

Work-related health monitoring in Europe from a public health perspective

WORKHEALTH

WORK
HEALTH



Arbeitsweltbezogene
Gesundheitsberichterstattung in Europa

Herausgeber:
Julia Kreis
Wolfgang Bödeker
c/o BKK Bundesverband
Abteilung Gesundheit
Kronprinzenstr. 6
D-45128 Essen

Januar 2005



Vorwort

In der Europäischen Union wird zur Zeit ein europäisches Gesundheitsberichterstattungssystem entwickelt, um langfristig vergleichbare Daten über Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Bevölkerung, über Krankheiten und Gesundheitssysteme zu erheben. Ein wichtiger Schritt dabei ist die europaweit einheitliche Definition, Erhebung und Verwendung von Indikatoren.

Im Rahmen des Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung wurden deshalb Projekte gefördert, die sich mit der Entwicklung von Indikatoren befassen und daraus Empfehlungen ableiteten – entweder zu Indikatoren für verschiedene Gesundheitsbereiche oder für Verbesserungen bei der Datenerhebung.

Unter Federführung des BKK Bundesverbandes wurde das Projekt WORK HEALTH („Establishment of indicators for work-related health monitoring in Europe from a public health perspective“) durchgeführt. Im Rahmen dieses Projektes wurden Indikatoren entwickelt, die die Bedeutung der

Arbeitswelt für die Gesundheit in Europa widerspiegeln. Das Projekt stellt somit einen wichtigen Schritt dar hin zu einem europäischen Gesundheitsberichterstattungssystem, das der Bedeutung des Faktors Arbeit gerecht wird.

Gleichwohl bleiben im Bereich der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Europa noch wichtige Herausforderungen - dazu gehört insbesondere die Notwendigkeit, die europaweit verfügbaren Daten zu erweitern. Doch auch angesichts der noch zu leistenden Arbeit sollte nicht unterschätzt werden, dass bereits heute die Arbeitswelt zunehmende Aufmerksamkeit in den europäischen Aktivitäten zur Gesundheitsberichterstattung erhält.

Horst Kloppenburg,
Europäische Kommission
Referat Gesundheitsinformation

Das Projekt WORKHEALTH wird von der Europäischen Kommission finanziell unterstützt. Weder die Kommission noch in ihrem Auftrag handelnde Personen haften für die Verwendung dieser Informationen.

Inhalt

Seite

1	Die Notwendigkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsberichterstattung in Europa	5
2	Ziel und Umfang der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung	7
3	Indikatoren für eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung	10
4	Datenquellen	19
5	Probleme der Vergleichbarkeit der Daten	21
6	Resümee	23
7	Literatur & Konsortium	

1 Die Notwendigkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitsberichterstattung in Europa

In der Europäischen Gemeinschaft wurden seit den 90er Jahren erhebliche Anstrengungen zur Schaffung eines europaweiten Gesundheitsberichterstattungssystems unternommen. Diese Aktivitäten fanden zunächst im Rahmen des Health Monitoring-Programms¹ statt, das von 1997 bis 2002 von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz durchgeführt wurde. Seit 2003 nun sind die Aktivitäten zur Gesundheitsberichterstattung dem Strang „Gesundheitsinformationen“ des neuen und bis 2008 reichenden Public Health-Programms² zusammengefasst.

In herkömmlichen Ansätzen zur Gesundheitsberichterstattung auf europäischer Ebene spielte die Arbeitswelt bisher nur eine untergeordnete Rolle. Andererseits liegt in traditionellen Überwachungssystemen aus der Perspektive des Arbeitsschutzes das Hauptaugenmerk gewöhnlich auf „klassischen“ Aspekten wie Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen (obwohl der Begriff des Arbeitsschutzes in jüngster Zeit beträchtlich erweitert wurde). Es wird jedoch immer deutlicher, dass die Arbeit einen wesentlichen Einfluss auf die Öffentliche Gesundheit (Public He-

alth) hat und dass schlechte Arbeitsbedingungen der Gesellschaft beträchtliche Kosten verursachen können. Beide Aspekte gehen weit über die traditionell im Rahmen des Arbeitsschutzes betrachteten Aspekte hinaus. Dies wird durch die folgenden Zahlen unterstrichen:

- Hinsichtlich des Verlustes an Lebensjahren werden durch die WHO und die Weltbank 3 % dem Faktor Arbeit zugeschrieben.³
- Vom Nordischen Rat veröffentlichte Schätzungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen für etwa 20 % des gesamten Erkrankungsgeschehens verantwortlich sind mit zum Beispiel 33 % bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und 45 % bei Hautkrankheiten.⁴
- Die Internationale Arbeitsorganisation schätzt, dass die ökonomischen Verluste durch Unfälle und Krankheiten im Zusammenhang mit der Arbeit sich auf 4 % des weltweiten Bruttoinlandsprodukts belaufen.⁵
- In Deutschland durchgeführte Studien schätzen die Kosten, die durch Krankheiten im Zusammenhang mit der Arbeit entstehen, jährlich auf mindestens 28 Milliarden Euro.⁶

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2002 das Projekt WORKHEALTH („Entwicklung von Indikatoren für eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Europa aus der Perspektive der Öffentlichen Gesundheit“) begonnen. Wie der Titel bereits sagt, besteht das Ziel des Projektes in der Entwicklung von Indikatoren für ein zukünftiges arbeitsweltbezogenes Gesundheitsberichterstattungssystem,

das auch den Einfluss der Arbeit auf die Öffentliche Gesundheit adäquat widerspiegelt. Ein Hauptanliegen des Projektes ist es, einen interdisziplinären Ansatz zu verfolgen, weshalb neben Experten aus dem Bereich Öffentliche Gesundheit auch Fachleute vom Arbeitsschutz, der Gewerbeaufsicht sowie der Sozialversicherung im WORKHEALTH-Konsortium vertreten sind. Dadurch ist gewährleistet, dass alle diese unterschiedlichen professionellen Perspektiven, die ein Interesse an arbeitsweltbezogener Gesundheitsberichterstattung teilen, die spezifischen Anforderungen aus ihrer jeweiligen Sichtweise und ihre speziellen Erfahrungen in die Projektarbeit einbringen.



2 Ziel und Umfang der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung

Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung soll einen Überblick über den Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung und die Belastungsfaktoren durch die Arbeit geben. Auf dieser Basis können Handlungsbedarfe erkannt und Empfehlung für Aktivitäten abgeleitet werden. Darüber hinaus stellt Gesundheitsberichterstattung ein Werkzeug dar, das Politikern dazu dient, spezifische Ziele aufzustellen und die Erreichung dieser Ziele zu überprüfen. Für verschiedene Lebenswelten – den Arbeitsplatz genauso wie

Gemeinden oder Schulen – kann folgender Wirkzusammenhang im Sinne eines politischen Regelkreises dargestellt werden: Danach haben übergeordnete politische Strategien, umgesetzt in konkrete Aktivitäten im jeweiligen Setting, letztendlich Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen und damit auf die Öffentliche Gesundheit (Abb. 1).

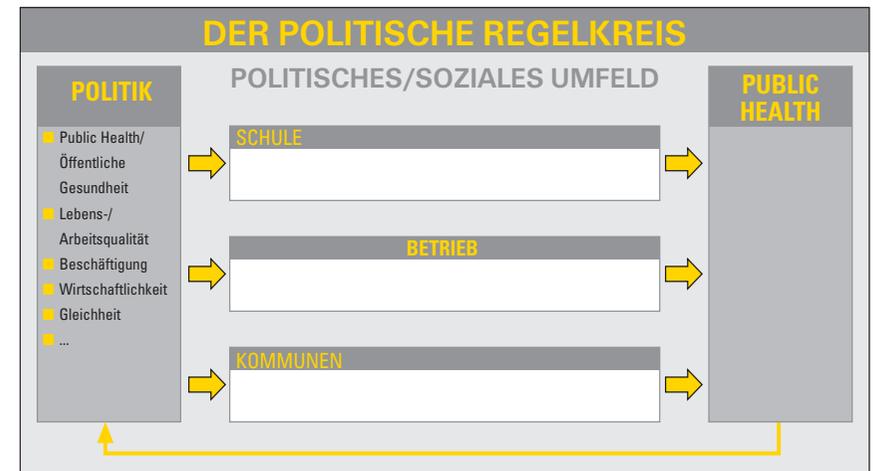


Abbildung 1: Der politische Regelkreis in verschiedenen Settings.

1
2
3
4
5
6
7

Für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung sind solche Politikvorgaben relevant, die wesentliche Auswirkungen auf das Setting „Arbeitsplatz“ und das Ergebnis „Gesundheit“ haben. Die entsprechenden zur Zeit europaweit prioritären politischen Strategien mit einem Bezug zur Arbeitswelt wurden im Projekt WORKHEALTH zusammengestellt und sind in Abbildung 2 als „Politikbereiche“ aufgeführt (z.B. krankheitsbedingte Fehlzeiten, Soziale Ein-

gliederung). Dabei können verschiedene Phasen der Umsetzung der übergeordneten Politik unterschieden werden, die letztendlich auf die Öffentliche Gesundheit wirken (Abb. 2).

Dieser politische Regelkreis dient als theoretisches Modell für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung.

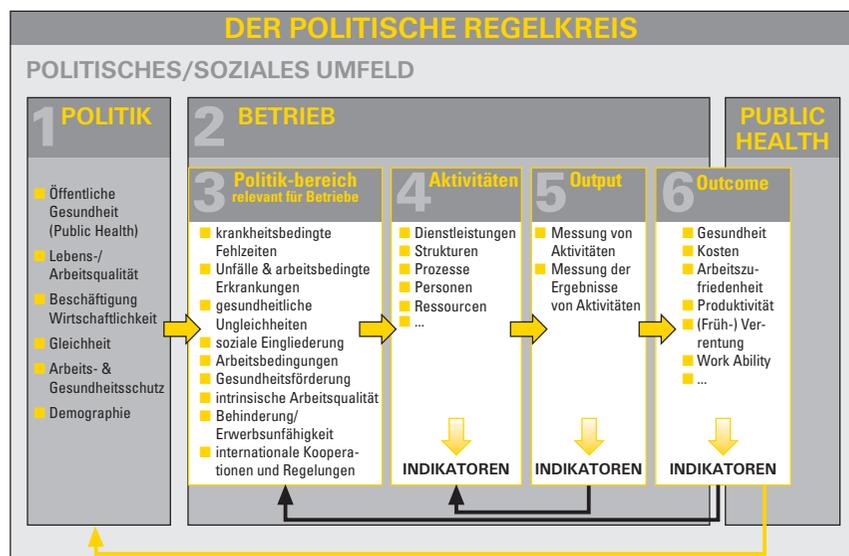


Abbildung 2: Das Modell des politischen Regelkreises für arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung aus Perspektive der Öffentlichen Gesundheit. Das Modell zeigt den Bereich „Arbeit und Gesundheit“ in Zusammenhang mit dem weiteren politischen Umfeld: Durch das gesellschaftliche und politische Umfeld werden übergeordnete Strategien vorgegeben, die einen weiten Bereich von Feldern abdecken (z.B. Öffentliche Gesundheit, Qualität der Arbeit, Gleichheit, Arbeits- und Gesundheitsschutz etc.). Einige spezifische Vorgaben sind dabei besonders relevant für das Setting „Arbeit“, z.B. „Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten“, „Fehlzeitenmanagement“ oder „Verbesserung von Arbeitsbedingungen“, die nachfolgend einen bedeutenden Einfluss auf das Outcome Gesundheit haben. Dieser Prozess kann im Rahmen eines arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattungssystems abgebildet werden. Dabei reflektieren Indikatoren die Aktivitäten, die am Arbeitsplatz stattfinden, ebenso wie die damit verbundenen Outputs und Outcomes.

Im Rahmen des Projektes wurde unter arbeitsweltbezogener Gesundheitsberichterstattung damit deutlich mehr verstanden als der klassische Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Beziehung zu anderen Arbeitsfeldern der Gesundheitsberichterstattung ist dargestellt in Abbildung 3, die zeigt, dass arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung als ein Ausschnitt der allgemeinen Gesundheitsberichterstattung betrachtet wird, wo – wie bereits festgestellt – der Aspekt der Arbeit bisher eher vernachlässigt worden ist. Danach ist die Berichterstattung durch den Arbeits- und Gesundheitsschutz, die sich traditionell vor allem mit der Verhütung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen beschäftigt hat, als ein Teilaspekt der

arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung zu sehen. Eine weitere Überlappung ist hier dargestellt mit dem Konzept der „Qualität der Arbeit“⁷. Unter dieser Überschrift wird im Rahmen der Sozialpolitischen Agenda⁸ das Ziel verfolgt, „mehr und bessere Arbeitsplätze“ in Europa zu schaffen, und die entsprechenden Fortschritte werden europaweit beobachtet. Ursprung des Konzeptes ist der Gipfel von Lissabon, wo im Jahr 2000 das strategische Ziel erklärt wurde, die Europäische Union zur wettbewerbsfähigsten und dynamischsten Wirtschaftszone der Welt mit nicht nur mehr, sondern auch besseren Arbeitsplätzen zu entwickeln.

1
2
3
4
5
6
7

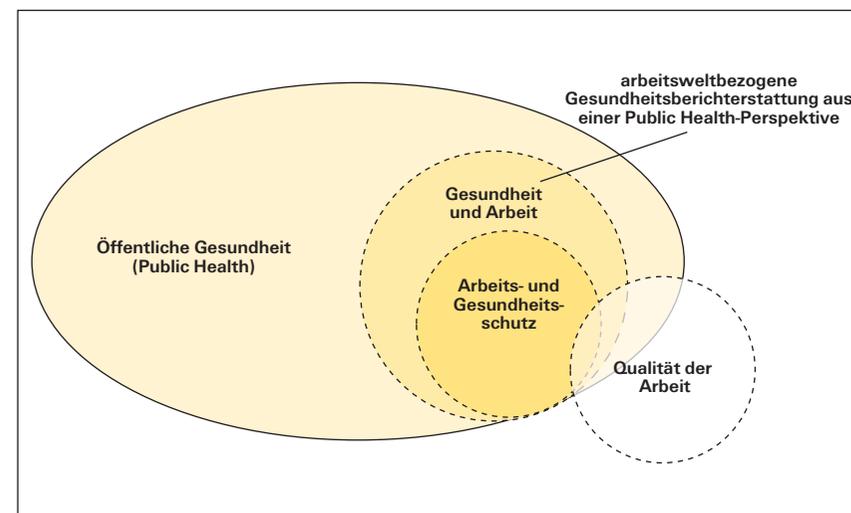


Abbildung 3: Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung aus der Perspektive der Öffentlichen Gesundheit und ihre Beziehung zu anderen Feldern der Gesundheitsberichterstattung.

1
2
3
4
5
6
7

Der hier gewählte Ansatz zur Betrachtung der Frage der arbeitsweltbezogenen Gesundheit integriert somit das Feld der Öffentlichen Gesundheit mit anderen relevanten Politikfeldern; damit kommt das Projekt WORKHEALTH der Forderung der Europäischen Kommission nach einer intersektoralen Gesundheitsstrategie nach, wie sie im Rahmen des neuen Public Health-Programms² formuliert wird. Dies ist um so

notwendiger, als die europäische Gesundheitsberichterstattung mit einem Fokus auf die Arbeitswelt ein relevantes Anliegen ist sowohl für die Generaldirektion Gesundheits- und Verbraucherschutz als auch für die Generaldirektion Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten, die für die meisten Aspekte des Arbeitslebens in Europa zuständig ist.

3 Indikatoren für eine arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Um zu berücksichtigen, was verschiedene Professionen bisher im Bereich der arbeitsweltbezogenen Gesund-

nationalen arbeitsweltbezogenen Indikatorensysteme zusammengestellt⁹. Auf dieser Grundlage wurden in einer umfassenden Liste („Masterlist“) alle für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung relevanten Indikatoren zusammengeführt. Zu den darin aufgenommenen Indikatoren gehören zum Beispiel die der Europäischen Umfrage über die Arbeitsbedingungen der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen¹⁰, alle Indikatoren mit einem Gesundheitsbezug aus dem Konzept „Qualität der Arbeit“⁷ der Europäischen Kommission, die im Konzept „Health, Environment and Safety Management“¹¹ durch die WHO Europa vorgeschlagenen Indikatoren sowie alle Indikatoren mit einem Bezug zur Arbeitswelt aus dem ECHI-Projekt¹². Vor diesem Hintergrund haben die Experten



heitsberichterstattung erarbeitet haben, wurde eine Synopse der bereits vorhandenen europäischen und inter-

der verschiedenen im Projekt vertretenen professionellen Perspektiven (Öffentliche Gesundheit, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gewerbeaufsicht und Sozialversicherung) die Lücken definiert, wo Indikatoren noch fehlten, und ergänzende Indikatoren entsprechend entwickelt. Wie bereits ausgeführt, soll ein arbeitsweltbezogenes Gesundheitsberichterstattungssystem auch dazu dienen, die Umsetzung politischer Strategien zu überwachen und evaluieren (vgl. Abb. 2). Um dies zu ermöglichen, wurden auf Grundlage der sehr langen Indikatorenliste für jeden Politikbereich Gruppen von ausgewählten Indikatoren in so genannten „Fenstern“ („Domain Windows“) zusammengestellt,

die zur Beobachtung dieses speziellen Bereichs geeignet sind. Ebenfalls auf der Grundlage der „Masterliste“ wurde durch Entscheidung der Experten in der Projektgruppe in einer Kurzliste eine Auswahl von Indikatoren festgelegt, die die vier professionellen Perspektiven wiedergibt. Die Erarbeitung einer solchen Kurzliste stellt die Antwort auf den Wunsch der Politik nach einem praktikablen, bald europaweit umsetzbaren und leicht zu handhabenden Gesundheitsberichterstattungssystem dar. Weil jedoch noch keine wissenschaftlichen Regeln zur Ableitung einer entsprechenden Auswahl aus umfangreichen Zusammenstellungen vorhanden sind, wurden Indikatoren ausgewählt, die – da es sich dabei

1
2
3
4
5
6
7

Tabelle 1: WORKHEALTH-Kurzliste der Indikatoren

Indikatoren	europaweit vorhandene Daten*
Arbeitsunfälle	X
Berufskrankheiten	X
arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren	X
krankheitsbedingte Fehlzeiten (nach Diagnose)	X
Behinderung/Erwerbsunfähigkeit	X
Erkrankungsgeschehen**	—
Qualität der Tätigkeit	(X)
Gesundheitsförderungsaktivitäten am Arbeitsplatz	—
Reintegration/Rehabilitation	(X)
Befolgung von Arbeitsschutzvorschriften	—
Ausgaben für Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	—

* X = Daten vorhanden, (X) = nur unvollständige Daten vorhanden, — = keine Daten vorhanden
** Dieser Indikator gibt das Erkrankungsgeschehen nach ICD-Hauptgruppen an und ist teilweise bereits in der ECHI-Kurzliste enthalten. Aus der Sicht von WORKHEALTH ist es notwendig, die Morbidität nach Berufen und Wirtschaftszweigen zu stratifizieren. Nach unserer Kenntnis sind derartige Informationen gegenwärtig nicht vorhanden.

um Indikatoren für die Gesundheit und das Gesundheitssystem handelt – indirekt auch die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen wiedergeben. Das bedeutet, dass die Indikatoren teilweise nach Wirtschaftszweigen und Berufen stratifiziert werden müssen, um den Arbeitsbezug der Krankheiten darzustellen. Mit der vorgeschlagenen Kurz-

liste kann die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung erste Anhaltspunkte auf nationale und europäische Probleme hinsichtlich der Gesundheit am Arbeitsplatz liefern. Darauf aufbauend kann eine detailliertere Analyse erfolgen, aus der konkrete Maßnahmen abgeleitet werden.

Im Folgenden werden die vorgeschlagenen Indikatoren näher erläutert.

■ Arbeitsunfälle

Im Eurostat-Projekt ESAW wird ein Arbeitsunfall definiert als „ein während der Arbeit eintretendes deutlich abzugrenztes Ereignis, das zu einem physischen oder psychischen Schaden führt“. ¹³ Diese Definition schließt akute Vergiftungen sowie bewusste Handlungen Dritter sowie Unfälle während der Arbeit, die jedoch außerhalb des Betriebsgeländes stattfinden, mit ein. Ausgeschlossen sind Unfälle auf dem Weg zu und von der Arbeit, Ereignisse mit rein medizinischer Ursache und Berufskrankheiten. Erfasst werden Arbeitsunfälle, bei denen die Person mehr als 3 Tage (ohne den Tag, an dem der Unfall eintrat) abwesend sind. Als „tödlicher Arbeitsunfall“ sind solche Arbeitsunfälle definiert, die innerhalb eines Jahres nach dem Tag des Unfalls zum Tod des Unfallopfers führen.

Berechnet werden die jährlichen Inzidenzraten, also die Anzahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle pro 100.000 Beschäftigte. Die Entwicklung der Inzidenzrate in den Mitgliedsländern wird mittels eines Indexes (mit der Inzidenzrate von 1998 = 100) dargestellt. Weil die Häufigkeit von Arbeitsunfällen in manchen Wirtschaftszweigen höher ist (Hochrisiko-Branchen), wird für die Mitgliedstaaten eine entsprechende Adjustierung durchgeführt, um standardisierte Inzidenzraten zu erhalten. Die Erfassung der Daten begann 1994 (Piloterhebung 1993), für die neuen Mitgliedstaaten 2002, und zwar rückwirkend mindestens vom Bezugsjahr 1998 an. In einigen der neuen Mitgliedstaaten und Kandidatenländer sind geschlechtsspezifische Daten erst ab 2001 vorhanden.

■ Berufskrankheiten

Bei Berufskrankheiten handelt es sich um jene Krankheiten, bei denen die nationalen Entschädigungsbehörden anerkennen, dass deren Ursprung in der Berufstätigkeit liegt. ¹⁴ Dies ist abhängig von der nationalen Gesetzgebung und von der durch die Entschädigungsbehörden geübten Praxis. Gewöhnlich sind Entschädigungen auf die Fälle beschränkt, in denen der Faktor Berufstätigkeit den einzigen oder aber den Hauptgrund darstellt.

Obwohl mit diesem Konzept Probleme der Vergleichbarkeit zwischen den Ländern verbunden sind, da sich die Gesetzgebungs- und Entschädigungspraxis in den einzelnen Mitgliedstaaten unterscheidet, erhebt Eurostat die Daten zu anerkannten Berufskrankheiten in Europa seit 2001. ¹⁵

Die Daten werden ermittelt als Inzidenzrate der anerkannten Berufskrankheiten pro 100.000 Arbeitskräfte. Die Aspekte der unbefriedigenden Vergleichbarkeit und unvollständige Berichtszahlen – speziell bei Berufskrankheiten, deren Manifestation Jahrzehnte dauert, wie einige Erkrankungen der Atemwege – stellen ernste Probleme bei der Interpretation dieser Daten dar. ¹⁴

■ Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Der Indikator „arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ gibt eine subjektive Beurteilung der Risiken am Arbeitsplatz wieder. Die Daten werden im Rahmen der Europäischen Umfrage über die Arbeitsbedingungen ¹⁰ geliefert, die die Frage beinhaltet „Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit oder Sicherheit aufgrund Ihrer Arbeit gefährdet sind, ja oder nein?“. In der letzten Umfrage im Jahr 2000 betrachteten 27 % der Beschäftigten ihre Gesundheit und Sicherheit als gefährdet, wobei die höchsten Prävalenzen im Bausektor auftraten, gefolgt von der Landwirtschaft, der Fischerei und dem Transportwesen.



■ Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Die Abwesenheit von der Arbeit wegen Krankheit ist ein wichtiger Indikator, der Informationen über den Gesundheitszustand der Beschäftigten liefert. Zahlen zum Krankenstand werden zum Beispiel häufig dazu benutzt, die Notwendigkeit vorbeugender Maßnahmen zu verdeutlichen: Auf nationaler Ebene werden die Krankenstände in den verschiedenen Wirtschaftszweigen untersucht, um Handlungsbedarfe abzuleiten. Ebenso ist es üblich, die Abwesenheitszahlen auf betrieblicher Ebene zu Rate zu ziehen, um festzulegen, in welchen Abteilungen gesundheitsfördernde Maßnahmen ergriffen werden sollen. Die Wirksamkeit der Gesundheitsförderungsaktivitäten wird dann oft anhand der Änderungen des Krankenstands beurteilt.

Weil die Sozialversicherungsdaten der Mitgliedstaaten untereinander kaum vergleichbar sind, sollten für eine europaweite Betrachtung des Krankenstands Daten aus der Europäischen Arbeitskräfteerhebung (European Labour Force Survey)¹⁶ verwendet werden. Hier wird erhoben, ob die Beschäftigten während einer definierten Referenzwoche aufgrund „eigener Krankheit, Verletzung oder zeitweiliger Behinderung“ nicht am Arbeitsplatz anwesend waren. Die Krankheit wird nicht näher spezifiziert, d. h. die Diagnose ist nicht angegeben.

Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Zahlen zum Krankenstand nicht nur den tatsächlichen Gesundheitszustand der Beschäftigten widerspiegeln. Bis zu einem gewissen Grad hängen diese Zahlen auch von nationalen Regelungen zur Abwesenheit bei Krankheit und Erwerbsunfähigkeit ab, z. B. der unterschiedlichen Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheit vor der Zuerkennung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Auch Anreize des sozialen Sicherungssystems können den Krankenstand beeinflussen (z. B. Höhe der Entgeltfortzahlungen). Ebenso spiegeln Fehlzeiten makroökonomische Veränderungen wider – beispielsweise sinken die Krankenstände gewöhnlich bei steigender Arbeitslosigkeit, da ältere und weniger gesunde Arbeitnehmer nicht länger im Arbeitsprozess stehen oder da die Menschen aus Furcht, den Arbeitsplatz zu verlieren, auch dann zur Arbeit gehen, wenn sie sich krank fühlen.

■ Behinderung/ Erwerbsunfähigkeit

Behinderung bzw. Erwerbsunfähigkeit ist unter allen mit der Gesundheit zusammenhängenden Fragen eine der komplexesten.¹⁷ Gemäß der WHO-Definition umfasst der Begriff „Behinderung“ gesundheitliche Schädigungen, funktionelle Einschränkungen sowie Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung sozialer und gesellschaftlicher Rollen. Gleichzeitig beschreibt der Begriff „Erwerbsunfähigkeit“ einen durch die entsprechende Sozialgesetzgebung definierten Zustand, der oft mit einem vorzeitigen Ende des Berufslebens und daraus resultierenden Kosten für die Gesellschaft verbunden ist. Wegen der Komplexität der Definitionen und der Unterschiede in den entsprechenden Praktiken in den Mitgliedstaaten ist die Vergleichbarkeit in dieser sehr wichtigen Frage gegenwärtig eingeschränkt und eine weitere Standardisierung erforderlich. Zur ersten Annäherung an das Problem können die von der Arbeitskräfteerhebung¹⁸ und vom Europäischen Haushaltspanel¹⁹ gelieferten Daten dienen. Zum Beispiel kann ein Vergleich der relativen Wahrscheinlichkeit, einer Beschäftigung nachzugehen, für Personen mit mittlerer oder ohne Behinderung auf der einen Seite und Personen mit schwerer Behinderung auf der anderen Seite das Ausmaß sozialer Integration von Menschen mit Behinderung in den Mitgliedstaaten widerspiegeln.²⁰ Das Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung 2002¹⁸ gestattet

auch eine Analyse des Anteils behinderter Menschen nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen.

■ Erkrankungsgeschehen

Dieser Indikator gibt die Morbidität nach den ICD-10-Hauptgruppen an, stratifiziert nach Berufen und Wirtschaftszweigen. Durch die Stratifizierung des Erkrankungsgeschehens werden die häufigsten Erkrankungen für Menschen in bestimmten Berufen und Wirtschaftszweigen deutlich und weisen so auf die Notwendigkeit von Vorbeugungsmaßnahmen hin. Diese Stratifizierung macht auch den Zusammenhang zwischen den Krankheiten und der Arbeitswelt deutlich: Wenn in bestimmten Berufen oder Wirtschaftszweigen eine Krankheit häufiger auftritt, könnte dies ein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen bei diesen Tätigkeiten und der Morbidität sein. Die Morbidität als solche – ohne die vorgeschlagene Stratifizierung – ist bereits im ECHI-Indikatorsystem¹² enthalten. Nach unserer Kenntnis sind gegenwärtig jedoch keine Daten zum Erkrankungsgeschehen vorhanden, die die für die Analyse nach Berufen und Wirtschaftszweigen erforderlichen Informationen bereitstellen.

1

2

3

4

5

6

7

15

■ Qualität der Tätigkeit

1 „Einen guten Job haben“ wird in ganz
2 Europa als wichtigster Faktor für ein gutes
3 Leben angesehen²¹. Und obwohl
4 Personen mit einem Arbeitsplatz eine
5 höhere Lebensqualität haben als Arbeitslose,
6 spielen auch die Arbeitsbedingungen eine Rolle:
7 Menschen, die Überstunden leisten, oder Menschen
an Arbeitsplätzen mit hoher Arbeitsintensität
oder mit physisch oder psychisch anspruchsvollen
Tätigkeiten neigen dazu, ihr Familienleben und
ihre sozialen Beziehungen negativer zu beurteilen.
Diese Faktoren und der Grad



an Autonomie, den die Menschen am Arbeitsplatz erleben, haben ebenfalls einen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit im Leben.²²

Qualität der Tätigkeit zu messen ist jedoch ein komplexes Problem. Die Europäische Kommission definiert „intrinsische Qualität der Tätigkeit“ als eine von zehn Dimensionen von Arbeitsqualität, die bestimmt wird dadurch, inwieweit eine Tätigkeit für den Beschäftigten befriedigend ist und hinsichtlich Entlohnung und Ansehen vereinbar ist mit den Karriereerwartungen. Dies wird gemessen anhand der 1) Wechsel zwischen Nichtbeschäftigung und Beschäftigung sowie bei Beschäftigung nach Gehaltsstufen, 2) Wechsel zwischen Nichtbeschäftigung und Beschäftigung nach verschiedenen Arten des Arbeitsvertrages und 3) Zufriedenheit mit der Art der Arbeit in der gegenwärtigen Tätigkeit.²³

Andere Möglichkeiten, sich der Frage nach der Qualität der Tätigkeit zu nähern, bestehen in der Bewertung der Arbeitsbedingungen, z. B. durch die Bildung mehrerer Indizes für verschiedene Aspekte der Arbeitsbedingungen, wie dies die Europäische Stiftung getan hat. Hier wurden Indizes entwickelt, die die physischen und psychischen Arbeitsbedingungen, Autonomie, Arbeitsintensität sowie die Arbeitszeit (> 48 Stunden) mit einbezogen.²²

■ Gesundheitsförderungsaktivitäten am Arbeitsplatz

In der Europäischen Union wird die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten als wichtige Angelegenheit im Bereich der Öffentlichen Gesundheit angesehen. Es sollte europaweit beobachtet werden, inwieweit eine Implementierung von gesundheitsfördernden Aktivitäten am Arbeitsplatz stattfindet. Man kann unterscheiden zwischen umfassenden Programmen, die aufgrund jüngster Literaturstudien²⁴ als am wirkungsvollsten angesehen werden, und spezifisch ausgerichteten Programmen, z. B. zum Rauchen, zu körperlicher Aktivität, zu Ernährung, Stressbewältigung usw. Die Kenntnis der Verbreitung solcher Programme ermöglicht eine Bewertung der Wirksamkeit dieser Aktivitäten und zeigt auch, wo deren Implementierung sich bisher als nicht zufriedenstellend erwiesen hat und weitere entsprechende Programme gefördert werden müssen.

■ Rehabilitation/Reintegration

Aktivitäten hinsichtlich Rehabilitation und Reintegration nach einem Unfall oder einer Krankheit, die eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichen, sind sehr wichtig. Dies gilt nicht nur für die individuelle Person, sondern auch deshalb, weil die Renten, die für krankheitsbedingt nicht mehr arbeitende Personen gezahlt werden, für viele Länder eine ökonomische Belastung darstellen. Im Sinne von Beispielen guter Praxis ist es sehr wertvoll, einen Eindruck über die Verbreitung von Rehabilitations- (nicht nur medizinische, sondern auch berufliche) und Reintegrationsmaßnahmen (z. B. die Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze) zu erhalten. Auch muss die unterschiedliche Gesetzgebung – in den Niederlanden zum Beispiel sind Arbeitgeber verantwortlich für die Reintegration eines kranken Arbeitnehmers in der eigenen oder einer anderen Firma – in ihren Auswirkungen auf eine erfolgreiche Reintegration bewertet werden.

1

2

3

4

5

6

7

■ Befolgung von Arbeitsschutzvorschriften

Die Vorschriften zum Arbeitsschutz sind ein wichtiges Mittel zum Schutz der Arbeitskräfte vor beruflichen Gesundheitsgefahren. Entscheidend ist jedoch, dass diese Vorschriften auch wirklich eingehalten werden. In der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung kann zum Beispiel der Anteil an Verstößen gegen Arbeitsschutzregelungen betrachtet werden. Auf nationa-



ler Ebene können auch die Art und Weise, in der Mitgliedstaaten europäische Vorschriften zu Arbeitsschutzfragen implementieren, sowie das Ausmaß, in dem Konventionen wie die der ILO durch die Länder ratifiziert werden, als Indikatoren verwendet werden.

■ Ausgaben für Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Ein Indikator, der die Ausgaben für Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes angibt (in % der Gesamt-Gesundheitsausgaben oder in % des Bruttosozialproduktes/Bruttoinlandsproduktes) kann eine Vielzahl von unterschiedlichen Kosten umfassen: Das können Kosten für die nationalen Gewerbeaufsichtsbehörden sein, Kosten für die Unfallversicherung in den Mitgliedstaaten oder Ausgaben der Unternehmen für die Implementierung von Arbeitsschutzmaßnahmen und selbst die von den Beschäftigten getragenen Kosten für ihre persönliche Schutzausrüstung. Wegen der sehr unterschiedlich organisierten Arbeitsschutzsysteme in Europa erscheint ein Vergleich solcher Zahlen sehr schwierig. Es sollten daher nur die Tendenzen der Kostenentwicklung in den Mitgliedstaaten berücksichtigt werden.

4 Datenquellen

Ein wesentlicher Aspekt bei der Auswahl der Indikatoren war die Verfügbarkeit von entsprechenden Daten. Ungeachtet dessen ist die Kurzliste nicht auf Indikatoren beschränkt, für die europaweit Daten unmittelbar verfügbar sind, weil das bedeutet hätte, wesentliche Aspekte nicht zu berücksichtigen. Vielmehr wird diese Auswahl hoffentlich dazu führen, dass zukünftig auch für die übrigen Bereiche Daten erhoben werden.

Die wichtigsten Datenquellen werden nachfolgend kurz erläutert:

Zu den Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten werden europaweite Daten in den Projekten "Europäische Statistik über Unfälle am Arbeitsplatz – ESAW"¹³ und "Europäische Statistik über Berufskrankheiten – EODS"²⁵ erhoben. Die erstgenannte Datensammlung umfasst alle Unfälle am Arbeitsplatz, die zu einer Abwesenheit von mehr als 3 Kalendertagen führten (auch wenn es sich dabei um Samstage und Sonntage handelte) sowie tödliche Arbeitsunfälle. Das letztere Projekt befasst sich mit Berufskrankheiten und ist darauf ausgerichtet, allmählich harmonisierte, vergleichbare und zuverlässige Daten und Indikatoren über Berufskrankheiten in Europa zu erhalten, indem die Daten der entsprechenden administrativen Quellen in den Mitgliedstaaten erfasst werden. In beiden Projekten sollen die Probleme der Vergleichbarkeit der Daten gelöst werden, die sich aus den beträchtlichen Unterschieden in den zu-

grunde liegenden sozialpolitischen und verwaltungsrechtlichen Vorschriften der einzelnen Mitgliedstaaten ergeben. Die relevante Erhebung zur Abbildung der Welt der Arbeit ist die Europäische Umfrage zu den Arbeitsbedingungen¹⁰, die von der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen seit den 90er Jahren drei Mal durchgeführt worden ist. Sie gibt einen Überblick über die Arbeitsbedingungen in der Europäischen Uni-



on und zeigt gleichzeitig die für die Beschäftigten relevanten Veränderungen der Arbeitswelt – auch in Hinblick auf die Qualität der Arbeit und die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Die vierteljährlich durchgeführte Europäische Arbeitskräfteerhebung (European Labour Force Survey)¹⁶, die das Ziel hat, vergleichbare statistische Informationen über das Niveau und die

1
2
3
4
5
6
7

Entwicklung von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in den Mitgliedstaaten bereit zu stellen, liefert Daten über die krankheitsbedingte Abwesenheit in einer Referenzwoche. Hinsichtlich der Frage nach Behinderung in Zusammenhang mit Beschäftigung bildet das Ad-hoc-Modul 2002¹⁸ der Arbeitskräfteerhebung, das zur Bereitstellung von Daten für das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung 2003 durchgeführt wurde, eine relevante Informationsquelle. Auch durch das Europäische Haushaltspanel (ECHP)¹⁹, eine Langzeiterhebung, die viele Aspekte des täglichen Lebens abdeckt und seit 1994 durchgeführt wurde, wurden regelmäßig Daten über Behinderung bereit gestellt. Der ECHP enthielt eine Frage zu chronischen physischen oder psychischen Gesundheitsproblemen, Krankheiten oder Behinderungen und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen bei täglichen Aktivitäten; diese Daten können nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen analysiert werden. Das neue Instrument EU-SILC (Statistik zu Einkommen

und Lebensbedingungen), das an Stelle des ECHP tritt, enthält ebenfalls den Aspekt chronischer (lang anhaltender) Erkrankungen, die zu Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten führen. Mit diesen Fragen verbunden sind Informationen über Berufe und über Wirtschaftszweige. Die ersten Daten aus dem Jahr 2003 sind für die Veröffentlichung Ende April 2005²⁶ vorgesehen. Wie oben erwähnt, ist es bei einigen der aufgeführten Indikatoren noch sehr schwierig oder kaum möglich, europaweit brauchbare Daten zu erhalten. Das gilt besonders für den Aspekt der gesundheitsfördernden Aktivitäten am Arbeitsplatz, Befolgung der Arbeitsschutzvorschriften sowie für die Ausgaben für Arbeitsschutzmaßnahmen und das nach Berufen und Wirtschaftszweigen stratifizierte Erkrankungsgeschehen. Auch in Bereichen, in denen Daten vorhanden sind, stellt deren Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedstaaten eine große Herausforderung und ein sehr komplexes Problem dar.

5 Probleme der Vergleichbarkeit der Daten

Die Analyse der Daten nach Regionen stellt einen zentralen Aspekt der Gesundheitsberichterstattung dar. In Europa ist es gängige Praxis, die Daten spezifisch für Mitgliedstaaten darzustellen. Mit der Verbreitung der Methode der Offenen Koordinierung auch im Gesundheitsbereich²⁷ wird in den kommenden Jahren die Praxis des Benchmarkings an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund ist es um so entscheidender, sich der möglichen Fehlerquellen beim Vergleich der für die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung vorgesehenen Daten bewusst zu sein.^{28;29} In Hinblick auf Probleme bei der Vergleichbarkeit kann man zwischen Routine- bzw. administrativen Daten und den aus Befragungen stammenden Daten unterscheiden. Wie bereits erwähnt, beeinflussen die jeweils zugrunde liegende Politik sowie die administrativen Vorschriften zu einem beträchtlichen Teil die entstehenden Daten. Ein Beispiel sind die Daten zu Berufskrankheiten, da Anzahl und die Verbreitung von Berufskrankheiten in hohem Maße von den Vorschriften zu deren Anerkennung abhängig sind. Zwischen den Mitgliedstaaten herrschen beträchtliche Unterschiede in der Frage, welche Krankheit unter welchen Vorbedingungen als Berufskrankheit anerkannt wird. Deswegen spiegeln die

Zahlen zu Berufskrankheiten in einem Land zum erheblichen Teil eher die nationalen Vorschriften in diesem Bereich wider als das tatsächliche Auftreten der Krankheiten. Vor diesem Hintergrund ist die Tatsache zu sehen, dass es noch große Vorbehalte gegenüber der Verwendung europaweiter Zahlen zu diesem Thema gibt. Dennoch versucht das EODS-Projekt²⁵, diese Probleme zu lösen und es bleibt zu hoffen, dass das Projekt Erfolg bei der Erhöhung der Aussagekraft dieser Daten hat. Obwohl weniger deutlich, ist die Situation bei Arbeitsunfällen ähnlich¹³. Hier besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen den Mitgliedstaaten im Berichtsverfahren – in einigen Ländern ist die Zahlung von Leistungen an die Meldung an den Versicherer gebunden, während es in anderen Ländern zwar eine gesetzliche Meldepflicht für Unfälle gibt, die Leistungen jedoch nicht von der erfolgten Meldung abhängig sind. Folglich wird für die ersteren Mitgliedsländern von einem Berichtsniveau von etwa 100 % ausgegangen, während es bei den letzteren viel niedriger ist (üblicherweise 30 % bis 50 %) – mit der Konsequenz, dass Eurostat die Zahl der in diesen Ländern auftretenden Unfälle nur schätzen kann. Ein weiteres, sehr komplexes Thema bilden die Routinedaten über krankheitsbedingte Fehlzeiten, die oft bei den

1
2
3
4
5
6
7

Krankenversicherern vorhanden und in der Tat sehr attraktiv sind, weil sie Informationen nicht nur zur genauen Anzahl und Dauer aller Krankheitsfälle für die Versicherten enthalten, sondern auch den üblicherweise nach ICD kodierten Grund der Abwesenheit (Diagnose). Noch ist der Umfang der in den Mitgliedstaaten routinemäßig durch die Sozialversicherer verfügbaren Daten sehr unterschiedlich, wobei z. B. in Deutschland, Österreich und Schweden umfassende Daten existieren und in den Niederlanden nahezu keine. Auch gibt es verschiedene interne Faktoren in den jeweiligen Sozialversicherungssystemen, die – neben der tatsächlichen Erkrankung – einen Einfluss darauf haben, ob und wie lange die Menschen der Arbeit fernbleiben und daher die Länder übergreifende Vergleichbarkeit der Krankenstände in Frage stellen: Dies sind z. B. Karenztage, einkommensbezogene Leistungen versus Festbeträge oder die Notwendigkeit der Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, um nur einige Aspekte zu nennen. Aufgrund dieser Situation sind Routinedaten im WORKHEALTH-Projekt als Datenquelle für krankheitsbedingte Fehlzeiten kritisch betrachtet worden. Geplant ist jedoch eine Untersuchung der Möglichkeiten zukünftiger Nutzungen dieser Datenbasis.

Zu erwähnen ist noch, dass ein Weg zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der administrativen Daten darin besteht, die Tendenzen über einen Zeitraum zu vergleichen, statt Querschnittsvergleiche heranzuziehen. Dies wird bspw.

auch bei den Indikatoren für die Unfälle am Arbeitsplatz angewendet, wo der angegebene Index die Entwicklung der Unfallrate bei schweren Arbeitsunfällen im Vergleich zu 1998 zeigt, wobei die Quote von 1998 mit 100 festgelegt ist.

Eine weitere Möglichkeit für die Gesundheitsberichterstattung besteht darin, diese eher auf Befragungs- denn auf Routinedaten zu stützen. Aus Umfragen gewonnene Daten werden allgemein als weniger von externen Faktoren abhängig angesehen und als besser geeignet für den Vergleich zwischen Ländern. Eine Vorbedingung für Länder übergreifende Vergleiche ist die größtmögliche Sorgfalt bei der Formulierung und Übersetzung der Fragen. Dennoch kann nicht immer garantiert werden, dass die Fragen in den verschiedenen Kulturen wirklich in der gleichen Weise verstanden werden. Ein anschauliches Beispiel dafür, wie sprachliche Probleme und kulturelles Empfinden in den einzelnen Ländern die Vergleichbarkeit beeinflussen, ist die Frage in der Europäische Umfrage zu den Arbeitsbedingungen nach der Belastung durch niedrige Temperaturen am Arbeitsplatz: Auf die Frage „Wie oft sind Sie während der Arbeit im Freien oder in Gebäuden niedrigen Temperaturen ausgesetzt?“ wurden die größten Häufigkeiten in Griechenland (44 %) und Portugal (33 %) ermittelt, während dies z. B. in Finnland (19 %) und Schweden (22 %) viel seltener angegeben wird.³⁰ Auch die Frage nach einem lang anhaltenden Gesundheitsproblem bzw. einer

Behinderung im Ad-hoc-Modul 2002¹⁸ der Arbeitskräfteerhebung über die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung ergibt im Ländervergleich ein interessantes Bild: Die Tatsache, dass nur 5,8 % der Befragten in Rumänien bzw. 6,6 % in Italien, und dagegen 32,2 % in Finnland erklärten, ein entsprechendes gesundheitliches Problem zu haben, weist darauf hin, dass die Frage möglicherweise auf verschie-

dene Weise verstanden wurde oder die Antwort auch durch kulturelle Unterschiede beeinflusst worden ist.¹⁸ Trotz dieser Bedenken handelt es sich bei Befragungen im Allgemeinen um eine gute Quelle für Daten, die weitgehend für Vergleiche der Länder untereinander geeignet sind und die daher, wenn möglich, Routinedaten vorgezogen werden sollten.

6 Resümee

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das WORKHEALTH-Projekt einen wichtigen Schritt darstellt hin zur Entwicklung europäischer Indikatoren zur Gesundheitsberichterstattung, da der Einfluss der Arbeit auf die Öffentliche Gesundheit adäquat wiedergespiegelt wird. Die von der Projektgruppe vorgeschlagenen Indikatoren können nun in die Indikatorenliste der Europäischen Kommission aufgenommen werden, die in nächster Zukunft zur praktischen Anwendung kommt.

Im Bereich der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung in Europa gibt es jedoch noch Herausforderungen, die bewältigt werden müs-

sen. Dazu gehört insbesondere die Notwendigkeit, die europaweit verfügbaren Daten zu erweitern. Um zuverlässige und vergleichbare Daten zu erhalten, sind weitere Befragungen und standardisierte Routinedaten erforderlich sowie methodische Weiterentwicklungen zur Harmonisierung und Verbesserung der Vergleichbarkeit der Daten.

Doch auch angesichts der noch zu leistenden Arbeit sollte nicht unterschätzt werden, dass bereits heute die Arbeitswelt zunehmende Aufmerksamkeit in den europäischen Aktivitäten zur Gesundheitsberichterstattung erhält.

7 Literatur & Konsortium

1. Decision No 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council of 30 June 1997 adopting a programme of Community action on health monitoring within the framework for action in the field of public health (1997 to 2001). 1400/97/EC. 1997.
2. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). 1786/2002/EC. 2002.
3. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. Hansen, S. M. Arbejdsmiljø og samfundsøkonomi – en metode til konsekvensberegning. 1993. København, Nordisk Ministerråd.
5. WHO. Occupational Health, ethically correct, economically sound. Fact Sheet No 84. 1999.
6. Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, Ch., and Schröer, A. Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland 1998. Die BKK (2), 45-49. 2002.
7. Commission of the European Communities. Employment and social policies: a framework for investing in quality. EU Commission. 313 final, 1-22. 2001. Brussels. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the economic and social Committee and the Committee of the regions.
8. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and social Committee and the Committee of the regions; Social Policy Agenda. 379 final, 1-31. 2000. Brussels, Commission of the European Communities.
9. Kreis, J. and Bödeker, W. Work-related health monitoring in Europe - Synopsis of work-related indicator sets. 1-87. 2004.
10. Paoli, P. and Merllié, D. Third European survey on working conditions 2000. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1-72. 2001. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
11. World Health Organization. Workplace Health in the Public Health Perspective - Criteria and Indicators for Policy and Performance of Good Practice in Health, Environment and Safety Management in the Enterprises (GP HESME). 1-30. 2001. Copenhagen, Denmark.
12. ECHI working group. Design for a Set of European Community Health Indicators - Final report of the ECHI Project. 1-93. 2001.
13. European statistics on accidents at work (ESAW) - Methodology - 2001 edition. European Commission. 2001. Luxembourg, Office for official Publications of the European Communities.
14. Work and health in the EU: A statistical portrait. European Commission. 1-129. 2004. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities. Theme 3 Population and social conditions.
15. Antti Karjalainen and Elodie Niederlaender. Berufskrankheiten in Europa im Jahr 2001. Eurostat 15, 1-7. 2004.
16. The European Union labour force survey - Methods and definitions 2001. European Communities. 2003. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
17. Van Oyen, H. Disability surveillance. Soz.-Präventivmed. 49, 75-76. 2004.
18. Dupré, D. and Karjalainen, A. Employment of disabled people in Europe in 2002. Statistics in focus Theme 3 - 26/2003, 1-7. 2003.
19. European Community Household Panel (ECHP): Selected indicators from the 1995 wave. European Commission. 1-255. 1999. Luxembourg, EUROSTAT. THEME 3.
20. Disability and social participation in Europe. De Smedt, M. and van den Berg, J. Theme 3, 1-81. 2001. Luxembourg, European Communities. Population and social conditions.
21. Gallie, D. and Paugam, S. Social Precarity and Social Integration - Report for the European Commission based on Eurobarometer 56.1. 1-150. 2002.
22. Alber, J. and Fahey, T. Perceptions of living conditions in an enlarged Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1-59. 2004. Dublin, Office for Official Publications of the European Communities.
23. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and social Committee and the Committee of the regions - Improving quality in work: a review of recent progress. COM(2003) 728 final, 1-30. 2003. Brussels, Commission of the European Communities.
24. Wilson, M. G. A Comprehensive Review of the Effects of Worksite Health Promotion on Health-related Outcomes: An Update. American Journal of Health Promotion 11(2), 107-108. 1996.
25. European Occupational Diseases Statistics (EODS) - Phase 1 Methodology. European Commission. 3/2000/E/n°19. 2000. Luxembourg, Eurostat secretariat - Unit E3. Populations and social conditions.
26. Clémenceau, A. and Wirtz, Ch. Europäisches Haushaltspanel „Newsletter“ (01/01). Statistik kurz gefasst (14), 1-3. 2001.
27. Busse, R. Neue Verfassung, neue Sozialpolitik? Ausgabe 2/04, 7. Jahrgang, 34-40. 2004. Gesundheit und Gesellschaft.
28. Schlechter, N. and Stamm, R. Deutschland im Lichte Europäischen Benchmarkings in der Prävention; Eine Machbarkeitsstudie - Teil 1: Arbeitsunfälle. die BG (03), 145-151. 2004.
29. Schlechter, N. and Stamm, R. Deutschland im Lichte Europäischen Benchmarkings in der Prävention. Die BG (03), 145-151. 2004.
30. Rantanen, J., Kauppinen, T., Toikkanen, J., Kurppa, K., Lehtinen, S., Leino, T., and Baranski, B. Work and health country profiles. World Health Organization. 44, 1-87. 2000. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health. Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety.

Mitglieder des WORKHEALTH-Konsortiums:

1

2

3

4

5

6

7

Elsa Bach

National Institute of Occupational Health, Denmark

Sisko Bergendorff

National Social Insurance Board, Sweden

Wolfgang Boedeker (project co-ordinator)

Julia Kreis

Federal Association of Company Health Insurance Funds, Germany

Karine Chevreul

Research and information institute for health economics (IRDES), France

Marc De Greef

Veronique De Broeck

PREVENT - Institute for Occupational Safety and Health, Belgium

Montserrat García Gómez

Ministry for Health and Consumers, Spain

Karl Kuhn

Hilke Berkels

Nathalie Henke

Federal Institute for Occupational Safety & Health (BAuA), Germany

Kari Kurppa

Finnish Institute of Occupational Health, Finland

Eleftheria Lehmann

Karsten Thielen

State Institute for Occupational Safety and Health of North Rhine-Westphalia, (LafA), Germany

Oskar Meggeneder

Upper Austrian Sickness Fund, Austria

Carlo Ottaviani

National Institute for Insurance of Work (INAIL), Italy

Sigurdur Thorlacius

The State Social Security Institute of Iceland, Iceland

Yannis Tountas

Dimitra Triantafyllou

Eleni Moreti

Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), Greece

Richard Wynne

Work Research Centre LTD., Ireland

Bart de Zwart

Marcella van Doorn

AStri Research and Consultancy Group, The Netherlands

Weitere Informationen zu dem Projekt sowie der ausführliche Bericht sind erhältlich unter
Workhealth@bkk-bv.de oder www.enwhp.org

1

2

3

4

5

6

7