

Lausanne, 2 und 3 September 2010

7. SOHF - Fortbildungstagung Wissenschaftliche Tagung des SGARM



**Absenzen und Arbeitsunfähigkeit
in Gesundheitsbetrieben:
Was ist zu tun?**

	Willkommen SOHF Dr med. F. Zysset Präsident www.sohf.ch	SGARM Dr med. K. Stadtmüller Präsident www.sgarm.ch	
---	--	---	---

Die SGARM und die SOHF freuen sich, Sie als Teilnehmer an unserem gemeinsamen Kongress über das Thema Absenzenmanagement und Arbeitsunfähigkeit begrüßen zu dürfen. In einem Berufsumfeld mit immer härterem Konkurrenzkampf und immer höheren Anforderungen an die Arbeitnehmer müssen der Erhalt der Gesundheit am Arbeitsplatz und das Vermeiden einer Ausgrenzung von Mitarbeitern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine zentrale Rolle spielen. Dies ist unerlässlich, um eine Ethik in der Welt der Arbeit aufrechtzuerhalten und die mit der Arbeitsunfähigkeit von eigentlich noch zu zufriedenstellenden Arbeitsleistungen fähigen Arbeitnehmern verbundenen Kosten einfach auf die Arbeitslosen- und Invalidenversicherung sowie die Sozialhilfe abzuwälzen. Die von der Gesellschaft und über die Sozialabgaben auch vom Arbeitgeber zu tragende Finanzlast steigt sonst weiter unaufhörlich. Der Erhalt der Erwerbstätigkeit eines Mitarbeiters mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss für den Arbeitgeber vorrangig sein und auch die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens nicht zwangsläufig beeinträchtigen. Der Zusammenhalt der Arbeitsteams und ihre Loyalität gegenüber dem Unternehmen werden dadurch meist noch gestärkt. Bei diesem Ansatz spielt der Arbeitsmediziner eine tragende Rolle, weil er gleichzeitig die medizinischen, sozialen und beruflichen Aspekte eines Arbeitnehmers nachvollziehen kann. Er kann unter Berücksichtigung der Sachzwänge des Unternehmens bereits vor einer Verschlechterung der Situation angemessene und vor allem frühzeitige Lösungen vorschlagen. Im Bedarfsfall kann er weitere Spezialisten für die Gesundheit am Arbeitsplatz hinzuziehen und gegebenenfalls auf die Wiedereingliederungsmöglichkeiten der Sozialversicherungen zurückgreifen.

Die **Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM)** ist der Verband der Schweizer Arbeitsmediziner. Sie bezweckt die Förderung der Arbeitsmedizin in der Schweiz, den Austausch von arbeitsmedizinischen Kenntnissen und Erfahrungen, die Wahrung gemeinsamer Interessen sowie die Unterstützung standespolitischer Anliegen im Sinne der FMH. Sie ist die Fachgesellschaft für Fachärzte der Arbeitsmedizin innerhalb der FMH und vertritt die Arbeitsmedizin in der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Der **Schweizerische Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst (SOHF)** vereint Arbeitsmediziner aus zahlreichen Schweizer Gesundheitsinstitutionen. Der Verband erlässt Empfehlungen und arbeitet gemeinsam mit offiziellen Stellen (SUVA, BAG, etc.) an der Entwicklung von spezifischen Empfehlungen für dieses Fachgebiet. Durch die Organisation von Kursen und Kongressen sowie die Bereitstellung von Informationen über die berufliche Prävention auf seiner Website (www.sohf.ch) trägt der Verband zur Aus- und Weiterbildung bei. Er dient ferner als Konsultationsorgan für Gesundheitseinrichtungen im Bereich der beruflichen Prävention. Derzeit wird er von über 40 Gesundheitseinrichtungen getragen.

Wir möchten den Sponsoren für ihre Unterstützung danken, die uns die Organisation dieses Symposiums ermöglicht hat:

GlaxoSmithKline (GSK)

Novartis Vaccines

Becton Dickinson (BD)

Donnerstag 2. September 2010

10h00 F. Zysset Willkommen

2. September - Morgen

Moderatoren :

Dr med. Katharina Schmid-Ganz *Innere Medizin FMH, Mitglied des SOHF Vorstands*
Dr med. Laurence Wasem *Arbeitsmedizin FMH, Mitglied des SGARM Vorstands*

10h15 N. Sandret Risikoexposition des Pflegepersonals 4
11h00 R. de Gaudemaris Psychologische und organisatorische Belastung des Pflegepersonals:
von der Messung am Arbeitsplatz zur Prävention? 7
12h00 F. Zysset Absenzenmanagement: win-win oder lose-lose? 8
12h15 S. Grebner Vorgehen bei Kurzabsenzen: Standpunkt einer Arbeitspsychologin 11
13h00 **Mittagessen (im Restaurant Nestlé oder CHUV)**
14h00 **Nachspeise, Kaffee und Posterausstellung (in der Aussteller - Zone)**

2. September - Nachmittag

Moderatoren :

Dr med. Michael Trippel *Arbeitsmedizin FMH, Sekretär SOHF*
Dr med. Jacques-François Holtz *Arbeitsmedizin FMH, Mitglied der SGARM*

14h30 M. Estryng-Behar Leiden am Arbeitsplatz verschont auch Ärzte nicht 12
15h30 J. Torgler Swiss Remedy : Ein Unterstützungs-Netzwerk für Ärzte und Ärztinnen 14
15h50 **Pause**
16h20 F. Regamey Eignungsuntersuchung in Gesundheitsbetrieben: Gründe für
Arbeitsunfähigkeit 15
16h40 A. Haas Anpassung der Arbeitsplätze an die Fähigkeiten älterer Mitarbeiter 16
17h00 O. Favre Schwangerschaft: Nutzen einer vorgängigen Risikoanalyse des
Arbeitsplatzes 17

17h30 **Jahresversammlungen SOHF**

19h30 **Aperitif – Nachtessen (für die Teilnehmer zum Nachtessen)**

Freitag 3. September 2010

08h30 F. Zysset Information über den Kongressablauf (2. Tag)

3. September - Morgen

Moderatoren :

Dr med. Lionel Scrick *Arbeitsarzt, Präsident ANMTEPH, Frankreich*
Prof. Dr med. Brigitta Danuser *Arbeitsärztin, Direktorin Institut universitaire romand de Santé au Travail*

08h40	L. Wasem	Nutzen einer Abklärung der Arbeitsmedizin bei Langzeitarbeitsunfähigkeit	19
09h10	J. Roblin	Rolle der Gesundheitsfachperson bei Langzeitarbeitsunfähigkeit	20
09h30	D. Francioli	Ergonomie unterstützt Rehabilitation	22
10h10		Pause	
10h40	S. Rusca	Standortbestimmung durch die Arbeitsmedizin bei Langzeitarbeitsunfähigkeit	25
11h10	L. Scrick	Management der Langzeitarbeitsunfähigkeit in französischen Gesundheitsbetrieben	26
11h50	J. Holtz	Arbeitsunfähigkeit – Berufsaufgabe?	29
12h20	M. Lepori	Frühintervention: ein effizienter Weg der Wiedereingliederung	30
13h00		Mittagessen (im Restaurant Nestlé oder CHUV)	
14h00		Nachspeise, Kaffee und Posterausstellung (in der Aussteller - Zone)	

3- September - Nachmittag

Moderatoren :

Dr med. Daniela Margelli *Personalärztin Unispital Basel, Mitglied des SOHF Vorstands*
Dr med. Sophie Rusca *Arbeitsmedizin FMH, Spital Wallis*

14h30	M. Trippel	Arbeitsfähigkeit und die 5. IV-Revision	33
15h00	I. Rajower	Rolle der Ärzte in der Eidg. Invalidenversicherung (IV)	34
16h20	U. Grüter	Eingliederung von Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen?	37
16h20	B. Danuser F. Zysset	Zusammenfassung	
16h30		Abschluss des Symposiums	

Risikoexposition des Pflegepersonals in 2003

Dr med. Nicolas Sandret
Amtsarzt
Ile de France, Frankreich

N.SANDRET (Amtsarzt, Ile de France)
D. WALTESPERGER (Direktor Animation, Forschung und Statistik)
I. CAMUS (Amtsarzt, Rhône-Alpes)

Gemäss den Ergebnissen der SUMER-Umfrage (1) von 2003 sind die zeitlichen und organisatorischen Sachzwänge des nicht medizinischen Personals (hauptsächlich Frauen, Pflegepersonal und Hilfspfleger) deutlich grösser als bei anderen Berufsgruppen.

Die Hälfte des Pflegepersonals leistet Schichtarbeit (Zwei- oder Dreischichtbetrieb etc.), und 34% verbinden Schichtarbeit mit variablen Arbeitszeiten, was das Sozial- und Familienleben erschwert. Diese Beeinträchtigung wird bei 67% der Berufsgruppe noch durch gelegentliches oder häufiges Arbeiten am Wochenende verstärkt.

Die organisatorischen Sachzwänge führen zu Arbeitsunterbrechungen. 70% der Angestellten müssen ihre Arbeit häufig für andere, nicht vorhergesehene Aufgaben unterbrechen. 72% müssen sofort auf eine externe Anfrage reagieren. 39% können die Arbeit nicht wunschgemäss unterbrechen, und 55% müssen sich häufig oder immer beeilen.

Dieses Empfinden wird noch dadurch verstärkt, dass 49% meinen, nicht genügend Kollegen zu haben, um Qualitätsarbeit leisten zu können.

Körperliche Anstrengung wird häufig mit mangelnden Mitteln und Dringlichkeit verbunden: 43% des Pflegepersonals stehen mehr als 20 Stunden pro Woche, 23% bewegen wöchentlich über 20 Stunden lang Lasten, und 35% halten die verfügbaren Mittel und/oder das Material für unangemessen.

Die Exposition gegenüber chemischen Produkten hängt mit dem Beruf zusammen: 35% Alkohol, 22% Oxydantien (Wasserstoffperoxid), 50% Tensioaktive und 23% allergisierende Medikamente. 8% der Angestellten sind in Kontakt mit Zytostatika und 6,5% mit Formaldehyden, die beide potenziell krebserregend sind. 11% sind ionisierenden Strahlen ausgesetzt.

Ausserdem ist der Verantwortungsdruck hoch, denn 92% der Angestellten glauben, dass ein Fehler ihrerseits die Qualität mindert oder gar die Sicherheit des Angestellten bzw. anderer Personen gefährden könnte.

Diese Angestellten haben mehrheitlich auch Kontakt zur Öffentlichkeit, und 22% berichten von ständigen oder regelmässigen Spannungen in diesem Zusammenhang. 82% haben Angst, verbal und 61% gar tätlich angegriffen zu werden. 41% wurden in den vergangenen 12 Monaten verbal und 7% tätlich angegriffen.

Gemäss Protokoll hat jeder zweite Angestellte einen Selbstfragebogen mit Fragen über das Empfinden der Arbeit, die Auswirkungen auf die Gesundheit, den Karasek-Fragebogen sowie einen Fragebogen über aggressives Verhalten am Arbeitsplatz ausgefüllt.

Empfinden am Arbeitsplatz: 43% der Angestellten empfinden die Arbeit als sehr ermüdend, 48% als sehr stressig und 32% als gesundheitsschädigend. Trotz allem wollen nur 32% jetzt oder später den Beruf wechseln, was vielleicht auf ihre spezifische Ausbildung oder die Arbeitsplatzstabilität zurückzuführen ist. Es kann aber auch damit zusammenhängen, dass diese Berufsgruppen ein starkes persönliches Engagement voraussetzen.

Die Karasek-Studie zeigt, dass Pflegepersonal einem stärkeren psychologischen Druck ausgesetzt ist als andere Berufsgruppen. Zudem verfügt es über weniger Entscheidungsspielraum als andere: Die soziale Unterstützung ist mit der anderer Angestellten fast gleichzusetzen. Fazit: Fast ein Drittel des Pflegepersonals ist vom sogenannten Job Strain betroffen. Wer unter Job Strain leidet, ist anfälliger für Herz-Kreislaufstörungen, Depressionen und MSD.

Gleichzeitig geben 19% (gegenüber 17% aller Angestellten) des Pflegepersonals an, im Laufe des vergangenen Jahres einem aggressiven Verhalten von Kollegen oder Vorgesetzten ausgesetzt gewesen zu sein.

Zwischen reduziertem Handlungsspielraum, sozialer Vernetzung, steigendem psychologischen Druck und Anzahl Beschwerden über aggressives Verhalten besteht eine Verbindung.

Das Pflegepersonal ist folglich am Arbeitsplatz starken organisatorischen und körperlichen Sachzwängen ausgesetzt, von der Exposition gegenüber chemischen Produkten, biologischen Agenzien sowie einem allgemein relativ negativen Arbeitsempfinden ganz zu schweigen. Die europäische Umfrage Next Prest, die sich um ein besseres Verständnis der frühzeitigen Arbeitsaufgabe dieser Berufsgruppe bemühte, kam zu vergleichbaren Ergebnissen.

2009 wurde eine neue SUMER-Umfrage durchgeführt, die die Entwicklung der Arbeitsbedingungen seit 2003 aufzeigen soll.

SUMER-UMFRAGE 2003 (1)

Die SUMER-Umfrage wurde gemeinsam von der Generaldirektion für Arbeit (Medizinische Arbeitsinspektion) und der Dares (Direktion für die Förderung der Forschung in Frankreich) eingeleitet und durchgeführt. Sie liefert eine Bestandsaufnahme der Exposition von Angestellten gegenüber den häufigsten Berufsrisiken in Frankreich. Die 2003 durchgeführte Studie deckt 80% der französischen Angestellten ab, ausgenommen staatliche und regionale Beamte, Transportwesen (Stadt- und Wasserverkehr), Bergwerke, Fischerei, France Telecom etc.

Das Fachwissen der Arbeitsmediziner, die manchmal extrem technische Fragebogen ausfüllen können, und die extrem grosse Angestelltenkohorte steigern die Aussagekraft dieser Umfrage und machen auch relativ seltene Expositionsrisiken quantifizierbar.

Bei den psychosozialen Risiken wurde jedem zweiten Angestellten ein Selbstfragebogen angeboten: 24 486 nahmen teil (Karasek-Fragebogen über psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz, Fragen zum Gesundheitszustand, Absenzen aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund von Arbeitsunfällen, aggressives Verhalten am Arbeitsplatz inbegriffen).

Die Umfrage fand zwischen Juni 2002 und Ende 2003 statt. 1792 Arbeitsärzte, d.h. mehr als 20% der praktizierenden Arbeitsmediziner, randomisierten 56 314 Angestellte, von denen 49 984 teilnahmen, darunter etwas mehr als 2400 angestellte Pflegekräfte (Krankenschwestern, Pfleger, Rettungssanitäter, paramedizinische Techniker etc.) von Einrichtungen mit Spitaltätigkeit.

Die in Spitälern angestellten Ärzte wurden bei der SUMER-Umfrage nicht berücksichtigt, da sie kaum arbeitsmedizinisch betreut werden.



**Psychologische und organisatorische Belastung des
Pflegepersonals: von der Messung am Arbeitsplatz
zur Prävention (ORSOSA-Studie)**

Prof. Dr med. Régis de Gaudemaris
Universitätsprofessor – Spitalpraktiker
CHU de Grenoble - Université Joseph Fourier
Grenoble, Frankreich

Einleitung: Schrumpfende Belegschaften, leistungsbezogene Vergütung, zunehmend umständliche Betreuung eines alternden und multipathologischen Patientenguts sowie die Notwendigkeit, Berufs- und Privatleben in Einklang zu bringen, haben vor allem in Spitälern die Arbeitsbedingungen verschlechtert. Das medizinische und technische Management ist kaum gewappnet, um die so generierten psychologischen und organisatorischen Belastungen (POB) abzubauen. Der Umgang mit Stress und Leidensdruck am Arbeitsplatz führt oft zu einem individuellen Ansatz, der Schuldgefühle erzeugt und in einer medikamentösen Behandlung besteht. Diese psychologischen und organisatorischen Belastungen müssen jedoch auch auf kollektiver Ebene innerhalb der funktionalen Einheiten bekämpft werden. In diesem Sinne entwickelte das französische Netzwerk der Universitätsspitäler ein Instrument zur Messung der psychologischen und organisatorischen Belastungen sowie einen Präventionsansatz.

Methode: Die Teams von sieben Universitätsspitalern entwickelten gemeinsam ein Instrument zur Messung der psychologischen und organisatorischen Belastungen in den Pflegeabteilungen. Dieses Instrument wurde auf der Grundlage des angelsächsischen RNWI-Fragebogens entwickelt, mit dem die sogenannten Magnet Hospitals (Spitäler mit hoher Mitarbeitertreue) aufgespürt werden. Dieser Fragebogen setzt sich auch mit dem Gesundheitszustand des Pflegepersonals sowie der Pflegequalität auseinander. Eine Focus Group fügte rund 30 weitere Fragen bezüglich der praktischen Organisation in den Arbeitseinheiten hinzu. Der ursprüngliche Fragebogen sowie die hinzugefügten 32 Fragen wurden in der ORSOSA-Kohorte verwendet, die aus 4500 Pflegern und Hilfspflegern aus 210 funktionalen Einheiten der sieben Universitätsspitäler besteht. Die Informationen wurden in zwei Schritten 2006 und 2008 erhoben. Objektive Messungen der psychologischen und organisatorischen Belastungen wurden ausserdem durch eine Beobachtung der Arbeit vom ergonomischen Standpunkt her sowie durch das Zusammentragen von quantitativen Informationen über die Arbeitsorganisationen vorgenommen.

Ergebnisse: Die Validierung dieses Fragebogens erfolgte im Rahmen der strikten Durchführung aller auf internationaler Ebene vorgesehener Schritte, insbesondere in Bezug auf seinen Aufbau, seine Reproduzierbarkeit sowie den Aussagewert des Inhalts. 22 Fragen geben Auskunft über acht beeinflussbare Faktoren innerhalb der Arbeitseinheiten: kommunikationshemmende Organisation, mangelhafte Unterstützung des Kaders, ungenügende Belegschaft für die Arbeitslast, Unterbrechungen während der Arbeit, schlechtes Betriebsklima zwischen den Pflegenden, unterschiedliche Arbeitsauffassungen, mangelnde Unterstützung durch die Verwaltung sowie eine Organisation, die die Beachtung von Urlaubstagen nicht gewährleistet. Dank der in den sieben Universitätsspitalern gesammelten Daten konnten eine Einrichtung für die Beobachtung der Belastungsintensität und ein Alarmgrenzwert festgelegt werden, ab dem in einer bestimmten Pflegeeinheit Handlungsbedarf besteht. Die Methode zur Ermittlung der Ergebnisse pro Universitätsspital sowie vor allem pro Arbeitseinheit wird derzeit bewertet.



Absenzenmanagement: win-win oder lose-lose?

Dr med. Frédéric Zysset
Arbeitsmedizin FMH
Arbeitsmedizin für Gesundheitseinrichtungen
Lausanne, Schweiz

Seit rund zehn Jahren ist das Management kurzer Absenzen ein Lieblingsthema der von den Unternehmen umgesetzten Personalpolitik. Meist werden diese Massnahmen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer als positiv empfunden. Oft verspricht man sich von diesem Ansatz signifikante Kosteneinsparungen für das Unternehmen als Ergebnis reduzierter Absenzen. Man verwendet häufig den Begriff Absentismus, der eine Art «Krankfeiern» suggeriert und unterstellt, dass Absenzen mehr oder weniger missbräuchlich bzw. ungerechtfertigt sind. Zahlreiche Unternehmen haben solche Verfahren eingeführt, die häufig in einer systematischen Befragung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz münden. Dieses Gespräch kann je nach Verlauf vom Mitarbeiter schnell als aufdringlich empfunden werden. Oft wird vorgeschlagen, den abwesenden Mitarbeiter regelmässig anzurufen. Diese Anrufe können positive Wirkung zeigen, wenn der Arbeitgeber sich ernsthaft Sorgen um seinen Mitarbeiter macht. Oft werden sie jedoch als Aufdringlichkeit, mangelhaftes Vertrauen oder Druck des Arbeitgebers empfunden, wenn der wahre Grund nur ein Drängen auf die Rückkehr des Arbeitnehmers an seinen Arbeitsplatz ist. Einige Unternehmen führen Ranglisten der Teams mit den wenigsten Absenzen. Im Extremfall belohnt der Arbeitgeber diese Teams. Solche Massnahmen sind problematisch, weil sie dazu führen, dass Mitarbeiter abwesende Kollegen unter Druck setzen, was zu grossen Spannungen innerhalb der Teams sowie einer Stigmatisierung erkrankter Mitarbeiter führen kann. Massnahmen zur Reduktion der Fehlzeiten gründen häufig auf der Ausübung von Druck auf den abwesenden Mitarbeiter, ohne jedoch die Faktoren zu berücksichtigen, die die Absenzzrate des Unternehmens beeinflussen.

Die Gründe für kurzfristige Absenzen sind jedoch vielfältig: somatische Erkrankungen, «Ventilsyndrom» bei Überlastung des Arbeitnehmers, Burnout-Vorstufe, organisatorische Probleme bei der Kinderbetreuung, Motivationsverlust bei angespannter Stimmung oder Systeme mit häufigen Absenzen ohne Ersatz für die fehlenden Mitarbeiter. Meist handelt es sich um eine Kombination dieser Gründe.

Die Rate kurzfristiger Absenzen ist tatsächlich ein Indikator für die Stimmung und die Bedingungen am Arbeitsplatz, die Motivation der Mitarbeiter, die Solidarität, das Gleichgewicht zwischen Arbeitslast und Belegschaft und die Berücksichtigung von persönlichen Schwierigkeiten des Arbeitnehmers bei der Ausführung seiner Arbeit durch den Arbeitgeber. Betreffen die Massnahmen ausschliesslich den abwesenden Mitarbeiter, kann dies das mit der Absenz verbundene «Ventilsyndrom» reduzieren, den Druck auf die Arbeitnehmer erhöhen und die Stimmung am Arbeitsplatz sowie das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer verschlechtern. Kurzfristig sinkt dann häufig die Absenzzrate, doch leider verschlechtert sich das Arbeitsklima langfristig. Daraus resultiert wahrscheinlich eine höhere Personalfluktuation, eine sinkende Motivation, eine mangelhafte Solidarität und gegenseitige Unterstützung der Mitarbeiter, ein Produktivitätsrückgang (Präsentismus) sowie ein langfristiger Anstieg der Absenzzrate.

Wenn diese kurzfristigen Absenzen jedoch wirklich als Indikator und «Stimmungsbarometer» des Unternehmensklimas ausgelegt werden, kann über eine Anpassung der Arbeitsbedingungen, die Motivationsfaktoren und den Teamzusammenhalt statt durch Ansetzen beim abwesenden Mitarbeiter positiv Einfluss genommen werden. Das bedeutet nicht, dass man sich nicht in angemessenem Rahmen um einen kranken Mitarbeiter sorgen sollte. Hierbei gilt es jedoch, Mitgefühl nicht mit Streben nach Absenzreduktion zu verwechseln. Nichts hindert ein Unternehmen daran, sich um einen regelmässig abwesenden Mitarbeiter zu kümmern, eine mögliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu prüfen oder ihn eventuell an den Arbeitsmediziner zu überweisen, um Massnahmen für eine bestmögliche Integration in den Arbeitsprozess unter Berücksichtigung der Probleme des Arbeitnehmers in Erwägung zu ziehen. Verbesserte Arbeitsbedingungen, gesteigerte Motivation des Mitarbeiters, Behebung von Systemmängeln, Anpassung der Mitarbeiterbestände, Förderung des Teamgeists und der gegenseitigen Unterstützung sowie echtes Mitgefühl für den erkrankten Mitarbeiter beeinflussen den Indikator für kurzfristige Absenzen wahrscheinlich positiv. Nur so können Arbeitgeber und Arbeitnehmer profitieren!

**Vorgehen bei Kurzabsenzen: Standpunkt einer
Arbeitspsychologin**

Prof. Dr Simone Grebner
Psychologin
Fachhochschule Nordwestschweiz
Olten, Schweiz



Leiden am Arbeitsplatz verschont auch Ärzte nicht

Dr med. Madeleine Estryn-Behar
Spezialistin für Arbeitsmedizin, Epidemiologin, Ergonomin
Hôtel-Dieu
Paris, Frankreich

Autoren: Madeleine Estryn-Behar, Clémentine Fry, Max-André Doppia, Gérard Machet, Dominique Muster

Ziel: Ziel der Umfrage über Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Ärzten (SESMAT) war die Untersuchung der Gründe für das Auftreten und die Häufigkeit des Burn-out-Syndroms bei in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen angestellten Ärzten und Apothekern, in der Arbeitsmedizin sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst. Ferner diente die Umfrage zur Analyse der Arbeitsbedingungen, die die Attraktivität einer Tätigkeit und die Bindung an sie steigern.

Studientyp: Selbst auszufüllender und anonymer Fragebogen, der über eine einschlägige Website verteilt wurde. Die Bewertung der beruflichen Überlastung erfolgte gemäss dem Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Dafür wurden unterschiedliche Scores verwendet: Konflikt Arbeit/Familie, Lohnzufriedenheit, Qualität der Teamarbeit, zwischenmenschliche Beziehungen, Autonomie am Arbeitsplatz, quantitative Auslastung und gefühlter Gesundheitszustand. Eine multivariate Analyse mittels multipler logistischer Regression unter Einsatz der Software SPSS12 ermöglichte die Gewichtung jedes einzelnen Faktors (adjustierte Odds Ratio: aOR).

Population: Von den 4799 Medizinerinnen, die sich den Fragebogen auf der Website angeschaut haben, füllten 3196 Ärzte und Apotheker einen verwertbaren Fragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 66% entspricht. Um die Verzerrung durch eventuell übervertretene Fachrichtungen zu vermeiden, haben wir durch die exakte Bestimmung der Zusammensetzung aller in Frankreich angestellten Ärzte und Apotheker aus der gesamten Datenbank eine repräsentative Stichprobe aus 1924 Ärzten und Apothekern randomisiert: 42,5% Frauen, 8,2% unter 35 Jahren, 33,8% zwischen 35 und 44 Jahren, 34,5% zwischen 45 und 54 Jahren und 23,6% 55 Jahre und älter. Die Verteilung der Ärzte auf die 23 Verwaltungsgebiete wurde ebenfalls berücksichtigt. Die Aufschlüsselung nach Fachgebiet erfolgte gemäss den Referenzkontingenten.

Résultats: Der Kopenhagener Fragebogen (CBI) ermöglichte die Feststellung eines hohen Burn-out-Grades (Score von 3 oder mehr auf einer Skala von 1 bis 5) bei 42,4% der Ärzte in der Stichprobe. Der häufigste Auslöser des Syndroms ist ein **hoher Score beim Konflikt Arbeit/Familie** mit einer adjustierten Odds Ratio von 4,45. **Hohe Arbeitslast** verdreifacht die Häufigkeit einer beruflichen Überlastung (aOR = 3,18) und eine **geringe Qualität der Teamarbeit** doppelt sie (aOR = 2,09). Die **Angst vor Fehlern** verdoppelt das Risiko eines Burn-outs (aOR = 1,89). **Schlechte zwischenmenschliche Beziehungen** steigern das Risiko einer beruflichen Überlastung um das Eineinhalbfache (aOR = 1,63). Die Auswirkungen einer mangelhaften Lohnzufriedenheit fallen geringer aus (aOR = 1,29). Frauen sind häufiger betroffen als Männer (aOR = 2,02). Eine getrennte Analyse zwischen Ärztinnen und Ärzten zeigt jedoch, dass die Risikofaktoren ähnlich gewichtet sind.

Fazit: Das Burn-out-Syndrom ist in Frankreich eine Realität, die rund 40% der in Gesundheitseinrichtungen angestellten Mediziner betrifft. Frauen sind anfälliger als Männer. Die Ärzte tun sich auch heute noch schwer, sich ihren psychologischen Leidensdruck und die berufliche Überlastung einzugestehen. Der starke Gemeinschaftssinn in bestimmten Fachgebieten ist vielleicht ein Schutzfaktor. Es bedarf weiterhin intensiver Bemühungen um Information, Aus- und Weiterbildung sowie Bewertung, um dieses soziale Tabu rund um psychosoziale Risiken für Mediziner am Arbeitsplatz zu brechen. Vorrangig erscheinen dabei ein besseres Gleichgewicht zwischen Berufs- und Privatleben, eine gesündere Lebensführung sowie die Förderung gut funktionierender Arbeitsteams.



Swiss Remed : Ein Unterstützungs-Netzwerk für Ärzte und Ärztinnen

Dr med. Jacqueline Torgler
Allgemein Medizin FMH
ReMed Team
Genève, Schweiz

Einführung

Die Ärzte/Ärztinnen üben einen äusserst anspruchsvollen Beruf aus, der grosse Anforderungen stellt und hohe Verantwortung mit sich bringt. Genauso wie in anderen Berufen ist es jedoch möglich, dass einige von ihnen mit Schwierigkeiten persönlicher oder beruflicher Natur konfrontiert werden und Gesundheitsstörungen physischer oder psychischer Art erleiden.

Projekt ReMed

ReMed ist ein Netzwerk zur Unterstützung von Ärzten/Ärztinnen in Krisensituationen, das zum Ziel hat, den Betroffenen eine gute medizinische Behandlung zukommen zu lassen und für eine sichere, qualitativ hochstehende Betreuung einstehen will.

Die Gesundheit der Ärzte/Ärztinnen steht im Mittelpunkt dieses Projektes, das in erster Linie eine Reflexion über die beruflichen Risiken und über die existierenden Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und Prävention anstrebt. ReMed bietet gezielte Unterstützung bei der Suche nach Lösungen, stellt Kontakt zu bestehenden Hilfs- und Betreuungsangeboten her und erarbeitet gemeinsam Massnahmen, die auf eine gelingende Reintegration hinzielen.

ReMed garantiert medizinische und rechtliche Gleichbehandlung, wie sie jedem anderen Patienten auch zusteht. ReMed unterstützt den Prozess der Sensibilisierung und führt ein begleitendes Coaching sowie die Evaluation der Interventionsschritte durch.

ReMed ist kein Überwachungsorgan und hat keine Kompetenzen, eigene Nachforschungen anzustellen oder Sanktionen auszusprechen.

Die Kontaktaufnahme mit ReMed kann über die Telefonnummer 0800-0-REMED (0800-0-73633), über die kantonale oder nationale Kontaktperson, über das Internet (www.swiss-remed.ch), oder per e-mail (info@swiss-remed.ch) erfolgen. Alle getroffenen Massnahmen respektieren die gültigen Regeln des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses (Art. 321 des Strafgesetzes). Bei jeder Kontaktaufnahme meldet sich ReMed bei dem/der betreffenden Arzt/Ärztin innerhalb von 72 h.

Projektgruppe

Das Projekt steht unter der Verantwortung der FMH. Es ist Gegenstand einer kontinuierlichen Evaluation. ReMed ist ein operationell unabhängig handelndes Organ, das organisatorisch der FMH angegliedert ist.

Das Direktionskomitee befasst sich mit der strategischen und operationellen Leitung des Projekts. Die nationale Führung von ReMed, welche das Kontaktorgan ist, befasst sich mit dem Aufbau des Netzwerks, der Rekrutierung und Ausbildung der Mentoren (Berater) und Coachs (Betreuer).

Pilotphase

Nach einer Testphase im Thurgau und in Neuchâtel wird dieses Angebot sehr bald in der gesamten Schweiz zur Verfügung stehen.



Eignungsuntersuchung in Gesundheitsbetrieben: Gründe für Arbeitsunfähigkeit

Dr med. Frédéric Regamey
Arbeitsmedizin FMH
Hôpital Neuchâtelois
Neuchâtel, Schweiz

Selbst wenn sich die arbeitsmedizinische Eignungsabklärung für die Tätigkeit in einem Gesundheitsbetrieb auf der individuellen Ebene bewegt, bedarf es dennoch anerkannter Richtlinien zur Beurteilung der Risiken, die eine gemeinsame übergeordnete Haltung der Arbeitsmediziner verlangt. In diesem Sinne versteht sich die Eignungsuntersuchung als Bestätigung der Fähigkeit, eine Aufgabe mit akzeptablem Risiko sowohl für das Individuum als auch für seine Umgebung ausüben zu können.

Um das Vorgehen besser verständlich zu machen, muss der reglementarische und begriffliche Kontext einer Eignungsuntersuchung verdeutlicht werden, d.h. es ist zu erläutern, was bei der Beurteilung berücksichtigt werden muss und welches die Grundlagen einer Risikotätigkeit sind. Entsprechend zielt der Eignungsentscheid nicht nur darauf hin, die Gesundheit des Personals zu schützen und sichere Arbeitsbedingungen zu schaffen, sondern auch darauf, den Persönlichkeitsschutz zu garantieren und das Prinzip der Verhältnismässigkeit zu beachten. Die begriffliche Definition der Rahmenbedingungen muss erlauben, jegliche ungerechtfertigte Selektion bei der Arbeitseinstellung oder jede andere Form der Diskriminierung zu verhindern.

In Gesundheitseinrichtungen finden sich, abgesehen vom Schwangerschaftsschutz, nach meiner Meinung folgende Hauptsituationen, welche eine potentielle Einschränkung der Einsatzfähigkeit mit sich bringen können: Hautkrankheiten, muskuloskelettale Beschwerden, Infektionen sowie psychische Störungen, Substanzenabusus und Schlafprobleme. Eine bedingte Einsatzfähigkeit wird aufrechterhalten werden können, wenn es gelingt durch Anwendung klassischer Massnahmen technischer, organisatorischer oder persönlicher Natur, das identifizierte Risiko zu verhindern oder zu limitieren. Falls trotz solcher Schritte das Risiko nicht in akzeptablem Mass beeinflusst werden kann muss unter Beachtung der im vorangehenden Abschnitt dargelegten Regeln ein Nichteignungsentscheid getroffen werden.

Das Auftreten einer Arbeitsunfähigkeit muss immer die Frage nach medizinischer und versicherungstechnischer Begleitung aufwerfen und auch den beruflichen Aspekt der gesundheitlichen Problematik bei der Beurteilung mitberücksichtigen. Eine Meldung beim Unfallversicherer als Verdacht auf Berufskrankheit oder bei der Invalidenversicherung zur Beantragung beruflicher Massnahmen kann gegebenenfalls vorgenommen werden.

Die Eignungsuntersuchung stellt somit eine übergreifende Beurteilung und Einschätzung des berufsmedizinischen Risikos unter Berücksichtigung des reglementarischen Rahmens und der Besonderheit der individuellen Lebensinflüsse dar.



Anpassung der Arbeitsplätze an die Fähigkeiten älterer Mitarbeiter

Alain HAAS
Senior Consultant und Coach
ISMAT S.A.
Villars sur Glâne, Schweiz

Bewertung der Arbeitskapazitäten älterer Mitarbeiter sowie der Strukturanpassungsmöglichkeiten einer Pflegeeinrichtung. Schaffung von Strukturen für den Austausch in den Einrichtungen und Vernetzung dieser Anliegen: Aufbau einer organisatorischen Kompetenz für die Anpassung der Arbeitsplätze an die Fähigkeiten der Mitarbeiter. Herausforderungen? Mittel? Für wen?

- Bewertung der beruflichen Fähigkeiten älterer Mitarbeiter während der gesamten Berufslaufbahn:

- Schnittstelle Gesundheit/Arbeit: Schlüsselrolle des Arbeitsmediziners

Nur wenn der Gesundheitszustand des Mitarbeiters und seine berufliche Tätigkeit genau bekannt sind, können die Arbeitseinschränkungen aufgrund des Gesundheitszustands und somit die funktionalen Einschränkungen präzise festgelegt werden.

- Feststellung der Anpassungsfähigkeit der Gesundheitseinrichtung an funktionale Einschränkungen von Mitarbeitern:

- Arbeitsplatzanalyse: Miteinbezug der Vorgesetzten

Die Arbeitsplatzanalyse ermöglicht es, die Tätigkeit eines Mitarbeiters zu verstehen und festzustellen, welche Arbeitsschritte von der Einschränkung teilweise oder vollständig betroffen sind. Die Vorgesetzten werden gebeten, zu untersuchen, ob Anpassungen des Arbeitsplatzes möglich sind.

- Entwicklung einer Struktur sowie von Indikatoren, dank denen die betroffenen Personen gemeinsam für beide Seiten optimale Lösungen finden können.

- Globale Analysemethode mit Modulen und konkreten Massnahmevorschlägen: fällt in den Verantwortungsbereich der Direktion mit Unterstützung des Personalwesens

Angesichts der verschiedenen Interessen und den von einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters und ihren Auswirkungen betroffenen Akteuren ist es wichtig, ein gemeinsames Vorgehen zu erarbeiten, das die Aufgaben und Verantwortlichkeiten aller Betroffenen klar definiert, um eine optimale Koordination zu gewährleisten. So kann der Besonderheit einer solchen Situation optimal Rechnung getragen werden.



Schwangerschaft: Nutzen einer vorgängigen Risikoanalyse des Arbeitsplatzes

Olivier Favre, Sylvie Praplan
Arbeitsschutzkoordinator
CHUV
Lausanne, Schweiz

Die Mutterschutzverordnung legt die Rahmenbedingungen fest, die in Unternehmen eingehalten werden müssen, um schwangere und stillende Frauen zu schützen. Sie schreibt unter anderem die Durchführung einer Risikoanalyse vor, um dem Arzt bei der Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit einer schwangeren oder stillenden Frau zu helfen.

Das CHUV verfügt seit 2004 über eine interne Richtlinie (2008 überarbeitet), die die für den Schutz von schwangeren oder stillenden Frauen notwendigen Regeln festlegt. Als Hauptrisiken in einem Universitätsspital wurden beispielsweise ermittelt:

- Bewegen schwerer Lasten
- Arbeiten bei Kälte, oder Hitze oder bei Nässe
- Bewegungen und Körperhaltungen, die zu vorzeitiger Ermüdung führen
- Exposition gegenüber Mikroorganismen
- Einwirkung von Lärm
- Einwirkung von ionisierender Strahlung
- Einwirkung von chemischen Gefahrstoffen
- Stark belastende Arbeitszeitsysteme

Die meisten dieser Punkte sind von einem Arbeitsschutzexperten zu bewerten. Im CHUV wird diese Risikoanalyse gemeinsam mit einem Spitalhygieniker, einem Arbeitsarzt und/oder einem Ergonomen vorgenommen. Auf dieser Grundlage werden die Tätigkeiten wie folgt eingeteilt:

- verboten
- akzeptabel bei Einführung einer Übergangslösung
- akzeptabel ohne Veränderung der Arbeitsverfahren.

Im Idealfall sollte diese Analyse in allen Abteilungen durchgeführt und bei Veränderung der Arbeitsverfahren regelmässig aktualisiert werden. Dies würde die Vorgehensweise in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten vereinfachen, während denen das Risiko einer Exposition gegenüber bestimmten chemischen Produkten und Mikroorganismen am höchsten ist. Diese Arbeit hat in bestimmten Abteilungen zur Schaffung von schwangerschaftskompatiblen Arbeitsplätzen geführt, die die Organisation der Arbeit vereinfachen. Betroffene Mitarbeiterinnen berichten ausserdem, dass eine Risikoanalyse die Unsicherheit hinsichtlich Risiken im Berufsumfeld beseitigt. Im akademischen Bereich und in der Forschung ist eine solche Risikoanalyse kompliziert (häufiger Wechsel von Mitarbeitern, Verfahren, Techniken, Medikamenten, Produkten etc.).

Eine Risikoanalyse garantiert die Gleichbehandlung aller Betroffenen und ermöglicht eine vorausschauende und angemessene Organisation der Abteilung. Gleichzeitig hilft sie oft, Schwachstellen im System aufzudecken, die das gesamte Personal betreffen.



Nutzen einer Abklärung der Arbeitsmedizin bei Langzeitarbeitsunfähigkeit

Dr med. Laurence Wasem
Arbeitsmedizin FMH
Saint-Sulpice, Schweiz

Einführung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist das Ressort der Ärzte, während die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit Aufgabe der Versicherer ist. Die Einschätzung der Fähigkeit, seinen Beruf ausüben zu können, muss durch Ärzte getroffen werden, vorzugsweise durch einen Arbeitsmediziner. Indem wir uns einige Definitionen in Erinnerung rufen werden wir versuchen, die Frage „Wer macht was“ genauer abzugrenzen.

Evaluation der Arbeitsmedizin

Welche spezifischen Mittel stehen Arbeitsmedizinern zur Verfügung, mit denen andere Ärzte nicht genauso vertraut wären, um ihre Meinung zur Arbeitsfähigkeit abzugeben?

Die arbeitsmedizinische Beurteilung ist notwendig, speziell nach einem länger dauernden Arbeitsunterbruch, um eine gelingende volle Wiedereingliederung, resp. Wiederaufnahme der Tätigkeit, unter Umständen mit einer Anpassung des Arbeitsplatzes oder unter dem Vorbehalt einer Einschränkung der Aktivitäten sowie allenfalls mit dem Zweck, eine vorübergehende oder definitive Arbeitsunfähigkeit zu überbrücken.

Wem nützt die Abklärung?

Je nach welchem Standpunkt die Analyse durchgeführt wird, können Interessenkonflikte auftreten. Gibt es nicht eine Vielzahl von Partnern, die zu überzeugen sind?

Welche Gewissheit haben die Arbeitsmediziner, gehört und verstanden zu werden, z.B. von Case-Managern, vom Arbeitgeber, vom als Patient betroffenen Arbeitnehmer, vom Verantwortlichen der Abteilung Human-Ressources, vom behandelnden Arzt, vom Versicherer einer Einkommenseinbusse und von der Invalidenversicherung? Welche Interessen können die verschiedenen eingeschalteten Akteure haben, sich an den Arbeitsmediziner zu wenden? Bringt eine arbeitsmedizinische Abklärung mehr als sie kostet? Trägt sie einen realen Gewinn zur Lösung der Problematik eines arbeitsunfähigen Mitarbeitenden bei? Ist sie wirklich notwendig und nützlich?

Illustration

Nach einer fünfjährigen Erfahrungsperiode als verantwortlicher Arbeitsarzt für Mitarbeitende mit Langzeitarbeitsunfähigkeit aus medizinischen Gründen in einem öffentlichen Betrieb versuchen wir anhand einiger klinischer Musterbeispiele Antworten auf diese Fragen zu finden.

Rolle der Gesundheitsfachperson bei Langzeitarbeitsunfähigkeit

Judith Roblin
Pflegefachfrau für Arbeitsmedizin
Hospice général
Genève, Schweiz

Die Organisation „Hospice général“, gegründet im Jahr 1535, ist eine unabhängige, autonome Institution, die mit der Umsetzung der sozialen Politik des Kantons Genf beauftragt ist: Sozialhilfe, Hilfe für Asylbewerber, Prävention und Information in sozialen Fragen für die Gesamtheit der kantonalen Bevölkerung. Die Institution ist in allen Gemeinden des Kantons an 50 Arbeitsorten mit 938 Mitarbeitenden vertreten.

Der Gesundheitsdienst für das Personal des „Hospice général“ wurde im Jahr 2003 eingeführt. Er ist der Direktion der Personalabteilung direkt angegliedert und hat zum Ziel, die von der Direktion definierte Gesundheitspolitik und Arbeitssicherheit umzusetzen. Die Hauptaufgaben sind folgende: Unterstützung und Beratung der Mitarbeitenden in problematischen Situationen im Beruf und privat, Begleitung von Mitarbeitenden mit Langzeitarbeitsunfähigkeit und bei deren Wiederaufnahme der Tätigkeit, Bewältigung von Gewaltsituationen am Arbeitsplatz, Unterstützung bei ergonomischen Fragestellungen, Verhütung von übertragbaren Krankheiten, ASA-Koordination, Brandschutz, diverse Gesundheitsschutz-Kampagnen.

Eingeleitet durch die 5. IV-Revision, wurde der Ablaufprozess des Vorgehens bei Langzeitarbeitsunfähigkeit (60 Tage oder länger) einer Revision unterzogen. Das neue Vorgehen, sichergestellt durch die Personalabteilung, den Gesundheitsdienst und die vorgegebene Stufenordnung erlaubt, dank häufigerer Kontakte, besser definierter Verantwortlichkeiten und klarerer gesetzter Fristen die arbeitsunfähigen Mitarbeitenden zu begleiten und zu unterstützen. Die spezifische Rolle der im Betrieb verantwortlichen Pflegefachperson ist vielgestaltig:

- Angebot der Unterstützung für den betroffenen Mitarbeitenden in einer neutralen Weise (geringere Aufdringlichkeit als direkte Erkundigungen des Arbeitgebers) und unter garantierter Einhaltung der Vertraulichkeit (Arztgeheimnis und Datenschutz)
- Gewährleistung der Aufrechterhaltung einer Vertrauensbasis zwischen dem Mitarbeitenden und seinen Vorgesetzten
- Vermittlerrolle in der Kommunikation zwischen den verschiedenen Partnern (Personalabteilung, Vorgesetzte, Betriebsarzt, evtl. sogar Vertrauensarzt und dem betroffenen Mitarbeitenden) in Sinne der Suche nach persönlichen Lösungen
- Sicherung einer frühzeitigen Erfassung der Situation, zum Vorteil einer gelingenden Wiederaufnahme der Arbeit unter optimalen Bedingungen
- Teilnahme an den Massnahmen zur Wiedereingliederung (exkl. Ergonomie) und Begleitung des Mitarbeitenden bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit bis zum Abschluss des Eingliederungsprozesses
- Nötigenfalls Begleitung des Mitarbeitenden bei Schritten zur IV-Anmeldung und / oder der Vorsorgekasse
- Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Auf diese Weise reiht sich die Absenzenkontrolle in eine globale, umfassende Gesundheitspolitik für Berufstätige ein, deren Ziel es ist, auf Grund von Ursachen zu handeln und mit einem präventiven und partizipativen Vorgehen eine bessere Arbeitssicherheit zu erreichen.

NB : Auf das Beispiel einer Wiedereingliederung und auf ein Beispiel der Anpassung des Arbeitsplatzes wird detailliert eingegangen.



Ergonomie unterstützt Rehabilitation

David Francioli
ASA-Koordinator und Ergonom
Unité santé au travail, Service de la santé publique - Vaud
Lausanne, Schweiz

Definition Ergonomie

Der vorliegende Artikel soll aufzeigen, dass ergonomische Analysen eine Rehabilitation fördern können. Zur Erinnerung: Ergonomie ist eine Fachrichtung, die sich mit der Anpassung der Arbeit an die körperlichen, psychischen und mentalen Kapazitäten eines Menschen (und nicht umgekehrt) befasst. Aus diesem Grund ist der Bereich Rehabilitation ein natürliches Tätigkeitsfeld für die Ergonomie.

Lange Zeit standen sich jedoch zwei verschiedene Ansätze gegenüber: Der eine (angelsächsische) konzentriert sich auf den Menschen und Normen, der andere (französischsprachige Länder) auf die Tätigkeit. Da bei Letzterem alle spezifischen Sachzwänge einer Situation berücksichtigt werden können, scheint er sich für Lösungen im Rahmen einer Rehabilitation besser zu eignen. Normen und Empfehlungen beziehen sich meist auf Gruppen aus «durchschnittlichen» Individuen, deren «durchschnittlicher» Gesundheitszustand keine Auswirkungen auf die Arbeit hat. Normen und Empfehlungen dienen der Rechtssprechung als Bezugsgrössen und müssen vom Arbeitgeber eingehalten werden

Welchen Vorteil birgt der auf die Tätigkeit bezogene Ergonomieansatz?

Es geht nicht unbedingt darum, eine Kausalität zwischen Krankheit und Arbeitsbedingungen zu ermitteln, sondern eher um die gegenteilige Frage: Welche Auswirkungen die Krankheit auf die Arbeit und somit auf das Auftreten weiterer Symptome? Der Arbeitsarzt informiert den Ergonom über die körperlichen, psychischen und mentalen Einschränkungen der betroffenen Person. Er beobachtet diese anschliessend bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und ermittelt, welche Aufgaben in Bezug auf die Einschränkungen problematisch sind. Der Ergonom zeigt dann Lösungsansätze auf, um die Schädlichkeit dieser Aufgaben zu reduzieren.

Es gilt, alle Hauptakteure (Vorgesetzte, Personalabteilung und den betroffenen Mitarbeiter) zu versammeln, um alle weiteren Sachzwänge (z.B. organisatorische, finanzielle etc.) zu berücksichtigen und so eine definitive Lösung zu finden.

Vorgeschlagene Lösungen

Arbeitssituationen können auf verschiedenste Weise beeinflusst werden::

- persönliche Arbeitsorganisation (Förderung einer Tätigkeit, Änderung der Reihenfolge von Aufgaben, Änderung von Bewegungen etc.),
- allgemeine Organisation (Einstellen von Mitarbeitern, Änderung der Arbeitszeiten, Umorganisation des Teams etc.),
- Arbeitsplatzgestaltung (Einrichtung, räumliche Aufteilung etc.),
- Bewegungen und Haltungen,
- Verwendete Werkzeuge, Maschinen, Möbel, etc
- Aus- und Weiterbildung (Ergonomiekurse, Kompetenzverbesserung etc.)
- Psychosoziale Aspekte (seelische und technische Unterstützung etc.)

Es gibt folglich unendlich viele Möglichkeiten, um einem kranken Menschen die Wiedereingliederung in die Arbeit zu erleichtern. Ein Hinzuziehen aller beteiligten Personen ist (in den komplexesten Fällen) nützlich, um eine für alle akzeptable Lösung zu finden.

Während des Vortrags werden praktische Beispiele erörtert.

Standortbestimmung durch die Arbeitsmedizin bei Langzeitarbeitsunfähigkeit

Dr med. Sophie Rusca
Arbeitsmedizin FMH
Spital Wallis
Sitten, Schweiz

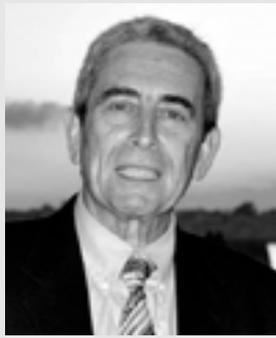
Das Spital Wallis umfasst mehrere Standorte mit insgesamt neun Pflegeeinrichtungen, in denen rund 4500 Mitarbeiter tätig sind. Obwohl die Absenzenrate laut Statistik über die Jahre relativ stabil geblieben ist, beschloss der Arbeitgeber Spital Wallis aufgrund der Ziele der beruflichen Wiedereingliederung der Sozialversicherungen sowie der Case-Management-Modelle der Erwerbsausfallversicherungen, die eigene Absenzenpolitik zu überarbeiten.

Wenn die klassischen Managementregeln auf spezifische medizinische Probleme von Arbeitnehmern und das damit zusammenhängende Arztgeheimnis, sowie Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Interessenskonflikten zwischen den betroffenen Parteien stossen und dadurch mangels genügender Mittel oder Projekte für die arbeitsunfähigen Angestellten unwirksam sind, ist ein Hinzuziehen des Arbeitsmediziners sinnvoll.

Die Arbeitsmedizin spielt folglich eine konkrete Rolle im Rahmen der Personalbetreuung und -verwaltung: Sie liefert Antworten auf einfache Fragen wie die voraussichtliche Dauer einer Absenz, Arbeitseinschränkungen oder Bedingungen für die Wiederaufnahme der Arbeit. Gleichzeitig erhalten die Angestellten Auskunft über ihre Einstellbarkeit mit Informationen über Karrieremöglichkeiten und Auswirkungen langfristiger Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Der Arbeitsmediziner fungiert als Vermittler zwischen Privatsphäre des Angestellten, Berufsumfeld, Erwerbsausfallversicherung und gegebenenfalls IV.

Die Abteilung für Arbeitsmedizin hat 2010 mehrere langfristige Arbeitsunfähigkeiten mit gemischtem Erfolg betreut. Misserfolge werfen dabei weitere Fragen auf. Es gilt, die Anreize für Abteilungen/Unternehmen zu steigern, arbeitsunfähige Personen zu beschäftigen und Arbeitsstellen anzupassen und somit eine Behinderung zu respektieren und zu akzeptieren.



Gestion des incapacités de travail de longue durée dans les établissements de santé français

Dr med. Lionel Scrick
Arbeitsarzt, ANMTEPH Präsident
CHI-Poissy-St-Germain-en-Laye
Paris, Frankreich

In Frankreich umfasst der öffentliche Gesundheitsdienst (FPH) etwas mehr als eine Million Beschäftigte. 7 von 10 Stellen sind mit Pflegepersonal besetzt. 80% sind Frauen. Im FPH verteilt sich der Anteil Beschäftigter (exkl. Mediziner, Biologen, Pharmazeuten und Kieferorthopäden) auf folgende Institutionen: Öffentliche Spitäler, öffentliche Alters- und Pflegeheime, öffentliche Einrichtungen oder Dienststellen mit öffentlichem Charakter zur Unterstützung der staatlichen Departemente bei der Sozialhilfe für Kinder, öffentliche Einrichtungen für Behinderte oder für mangelnd integrierte Jugendliche und Erwachsene, öffentliche Heime zur Beherbergung und zur sozialen Wiedereingliederung.

Die Rate von Absenzen aus Gesundheitsgründen im öffentlichen Gesundheitsdienst (FPH) belief sich 2007, je nach Bedeutung der Gesundheitseinrichtung, zwischen 9,5% und 12,7% (tendenziell stabil); hingegen gibt es eine gewichtige Zunahme in den vergangenen 5 Jahren (+ 40%) bei Krankheiten, die bei der Berufsausübung erworben wurden (8 von 10 davon verbunden mit muskuloskelettalen Störungen).

Die statutarischen Rechte der Arbeitnehmer, so wie vom Gesetz des 9. Januar 1986 definiert, kennen verschiedene Arten von Krankschreibungen (Arbeitsabsenz): Absenz bei gewöhnlicher Krankheit, Absenz bei prolongiertem Krankheitsverlauf, Langzeitkrankschreibung, 4. Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalls oder Absenz als Folge einer Berufskrankheit. Schliesslich kann der Arbeitnehmer dieser verschiedenen Absenzformen auch von einer abgestuften progressiven Wiederaufnahme der Arbeit durch Verschreibung einer therapeutischen Teilarbeitszeit profitieren.

Nach einer Tätigkeitsabsenz, wenn eine definitive Arbeitsunfähigkeit vom Arbeitsmediziner ausgesprochen (festgestellt, attestiert) wurde, muss dieser Entscheid durch den zuständigen Vertrauensarzt bestätigt werden.

Wenn alle statutarischen Rechte ausgeschöpft sind, wird der Beschäftigte, der seine Arbeit nicht wiederaufnehmen kann:

- entweder, aus gesundheitlichen Gründen in den Bürodienst versetzt (Mit dieser neuen Funktion erwirbt der Beschäftigte weder das Recht zu einem Rentenbezug noch zu einer Beförderung);
- oder, der betroffene Beschäftigte wird in eine andere Tätigkeit versetzt (auf Weisung des medizinischen Ausschusses);
- oder der betroffene Beschäftigte wird aus gesundheitlichen Gründen in den Rentenstand versetzt ab dem Zeitpunkt der definitiven Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit durch die Reformkommission und unter dem Vorbehalt des Einverständnisses der Nationalen Rentenkasse für Beschäftigte im Gesundheitswesen (C.N.R.A.C.L.).

Nach Ausschöpfung seiner statutarischen Rechte wird der im öffentlichen Gesundheitswesen Beschäftigte, wenn er seine Tätigkeit nicht wiederaufnehmen kann, mit einer Entschädigung entlassen. Seine Situation wird durch das Amt für Soziale Sicherheit geprüft.

Der FPH zeichnet sich durch eine starke Unterstützung seiner Beschäftigten aus, wenn sie in eine sie in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Situation geraten sind.

Der Medizinische Ausschuss und (oder) der Arbeitsarzt können Hilfsmittel am Arbeitsplatz (temporär oder definitiv) verordnen, um die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu ermöglichen. Er kann auch Einschränkungen oder die Entbindung von gewissen Aufgaben verlangen, wenn diese Massnahme geeignet ist, den nach der Krankheit oder einem Unfall vermehrt anfälligen Gesundheitszustand des Beschäftigten zu verbessern.

Der Fonds zur Eingliederung von Behinderten im Gesundheitswesen kann den Arbeitgeber bei der Suche nach einer Finanzierung der Kosten von Anpassungen am Arbeitsplatz unterstützen.



Arbeitsunfähigkeit – Berufsaufgabe?

Dr med. Jacques-François HOLTZ
Arbeitsmedizin FMH
1772 Grolley, Schweiz

Wenn der Gesundheitszustand eines Arbeitnehmers durch seine Arbeit ernsthaft gefährdet wird, kann die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gemäss Kapitel 3 der Verordnung über die Unfallverhütung (VUV) eine Nichteignungsverfügung erlassen.

Arbeitgeber sind verpflichtet, Arbeitnehmer zu melden, auf die die Nichteignungsvorschriften zutreffen könnten.

Diese Verfügung kann befristet oder dauernd sein und zu einem Ausschluss von der betroffenen Arbeit (Nichteignung) oder einer Beschäftigung unter bestimmten Bedingungen (bedingte Eignung) führen.

Ist ein Arbeitnehmer verhindert, seine Arbeit weiter auszuführen, erhält er von der Unfallversicherung (dabei kann es sich um eine andere Versicherung handeln als die SUVA) vier Monate lang Übergangstaggeld, wenn dieser Ausschluss ihn kurzfristig in erhebliche erwerbliche Schwierigkeiten bringt, insbesondere wenn er seinen Arbeitsplatz verlassen muss.

Erfüllt der ausgeschlossene Arbeitnehmer die in Artikel 86 der VUV vorgeschriebenen Bedingungen, erhält er maximal vier Jahre lang 80% seines Lohns als Übergangentschädigung.

In der Schweiz sind jährlich rund 300 Arbeitnehmer von einer Nichteignungsverfügung betroffen. Mehrheitlich handelt es sich dabei um Erkrankungen der Atemwege und der Haut. Hauptverursacher sind Mehl, Zement, Isocynate und Haarpflegemittel.

Doch auch der Gesundheitssektor bleibt nicht verschont. Wie steht es um die Gesundheitsberufe? Welche Folgen hat das für die betroffenen Personen? Einige konkrete Beispiele versuchen auf diese Fragen Antworten zu geben.



Frühintervention: ein effizienter Weg der Wiedereingliederung

Marco Lepori
Direktionsassistent
IV-Stelle des Kantons Freiburg
Freiburg, Schweiz

Die fünfte Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung verankert diese Sozialversicherung definitiv als Versicherung für berufliche Wiedereingliederung. Für die IV ist die Aufrechterhaltung der Beschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Personen von nun an vorrangig.

Die Instrumente dieser neuen Ausrichtung der IV ermöglichen eine sehr schnelle Erkennung von Fällen mit «Invaliditätsrisiko» und verhindern einen zu grossen Verwaltungsaufwand. Nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit oder bei wiederholten kurzen Absenzen über ein Jahr kann heute tatsächlich schnell und effizient ein Arbeitnehmer bei der IV gemeldet werden. Die ersten konkreten Massnahmen konzentrieren sich auf die Aufrechterhaltung der Beschäftigung der betroffenen Person an ihrem Arbeitsplatz und werden zu Beginn der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit eingeleitet. Es handelt sich dabei um flexible Massnahmen, die den Vorteil haben, schnell umsetzbar zu sein. Keine Auflagen, nur ein Budget von maximal 20 000 Schweizer Franken pro Versicherungsfall. Meistens handelt es sich um kurzfristige, pragmatische und wenig kostspielige Massnahmen. Die IV investiert pro Fall im Schnitt 5000 Franken.

Nach zwei Jahren Praxis hat sich gezeigt, dass die IV mit diesen neuen Instrumenten bei der Prävention und vor allem bei der frühzeitigen Rückkehr an den Arbeitsplatz eine aktive Rolle spielen kann. Jede Massnahme wird in Absprache mit dem Versicherten, seinem Arbeitgeber sowie anderen Partnern (Arzt, Erwerbsausfallversicherung etc.) eingeleitet. Die IV will Unternehmen, die bereits über interne Lösungswege verfügen, nichts aufzwingen. Sie möchte mit Rat und/oder finanzieller Hilfe zur Seite stehen, ihre Erfahrungen dort einbringen, wo es bereits ein Netz gibt, das aber nicht unbedingt über genügend Instrumente oder Mittel verfügt, um gesundheitlich eingeschränkte Personen weiterhin an ihrem Arbeitsplatz beschäftigen zu können.

Die zweijährige Erfahrung in Freiburg zeigt jedoch, dass das Pflegepersonal von dieser Frühintervention noch wenig zu profitieren scheint. Dies erklärt sich aus dem spezifischen Umfeld dieses Sektors. Vielleicht verbindet das Pflegepersonal mit der IV nur chronische Erkrankungen, weil es beruflich häufig mit schwer kranken Menschen konfrontiert ist. «Ich pflege meinen Patienten.» Aus diesem Grund sucht das Pflegepersonal vielleicht mehr als andere Berufssparten nach persönlichen Lösungen. Bei einem Gesundheitsproblem wendet sich ein Mitglied eines Pflorgeteams an die direkten Vorgesetzten oder das Personalwesen der Einrichtung, um eine Lösung zu finden: Arbeitszeitreduktion, Versetzung in weniger belastende Abteilungen oder gar Kündigung.

Diese Reaktion ist nachvollziehbar. Jeder sucht auf seiner Ebene und in seinem direkten beruflichen Umfeld nach einer Lösung. Solche Situationen und Reaktionen gibt es in allen Tätigkeitsbereichen. Je nach «gewählter» Lösung kann manchmal ein Gefühl der

Ungerechtigkeit aufkommen. Die betroffene Person weiss allein nicht mit der Verminderung ihrer Arbeitsfähigkeit und deren Auswirkungen umzugehen.

Sind Arbeitszeitreduktion und Kündigung die einzig möglichen Lösungen? Wenn man allein eine Antwort sucht, lautet diese vielleicht «ja». Wenn man hingegen bereit ist, die Karten offen auf den Tisch zu legen, gibt es vielleicht noch weitere Möglichkeiten, andere, gerechtere und für alle Parteien zufriedenstellende Lösungen – für den Arbeitgeber, den Arbeitnehmer mit gesundheitlicher Beeinträchtigung und die Versicherungen.

Die IV-Stellen präsentieren sich mit ihren Instrumenten für die Frühintervention und anderen Dienstleistungen für eine berufliche Wiedereingliederung als Ansprechpartner für eine gemeinsame Suche nach flexiblen und pragmatischen Lösungen, die eine Aufrechterhaltung der Beschäftigung der Person mit gesundheitlicher Beeinträchtigung an ihrem Arbeitsplatz anstreben. Eine Anmeldung bei der IV ist heute nicht mehr gleichbedeutend mit Ausgrenzung - ganz im Gegenteil: Sie ist sogar ein gutes Mittel, um an seinem Arbeitsplatz bleiben zu können.



Arbeitsfähigkeit und die 5. IV-Revision

Dr Michael Trippel
Arbeitsmedizinische Praxis
SYMBA health@work
Einsiedeln, Schweiz

Die Stossrichtung der 5. IV-Revision wurde mit dem Slogan „Eingliederung vor Rente“ versehen. Für das Verständnis sind in diesem und im folgenden Vortrag (Dr. med. I. Rajower) die folgenden Begriffe zu klären:

Was heisst Eingliederung?

Was sind die (neuen) Leistungen des Gesetzes?

Wie setzen die IV-Stellen als Vollzugsorgane die Eingliederung um?

Wie wird konkret vorgegangen?

Wie werden die behandelnden Aerzte in die Eingliederung mit einbezogen?

Mit der Eingliederung will die IV Möglichkeiten prüfen und Massnahmen umsetzen, damit die versicherte Person (vP) im Arbeitsprozess verbleiben kann. Massnahmen können bei der vP selber, am Arbeitsplatz oder beim Arbeitgeber ansetzen. Sie werden in die grossen Gruppen Arbeitsplatzergänzung, Integrationsmassnahmen und berufliche Massnahmen unterteilt.

Die gesundheitliche Situation und die berufliche Beeinträchtigung sind zu Beginn eines Krankheits- oder Unfallverlaufs nicht gefestigt, sondern als schub- (unfall-), behandlungs- und rekonvaleszenzbedingte Zustände der weiteren Entwicklung unterworfen. Die berufliche, soziale und gesundheitliche Bestandaufnahme zu diesem Zeitpunkt hat einen momentgebundenen, vorläufigen Charakter und grenzt sich explizit vom Abklärungsverfahren der Rentenprüfung im chronischen Stadium des Verlaufs ab. Die Arbeits- und Versicherungsmediziner sind der Ueberzeugung, dass in diesen frühen Phasen die Bemühungen der Rückführung an den Arbeitsplatz am meisten Erfolg haben. Aus Kostengründen denken Unfall- und Krankentaggeldversicherungen dasselbe und setzen Case Manager ein.

Eingliederung wird in der Frühphase vom bekannten Rentenabklärungsverfahren getrennt. Damit die vP möglichst bald in den Eingliederungsprozess eintreten kann, hat die IV die Möglichkeit der Früherfassung (FE) durch einfache Meldung eingeführt. Dieses setzt ein schnelles, unkompliziertes und unmittelbar wirksames Verfahren in Gang zur Aufdeckung des Eingliederungsbedarfs und zum Anstossen des Eingliederungsprozesses. Ausser der vP selber können auch Arbeitgeber oder Krankentaggeldversicherer eine FE veranlassen.

Auf die FE folgt dann die Frühintervention (FI). Auf der medizinischen Seite ist zunächst und vorläufig der Anlass der mit der Meldung verbundenen gesundheitlichen Störung und deren Auswirkung auf die Arbeit abzuschätzen. Oft erfordert dies die Rückfrage bei den behandelnden Aerzten. Es geht weniger um die Frage nach dem Ausmass der AUF, sondern, ob die vP im gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand von einer auf das Berufliche gerichteten Intervention profitieren kann. Das erfordert auch die Aufklärung über die angedachten FI-Massnahmen.

Beispiele sollen FEFI im Vortrag illustrieren. Dabei sollen Möglichkeiten und auch die Grenzen der frühen Integration aufgezeigt werden.



Rolle der Ärzte in der Eidg. Invalidenversicherung (IV)

Dr. med., M.P.H., M.H.A. Inès Rajower
Aufsicht regionale ärztliche Dienste der IV,
Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)
Bern, Schweiz

Ein Hauptziel der 5. bzw. 6. IV-Revision ist, Menschen mit gesundheitlichen Problemen - insbesondere im psychischen Bereich - im Erwerbsleben zu halten bzw. wieder einzugliedern. Heute bezahlt die IV in einem nicht zu unterschätzenden Ausmass Renten an versicherte Personen (vP), die mit professionelleren Massnahmen (medizinische, integrierende, berufsspezifische, hilfsmittelspezifische, etc.) wieder erwerbsfähig (ganz oder teilweise) werden könnten. Mit Inkrafttreten der 5. IV-Revision sind neben den betroffenen vP, ihre gesetzlichen Vertreter, Familienangehörigen, Arbeitgeber, behandelnden Ärztinnen und Ärzte, zuständigen Kranken- und Unfalltaggeldversicherer, Militärversicherung, Vorsorgeeinrichtungen sowie Durchführungsorgane der Arbeitslosenversicherung und kantonalen Sozialhilfe meldeberechtigt.

Länger andauernde Arbeitsabsenzen haben nicht nur wirtschaftliche und soziale, sondern auch gesundheitliche Folgen. Beispielsweise führt eine schmerzbedingte Schonhaltung häufig bereits nach wenigen Wochen zu chronischen Beschwerden im unteren Rückenbereich. Nach noch längerer andauernder Absenz entwickelt sich nicht selten aus dem ursprünglich somatischen Rückenleiden zusätzlich eine depressive Störung, die im ungünstigsten Fall in einer schweren Depression endet. Eine Reintegration in die Arbeitswelt wird dann äusserst schwierig und nicht selten sehr teuer. In den meisten Fällen führt es zur Abhängigkeit einer IV-Renten

Mit der 5. IV-Revision ist die Eingliederung gegenüber der Rente („**Eingliederung vor Rente**“) noch deutlicher in den Vordergrund gerückt. Bei der 6. IV-Revision wird das Rentenrevisionsverfahren differenzierter ausgestaltet bzw. stärker auf die persönliche Situation der vP bezogen. Ziel ist, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der vP mit gezielten Massnahmen zu verbessern, so dass eine Wiedereingliederung möglich wird und die Rente entfällt oder zumindest relevant reduziert werden kann.

Im Rahmen der medizinischen Abklärungen und Betreuung haben die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in der Regel ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Patienten resp. versicherten aufgebaut. Somit werden sie zu wichtigen Partnern für die vP und kantonalen IV-Stellen im Bereich der zu definierenden und umzusetzenden Eingliederungsmassnahmen. So können sie mit ihrer auf Vertrauen basierenden Beziehung zu den Versicherten in der Früherfassung und Frühintervention bei gesundheitlich beeinträchtigten vP an einer noch rechtzeitigen, angepassten beruflichen Integration oder bei berenteten vP an einer Reintegration aktiv mitwirken, sei es in der erforderlichen Aufklärungsarbeit oder in der ärztlichen Betreuung der vP während der Eingliederungsphase.

Die Ärztinnen und Ärzte in den interdisziplinär zusammengesetzten regionalen ärztlichen Dienste (RAD) übernehmen als Vermittler zwischen Medizin, Recht und Versicherung zusammen mit den Eingliederungsfachleuten, Versicherungsexperten und Juristen der IV gemeinsam die Verantwortung für die Abklärung der vP. Damit unterscheidet sich ihre Aufgabe

grundsätzlich von derjenigen der behandelnden Ärzte. Während letztere für die medizinische Diagnostik und Behandlung zuständig sind, befasst sich der RAD-Arzt im Wesentlichen mit der Erfassung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit resp. funktionellen Leistungsfähigkeit in der aktuellen oder in einer angepassten Tätigkeit. Externe medizinische Gutachterinnen und Gutachter unterstützen die IV bei komplexeren Fragestellungen.

Damit das mit den Gesetzesrevisionen anvisierte Ziel, das bestehende Eingliederungspotenzial der Versicherten maximal auszuschöpfen, erreicht werden kann, ist die professionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Ärztegruppen unerlässlich.



Eingliederung von Personen mit gesundheitsbedingten Einschränkungen?

Urs Grüter
Regionalleiter Deutschschweiz
IPT Integration für alle
Zürich, Schweiz

Präsentation von IPT und des Wiedereingliederungsprozesses:

Die privatrechtliche, gemeinnützige und nicht gewinnstrebige Stiftung IPT Integration für alle ist ein Dienstleistungsunternehmen, das sich auf die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung spezialisiert. Die 1972 von Westschweizer Unternehmen gegründete Stiftung IPT beschäftigt heute in mehr als 20 Büros rund 100 Mitarbeiter in der Schweiz.

IPT ist auf diesem Fachgebiet in der Schweiz federführend und bietet Unternehmen, Ärzten, privaten Versicherungen, regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und IV-Stellen sowie Sozialdiensten eine breite Dienstleistungspalette an.

Der im Schnitt sechs Monate dauernde IPT-Prozess ist in vier Phasen unterteilt, dank denen die betroffenen Personen ihr Selbstvertrauen sowie ihre Fähigkeiten wieder stärken, ein realistisches, machbares und nachhaltiges berufliches Projekt definieren und validieren sowie ihre Wiedereingliederung durch eine temporäre oder feste Anstellung in einem Unternehmen starten können.

In der ersten Phase der Bilanz holt der IPT-Berater Informationen bei Ärzten und ehemaligen Arbeitgebern ein, um die Fähigkeiten und Grenzen der Person zu bestimmen.

In der zweiten Phase werden die Personen durch Weiterbildungsmodule aktiv mobilisiert und ihre persönlichen, sozialen und beruflichen Kompetenzen gestärkt. Das Berufsprojekt wird durch ein Praktikum in einem Unternehmen validiert.

In der dritten Phase erfolgt die Platzierung. Ob temporäre oder feste Anstellung: IPT berücksichtigt die Bedürfnisse der Unternehmen und verfügt über qualifiziertes und unqualifiziertes Personal für alle Berufssparten und stellt sicher, dass die Ansprüche von Bewerber und zukünftigem Arbeitgeber übereinstimmen – kostenlos für beide.

Auf Wunsch wird jede Platzierung anschliessend weiter betreut. Diese Dienstleistung ist kostenlos und zeitlich unbegrenzt. Sie soll die Integration des Bewerbers an seinem neuen Arbeitsplatz unter besten Bedingungen sicherstellen.

Ein paar Zahlen :

2009 betreute die Stiftung fast 2500 Personen, von denen 38% wieder eine längerfristige Anstellung fanden.

Die meisten Anfragen (60%) erhält IPT von den RAV, 20% von den Sozialdiensten und spezialisierten Einrichtungen sowie 15% von Spitälern und Ärzten. Die Zahl der Anfragen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

Profil der betreuten Personen: 90% Langzeitarbeitslose, davon 15% seit über fünf Jahren ohne Arbeit. Das Durchschnittsalter ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. 2009 waren rund 70% der betreuten Personen über 40 Jahre und ein Drittel über 50 Jahre alt. Zwei Drittel melden eine körperliche und ein Viertel eine psychische Einschränkung an. Häufig leiden die Personen gleichzeitig unter mehreren Gesundheitsproblemen.

Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
(SGARM)
www.sgarm.ch

SGARM
SSMT



Schweizerische Verband der Betriebsärzte
im Gesundheitswesen (SOHF)
www.sohf.ch

Dieses Symposium wird vom SOHF und SGARM organisiert und unterstützt von

