die Beratung zu richtigem Hautschutz in allen Gemeinden intensiviert wurde:



Auf Ankauf der richtigen Handschuhmaterialien wurde in 23 Gemeinden verstärkt geachtet, Hautschutzprodukte wurden im Reinigungsbereich größtenteils zur Verfügung gestellt. Bei der Beratung wurde auf die richtige Anwendung und Aufbewahrung geachtet. Die Erstellung von Hautschutzplänen wurde empfohlen, jedoch kaum umgesetzt. Hervorzuheben sind drei Gemeinden, die Schulungen zu diesem Thema durch Firmenvertreter organisierten.

Infektionskrankheiten

Impfprophylaxe stand im Gegensatz zu den Bauhöfen dem Reinigungspersonal vor der ersten arbeitsmedizinischen Beratung in keiner betreuten Gemeinde zur Verfügung. Im Anschluss an die Erstberatung wurden in manchen Gemeinden die Kosten für Impfungen aufgrund des arbeitsbedingt erhöhten Risikos übernommen. Arbeitsbedingt erhöhtes Risiko besteht vor allem im Hinblick auf die Möglichkeit einer Hepatitis A-Infektion – bedingt durch den Umgang mit Abwasser und Abfall. Für Hepatitis B als Restrisiko wurde begleitend die Impfung empfohlen. Restrisiko deshalb, da zwar bis dato in Gemeinden noch niemand im Reinigungsbereich arbeitsbedingt an Hepatitis B erkrankt ist, die mögliche Gefährdung aber beschrieben wurde, bedingt durch die Abfallentsorgung. Ebenso übernommen wurden die Kosten für notwendige Tetanus-Auffrischungen. FSME war in der Reinigung berufsbedingt meist kein Risiko; in 5 Fällen wurde Reinigungspersonal auch mit Landschaftspflege betraut, dort wurde FSME-Schutz seitens des Arbeitgebers gewährt.

Beschwerden des Bewegungsapparates

Vor allem in den Besprechungen mit dem anwesenden Personal und in Mitarbeiterinterviews wurde über starke Belastungen des Bewegungsapparates durch die Reinigungstätigkeit geklagt.

Im Vordergrund stehen Abnutzungen der Wirbelsäule und Gelenke durch Heben und Tragen, sowie einseitiger, immer wiederkehrender Bewegungsabläufe.

Die Anzahl der Krankenstandstage aus diesem Grund ist, wie auch in anderen Arbeitsbereichen, hoch und Folgeschäden mit laufenden Therapien, Kuraufenthalten usw.

belasten nicht nur das Budget der Krankenversicherungen, sondern verursachen auch dem Arbeitgeber „Gemeinde“ hohe Kosten (s. Kap. Kostenschätzung).

Arbeitsmedizinisch wurden vor allem Anregungen zu wirbelsäulen- und gelenkeschonendem Arbeiten gegeben. Die Anschaffung von zusätzlichen Hebehilfen im Reinigungsbereich wurde in 5 Fällen befürwortet. Allgemein kann aber durch die Änderung der Arbeitsorganisation (z.B. Teamarbeit,..) mehr Effekt erzielt werden.

7.2 Ergebnisse aus ökonomischer Sicht

Die Zunahme der Maßnahmenumsetzung, also Anschaffung zusätzlicher oder neuer persönlicher Schutzausrüstung, neuer Arbeitsmittel, Hilfsmittel zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes beim Arbeiten usw. führten laut Befragung im Großteil der Gemeinden zu keiner wesentlichen Zunahme der Gesamtausgaben.

7.2.1 Projektbedingte Investitionen bereichsspezifisch

Einzelne Gemeinden tätigten aufgrund der arbeitsmedizinischen Beratung im Rahmen des Projektes höhere Investitionen. Zum Beispiel wurde in der Gemeinde Nussbach im Bezirk Kirchdorf im Jahr nach der Erstberatung aufgrund der schlechten Audiometrieergebnisse des Kindergartenpersonals eine Lärmschutzdecke im Kindergartengebäude installiert (s. Kapitel Intervention).

In zwei Gemeinden konnte, wie erst nachträglich zu erfahren war, der Neubau eines Amtshauses positiv beeinflusst werden, da die Messergebnisse der Schimmelpilz- bzw. Radonmessungen für die Beschäftigten eventuell gesundheitsschädigende Werte aufwiesen. Ebenso wurden vereinzelt durch Sanierungsmaßnahmen an Betriebsgebäuden Verbesserungen erzielt.

Die meisten Investitionen aufgrund neuer Arbeitsmittel wurden in Bürogebäuden getätigt. Zahlreiche Arbeitsstühle wurden im Folgejahr der Erstberatung bereits ausgetauscht, Bildschirme an Bildschirmarbeitsplätzen erneuert und Blendschutzeinrichtungen vor Bürofenstern zur Vermeidung von Sehverschlechterungen montiert.

Investitionen ergaben sich in fast allen Gemeinden durch die Einführung von Impfkationen für Beschäftigte, denen Impfstoffe zur Verfügung gestellt wurden und die Erweiterung der persönlichen Schutzausrüstung der Bauhofmitarbeiter.

7.2.1.1 Beauftragung zusätzlicher präventivdienstlicher Leistungen

Zusätzliche präventivdienstliche Leistungen wurden vor allem an Sicherheitsfachkräfte vergeben, einerseits, um Erstevaluierungen zu überarbeiten oder überhaupt erst anzulegen, um Mitarbeiterunterweisungen durchzuführen und zu dokumentieren und auch, um der gesetzlichen Verpflichtung regelmäßiger Begehungen nachzukommen.

7.2.1.2 Bauliche Veränderungen an Gebäuden

Wie oben bereits erwähnt, konnten vereinzelt Sanierungsmaßnahmen in Gebäuden durch Schadstoffmessungen angeregt werden.

7.2.1.3 Erweiterung der persönlichen Schutzausrüstung

Anzumerken ist hier vor allem der individuell angepasste Gehörschutz, der in einigen Gemeinden aufgrund der arbeitsmedizinischen Beratung den Beschäftigten in Lärmbereichen zur Verfügung gestellt wurde, aber auch die Anschaffung von Helmen, Arbeitssicherheitsschuhen und Hautschutzpräparaten konnte forciert werden.

7.2.1.4 Erweiterung der medizinischen Vorsorge

Eine Erweiterung der medizinischen Vorsorge zeigte sich vor allem in der Einführung von Impfkationen für die Beschäftigten, sowie in der Möglichkeit zu Screening-Untersuchungen durch Arbeitsmediziner.

Gesetzlich verpflichtende Untersuchungen wurden kaum empfohlen, da die zeitliche Belastung zum Beispiel durch Arbeitsstoffe nicht den Untersuchungsrichtlinien von mindestens einer Stunde am Arbeitstag entsprach.

7.2.1.5 Projekte zur Gesundheitsförderung

Projekte zur Gesundheitsförderung, die nur für Beschäftigte und nicht im Rahmen der „gesunden Gemeinde“ angeboten wurden, konnten im Zuge dieses Projektes kaum angeregt werden, da es sich in den betreuten Gemeinden um Erstbetreuungen handelte und bis zu

den wiederkehrenden Betreuungen gesetzliche Basisanforderungen zuerst erfüllt werden mussten (z.B. laufende Unterweisung, Anschaffung persönlicher Schutzausrüstung usw.)

7.3 Ergebnisse aus wirtschaftsmedizinischer Sicht

Dieses Kapitel zeigt die Ergebnisse, betrachtet aus wirtschaftsmedizinischer Sicht.

7.3.1 Beeinflussung der Arbeitsunfallmeldungen

s. Anhang: KFG-Arbeitsunfallmeldungen

In der Beeinflussung der Arbeitsunfallmeldungen wären genaue Aufzeichnungen der Arbeitsunfälle mit Zuordnung zu den Gemeinden durch beide Unfallversicherungsträger, AUVA und KFG, notwendig.

7.3.1.1 Beeinflussungen der Arbeitsunfallmeldungen aus der Sicht der AUVA

Aufgrund einer Änderung der Wirtschaftsklassen 2007/2008 und somit einer Änderung der Zuteilung AUVA-Versicherter Gemeindebediensteter zu anderen Wirtschaftsklassen lässt sich, bestätigt durch Anfragen in der AUVA-Statistikabteilung Wien, eine Beeinflussung der Arbeitsunfallmeldungen in oberösterreichischen Gemeinden durch das arbeitsmedizinische Betreuungsprojekt nicht nachvollziehen.

7.3.1.2 Beeinflussungen der Arbeitsunfallmeldungen aus der Sicht der KFG

Innerhalb der KFG kam es zu einer Zunahme der Arbeitsunfallmeldungen innerhalb der Interventionszeit (s. Anhang Arbeitsunfälle), was wahrscheinlich einerseits auf den verstärkten Hinweis auf Meldepflichten zustande gekommen sein könnte, andererseits auch auf die ständige Zunahme von Nadelstichverletzungen in Altenbetreuungseinrichtungen, die in die Unfallstatistik miteinbezogen sind, zurückzuführen sein könnte.

7.3.2 Beeinflussung der Berufskrankheitenmeldungen

Bei Berufskrankheitenmeldungen zeichnet sich eine weitere Zunahme der Anzahl von Lärmschwerhörigkeiten und Hauterkrankungen ab, sowohl in Gemeinden wie auch in Betrieben.

7.3.2.1 Beeinflussung der Berufskrankheitenmeldungen aus der Sicht der AUVA

Auch hier war die gleiche Situation wie in der Arbeitsunfallmeldestatistik zu finden, nämlich eine Änderung der Zuteilung zu Wirtschaftsklassen und somit keine statistische Beurteilbarkeit.

7.3.2.2 Beeinflussung der Berufskrankheitenmeldungen aus der Sicht der KFG

Berufskrankheitenmeldungen KFG-Versicherter beziehen sich verstärkt auf Erkrankungen der Haut durch den Umgang mit chemischen Arbeitsstoffen und Feuchtarbeit, hauptsächlich bei Reinigungs- und Pflegepersonal.

Daraus darf man allerdings keine falschen Schlüsse ziehen, dass die momentan allgemein vorherrschende Berufskrankheit „Lärmschwerhörigkeit“ in Oberösterreichs Gemeinden seltener wäre. „Lärmschwerhörige“ Beschäftigte, die den Verdacht auf eine Berufskrankheit melden, sind meist AUVA-Versicherte, da Vertragsbedienstete der Gemeinden erst seit dem Jahr 2003 bei der KFG unfallversichert werden.

7.3.3 Beeinflussung der Fehlzeiten

Die Beeinflussung der Fehlzeiten lässt sich rechnerisch nicht erheben.

7.3.3.1 Beeinflussung der Fehlzeiten aus der Sicht der KFG-Krankenfürsorge

Krankenfürsorgedaten der KFG sind nicht auf Gemeindebeschäftigte beschränkt, daher ist eine Auswertung allein der Gemeindemitarbeiter aufgrund des Zeitaufwandes unmöglich.

7.3.3.2 Beeinflussung der Fehlzeiten aus der Sicht einzelner Gemeinden

Wie im Kapitel „Datenauswertung“ diskutiert, geben die befragten Gemeindevertreter keine wesentliche Beeinflussung der Fehlzeiten während der Dauer des Projektes an.

8 Diskussion

Die Diskussion sollte vor allem zur Weiterführung des Projektes „arbeitsmedizinische Betreuung oberösterreichischer Gemeinden“, in welcher Form auch immer, anregen und mögliche Wege dazu aufzeigen.

8.1 Die wichtigsten Resultate

Aus arbeitsmedizinischer Sicht sind die wichtigsten Resultate vor allem in der Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Gemeindebediensteten in den betreuten Gemeinden durch verstärktes Augenmerk auf deren Gesundheitsschutz und Sicherheit zu finden.

8.2 Mögliche Fehlerquellen in der Bewertung der Ergebnisse

Fehlerquellen in der Bewertung der Ergebnisse können vorkommen durch Unvollständigkeit der Angaben, eventuell falsche Interpretation der in den Fragebögen gestellten Fragen oder Zählfehler der Angaben aus den einzelnen Berichten. Dabei kann es sich allerdings nur um geringe Abweichungen handeln, da die Auswertung mit größter Sorgfalt vorgenommen wurde.

8.3 Konsequenzen des Projektes für die weitere arbeitsmedizinische Betreuung der OÖ Gemeinden

Zielsetzung sollte eine, den gesetzlichen Richtlinien entsprechende, flächendeckende arbeitsmedizinische Betreuung oberösterreichischer Gemeinden sein, nämlich mit dem Ursprungsgedanken der Einführung der Arbeitsmedizin allgemein, dass jedem Beschäftigten eine individuelle Beratung und Betreuung durch einen Arbeitsmediziner ermöglicht wird.

8.4 Überlegungen zur Umsetzung des Projektes in allen Bundesländern

Da in Österreich in allen Bundesländern die EU-Richtlinie zur arbeitsmedizinischen Versorgung in den jeweiligen Bedienstetenschutzgesetzen übernommen wurde, ist es dringend notwendig, auch in den anderen Bundesländern diese umzusetzen. Beispiele der Umsetzung gibt es gesamtösterreichisch nur in einzelnen größeren Kommunen; kleinere

Gemeinden mit weniger als fünfzig Mitarbeiter verfügen kaum über eine adäquate Betreuung.

8.5 Zuständigkeiten:

Innerhalb der Gemeindebediensteten müssen Zuständigkeiten vergeben und Aufgaben klar definiert werden.

8.6 Audit:

Einmal jährlich Begehung und Beratung durch einen Auditor (bestimmt ev. vom Land OÖ oder der KFG)

8.7 Schulungen:

Engagierten Mitarbeitern sollten speziell für Gemeinden organisierte SVP (Sicherheitsvertrauenspersonen)-Schulungen ermöglicht werden.

Eine Organisation durch das Land OÖ, KFG oder Beteiligung an SVP-Kursen der AUVA, die im Vorfeld auch für Gemeinden adaptiert werden könnten z.B. durch fachspezifische Vorträge im Bürokurs, wäre vorstellbar.

8.8 Arbeitskreis:

In größeren Gemeinden sollte ein Arbeitskreis engagierter Mitarbeiter und Vorgesetzter gebildet werden (ähnlich dem Arbeitskreis „gesunde Gemeinde“).

Regelmäßige Sitzungen des Arbeitskreises sind obligat, um die interne Umsetzung der Maßnahmen zu forcieren.

Die Anzahl der Arbeitskreisteilnehmer sollte gleich bleiben, nicht aber die individuelle Besetzung. Auf gender- und altersgerechte Einteilung der Teilnehmenden sollte geachtet werden.

8.9 Sicherheitspreis des Landes OÖ:

Eine Sicherheitsplakette oder andere erkennbare Auszeichnung sollte für Gemeinden ausgegeben werden, die die Zertifizierung optimal verwirklicht haben.

Die Vergabe könnte durch die Auditoren bestimmt werden.

„Sicherheitspreise“ sollte es aber auch in den Gemeinden für besonders engagierte Beschäftigte geben, die mit ihren Ideen zu mehr Arbeitssicherheit beitragen!

8.10 Präventivfachkräfte:

Der Zugang zu Präventivfachkräften für Gemeinden, und hier vor allem für kleine Gemeinden muss erleichtert werden z.B. durch Zusammenschluss auf Bezirksebene, wie bereits in einzelnen Bezirken geschehen.

Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin muss auch finanziell erschwinglich sein, gerade in der derzeitigen, schwierigen Situation der Gemeinden

Fördermaßnahmen sollten vor allem durch das Land OÖ als zuständigem Arbeitgeber ermöglicht werden

9. Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektiven

Basierend auf den Erkenntnissen dieses Projekts lässt sich die anfangs gestellte Forschungsfrage zwar nicht eindeutig zahlenmäßig beantworten, jedoch konnte eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Bedingungen am Arbeitsplatz bereits innerhalb eines Jahres erzielt werden (s. Kapitel Ergebnisse).

Diese positive Entwicklung führt selbstverständlich zu weiteren Überlegungen über zukünftige Möglichkeiten der Ausweitung arbeitsmedizinischer Betreuung in Gemeinden .

Einige Überlegungen werden nachfolgend dargestellt:

Sicherheitsrichtlinien für Gemeinden:

Ähnlich einer Zertifizierung könnte die Ausarbeitung eines Sicherheitshandbuches erfolgen. Der Inhalt des Sicherheitshandbuches sollte betriebsspezifisch, angelehnt an die Grundevaluierung, einen technischen und arbeitsmedizinischen Teil als Basis zur Unfallverhütung und von Berufskrankheiten darstellen. Die Erstellung eines derartigen Handbuches kann nur gemeinsam durch Sicherheitstechniker und Arbeitsmediziner erfolgen und zwar in allgemeiner Form und eventuell mit Checklisten.

Die betriebsspezifische Anpassung und Ergänzung muss dann in der jeweiligen Gemeinde erfolgen: durch Präventivfachkräfte in Anlehnung an die Evaluierung, durch betriebsinterne Beauftragte (z.B. Arbeitsanweisungen, Bedienungsanleitungen, Sicherheitsdatenblätter..) und letztendlich durch alle

Beschäftigten, die in dieses Projekt miteinbezogen werden sollten, damit Arbeitssicherheit nicht nur dokumentiert, sondern auch gelebt wird!

10. Quellenverzeichnis

1. Gemeindebedienstetengesetz: 6.Abschnitt, Präventivdienste §45
EU-Gemeinschaftsstrategie für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz 2007 – 2012
2. – Peter Atteslander /Methoden der empirischen Sozialforschung – Zusammenfassung)
- Hunt 1991
3. Umberto Eco, „Wie man eine Abschlussarbeit schreibt“
12. Auflage, UTB Heidelberg 2007
4. „Basiswissen Arbeitnehmerschutz“ AUVA 2007
Toplak et al.
5. „Compendium: Vorsorge- und Gesundheitsmanagement
Marks, Schöppl
Trauner Vlg., 2005
6. „Handbuch persönliche Schutzausrüstung“ Karmel et al.
4. Aufl. 2005

7. „Betrieblicher Gesundheitsschutz“ Meinel, 2.Auflage 2005

Eco Med Medizinverlag

8. „Handbuch der Arbeitsmedizin“ Konietzko et al.

EcoMed Medizinverlag

9. „ Stress, Mobbing, Burn-out am Arbeitsplatz“

Sven Litzcke; Horst Schuh

10. „Dermatologie“ Fritsch, 2.Auflage

Springer Lehrbuch

11. „Pflichtenheft biologische Arbeitsstoffe“

Buschhausen-Denker; Höfer

EcoMed Medizinverlag

12. „Handbuch für Gesundheitsberufe“ Verhütung von blutübertragbaren Infektionen

Neuaufgabe 2007 AUVA

13. „Arbeits- und Betriebsmedizin – Checkliste“

Seidel, Bittighofer

Thieme Verlag

14. „Umgang mit Gefahrenstoffen“ Birett

EcoMed Sicherheit 4.Auflage 2002

15. „Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit“ Aaron Antonovsky

dgvt – Verlag Tübingen 1997

16. „Arbeit und Sehen“ Dissertation von Stephan Degle/Augsburg

11. Anhang

Interviewleitfaden für Mitarbeiter:

1. Wissen Sie, dass im letzten Jahr Ihre Gemeinde arbeitsmedizinisch betreut wurde?
2. Hat es aufgrund der Betreuung Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz gegeben?
 - 2a. ja; sind diese Veränderungen für Sie positiv; für Ihren Gesundheitsschutz wichtig?
 - 2b. nein; empfinden Sie diese Veränderungen negativ; für Ihren Gesundheitsschutz nicht relevant? Möchten Sie lieber wieder die "alte" Situation?
3. Finden Sie generell arbeitsmedizinische Betreuung an Ihrem Arbeitsplatz wichtig?
4. Aus welchen Gründen?
5. Wurden Ihnen festgestellte Mängel an Ihrem Arbeitsplatz von Ihren Vorgesetzten weitergegeben?
6. Waren Sie an der Umsetzung der Mängelbeseitigung beteiligt?
7. Haben Sie Einblick in, die Arbeitssicherheit betreffende, Dokumente?
8. Wurde nach der Betreuung persönliche Schutzausrüstung verstärkt zur Verfügung gestellt.
 - 8a. Wenn ja, welche?
9. Legen Ihre Vorgesetzten Wert auf die Verwendung von PSA?
10. Wurde Vorsorge gegen ev. Berufskrankheiten getroffen?
 - 10a. z.B. Impfschutz, Hautschutzpräparate, geeignete Handschuhe,...
11. Werden in Ihrer Gemeinde Vorsorgeprojekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten?
 - 11a. ja Welche?
 - 11b. Nehmen Sie daran teil?
 - 11c. Wenn nein. Würden Sie diese Angebote nutzen?
12. Sind Sie der Meinung, dass Erkrankungen und Unfälle durch die arbeitsmedizinische Betreuung vermieden werden können?
13. Sollten sich Ärzte verstärkt in der Prävention engagieren oder auf ihre kurative Tätigkeit beschränken?
 - 13a. Warum?

14. Möchten Sie arbeitsmedizinisch jährlich weiter betreut werden oder finden Sie die Abstände zu kurz?

*Antworten, zusammengefasst aus den Gemeinden Hönhart, Aspach,
Rossbach, St. Veit und Bauhof LDZ 4 Sonnen*

- befragt wurden pro Gemeinde eine Mitarbeiterin aus der Verwaltung, in Aspach zusätzlich eine Beschäftigte im Kindergarten, in St.Veit eine Reinigungskraft, in Rossbach 2 Beschäftigte im Kindergarten
 - im DLZ Aspach 8 Beschäftigte im Bauhof
1. Alle befragten Mitarbeiter waren auch bei der AM- Betreuung 2007 anwesend (Ausnahme eine Dame im KiGa Rossbach; erst seit einigen Monaten im KiGa R, vorher in Mühlheim)
 2. Ja – beinahe alle vorgeschlagenen Maßnahmen wurden umgesetzt
 - die Veränderungen werden sehr positiv und für den Gesundheitsschutz wichtig gesehen
 3. Ja, alle finden die AM-Betreuung für sehr wichtig; auch die unterschiedlichen Aufgaben SFK- AM sind jedem Beschäftigten bekannt
 4. Die AG nehmen seit dem letzten Jahr die Bedürfnisse der Dienstnehmer ernster.
 5. Ja – die Mitarbeiter wurden durchwegs in Veränderungen involviert und jede Maßnahme mit ihnen gemeinsam umgesetzt.
 6. Ja – s.o.
 7. Ja – in St.Veit; Nein bzw. nur auf Anfrage in den restlichen Gemeinden; der Evaluierungsordner befindet sich zum Großteil noch im Gemeindeamt, nicht an der jeweiligen Arbeitsstätte; Unterweisungen sind noch nicht überall dokumentiert
 8. Ja – vor allem im Bauhof/DLZ und in der Gemeinde St. Veit; Arbeitsschuhe für das Reinigungspersonal fehlen in Hönhart (2 MA)
 9. Ja
 10. Ja – Hautschutz umgesetzt mit Ausnahme von Rossbach
 - Impfschutz: Kosten werden in allen Gemeinden bei beruflich erhöhtem Risiko (lt. AM-Bericht) vom AG übernommen
 - Gehörschutz wird zur Verfügung gestellt (leider noch kein individuell angepasster)
 11. Nein
 12. Ja; größtenteils würden die Angebote genutzt werden; eher von Frauen als von Männern z.B. Wirbelsäulentraining
 13. Ja – vor allem die Meinung zu Sturz und Fall hat sich wesentlich geändert (im Vorjahr noch tlw. als Schicksal bezeichnet, kennt 2008 jeder Befragte Präventionsstrategien
 14. derzeitige Situation – Unterschied zw. mehr kurativ und mehr präventiv tätigen Ärzten wird als positiv erachtet; " ein bisschen mehr könnte der Hausarzt Präventivmaßnahmen anbieten; der Arbeitsmediziner wird auch manchmal zur Kurativmedizin befragt, allerdings ist der Unterschied zw. den Ärzten unter den Beschäftigten bekannt

15. Jährliche Betreuung wird als positiv gesehen – es soll nicht alles in Vergessenheit geraten

DIETACH

Umsetzung tlw.

- Impfprophylaxe für die Bauhofmitarbeiter, noch nicht für die Reinigung
- SDB noch nicht vorhanden, allerdings Termin mit Firmenvertreter vereinbart
- - Umfüllen der Chemikalien noch über Trichter
- BS-AP: keine Änderungen (Drucker im Raum, Fußschemel fehlt an einem AP)
- nach wie vor keine SFK-Betreuung, keine Evaluierung und dokumentierte Unterweisung nur zu den AM-Berichten
- Leitern für die Reinigung wurden erneuert
- Arbeitsschuhe privat, allerdings wie empfohlen
- Hautschutzprogramm nicht überall vollständig
- Ersthelfer ausreichend

Mitarbeiter nehmen geschlossen an der Unterweisung teil; in Anwesenheit des neuen Amtsleiters wird auch über Mängel gesprochen

Bericht wurde anscheinend während des Jahres nicht zur Hand genommen; nicht umgesetzte Maßnahmen vergessen

Mitarbeiter zufrieden mit der jährlichen Beratung

*Fragebogen zur Evaluierung der arbeitsmedizinischen Betreuung in den
ö. Gemeinden*



(Bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

I. Allgemeine Informationen:

| | |
|------------------------------|----------------------|
| Gemeindename: | <input type="text"/> |
| Gemeindenummer: | <input type="text"/> |
| Emailadresse für Rückfragen: | <input type="text"/> |

1.1. Nimmt Ihre Gemeinde am OÖ. Netzwerk "Gesunde Gemeinde" teil?:

ja nein

1.2. Werden die Aktivitäten der "Gesunden Gemeinde" auch von den Bediensteten Ihrer Gemeinde genutzt?

ja nein

1.3. Gibt es für Ihre Bediensteten eigene betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte (z.B. gesunde Jause, usw.)?

ja (weiter zu 1.3.1) nein (weiter zu 1.3.2)

1.3.1. Wenn ja, welche?

1.3.2. Wenn nein, glauben Sie, dass Ihre Bediensteten die Einführung von solchen Projekten begrüßen würden?

ja nein

1.4. Haben Sie Anfragen zur Arbeitssicherheit von Ihren Bediensteten erhalten?

ja nein

1.5. Wie beurteilen Sie generell das Interesse Ihrer Bediensteten zum Thema Arbeitssicherheit?

Hoch Mittel nicht vorhanden

II. Arbeitsmedizinische Betreuung:

2.1. Gibt es in Ihrer Gemeinde bereits eine regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung gemäß Oö. Gemeindebediensteten-Schutzgesetz?

ja (weiter mit 2.1.1.) nein (weiter mit 2.1.2.)

2.1.1. Wenn ja:

Wie oft wurde Ihre Gemeinde bereits arbeitsmedizinisch betreut?

1 - 2 mal 3 - 5 mal öfter

Hat sich durch diese Betreuung das Verhalten Ihrer Bediensteten im Bereich der Arbeitssicherheit verändert?

ja nein

Gibt es durch diese Betreuung weniger Fehlzeiten der Bediensteten?

ja nein

Ergaben sich durch diese Betreuung Investitionsmaßnahmen?

ja nein

Wenn ja, wie hoch waren die Folgekosten?

unter 500 Euro zwischen 500 und 5.000 Euro höher

2.1.2. Wenn nein:

Beabsichtigen Sie, demnächst eine arbeitsmedizinische Betreuung in Ihrer Gemeinde zu etablieren?

ja nein

Warum gibt es in Ihrer Gemeinde noch keine arbeitsmedizinische Betreuung?

aufgrund der Höhe der Kosten des Arbeitsmediziners

- fehlende Personalressourcen
- wirtschaftliche Überlegungen (Folgekosten)
- sonstige Gründe:

III. Wirtschaftliche Aspekte:

3.1 Führen Sie eine Fehlzeitendokumentation?

- ja nein

3.2. Waren Bedienstete Ihrer Gemeinde seit Jänner 2006 aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig?

- ja nein

Wenn ja, in welchen Bereichen kam es zu Arbeitsunfällen?

- Gemeindeamt
- Bauhof
- Altenheim
- Kindergarten/Schule

Wegunfall

Sonstige

3.3. Haben Bedienstete Ihnen den Verdacht einer Berufskrankheit gemeldet?

ja

nein

Wenn ja, welche Erkrankung(en)?

Lärmschwerhörigkeit

Hauterkrankung

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis)

Lungenerkrankung

3.4. Gibt es Fehlzeiten von Bediensteten wegen beruflich bedingten
Wirbelsäulenbeschwerden?

ja nein

III. Gemeindestatistik:

4.1. Anzahl der Bediensteten

unter 10 10 - 50 51 - 100 mehr als 100

4.2. Finanzkraft im ordentlichen Haushalt für 2007

unter 2 Mio. Euro 2 - 5 Mio. Euro mehr als 5 Mio. Euro

4.3. Konnte Ihre Gemeinde den ordentlichen Haushalt ausgleichen?

2006: ja nein

2007: ja nein

2008: ja nein

Abschicken