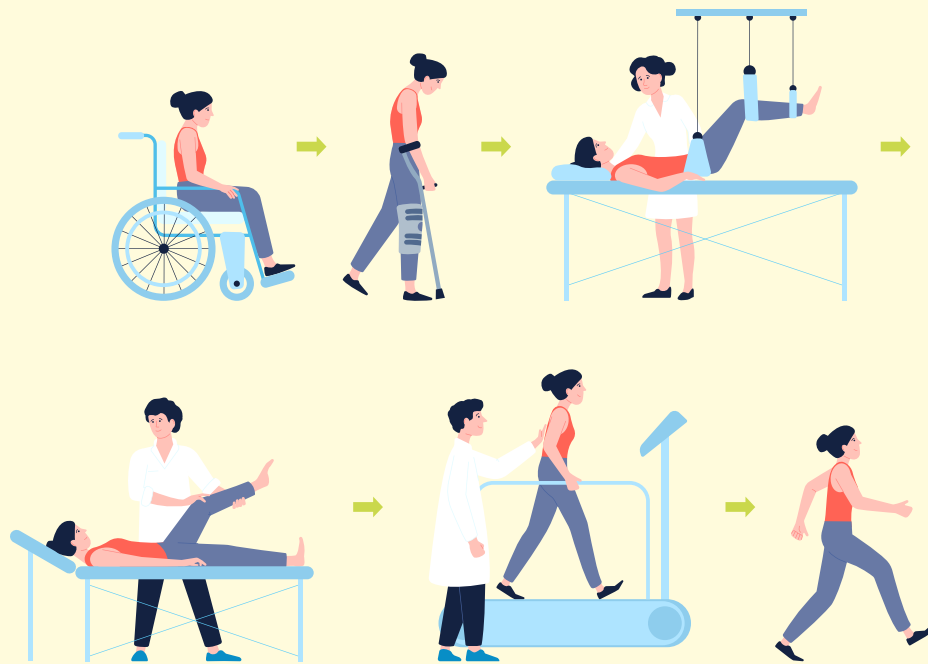




Editorial 2

SCHWERPUNKT

Qualitätssicherung im Reha-Management –
Ergebnisse der zweiten Versichertenbefragung 3

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben –
Zahlen aus der Reha-Statistik der DGUV 9

Psychische Folgen von Verkehrsunfällen und
deren mögliche Behandlung 14

Unfallversicherung als Partner im vernetzten
Gesundheitswesen 17

Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation:
Erfahrungen, Mehrwert, Ausblick 20

Interview mit Dr. Anika Steger und Heike Stanowski

„Unfallversicherung muss sich gegenüber neuen
Entwicklungen öffnen“ 24

AGENDA

COVID-19 als Berufskrankheit und Unfall –
Update 2023 27

Arbeit 4.0 und Prävention: Studierende und
Unfallversicherung arbeiten Hand in Hand 33

Nachrichten aus Brüssel 37

Aus der Rechtsprechung 38

Personalmeldungen aus der gesetzlichen
Unfallversicherung 39

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ein gutes Reha-Management gehört zur DNA der gesetzlichen Unfallversicherung. Wenn allen Präventionsmaßnahmen zum Trotz ein Arbeitsunfall geschieht, ist es unsere Aufgabe, die Betroffenen „mit allen geeigneten Mitteln“ auf ihrem Weg zurück ins Berufsleben zu unterstützen. Doch wie zufrieden sind die Versicherten mit unserer Begleitung?

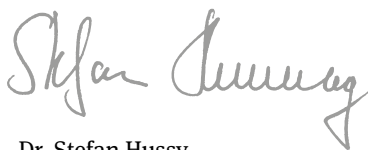
Die derzeitige Antwort lautet: Sehr zufrieden. In einer aktuellen Versichertenbefragung geben 82 Prozent der Befragten an, dass sie die Betreuung durch das Reha-Management der Unfallversicherungsträger als zufriedenstellend empfinden. Vor allem die Zusammenarbeit mit dem Reha-Management und der reibungslose Ablauf der Rehabilitation werden sehr positiv gesehen. Das ist ein erfreuliches Ergebnis.

Die Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung ist auf die berufliche Wiedereingliederung ausgerichtet. Hier spielen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) eine wichtige Rolle. Das führt mich zu einer weiteren erfreulichen Bilanz. Betrachtet man die abgeschlossenen Reha-Fälle in der allgemeinen Unfallversicherung, für die mindestens eine LTA-Maßnahme erbracht wurde und als Rehabilitationsziel der berufliche Wiedereinstieg festgelegt wurde, ergibt sich für das Jahr 2023 eine Wiedereingliederungsquote von 83 Prozent.

Grundlage für diese guten Ergebnisse sind eine vertrauensvolle Beziehung in der Beratung durch das Reha-Management und die Partizipation der Versicherten im gesamten Reha-Prozess. Beides steigert die Zufriedenheit und Motivation.

Indem wir Feedback einholen und uns weiterentwickeln, erhöhen wir die Chance, dass die von uns geleistete Rehabilitation zum Erfolg führt und Beschäftigte ihrem alten Beruf wieder nachgehen können. Dieses Ziel ist aktueller denn je – denn die Herausforderungen sind in den vergangenen Jahren durch Post-COVID größer geworden. Auch hier müssen wir alles daransetzen, die Betroffenen bestmöglich zu unterstützen.

Ihr



Dr. Stefan Hussy
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung



Foto: Jan Röhl/DGUV

Qualitätssicherung im Reha-Management – Ergebnisse der zweiten Versichertenbefragung

Key Facts

- Die Zufriedenheit der Versicherten, die nach Arbeitsunfällen im Reha-Management betreut wurden, liegt auf einem hohen Niveau
- Die Zusammenarbeit mit dem Reha-Management und der reibungslose Ablauf der Rehabilitation werden besonders positiv bewertet
- Neben der Auswahl und Koordinierung der Leistungserbringenden haben die Beteiligung der Versicherten und die Beratungsqualität eine große Bedeutung für die Zufriedenheit

Autorinnen und Autor

- Deborah Kiuntke
- Joscha Schwarzwälder
- Mirjam Rehr

Kernelemente des Reha-Managements sind die persönliche Beratung und Betreuung der Versicherten, die zielorientierte Steuerung der Heilverfahren und die Planung einer nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen sowie sozialen Wiedereingliederung. Ob diese Erwartungen aus Versichertensicht erfüllt werden, zeigt die Versichertenbefragung zum Reha-Management.

Nach schweren Arbeitsunfällen und in komplexen Fallkonstellationen setzen die Unfallversicherungsträger auf den Einsatz des Reha-Managements, um die Ziele einer möglichst raschen und vollständigen gesundheitlichen Wiederherstellung sowie der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung der Versicherten zu erreichen. Reha-Managerinnen und Reha-Manager sind während der gesamten Rehabilitation die zentralen Ansprechpersonen für Verletzte. Sie wirken auf eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte, effiziente und nachhaltige Rehabilitation hin. Die Grundlage dafür sind die Prinzipien des Case Managements. Ein zentrales Instrument stellt die Reha-Planung dar. Dazu wird von der Reha-Managerin oder dem Reha-Manager gemeinsam mit der versicherten Person und dem Arzt oder der Ärztin ein Reha- und Teilhabeplan erstellt und regelmäßig fortgeschrieben. Er enthält die Ziel-, Maßnahmen- und Zeitplanung, an der sich alle Beteiligten orientieren, und sichert so den effizienten Ablauf des Reha-Prozesses über alle Behandlungsphasen hinweg.^[1]

Von 2015 bis 2017 wurde die Qualität des Reha-Managements erstmals mithilfe einer Befragung aller abgeschlossenen Reha-Management-Fälle überprüft. Hierzu wurde unter Beteiligung der Unfallversicherungsträger und mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Arbeit und Gesundheit der DGVV (IAG) ein Fragebogen entwickelt und pilotiert.^[2] Ziel der Befragung war und ist, die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Reha-Management und dem Reha-Prozess zu erheben.

Darüber hinaus werden Inhalte und Definitionen des Handlungsleitfadens zum Reha-Management überprüft. Gleichzeitig stellt die Befragung ein Qualitätsmanagementinstrument für die einzelnen Unfallversicherungsträger dar.

Von 2022 bis 2023 wurde die Befragung wiederholt und erstmalig online durchgeführt. Dazu wurde der Fragebogen leicht angepasst und über das Befragungstool EvaSys bereitgestellt. Die Aufbereitung

Befragung

An der zweiten Versichertenbefragung haben 28 Unfallversicherungsträger teilgenommen. Es wurden alle zwischen dem 1. Juli 2022 und 30. Juni 2023 abgeschlossenen Reha-Management-Fälle einbezogen. Die Versicherten wurden postalisch angeschrieben und zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen. Einzelne Träger verlängerten den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2023, um die Rückläufe zu erhöhen. Von 16.824 angeschriebenen Versicherten haben etwa 3.400 den Fragebogen beantwortet. Das entspricht einer Rücklaufquote von 19,8 Prozent. In der ersten, papierbasierten Befragung konnte eine Rücklaufquote von 34 Prozent erreicht werden. Eine separate Befragung wurde für die Eltern von Kindern und Jugendlichen in der Schüler-Unfallversicherung durchgeführt. In der Elternbefragung lag die Rücklaufquote bei 13,4 Prozent und damit ebenfalls geringer als in der ersten Versichertenbefragung (22 Prozent). Durch den Einsatz von Erinnerungsschreiben konnten die trägerindividuellen Rücklaufquoten im Verlauf der Befragung deutlich gesteigert werden.





Fast 90 Prozent der Befragten stimmen der Aussage ziemlich oder völlig zu, dass der Reha-Manager oder die Reha-Managerin Fragen kompetent beantwortet hat.“

und Auswertung der Daten übernahm das Referat Statistik der DGUV. Eine Projektgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungsträger, der DGUV sowie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (H-BRS) koordinierte die Durchführung und begleitete die Auswertung der Daten. Die Befragung erfolgte anonym, sodass keine personenbezogenen Daten erfasst wurden und keine Rückschlüsse auf einzelne Fälle möglich sind.

Die Befragungsdaten wurden getrennt für die Versicherten- und die Elternbefragung ausgewertet. Sofern eine ausreichende Anzahl von ausgefüllten Fragebögen vorlag, wurden zusätzlich träger- und standortbezogene Auswertungen erstellt. Im Folgenden werden die Gesamtergebnisse sowie vertiefende Analysen der aktuellen Versichertenbefragung dargestellt, in die Antworten von knapp 3.400 Versicherten eingeflossen sind.

Deskriptive Ergebnisse

Die Zusammenarbeit mit ihrem zuständigen Reha-Manager beziehungsweise ihrer Reha-Managerin wird von den Versicherten positiv bewertet. So stimmen fast 90 Prozent der Befragten der Aussage ziemlich oder völlig zu, dass der Reha-Manager beziehungsweise die Reha-Managerin Fragen kompetent beantwortet hat. Im Vergleich zur ersten Versichertenbefragung hat sich die Zustimmungquote durchweg erhöht. Die Frage, ob der berufliche Wiedereinstieg besprochen wurde, wurde in der ersten Versichertenbefragung nur zu etwas mehr als zwei Dritteln positiv beantwortet, jetzt stimmen 78 Prozent der Befragten zu. Neu aufgenommen wurde die Aussage, dass die erforderlichen Fragen zur sozialen Teilhabe (zum Beispiel Wohnen, Kommunikation, Mobilität, Freizeit) erörtert wurden. Hier liegt die Zustimmung mit 64 Prozent niedriger, wobei knapp ein

Drittel der Befragten angibt, dass dies nicht erforderlich war (Abbildung 1).

Geringere Zustimmungsraten und in Teilen eine Verschlechterung gegenüber der ersten Versichertenbefragung zeigen sich im Bereich der Planung der Rehabilitation. Auf die Frage, ob für ihre Rehabilitation Ziele festgelegt wurden, antworten 72 Prozent der Befragten mit „Ja“. Nur 61 Prozent der Befragten geben an, dass ein schriftlicher Reha- und Teilhabeplan erstellt wurde (Abbildung 2). Auffällig ist bei beiden Fragen der hohe Anteil von Personen, die mit „Weiß nicht“ antworten. Dies deutet darauf hin, dass den Versicherten die Instrumente und Verfahren des Reha-Managements – zumindest zum Befragungszeitpunkt – nicht immer geläufig sind. Dennoch geben ähnlich wie in der ersten Befragung zwischen 80 und fast 90 Prozent der Befragten an, den Sinn und Zweck der Maßnahmen zu kennen sowie das Gefühl zu haben, ihre



Fragebogen

Der Fragebogen enthält insgesamt 36 Items, die sich in sechs Fragenkomplexe gliedern. Dazu zählen die Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager beziehungsweise der Reha-Managerin, die Planung der Rehabilitation, der Ablauf der Rehabilitation, die Zielerreichung, die Gesamtzufriedenheit sowie Angaben zur Person wie Alter, Geschlecht und Tätigkeit nach dem Unfall. Während die ersten drei Fragenkomplexe die Prozessqualität des Reha-Managements abbilden, können mithilfe der Einschätzung zur subjektiven Zielerreichung und zur Gesamtzufriedenheit Aussagen über die Ergebnisqualität gewonnen werden.

Für die Elternbefragung wurde ein separater Fragebogen verwendet, der sich jedoch nur geringfügig von der Version für Versicherte ab 16 Jahren unterscheidet. Um auch Personen mit eingeschränktem Lese- und Sprachverständnis die Beantwortung zu ermöglichen, wurden beide Fragebögen auch in Leichter Sprache zur Verfügung gestellt.



Information zu den Abbildungen

Auf der linken Seite in der Grafik stehen die Fragen, die Antwortmöglichkeiten sind in der Legende unter der Grafik angegeben und farblich codiert. Die Fragen wurden zum Großteil als vierstufige dichotome Skala gestellt, etwa „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“. Die ablehnenden Antworten werden in Orangetönen dargestellt, sie sind von der Mittelachse aus nach links abgetragen. Zustimmungende Antworten werden in Türkistönen dargestellt, sie sind von der Mitte aus nach rechts abgetragen. Jeweils links und rechts der Balken stehen die addierten Prozentzahlen für Ablehnung beziehungsweise Zustimmung. Rechts neben der Grafik sind zum Vergleich die Zustimmungswerte der Vorbefragung angegeben.



Abbildung 1: Zusammenarbeit mit Reha-Management

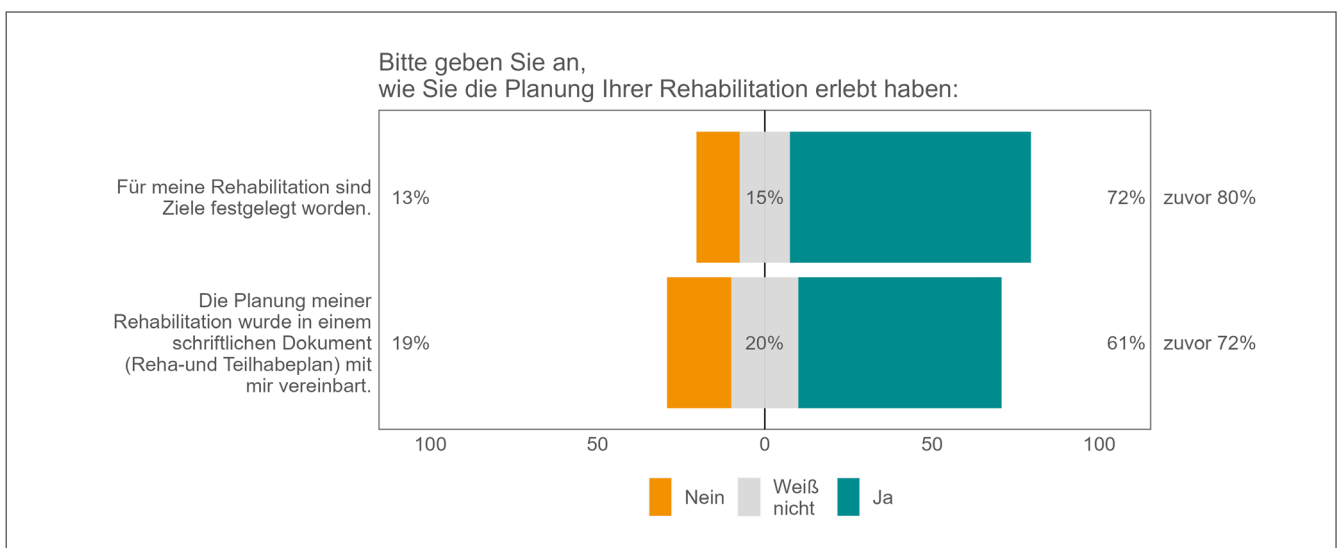


Abbildung 2: Planung der Rehabilitation

persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen einbringen zu können.

Die Rückmeldung zu den Fragen zum Ablauf der Rehabilitation bewegt sich wie in der vorherigen Befragung wiederum zwischen 80 und 90 Prozent Zustimmung. Fast neun von zehn Versicherten geben an, dass

die Maßnahmen wie geplant durchgeführt wurden und zeitnah aufeinander folgten (Abbildung 3).

Zur Bewertung der Ergebnisqualität sollten die Versicherten angeben, inwieweit die Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit, zur sozialen Teilhabe und zum be-

ruftlichen Wiedereinstieg erreicht werden konnten. Während knapp 70 Prozent der Befragten angeben, die beruflichen und sozialen Reha-Ziele voll und ganz oder eher erreicht zu haben, werden die Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit insgesamt nur von 60 Prozent als (eher) erreicht eingeschätzt (Abbildung 4). Abschließend

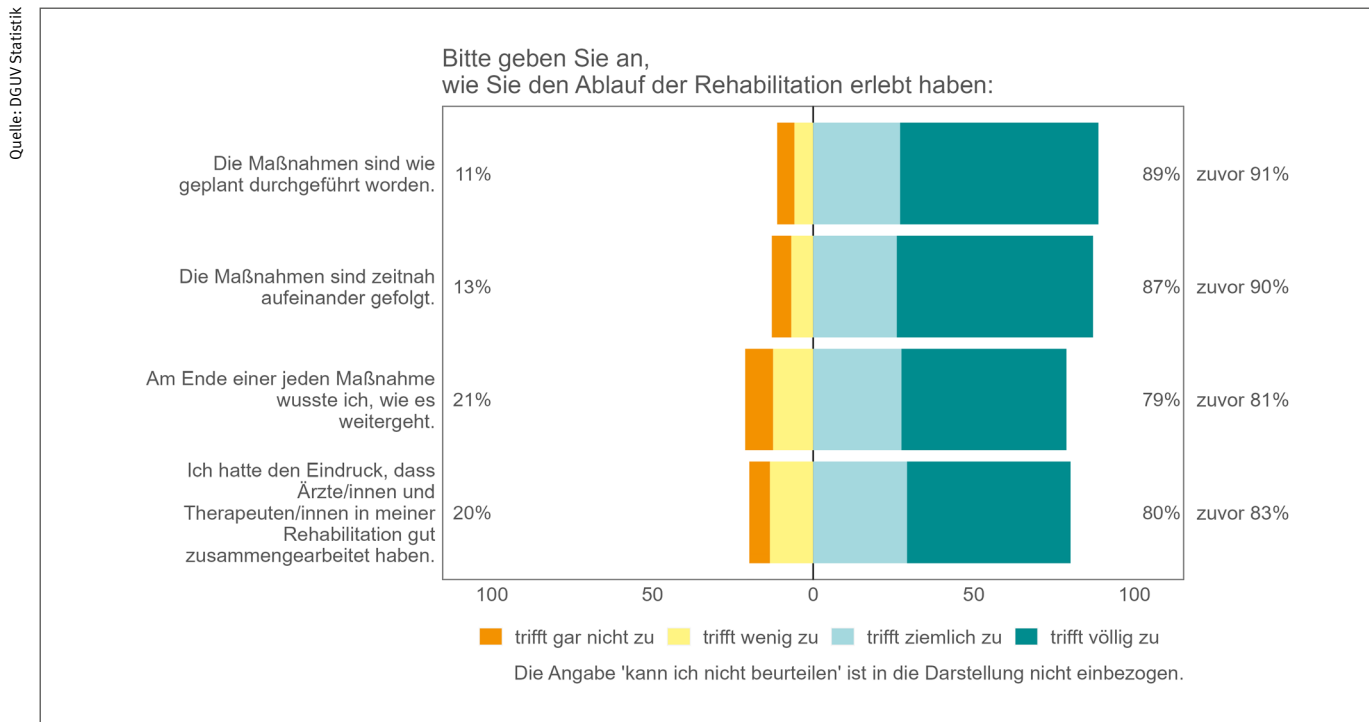


Abbildung 3: Ablauf der Rehabilitation

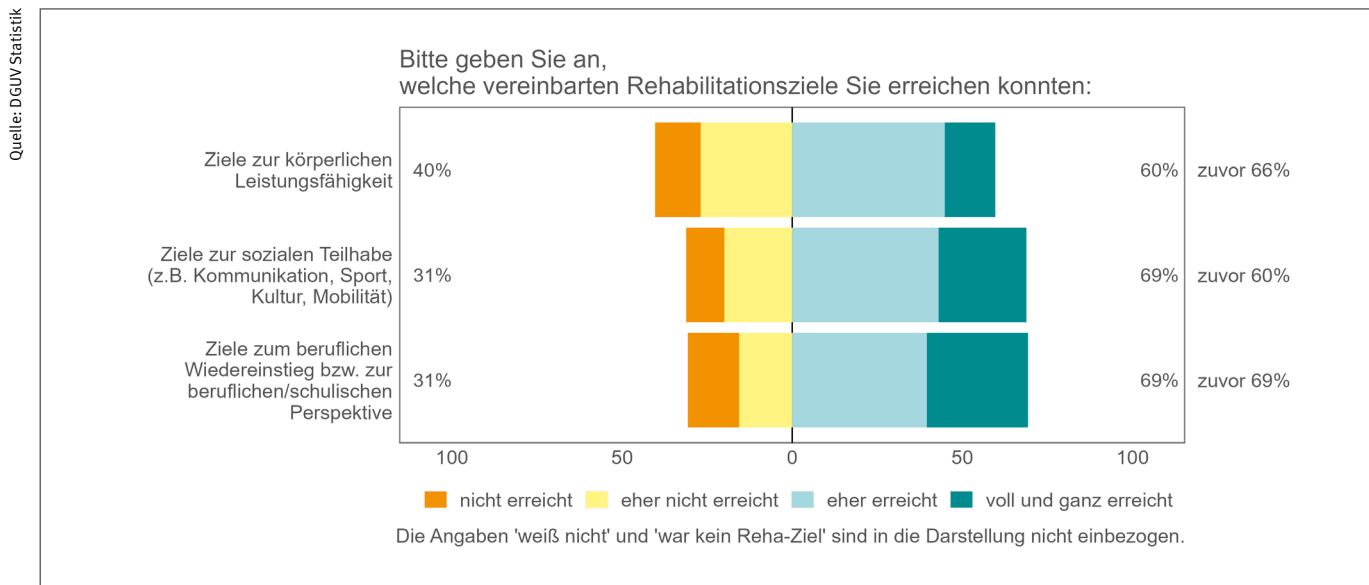


Abbildung 4: Rehabilitationsziele

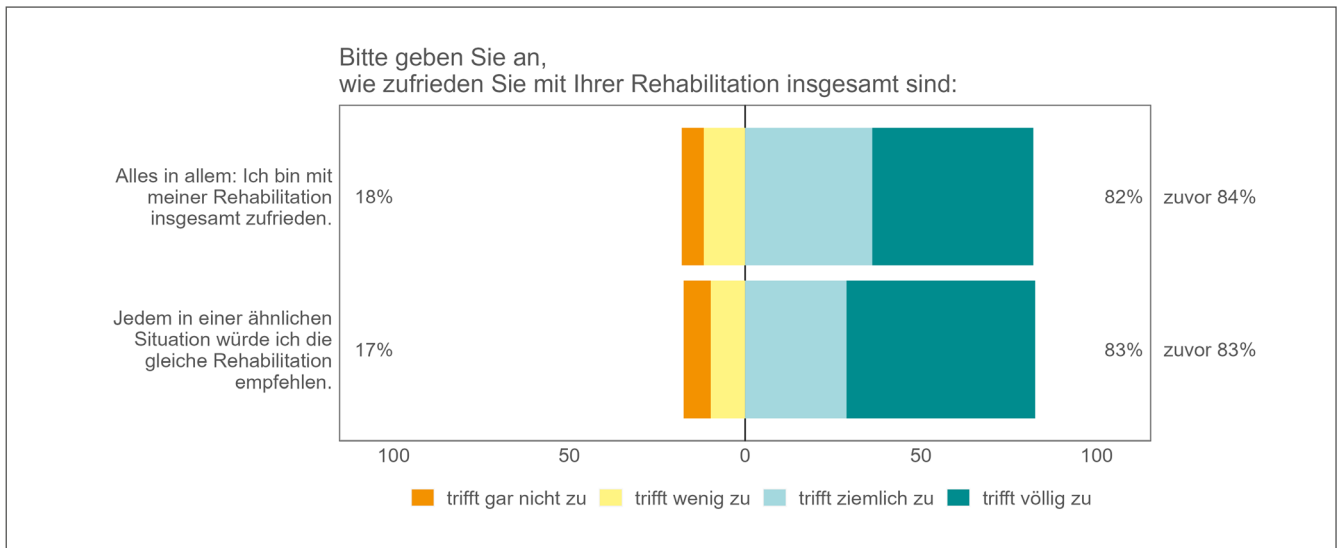


Abbildung 5: Gesamtzufriedenheit

werden die Versicherten gefragt, wie zufrieden sie insgesamt mit ihrer Rehabilitation sind. 82 Prozent der Befragten sind alles in allem mit der Rehabilitation zufrieden, 83 Prozent würden die gleiche Reha an andere weiterempfehlen (Abbildung 5). Auch wenn nach Einschätzung der Versicherten im Einzelfall nicht alle Reha-Ziele erreicht werden konnten, bewerten die Versicherten die Rehabilitation nach Arbeitsunfällen damit insgesamt sehr positiv.

Bivariate Zusammenhangsanalysen

Im Rahmen vertiefender Analysen wurden die statistischen Zusammenhänge einzelner Fragen zur Zielerreichung und zur Gesamtzufriedenheit ermittelt. Die Stärke des Zusammenhangs gibt dabei Hinweise, welche Faktoren der Prozessqualität eine besondere Bedeutung für die Ergebnisse des Reha-Managements haben.^[3]

Starke Zusammenhänge sowohl zur Zielerreichung als auch zur Gesamtzufriedenheit weisen die Fragen auf, die abfragen, ob die medizinischen Reha-Maßnahmen und die beruflichen Hilfestellungen den Versicherten weiterhalfen. Einer qualitativ hochwertigen medizinischen und beruflich-orientierten Rehabilitation und der gezielten Auswahl der geeignetsten Einrichtungen kommt damit eine zentrale Bedeutung

zu. Ansatzpunkte zur Qualitätsverbesserung bieten eine Erhöhung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung an Reha-Kliniken und ambulante Reha-Einrichtungen. Darüber hinaus ist es Aufgabe des Reha-Managements, Versicherte aktiv in Einrichtungen mit hoher Behandlungsqualität zu steuern. Hierbei könnten die Einführung eines externen Qualitätssicherungsverfahrens und die Bereitstellung vergleichender Qualitätsdaten unterstützen. Ein solches Verfahren zur externen Evaluation komplextherapeutischer Leistungen wird im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung bereits von der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) eingesetzt.^[4]

Starke Zusammenhänge zur Gesamtzufriedenheit und mittlere Zusammenhänge zur Zielerreichung weisen weitere Fragen auf, die den reibungslosen Ablauf des Rehabilitationsprozesses betreffen. Versicherte, die angeben, dass die Maßnahmen wie geplant durchgeführt wurden, zeitnah aufeinander folgten und dass Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutisches Personal gut zusammenarbeiteten, zeigen sich insgesamt zufriedener. Auch hier übernehmen die Reha-Managerinnen und Reha-Manager eine wichtige steuernde und koordinierende Funktion.

Einen starken Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit haben schließlich auch meh-

rere Fragen, die direkt die Beratung durch den Reha-Manager oder die Reha-Managerin betreffen. Insgesamt zufriedener sind Versicherte, die angeben, dass

- Fragen zur sozialen Teilhabe erörtert wurden,
- sie ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen einbringen konnten,
- der berufliche Wiedereinstieg besprochen wurde.

Neben der Steuerung des Heilverfahrens rücken damit weitere zentrale Handlungsfelder des Reha-Managements in den Blick. Im Rahmen einer umfassenden Bedarfsermittlung ist die versicherte Person mit ihrem gesamten Lebenshintergrund einzubeziehen. Berufliche und soziale Kontextfaktoren müssen im persönlichen Gespräch ermittelt und im Reha-Prozess adressiert werden. Häufig geht es hierbei weniger um die Bewilligung oder Vermittlung besonderer Leistungen als vielmehr um die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen durch eine individuelle und lösungsorientierte Beratung. Es ist bemerkenswert, dass diese Fragen auch einen mittleren Zusammenhang zur Zielerreichung aufweisen. Dies lässt den Schluss zu, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung und die Partizipation der Versicherten im Reha-Prozess nicht nur deren Zufriedenheit



Für die Unfallversicherungsträger bieten die Auswertungen Ansatzpunkte zur weiteren Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.“

steigern, sondern – etwa über eine gesteigerte Motivation – auch zu besseren Reha-Ergebnissen führen.

Keinen Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit weist hingegen die Kontakthäufigkeit auf. Erstmals wurden die Versicherten gefragt, wie oft sie mit ihrem Reha-Manager oder ihrer Reha-Managerin persönlichen Kontakt hatten. Eine Dosis-Wirkungs-Beziehung („Je mehr Kontakt, desto zufriedener“) ist nicht feststellbar. Die Befragten bewerten die Kontakthäufigkeit in ihrem Fall zu 83 Prozent als „genau richtig“. Nur knapp 16 Prozent hätten sich mehr Kontakt zu ihrem Reha-Manager beziehungsweise ihrer Reha-Managerin gewünscht.

Nur einen schwachen Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit hat die Frage, ob im Rahmen der Reha-Planung ein schriftlicher Reha- und Teilhabeplan erstellt wurde. Dies könnte nahelegen, dass der Reha- und Teilhabeplan aus Versichertensicht nur eine untergeordnete Rolle spielt. Allerdings zeigt eine genauere Betrachtung, dass dies nur

vordergründig der Fall ist. Denn Versicherte, die angeben, dass der Reha- und Teilhabeplan eine gute Orientierung gegeben hat und flexibel an veränderte Bedingungen angepasst wurde, sind insgesamt zufriedener (mittlere bis starke Korrelation). Es ist also nicht ausreichend, dass ein Reha- und Teilhabeplan erstellt wird. Entscheidend ist, dass dieser richtig eingesetzt und erläutert wird. Die Fragen nach der Qualität des Reha- und Teilhabeplans korrelieren wiederum stark mit den Einschätzungen der Versicherten, sich und ihre Bedürfnisse einbringen zu können und über den Sinn und Zweck der Maßnahmen informiert zu sein. Dies unterstreicht die zentrale Funktion des Reha- und Teilhabeplans für die gemeinschaftliche Gestaltung der Rehabilitation und die Einbindung der Versicherten.

Ausblick

Die vorgestellten Ergebnisse bestätigen die hohe Zufriedenheit der Versicherten mit dem Reha-Management und der Rehabi-

litation nach Arbeitsunfällen. Sie zeigen, dass die mit dem Ansatz des Reha-Managements verbundenen Erwartungen in hohem Maße erfüllt werden. Für die Unfallversicherungsträger bieten die Auswertungen Ansatzpunkte zur weiteren Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Erstmals sind nun Vergleiche über die Zeit und damit eine systematische Qualitätssicherung möglich. Durch weitere Befragungsrunden können zukünftig auch Trends identifiziert und die Wirksamkeit von zwischenzeitlich ergriffenen Maßnahmen überprüft werden. Weitere Erkenntnisse zur Wirksamkeit des Reha-Managements könnten in Zukunft auch aus einer vergleichenden Analyse der Prozesse der Unfallversicherungsträger gewonnen werden. ➔

Fußnoten

[1] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.: Handlungsleitfaden. Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2796> (abgerufen am 25.07.2024).

[2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.: Abschlussbericht 12.12.2018. Versichertenbefragung zum Reha-Management, https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/versichertenbefragung.pdf (abgerufen am 25.07.2024).

[3] Als Zusammenhangsmaße wurden Cramers V für nominale Merkmale und Spearmans Rho für ordinale Merkmale berechnet. Die Bewertung der Zusammenhangsstärke folgt der Konvention nach Cohen, wonach bei Werten $> 0,5$ ein starker, bei $0,3–0,5$ ein mittlerer und bei Werten $< 0,3$ ein schwacher Zusammenhang vorliegt. (Cohen, J.: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2. Aufl., L. Erlbaum Associates, Hillsdale 1988.)

[4] VBG: Optimierte Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation, <https://www.vbg.de/cms/mitgliedschaft-und-versicherung/versicherungsleistungen/qualitaetsmanagement/optimierte-zusammenarbeit> (abgerufen am 25.07.2024).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Zahlen aus der Reha-Statistik der DGUV

Key Facts

- Der Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der gesetzlichen Unfallversicherung liegt auf der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes
- Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand haben 2023 für Versicherungsfälle der Allgemeinen Unfallversicherung insgesamt rund 120,7 Millionen Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewendet
- Für die im Jahr 2023 abgeschlossenen Reha-Fälle lag die Wiedereingliederungsquote bei 83 Prozent

Autorinnen

- Dr. Denise Peth
- Peggy Hammer

Ziel der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ist die dauerhafte Wiedereingliederung ins Berufsleben. Auskunft zum Wiedereingliederungserfolg, zu den dafür erbrachten Maßnahmen und Aufwendungen gibt die Rehabilitations-Statistik der DGUV. Der folgende Beitrag beleuchtet die Entwicklungen der letzten fünf Jahre.

Die gesetzliche Unfallversicherung trägt mit ihren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dazu bei, Menschen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit wieder in die Arbeitswelt einzugliedern (vgl. § 26 Abs. 2 Nr. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) VII). Hierbei werden die Versicherten durch das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung unterstützt.^[1] Primäres Ziel ist, die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz mit allen geeigneten Mitteln zu ermöglichen. Sollte dies aufgrund der Unfall- bzw. Erkrankungsfolgen nicht möglich sein, erfolgt die innerbetriebliche Umsetzung, Qualifizierung oder Vermittlung in ein neues Arbeitsverhältnis. Die Leistungsarten zur Zielerreichung listet § 49 Abs. 3 SGB IX exemplarisch auf, dieser Maßnahmenkatalog ist jedoch nicht abschließend.

Einen Überblick über Kosten, Verlauf und Ergebnis von Reha-Fällen mit LTA in der gesetzlichen Unfallversicherung gibt die Rehabilitations-Statistik der DGUV. Auch aus den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen (GuR) der DGUV lassen sich

Angaben über Fallzahlen und Gesamtaufwendungen ablesen, jedoch ist eine Differenzierung zum Beispiel nach Jahr des Versicherungsfalles oder nach Arbeits- und Wegeunfällen nur über die Rehabilitations-Statistik möglich. Darüber hinaus enthält diese detaillierte Angaben zu Anzahl, Art, Dauer und gegebenenfalls Ort der erbrachten LTA-Maßnahmen sowie zur beruflichen Situation der versicherten Person nach Abschluss der Rehabilitation. Ebenso wird ein Teil der erforderlichen Daten für die Meldung zum Teilhabeverfahrensbericht (§ 41 SGB IX) aus der Rehabilitations-Statistik entnommen. Die im Folgenden beschriebenen Auswertungen umfassen, sofern nicht anders ausgewiesen, sowohl Unfälle als auch Berufskrankheiten. Fälle der Schülerunfallversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt.

Rehabilitationsmaßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Reichen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht aus, um die dauerhafte Wiedereingliederung ins Berufsleben

sicherzustellen, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Für das Jahr 2023 wurden rund 9.600 abgeschlossene LTA-Maßnahmen von den Unfallversicherungsträgern gemeldet. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung im Zeitverlauf. Hierbei zeigt sich ab dem Jahr 2020 zunächst ein Anstieg der Maßnahmen, der vor allem auf die Ausweitung der zu dokumentierenden Maßnahmenarten im Zuge der Novellierung des Bundes-teilhabegesetzes (BTHG) zurückzuführen ist. In den Jahren 2022 und 2023 sinkt die Zahl der Maßnahmen wieder. Dies hat vielfältige Ursachen. Eine große Rolle spielt dabei der Rückgang der Arbeits- und Wegeunfälle in den durch die Coronapandemie geprägten Jahren 2020 und 2021. Aufgrund der vorgelagerten medizinischen Rehabilitation macht sich dieser Rückgang im Bereich der beruflichen Rehabilitation erst ein bis zwei Jahre später bemerkbar. Ein Unfall, der die berufliche Wiedereingliederung gefährdet, erfordert aufgrund seiner Schwere zunächst umfassende und lang andauernde medizinische Rehabilitationsleistungen. Ein weiterer möglicher Grund

für den Rückgang ist der sich verschärfende Arbeits- und Fachkräftemangel.^[2] Angesichts zunehmender Schwierigkeiten,

Stellen neu zu besetzen, sind Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in vielen Branchen bestrebt, bestehende Arbeitsverhältnisse zu

erhalten. Außerdem ist ein geringer Anteil den Nachmeldungen zur Rehabilitations-Statistik im Folgejahr geschuldet.

Quelle: DGUV 2024 / Grafik: kleonstudio.com

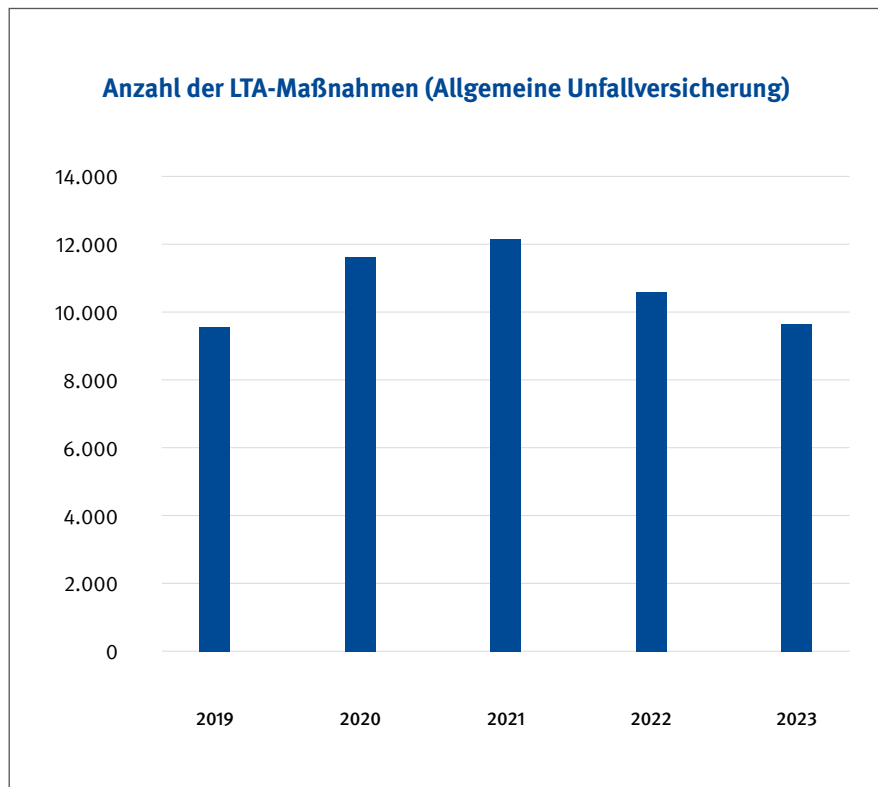


Abbildung 1: Anzahl der LTA in der Allgemeinen Unfallversicherung im Zeitverlauf

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Maßnahmearten im LTA-Bereich. Oberstes Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes unter Beteiligung des Arbeitgebers beziehungsweise der Arbeitgeberin am Wiedereingliederungsprozess.^[3] Dies spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der geleisteten Maßnahmen wider. 36 Prozent entfallen auf Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie Kostenübernahmen oder Zuschüsse für Arbeitshilfen. Weitere 30 Prozent beziehen sich auf Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes. Aufgrund der bestehenden Dokumentationsregeln in der Rehabilitations-Statistik ist eine weitere Differenzierung der Maßnahmen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes noch nicht möglich. Eine entsprechende Änderung der Dokumentationspraxis wurde zum Berichtsjahr 2025 auch für weitere Maßnahmearten auf den Weg gebracht, sodass zukünftige Auswertungen aussagekräftiger sein werden.

Quelle: DGUV 2024 / Grafik: kleonstudio.com

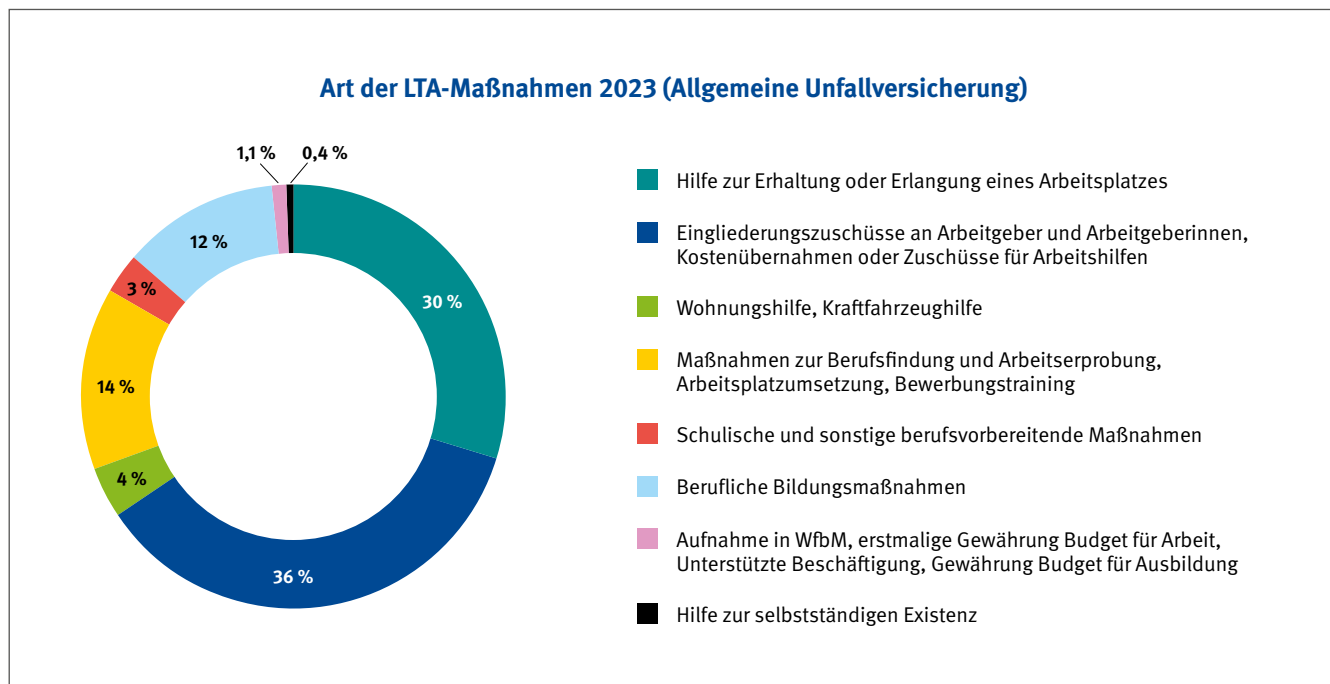


Abbildung 2: Art der LTA-Maßnahmen in der Allgemeinen Unfallversicherung im Jahr 2023

Sofern die Rückkehr an den vorhandenen Arbeitsplatz nicht möglich ist, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung weitere Leistungen wie Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, initiiert eine Arbeitsplatzumsetzung oder finanziert ein Bewerbungstraining (14 Prozent). In anderen Fällen werden berufliche Bildungsmaßnahmen erbracht (zwölf Prozent), darunter fallen sowohl kürzere Qualifizierungsmaßnahmen wie berufliche Anpassung und Weiterbildung als auch mehrjährige Ausbildungen und Umschulungen. Vier Prozent der LTA-Maßnahmen entfallen auf den Bereich Wohnungs- und Kraftfahrzeughilfe. Drei Prozent der LTA-Maßnahmen umfassen schulische und sonstige berufsvorbereitende Maßnahmen. Darüber hinaus lassen sich individuelle Lösungen im Rahmen der Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beziehungsweise weiterer Maßnahmen wie Unterstützte Beschäftigung, Budget für Arbeit oder Ausbildung (1,1 Prozent) sowie mit Hilfen zur selbstständigen Existenz (0,4 Prozent) ermöglichen.

Versicherungsfälle und Aufwendungen der LTA

In den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Unfallversicherung werden die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Kontengruppe 49 abgebildet. Darunter fallen neben Sachleistungen und Übergangsleistungen auch das Übergangsgeld samt Sozialversicherungsbeiträgen, Reisekosten, Kosten für Haushaltshilfen sowie sonstigen Barleistungen und sonstigen ergänzenden Leistungen. Im Jahr 2023 wurden für rund 14.700 Fälle der Allgemeinen Unfallversicherung 120,7 Millionen Euro aufgewendet. Die Leistungsaufwendungen eines Geschäftsjahres enthalten neben den jährlichen Neufällen auch zeitlich weiter zurückliegende Versicherungsfälle, da berufliche Reha-Maßnahmen zeitversetzt im Anschluss an medizinische Reha-Maßnahmen folgen und teilweise über einen Zeitraum von mehreren Jahren hinweg erbracht werden. Die höchsten Aufwendungen fallen in der Regel erst im zweiten und dritten Jahr nach dem Unfallzeitpunkt an.

Sowohl bei der Anzahl der Leistungsfälle als auch bei den finanziellen Aufwendungen insgesamt zeigt sich ein fallender Trend, wie in Abbildung 3 dargestellt. Im Durchschnitt sanken die Aufwendungen der Kontengruppe 49 in den letzten fünf Jahren um 5,4 Prozent. Besonders stark fällt dieser Rückgang in den Jahren 2022 (–11,5 Prozent) und 2023 (–7,0 Prozent) aus, was unter anderem auf die sinkenden Unfallzahlen der beiden vorherigen Jahre zurückzuführen ist (siehe oben).

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2023 auf die verschiedenen Unfallarten und Berufskrankheiten. Danach entfallen mit 91,4 Millionen Euro mehr als drei Viertel der Aufwendungen auf den Bereich der Arbeits- und Wegeunfälle. Bei den Berufskrankheiten trägt BK-Nummer 5101 (Hautkrankheiten) mit 9,4 Prozent

den größten Anteil der Aufwendungen, gefolgt von BK-Nummer 4301 (allergische Atemwegserkrankungen) mit einem Anteil von 6,2 Prozent der Gesamtaufwendungen. Weitere 8,7 Prozent der Gesamtaufwendungen verteilen sich auf die sonstigen Berufskrankheiten.

Entwicklung des Wiedereingliederungserfolgs

Die Rehabilitations-Statistik der DGUV enthält für alle Versicherungsfälle mit Rehabilitationsmaßnahmen das Ergebnis beziehungsweise den aktuellen Stand des Reha-Falles. Es wird danach unterschieden, ob die berufliche Eingliederung als Ziel der Rehabilitation festgelegt wurde oder nicht. Ist die berufliche Eingliederung nicht Ziel der Rehabilitation, handelt es sich um Fälle der Schülerunfallversicherung oder um Fälle der Allgemeinen

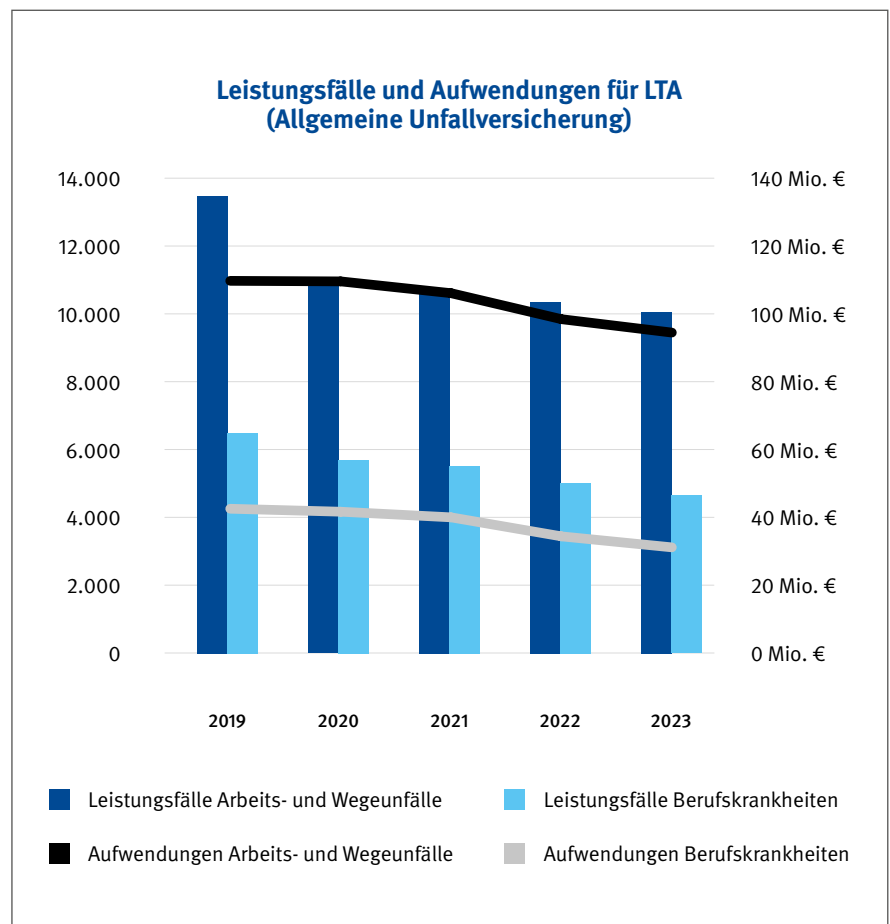


Abbildung 3: Leistungsfälle und Aufwendungen der Kontengruppe 49 (LTA) in der Allgemeinen Unfallversicherung im Zeitverlauf

Quelle: DGUV 2024 / Grafik: kleonstudio.com

Unfallversicherung, bei denen vonseiten der versicherten Person kein Interesse an einer weiteren Berufstätigkeit besteht. Dies betrifft beispielsweise Aushilfskräfte, Personen in Rente, Personen aus dem Ausland, die dorthin zurückkehren, oder aus dem Berufsleben ausscheidende oder ausgeschiedene Personen. Bei Wiederaufnahme eines Falles ist es zudem möglich, dass nur medizinische und/oder soziale Rehabilitationsmaßnahmen erbracht werden.

Betrachtet man die abgeschlossenen Reha-Fälle der Allgemeinen Unfallversicherung

(unter Ausschluss der Todesfälle), für die mindestens eine LTA-Maßnahme erbracht wurde und als Rehabilitationsziel die berufliche Eingliederung festgelegt wurde, ergibt sich für das Jahr 2023 eine Wiedereingliederungsquote von 83 Prozent. Bereits im Vorjahr lag dieser Anteil bei 83 Prozent. In den Jahren 2020 und 2021 konnten 79 Prozent der LTA-Fälle wieder eingegliedert werden. 2019 lag der Anteil der erfolgreich eingegliederten Fälle bei 84 Prozent. Detaillierte Informationen zu den Fallzahlen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Der Rückgang der Wiedereingliederungsquote in den Jahren 2020 und 2021 spiegelt auch die gestiegenen Arbeitslosenquoten^[4] zu dieser Zeit wider. Generell ist zu beachten, dass auch externe Faktoren wie die regionale und branchenbezogene Arbeitsmarktsituation den Wiedereingliederungserfolg erheblich beeinflussen können.

Erwerbsintegration im Sinne des Teilhabeverfahrensberichts

Als erste trägerübergreifende Statistik zum Leistungsgeschehen im Reha- und Teilhabebereich wird seit 2019 jährlich der Teilhabeverfahrensbericht von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) veröffentlicht.^[5] Teil dieses Berichts^[6] ist die Überprüfung der Erwerbsintegration. Dazu ist sechs Monate nach dem Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erheben, ob die versicherte Person eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt. Da die Information über den Beschäftigungsstatus den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Gegensatz zur Deutschen Rentenversicherung oder Bundesagentur für Arbeit nicht vorliegt, muss dieser per Befragung erhoben werden. Als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung werden alle sozialversicherungspflichtigen Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse definiert, unabhängig davon, ob sie gefördert sind. Für den Teilhabeverfahrensbericht unberücksichtigt bleiben selbstständige Tätigkeiten, Fälle mit Erwerbsminderungsrente oder Altersrente sowie Verstorbene. Außerdem wird nicht zwischen Fällen der Allge-

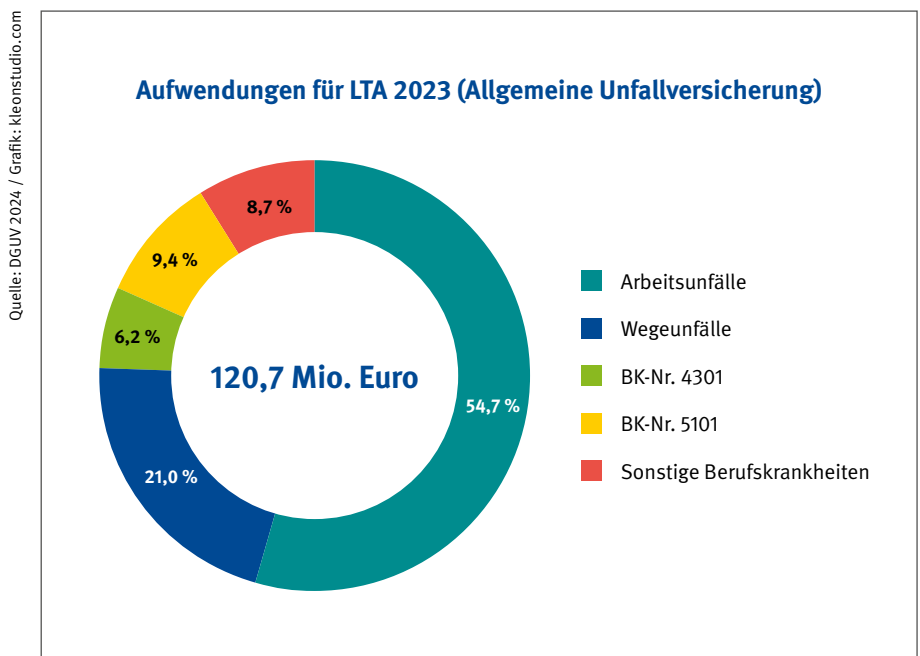


Abbildung 4: Aufwendungen der Kontengruppe 49 (LTA) in der Allgemeinen Unfallversicherung im Jahr 2023

Quelle: DGUV 2024

Wiedereingliederung nach LTA (Allgemeine Unfallversicherung)			
Jahr des Reha-Abschlusses	Fälle mit mindestens einer LTA-Maßnahme und Ziel der beruflichen Eingliederung	Darunter mit erfolgreicher beruflicher Eingliederung	Wiedereingliederungsquote
2019	6.911	5.814	84,1 %
2020	5.963	4.733	79,4 %
2021	5.626	4.455	79,2 %
2022	5.658	4.699	83,1 %
2023	5.461	4.542	83,2 %

Tabelle 1: Reha-Fälle mit LTA-Maßnahmen nach Jahr des Reha-Abschlusses und des Wiedereingliederungserfolgs

meinen Unfallversicherung und Fällen der Schülerunfallversicherung unterschieden. Die Meldung der gesetzlichen Unfallversicherung zum Teilhabeverfahrensbericht enthält auch die Daten der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Für den aktuellen Teilhabeverfahrensbericht 2023, der sich auf Daten des Berichtsjahres 2022 bezieht, wurde eine Erwerbsintegrationsquote von 74 Prozent gemeldet.^[7]

Berufliche Wiedereingliederung aus Versichertensicht

Die Befragung der Teilnehmenden an beruflichen Bildungsmaßnahmen, bekannt als „Berliner Fragebogen“, stellt ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung dar, um das Ziel passgenauer Maßnahmen und erfolgreicher Wiedereingliederung für die Versicherten zu erreichen. Im Rahmen einer trägerübergreifenden Befragung von gesetzlicher Unfallversicherung und Deutscher Rentenversicherung werden Teilnehmende an beruflichen Bildungsmaßnahmen sechs Monate nach Abschluss ihrer Maßnahme per Fragebogen zum Verlauf der Maßnahme sowie ihrer aktuellen beruflichen Situation befragt. Im zuletzt ausgewerteten Befragungszeitraum von Juli 2022 bis Juni 2023 (d. h. die einzelne Maßnahme wurde im Jahr 2022 abgeschlossen), gaben rund 86 Prozent der Befragten an, dass sie innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Maßnahme wieder berufstätig waren beziehungsweise es gegenwärtig sind.

Fazit

Der Wiedereingliederungserfolg der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren ist, mit Ausnahme der von der Pandemie geprägten Jahre 2020 und 2021, stabil auf einem hohen Niveau. Dies ist insbesondere der engen Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation durch das Reha-Management zu verdanken.

Konkrete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden mit den versicherten Personen auch bei längeren Heilverfahren frühzeitig geplant und in enger Abstimmung mit den Arbeitgebenden umgesetzt. Der gesetzlichen Unfallversicherung stehen vielfältige Maßnahmen zur Verfügung, um Versicherte entsprechend ihrer individuellen Leistungsfähigkeit zurück ins Arbeitsleben zu bringen.



„Ziel des Reha-Managements ist es, bei schwierigen Fallkonstellationen durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden, die Versicherte durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen. Das Besondere des Reha-Managements der Unfallversicherung ist, neben der Koordinierung und Planung, der persönliche Kontakt zu den Versicherten und die Tätigkeit vor Ort. Deshalb liegt der Schwerpunkt in der Kommunikation mit den versicherten Personen, den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen und den Leistungserbringern.“

Instrument der Steuerung des gesamten Rehabilitationsprozesses ist der Reha- und Teilhabeplan. Der Reha- und Teilhabeplan ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. Er wird in einem Teamgespräch zwischen der versicherten Person, dem Arzt oder der Ärztin und dem Reha-Manager oder der Reha-Managerin sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten aufgestellt.

Durch eine optimale medizinische Versorgung, akut und postakut, kann heute in vielen Fällen die berufliche Leistungsfähigkeit auch bei schweren Verletzungen oder Erkrankungen erhalten werden. Die Betroffenen können ihren Beruf trotz des Unfalls oder der Erkrankung weiter ausüben, die berufliche Teilhabe ist in diesen Fällen nicht negativ berührt. Es gibt aber leider auch die Fälle, in denen es den Betroffenen wegen Art und Schwere der aus einem Unfall oder einer Erkrankung resultierenden Folgen trotz guter medizinischer Versorgung nicht mehr möglich ist, die bisherige Tätigkeit weiter auszuüben. Genau hier beginnt der Prozess der beruflichen Rehabilitation.“

Zitiert aus: ➤ Handlungsleitfaden zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in der gesetzlichen Unfallversicherung

Fußnoten

[1] Vgl. DGVV: Handlungsleitfaden – Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2796> (abgerufen am 15.07.2024).

[2] Vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Arbeits- und Fachkräftemangel trotz Arbeitslosigkeit, Berichte: Arbeitsmarkt kompakt, Nürnberg, März 2024, https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Fachkraeftebedarf/Generische-Publikationen/Arbeits-und-Fachkraefte-mangel-trotz-Arbeitslosigkeit.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.07.2024).

[3] Vgl. DGVV: Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/pos_uv_lta.pdf (abgerufen am 15.07.2024).

[4] Vgl. Statistisches Bundesamt: Arbeitslosenquote Deutschland, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Arbeitsmarkt/arb210a.html> (abgerufen am 15.07.2024).

[5] Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): Veröffentlichte Teilhabeverfahrensberichte, <https://www.bar-frankfurt.de/themen/teilhabeverfahrensbericht/teilhabeverfahrensberichte.html> (abgerufen am 15.07.2024).

[6] Vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 16 SGB IX.

[7] Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR): Teilhabeverfahrensbericht 2023, S. 188, https://www.bar-frankfurt.de/file-admin/dateiliste/THVB/5_THVB_2023.pdf (abgerufen am 22.08.2024).

Psychische Folgen von Verkehrsunfällen und deren mögliche Behandlung

Key Facts

- Verkehrsunfälle können neben körperlichen Verletzungen auch psychische Auswirkungen haben
- Die psychischen Folgen von Verkehrsunfällen sind in der Forschung bisher noch nicht hinreichend untersucht
- Psychotherapeutische Ansätze wie eine Expositionstherapie können die langfristige Verarbeitung von psychischen Auswirkungen maßgeblich unterstützen

Autor und Autorin

- Dr. Jürgen Wiegand
- Anne Gebhardt

Psychische Beeinträchtigungen als Reaktion auf Verkehrsunfälle sind laut Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) in der Unfallfolgenforschung bislang noch nicht umfassend betrachtet. Vor allem schwere Verkehrsunfälle können jedoch psychische Beschwerden zur Folge haben. Angeführt wird hier häufig die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), aber auch andere psychische Folgen sind möglich.

Verkehrsunfälle können sowohl kurz- als auch langfristig psychische Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Klassischerweise zeigen sich die psychischen Auswirkungen zunächst in Form einer akuten Belastungsreaktion. Diese bewältigt der Großteil der Betroffenen eigenständig. Als Betroffene sind zum einen die direkten Unfallbeteiligten zu betrachten, andererseits aber auch Personen wie Ersthelfende, Angehörige oder Zeuginnen und Zeugen. Häufige Anzeichen einer akuten Belastungsreaktion sind zum Beispiel Desorientierung, Erinnerungslücken, Konzentrationsprobleme, Unruhe oder Ängste. Langfristig sind verschiedene Formen psychischer Störungen möglich, wenn die Verarbeitung des Unfallereignisses nicht vollständig gelingt. So können Betroffene Fahrphobien, Anpassungsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen oder eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.

Zahlen dazu, wie häufig Betroffene eine psychische Erkrankung infolge eines Straßenverkehrsunfalls in Deutschland entwickeln, sind nicht bekannt. Einer Studie der

Bundesanstalt für Straßenwesen zufolge gab ein Viertel der befragten Personen an, unter psychischen Beeinträchtigungen wie Angst, Depression oder einer PTBS zu leiden.^[1] Bei der Gruppe der Befragten handelte es sich um Schwerverletzte, die sich nach einem Verkehrsunfall zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus befanden.

Nicht jeder Straßenverkehrsunfall muss jedoch mit körperlichen Verletzungen einhergehen. Es ist auch möglich, dass sich bei den Betroffenen psychische Beeinträchtigungen herausbilden, ohne dass es zu körperlichen Verletzungen gekommen ist.

Manifestieren sich bei Betroffenen Belastungssymptome, so kann dies eine andauernde Fahrangst sowie Fahrvermeidung zur Folge haben. Die Behandlung solcher Angststörungen erfolgt beispielsweise mit einer Expositionstherapie. Hierbei können auch virtuelle Verfahren eingesetzt werden. Im Rahmen der Expositionstherapie werden die Patientinnen und Patienten schrittweise und systematisch mit den angstausslösenden Situationen konfrontiert,

um die Angstreaktion zu mindern und neue Strategien im Umgang mit der Angst zu erwerben. Diese Reizkonfrontationen erfolgen entweder in sensu – gedanklich, also mithilfe der Vorstellungskraft – und/oder wenn möglich in vivo – im Realen, also mithilfe einer tatsächlichen Konfrontation. Dabei erweitert ein Fahrsimulator die klassische Expositionstherapie um ein wesentliches Element: Er bietet die Möglichkeit einer kontrollierbaren und skalierbaren virtuellen Exposition in einer wirklichkeitsnahen, aber gefahrungsfreien Verkehrssituation.

Einsatz des Fahrsimulators

Am Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden steht seit 2005 ein Fahrsimulator. Er bietet den versicherten Einsatzkräften der Unfallkassen die Möglichkeit, die Fahrsimulatoren des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) für das Training von Einsatzfahrten mit Blaulicht und Martinshorn zu nutzen. Dies erfordert insbesondere eine Simulation und Beeinflussbarkeit von Verkehrssituationen, die außerhalb der Straßenverkehrs-Ord-



Eine systematische Untersuchung des therapeutischen Nutzens der Verkehrssimulation, außerhalb einer Therapie, konnte bislang noch nicht ermittelt werden.“

nung (StVO) liegen. Blaulicht und Martinshorn waren dann auch die Trigger der ersten Patientin mit einer PTBS nach einem schweren Verkehrsunfall, deren Therapie durch die Konfrontation mit diesen spezifischen Reizen erfolgreich unterstützt werden konnte.

In der Folge kam es bei weiteren Patientinnen und Patienten zum Einsatz des Fahrsimulators im Rahmen ihrer Expositionstherapie. In der Summe konnte man feststellen, dass

- die Simulation die Belastung für die Personen reduziert, da die Situationen vollständig kontrollierbar sind (Verkehrsdichte, Verhalten anderer Verkehrsteilnehmender),
- angstauslösende Reize behutsam gesteigert und beliebig oft aufgerufen werden können,
- Belastungsreaktionen in vivo beobachtet und trainiert werden können, ohne dass es zu einer Gefährdung kommt,
- eine Fahrt im Realverkehr oft erst möglich war, nachdem eine gewisse Stabilität und Belastbarkeit aufgebaut waren.

In einigen Fällen ergaben sich jedoch auch keine Verbesserungen. Oftmals fehlte bei diesen Personen eine Situation der Hilf-

losigkeit sowie existenzieller Bedrohung im Unfallhergang. Meist gab es komplexere Begleitumstände wie Schuldgefühle, Betroffenheit über den Unfalltod der eigenen Kinder oder Ähnliches. Ein weiteres Indiz: Der Unfall sollte auch visuell verankert sein, also zum Beispiel kein überraschender klassischer Auffahrunfall.

Diese Merkmalssammlung entstand durch Patientinnen und Patienten, die mit vergleichbaren Verkehrssituationen zu ihren Unfällen konfrontiert wurden und ad hoc aus einer nahe gelegenen Klinik ins IAG kamen. Zu diesem Zeitpunkt befanden sie sich bereits unterschiedlich lange in einer laufenden Therapie. Eine systematische Untersuchung des therapeutischen Nutzens der Verkehrssimulation, also unabhängig beziehungsweise außerhalb einer Therapie, konnte so noch nicht ermittelt werden. Genauso die Frage, welche Personen profitieren und welche Ausschlusskriterien sich abzeichnen, bei denen eine Exposition keinen Erfolg verspricht.

Für die Beantwortung dieser Fragen suchte das IAG den Kontakt zum Institut für Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg. Unter Einbeziehung der Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr) wurde eine Pilotstudie unter Leitung von

Prof. Paul Pauli konzipiert und zur Förderung bei der DGUV eingereicht.^[2]

Pilotstudie zur Expositionstherapie am Fahr Simulator

Das Studiendesign der Pilotstudie sah eine einwöchige Blocktherapie in Würzburg vor, gefolgt von zwei Nacherhebungen sechs beziehungsweise zwölf Wochen nach der Exposition. Die ursächlichen Unfallereignisse, die bei sechs Personen zu einer Fahrphobie und bei acht Personen zu einer PTBS geführt hatten, lagen zwischen drei Monaten und vier Jahren zurück. Da diese Personen oft nur eingeschränkt mobil waren und darüber hinaus vier auswärtige Übernachtungen auf sich genommen werden mussten, konnten nur 14 Personen rekrutiert werden. Vier von diesen hatten bereits eine Exposition im Realverkehr abgebrochen.

Zu Beginn der Woche stand eine umfangreiche Testung der Patientinnen und Patienten auf dem Programm, die von Aspekten der Belastbarkeit über Angst und Vermeidung bis hin zur Konzentration reichte. Insbesondere wurde eine hypothetische Fahrt (in sensu) auf verschiedenen Straßenkategorien simuliert und der damit verbundene Angstpegel erfasst. Sechs Personen waren zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht in der Lage, Auto zu fahren. Acht Personen war es hingegen



Allen Patientinnen und Patienten gelang es am Ende der Blockbehandlung, begleitet von einem Fahrlehrer einen Rundkurs in der Stadt und auf der Autobahn zu fahren.“

nicht möglich, bestimmte Straßenkategorien wie Autobahnen zu befahren.

Neben einer Eingewöhnung an den Simulator erfolgten im Wochenverlauf vier Sitzungen, in denen die Patientinnen und Patienten Fahrten absolvieren mussten, die zunehmend schwieriger wurden, indem die für sie problematischen Reize gesteigert wurden (zum Beispiel das Auffahren auf die Autobahn mit Lkw-Verkehr).

Abschließendes Erfolgskriterium blieb eine dann nicht mehr nur hypothetische Fahrprobe mit einem Fahrschullehrer sowie eine verkehrspsychologische Bewertung der Fahrt am Ende der Woche.

Ergebnis: Allen Patientinnen und Patienten gelang es am Ende der Blockbehandlung, einen Rundkurs – bestehend aus Gewerbegebiet, Landstraße, Stadt und zurück über ein Stück Autobahn – zu fahren. Laut Fahrlehrerurteil zeigten dabei 71 Prozent keinerlei Auffälligkeiten.

Die Ergebnisse der eingesetzten Fragebögen zeigten, insbesondere bei dem zur Erfassung von Symptomen der PTBS, deut-

liche Verbesserungen in den Ausprägungen. Die Nacherhebungen ergaben, dass bei den meisten Personen der Behandlungserfolg aufrechterhalten werden konnte oder sich sogar nachlaufend noch weiter verbesserte. Nur eine Person verlor in der Folge wieder die Fähigkeit, Auto zu fahren. In der Nachbefragung zur Studie zeigten sich demnach nicht nur die Teilnehmenden sehr zufrieden, sondern auch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Unfallversicherungsträger, die sie für diese Studie vermittelt hatten.

Im Rahmen der Studie^[3] hat sich gezeigt, dass die Exposition im Fahrsimulator ein sehr effizientes Instrument in der Unterstützung der Therapie von Fahrphobien und PTBS sein kann. Dabei ist anzunehmen, dass die im Rahmen der Pilotstudie erzielten Ergebnisse durch die Einbettung in ein umfänglicheres Therapiekonzept sicher noch zu verbessern wären.

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit starken Fahrphobien sowie PTBS können die Unfallversicherungsträger nach wie vor auf den Fahrsimulator im IAG in Dresden zurückgreifen.^[4]

Fazit

Verkehrsunfälle können tiefgreifende psychische Folgen haben, die sich erheblich auf das Leben der Betroffenen auswirken können. Ein ganzheitlicher, individueller Therapieansatz, der im Zweifelsfall auch den Einsatz virtueller Verfahren wie den Fahrsimulator umfasst, ist entscheidend, um die Betroffenen bei ihrer Genesung umfassend zu unterstützen. ➔



Hilfefinder – wo Betroffene von Verkehrsunfällen Hilfe finden

Der Hilfefinder ist ein Angebot des Deutschen Verkehrssicherheitsrates e. V. (DVR), der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und der Verkehrsunfall-Opferhilfe-Deutschland e. V. (VOD). Die Internetseite bietet einen Überblick und Informationen rund um die psychischen Folgen, aber auch die Therapiemöglichkeiten nach Verkehrsunfällen.

➔ <https://www.hilfefinder.de/home>

Fußnoten

[1] Auerbach, K.: Psychische Folgen von Verkehrsunfällen. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Unterreihe Mensch und Sicherheit (M 245), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2014.

[2] Pauli, P.; Schoch, S.: Entwicklung und Evaluation einer Expositionstherapie in der Fahrsimulation zur Behandlung von Fahrangst nach Verkehrsunfällen – Eine Pilotstudie; DGUV Projekt FR232 2017.

[3] Kaussner, Y.; Markel, P.: Treating patients with driving phobia by virtual reality exposure Therapy – a pilot study, PLOS ONE 2020.

[4] Gebhardt, A.: Wieder (selbst)sicher unterwegs, Behandlung von Fahrangst mit Hilfe des Fahrsimulators im IAG. Aus der Arbeit des IAG Nr. 3124, Dresden 2022.

Unfallversicherung als Partner im vernetzten Gesundheitswesen

Key Facts

- Am 26. März 2024 ist das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen (Digital-Gesetz – DigiG) in Kraft getreten
- Die gesetzliche Unfallversicherung ist hierin erstmals als ein zu berücksichtigender Player in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen worden
- Sie arbeitet jetzt an der Integration ihrer Prozesse in das vernetzte Gesundheitswesen

Autorin

➤ Janine König

Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind Teil des Gesundheitswesens, sie haben aber zum Teil andere Anforderungen und Bedarfe als die Krankenkassen. Wie können die Unfallversicherungsträger in die digitale Vernetzung und die Telematikinfrastruktur (TI) integriert werden?

Als der Referentenentwurf zum Digital-Gesetz^[1] im Rahmen der Verbändeanhörung Anfang 2023 die DGUV erreichte, wurde deutlich, dass Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen als Player nicht mitgedacht worden waren. Nach vielen Gesprächen und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) konnte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) überzeugt werden, dass auch die gesetzliche Unfallversicherung (UV) von allen digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen betroffen ist. Folgerichtig wurde die gesetzliche Unfallversicherung erstmals in diversen Regelungen des SGB V aufgenommen und ein Bezug zum SGB VII in den §§ 27 und 27a SGB VII geschaffen. Am 26. März 2024 trat das Digital-Gesetz in Kraft. Es legt den Grundstein für die Anbindung der gesetzlichen Unfallversicherung an die Telematikinfrastruktur^[2] und die Teilhabe an einem vernetzten Gesundheitswesen.

Wäre diese Teilhabe nicht gelungen, hätte die gesetzliche Unfallversicherung im

schlimmsten Fall Parallelstrukturen zur Digitalisierung ihrer Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen, Versorgenden und Kliniken aufbauen müssen. Dies hätte bedeutet, dass Patienten, Patientinnen und Leistungserbringende von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen nicht an den TI-Anwendungen hätten teilhaben dürfen, obwohl die Versorgungsprozesse denen der Krankenkassen gleichen. Für die Leistungserbringenden wären erhöhte Aufwände entstanden und es hätte die Gesamtprozesse in der Praxis gestört. Für Patienten und Patientinnen wären Befunde und Medikationen zu ihren Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nicht in ihrer elektronischen Patientenakte (ePA) verfügbar gewesen.

Was bedeutet die Berücksichtigung der gesetzlichen Unfallversicherung konkret, auch im Hinblick auf den zeitlichen Horizont? Im Folgenden werden einige TI-Anwendungen skizziert, verbunden mit der Frage, was dies für die gesetzliche Unfallversicherung bedeutet, was zu bedenken ist und welche Anwendungen sie bereits umsetzt.

Elektronische Patientenakte – die neue „ePA für alle“

Das Befüllen der „ePA für alle“ mit Befunden, Medikationen, Therapien und anderen Versorgungsdokumenten wird ab dem 15. Januar 2025 für die in der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) zugelassenen Leistungserbringenden verpflichtend. Medizinische Daten zu den Versicherungsfällen der Unfallversicherung müssen hingegen erst spätestens ab dem 1. Januar 2027 verpflichtend in die ePA eingestellt werden. Grundlage dafür sind die §§ 347 und 348 SGB V in Verbindung mit § 27a SGB VII. Damit verbunden ist für Leistungserbringende ebenfalls die Einsicht in Befunde, Medikationen oder Berichte, sofern der Patient oder die Patientin zustimmt. Diese Zustimmung erfolgt durch das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte in der Praxis oder Klinik.

Da der weit überwiegende Teil der Leistungserbringenden, die im Auftrag von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen tätig werden, eine Kassenzulassung hat,



Befunde, die mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit zusammenhängen, sollen bereits ab 2025 besonders gekennzeichnet werden.“

wäre es wünschenswert, dass das Befüllen und die Nutzung der „ePA für alle“ auch für Versicherte der Unfallversicherung bereits ab Januar 2025 realisiert werden könnten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Haben die Leistungserbringenden und Versicherten in Fällen der Unfallversicherung besondere Bedürfnisse an die elektronische Patientenakte? Zu dieser Frage hat die DGUV Gespräche mit der Gematik GmbH^[3] geführt, die den gesetzlichen Auftrag hat, die TI und die Anwendungen zu konzipieren. Fachleute der Unfallversicherungsträger und des Verbandes haben dazu zusammengetragen, welche Funktionen mindestens gebraucht werden, damit die ePA für Behandelnde und Behandelte der gesetzlichen Unfallversicherung einen Mehrwert hat.

Im Wesentlichen sollen demnach Befunde, die mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit zusammenhängen, bereits ab 2025 besonders gekennzeichnet werden. Leistungserbringende wie D-Ärzte und D-Ärztinnen sollen nach Befunden zu einem Versicherungsfall filtern und sich diese zusammenstellen lassen können. Versicherten soll es ebenfalls möglich sein, sich Unterlagen zu ihrem Versicherungsfall mithilfe dieser UV-Kennzeichnung zusammenstellen zu lassen. Zudem sollen die wichtigsten UV-Berichte im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung sukzessive

ab 2025 in die elektronische Patientenakte aufgenommen werden.

Das elektronische Rezept – eRezept

Das eRezept ist für die Vertragspartner der Krankenkassen bereits seit dem 1. Januar 2024 verpflichtend. Seit dem Start des eRezepts wurden bei den Krankenkassen (Stand Juli 2024) eRezepte im dreistelligen Millionenbereich eingereicht. eRezepte können auch in UV-Versicherungsfällen zulasten der Unfallversicherungsträger ausgestellt werden. Sie werden von der DGUV-Kopfstelle angenommen, die sie bislang noch in das alte Format übersetzt und an die Unfallversicherungsträger elektronisch ausliefert.

Elektronischer Kostenvorschlag eKV und Verordnung eVO

In der Hilfsmittelversorgung soll bis Ende des Jahres 2024 die Übermittlung elektronischer Kostenvorschläge (eKV) auch in der Unfallversicherung möglich sein. Kostenvorschläge werden bei den Unfallversicherungsträgern digital von den Orthopädiehäusern entgegengenommen und bearbeitet, also geändert, abgelehnt oder genehmigt. Was damit dann später noch verbunden werden muss, ist die elektronische Verordnung eines Hilfsmittels (eVO). Hierzu läuft in Deutschland aktu-

ell ein Pilotverfahren zwischen einzelnen Krankenkassen und dem Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT). Die DGUV verfolgt diese Verfahren, um einen Zugang zu finden.

Kommunikation im Medizinwesen – KIM

Im Herbst 2024 wird KIM starten, die Kommunikation im Medizinwesen.^[4] KIM ist ein sicheres E-Mail-Verfahren über die TI, mit dem Nachrichten versendet werden können. Angehängt werden können Dokumente wie Rechnungen, Verordnungen, Berichte und sonstige Dokumente. KIM wird Papiernachrichten, Faxe, unsichere E-Mails, das Angebot im UV-Serviceportal sowie alle sonstigen individuellen Übertragungswege zwischen Unfallversicherungsträgern und jenen Leistungserbringenden ablösen, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Das bereits seit Jahren etablierte DALE-Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung^[5] soll allerdings weiterhin genutzt werden.

KIM umfasst einen Verzeichnisdienst, mithilfe dessen Nutzer und Nutzerinnen die KIM-Mailadresse des Kommunikationspartners beziehungsweise der Kommunikationspartnerin auswählen können. Mit den Kliniken ist noch zu klären, welche KIM-Adressen für die Kommunikation mit den Unfallversicherungsträgern einzurich-



DGVU und SVLFG haben gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium den Wunsch geäußert, in die Gesellschafterversammlung der Gematik aufgenommen zu werden.“

ten sind, denn es ist wichtig, Nachrichten an Organisationseinheiten, wie das D-Arztbüro, innerhalb einer Klinik sicher adressieren zu können.

Ob auch die Rechnungslegung in UV-Behandlungsfällen, für die es außer DALE-UV noch keine strukturierten Datenaustauschverfahren gibt, irgendwann über KIM digitalisiert wird, ist zurzeit noch unklar. In der Digitalisierung der Rechnungslegung liegt ein erhebliches Automatisierungspotenzial für die Unfallversicherungsträger, deswegen führt die DGVU aktuell Sondierungsgespräche mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), ob es Möglichkeiten gibt, sich an bestehende Verfahren anzuschließen.

TI-Messenger

Der Messenger der TI ist eine Anwendung, vergleichbar mit „Whatsapp“ oder „Telegram“. Er wurde entwickelt für das Gesundheitswesen, also auf einem hohen

Sicherheitsniveau. Sie wird schrittweise von der Gematik eingeführt und ausgebaut und ist möglicherweise eine sehr interessante Anwendung für das Reha-Management der Unfallversicherung. Über diesen Messenger könnten die Unfallversicherungsträger mit Ärztinnen, Ärzten oder den Versicherten in Kontakt treten, um auf kurzem Wege etwas zu klären. In späteren Ausbaustufen soll dies auch über Videotelefonie möglich sein.

Fazit

Insgesamt steht die gesetzliche Unfallversicherung vor der Herausforderung, rechtzeitig alle Informationen zu den Anwendungen und zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur zu erhalten und dort mitzugestalten, wo sie besondere Bedarfe hat. Vor diesem Hintergrund hat die gesetzliche Unfallversicherung (SVLFG und DGVU) gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium den Wunsch geäußert, in die Gesellschafterversammlung der

Gematik aufgenommen zu werden. Dort werden Entscheidungen zur Roadmap sowie zur Priorisierung von Projekten und zur Freigabe von Mitteln getroffen. Nur wenn die Unfallversicherung ein umfassendes Bild erhält, wohin die Anwendungen der TI sich entwickeln, kann sie eine eigene Gesamtstrategie zu der sinnvollen Eingliederung ihrer Prozesse entwickeln.

Vorläufig hat die Unfallversicherung eine feste Ansprechperson innerhalb der Gematik, mit der sie Fragen und Anliegen, die TI betreffend, klären kann. In einer der nächsten Gesellschafterversammlungen sowie im nächsten TI-Ausschuss wird sie ihre Anliegen vorstellen können. Dies ist eine inhaltliche Öffnung, die sehr zu begrüßen ist. ➤

Fußnoten

- [1] Digital-Gesetz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig> (abgerufen am 25.07.2024).
- [2] Telematikinfrastruktur, <https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/Unternehmen-und-Organisationen/Standards-und-Zertifizierung/E-Health/Telematikinfrastruktur/telematikinfrastruktur.html> (abgerufen am 25.07.2024).
- [3] Gematik, <https://www.gematik.de> (abgerufen am 25.07.2024).
- [4] KIM, <https://fachportal.gematik.de/anwendungen/kommunikation-im-medizinwesen> (abgerufen am 25.07.2024).
- [5] DALE-UV, <https://www.dguv.de/dale-uv/index.jsp> (abgerufen am 25.07.2024).

Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation: Erfahrungen, Mehrwert, Ausblick

Key Fact

- Prävention und Rehabilitation stellen die Kerngeschäftsbereiche der Unfallversicherungsträger dar. Warum es wichtig ist, dass beide Bereiche eng miteinander verzahnt sind, beantworten Heike Stanowski von der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und Dr. Anika Steger von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.

Autorin

➔ **Michaela Borgmann**

Der Ausschuss Prävention der Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat sich von 2017 bis 2023 in einem eigenen Arbeitsschwerpunkt dem Thema gewidmet. Inzwischen wird bei den Unfallversicherungsträgern intensiver auf die gezielte Vernetzung von Prävention und Rehabilitation gesetzt, um den Nutzen der Arbeit für Versicherte und Unternehmen zu optimieren.

Frau Dr. Steger, Frau Stanowski, wie haben Ihre Unfallkassen die Zusammenarbeit der beiden Bereiche gefördert und mit welchem Ziel?

Steger: Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat für die gezielte Intensivierung der Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation eine Stabsstelle installiert. Die Idee dahinter ist, konkrete Handlungsfelder zu identifizieren, in denen die jeweiligen Fachabteilungen von einem über-

greifenden Austausch, einer gezielteren Zuarbeit oder besser abgestimmten Verfahrensabläufen profitieren. Oberstes Ziel ist der Mehrwert durch ein ganzheitliches Angebot für die Versicherten und Mitgliedsunternehmen. Das kann nur gelingen, wenn Absprachen gemeinsam getroffen werden und Prozesse eng abgestimmt sind. Die Form der Stabsstelle wurde gewählt, um die strategische Aufgabe der Vernetzung hervorzuheben und die Kompetenzen der beiden Leistungsbereiche einbinden zu können.

Stanowski: Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz hat die Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation gefördert, indem sie trennende Strukturen aufgebrochen hat, um eine effektive und effizientere Zusammenarbeit zu ermöglichen und den Bedürfnissen der Mitgliedsunternehmen und Versicherten gerecht zu werden. Um dieses Ziel zu erreichen, war die Zusammenlegung der Abteilungen Rehabilitation und Prävention zu einer großen Abteilung „Sicherheit – Gesundheit – Teilhabe“, kurz: SGT, eine logische Konsequenz. Diese Maßnahme trägt dazu bei, die Zusammenarbeit intern zu fördern. Dies bedeutet, dass beide Bereiche da, wo es lohnend ist, zusammen-

arbeiten und ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen. Das gilt zum Beispiel für Unfall- und Berufskrankheiten-Ermittlungen, Arbeits- und Belastungserprobungen sowie Qualifizierungsmaßnahmen. So erzielen wir bestmögliche Ergebnisse.

Durch diese Strukturveränderung wurde auch sichergestellt, dass alle Leistungen für das Unternehmen und seine Mitarbeitenden durch die Struktur der Unfallkasse

Foto: privat



Dr. Anika Steger, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Foto: privat



Heike Stanowski, Unfallkasse Rheinland-Pfalz



Es ist wichtig, eine möglichst konkrete Vorstellung von der Arbeit der anderen Abteilung zu gewinnen und Ansprechpersonen zu haben, wenn Fragen aufkommen.“

Dr. Anika Steger

besser abgedeckt werden. Dabei haben wir die Aspekte der Regionalisierung und Spezialisierung berücksichtigt.

Des Weiteren war auch wichtig, die Kompetenzen unserer Mitarbeitenden und Teams zu erweitern beziehungsweise zu stärken. Das heißt, unsere Mitarbeitenden haben heute einen größeren Entscheidungsspielraum und können so Leistungen effektiver auf den Weg bringen.

Gab es denn im Vorfeld keine Zusammenarbeit der Abteilungen?

Steger: Doch, die gab es natürlich. Aber die gewachsenen Strukturen der Organisation betonen die jeweilige Fachexpertise, darin sind wir stark. Dies hat den Blick auf einen abteilungsübergreifenden Austausch geprägt. Die Abteilungen Prävention und Rehabilitation haben eigene Kompetenz- und Arbeitsbereiche, die klar abgesteckt sind. Damit haben wir zwar eine sehr hohe Fachexpertise in den jeweiligen Abteilungen, aber wenig Durchlässigkeit über die Abteilungsgrenzen hinaus. Solche „Silostrukturen“ sind einschränkend, um untereinander von dem breiten Erfahrungsschatz zu profitieren. Wenn wir darüber hinaus dem Motto treu bleiben wollen, dass die Hilfen und Angebote der Unfallkasse „aus einer Hand“ kommen, dann ist die logische Folge, diesen Austausch auf Grundlage der Fachexpertise zu aktivieren.

Stanowski: Vor der Umstrukturierung bestand bereits eine Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen Prävention und Rehabilitation, zum Beispiel in den Berei-

chen Berufskrankheiten, Wohnungshilfe und bei schweren oder tödlichen Unfällen. Diese Zusammenarbeit war jedoch ereignisbezogen und die spezifische Arbeit jedes Einzelnen stand im Mittelpunkt. Die Zusammenarbeit früherer Prägung fokussierte sich auf Einzelfälle. Danach kümmerte sich – vereinfacht dargestellt – die Sachbearbeitung um den Versicherten, die Prävention um die Mitgliedsorganisation. Eine systematische, ganzheitliche und gemeinsame Nachbetrachtung blieb häufig aus.

Die strikte Trennung beider Bereiche führte zu unterschiedlichen Perspektiven in den Abteilungen. Es ist wichtig, diese Unterschiede zu erkennen und zu adressieren, um eine effektive Zusammenarbeit zu fördern.

Wie identifizieren Sie Themen und Maßnahmen, mit denen sich die Zusammenarbeit weiter ausbauen lässt?

Steger: Ausgangspunkt bilden die bisherigen Erfahrungen in den definierten Bereichen der Zusammenarbeit und die Vorarbeiten der DGUV. Hinweise für entsprechende Bereiche oder Themen können grundsätzlich von allen Mitarbeitenden kommen, unabhängig von Hierarchie und Funktion. Es gibt zum einen Arbeitsprozesse, die abteilungsübergreifend definiert sind, bei denen es aber aus unterschiedlichen Gründen hakt. Hier gehen wir stärker problemorientiert vor und schauen gemeinschaftlich, worin genau Herausforderungen bestehen und wie diesen begegnet werden kann. Dann gibt es zum anderen Bereiche, in denen zwar keine direkte

Zusammenarbeit gefordert ist, aber eine gezielte Zuarbeit erfolgen muss. Hier hat sich gezeigt, wie wichtig es ist, eine möglichst konkrete Vorstellung von der Arbeit der anderen Abteilung zu gewinnen und Ansprechpersonen zu haben, wenn doch einmal Fragen aufkommen. Zuletzt arbeiten wir in einem Feld, in dem regelmäßige Erkenntnisse dazu führen, dass Aufgaben übernommen und damit neue Prozessketten installiert werden müssen.

Stanowski: Wir identifizieren Themen und Maßnahmen zur weiteren Ausweitung der Zusammenarbeit durch eine strukturierte Herangehensweise. Die Abteilungen Prävention und Rehabilitation wurden zu einer Abteilung Sicherheit – Gesundheit – Teilhabe zusammengelegt. Durch interdisziplinäre Austauschformate ist es uns gelungen, Mitarbeitende fachübergreifend ins Gespräch zu bringen und die unterschiedliche Arbeit sichtbar zu machen. Das fördert das Verständnis und die Wertschätzung der Mitarbeitenden untereinander. Zusätzlich konnten neue Ideen der Zusammenarbeit generiert werden. Zum Beispiel im Aufgabenfeld Individualprävention, aber auch bei der Identifizierung von Mitgliedsbetrieben, die einen besonderen Betreuungs- und Beratungsbedarf aufweisen.

Eine offene Kommunikation, themenorientierte Projekte, der kontinuierliche Austausch und eine strukturierte Herangehensweise sind entscheidend für die Verbesserung und Anpassung unserer Dienstleistungen.



Es erfordert kontinuierliche Anstrengungen, um aus zwei unterschiedlichen Kulturen eine neue gemeinsame Kultur zu schaffen. Dies ist ein ständiger Lernprozess.“

Heike Stanowski

Das klingt noch sehr abstrakt. Wie muss ich mir das in der praktischen Arbeit genau vorstellen?

Steger: Meist habe ich als Leiterin der Stabsstelle eine moderierende Funktion, greife vorhandene Erkenntnisse auf, setze Impulse und schaffe einen Rahmen, in dem die Zusammenarbeit konkretisiert wird. Bei der Orientierung dienen auch die Vorarbeiten des Arbeitsschwerpunktes des GfK-Ausschusses Prävention als Basis, um Themenfelder der Zusammenarbeit, wie sie jeder Träger hat, zu identifizieren. Gefragt sind dann konkret Abstimmungen, ein enger Austausch oder auch die zuverlässige Weiterleitung von Informationen, damit alle Mitarbeitenden auf einem gemeinsamen Wissensstand sind. Die Themen werden dort platziert, wo Mitarbeitende unmittelbar von ihnen betroffen sind. Hier ist die Expertise der Kolleginnen und Kollegen unabdingbar. Das auch, um eine Akzeptanz für die Themen zu bekommen,

die vielleicht am Ende dazu führen, dass Arbeitsgewohnheiten kritisch hinterfragt werden müssen. Das gelingt nur mit einer partizipativen Herangehensweise, zum Beispiel in den Bereichen der Berufskrankheiten-Ermittlung, der Individualprävention oder im Umgang mit schweren und/oder tödlichen Unfällen.

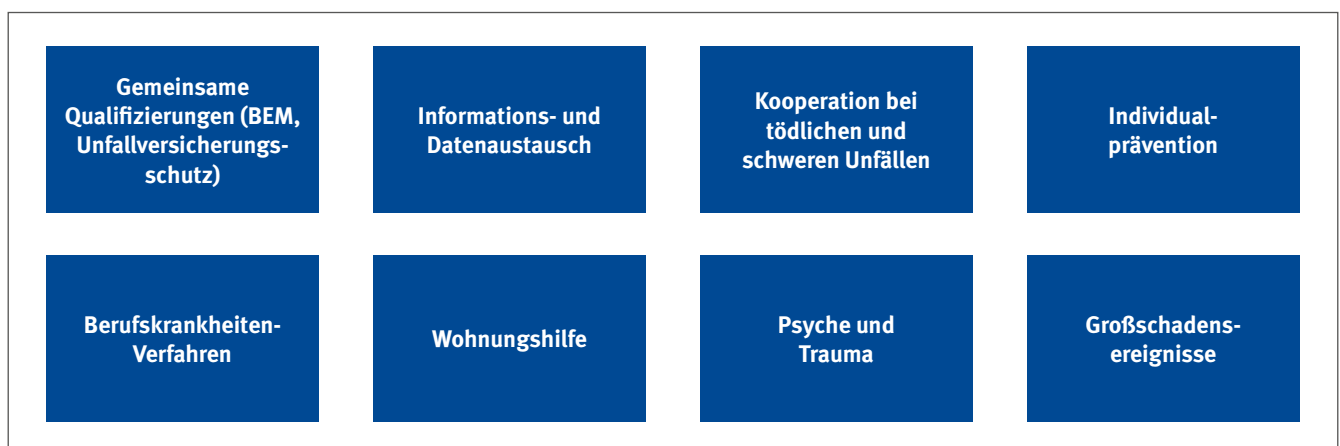
Stanowski: In verschiedenen Arbeitsgruppen bearbeiten wir spezifische Themen. Einige Beispiele sind die Aufarbeitung von Themen für alle Mitarbeitenden, die Hinterfragung von Prozessen und die Analyse von Potenzialen. Diese Gruppen tragen dazu bei, ein gemeinsames Verständnis zu schaffen. Der Austausch zwischen den Mitarbeitenden hat zu kurzen Wegen im Haus geführt. Dies hat die Kommunikation und Zusammenarbeit verbessert und zu einer effizienteren Arbeitsweise beigetragen. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass es teils keine standardisierten Verfahren gibt. Dies

ist ein wichtiger Punkt, der angegangen werden muss, um die Effizienz und Effektivität der Arbeit zu verbessern. Durch die Standardisierung von Verfahren können Prozesse optimiert und die Qualität der Arbeit erhöht werden.

Welche Auswirkungen hat die Zusammenarbeit auf die Kultur im Haus?

Steger: Es ist unser Ziel, dass sich die Vielzahl der Aktivitäten auch auf die Kultur im Haus positiv auswirkt und sich die Arbeitsbeziehungen über die Abteilungsgrenzen hinweg verbessern, ein Wirgefühl entwickelt wird und man sich stärker als Einheit versteht. Ein eher kreatives Format hierzu war beispielsweise die Podcast-Reihe, in der Mitarbeitende aus Schnittstellentätigkeiten Einblicke in ihre Tätigkeit gegeben haben. Das Intranet als Informationsplattform für alle Mitarbeitenden stellt ebenfalls ein wichtiges Medium dar, um über aktuelle Schnittstellenthemen zu berich-

Quelle: DGUV



Felder der Zusammenarbeit zwischen Prävention und Rehabilitation

ten oder Arbeitsergebnisse für alle bereitzustellen.

Stanowski: Die Zusammenarbeit hat bedeutende Auswirkungen auf die Kultur im Haus. Durch die Zusammenlegung von Prävention und Rehabilitation ist ein einheitlicher Umgang mit Regelungen für alle Mitarbeitenden entstanden, beispielsweise in Bezug auf alternierende Telearbeit und Dienststreigenehmigungen (Arbeitszeit).

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die Fusion von zwei Abteilungen mit unterschiedlichen Aufgaben, Aktivitäten und Persönlichkeiten eine Herausforderung darstellt. Es erfordert kontinuierliche Anstrengungen, um aus zwei unterschiedlichen Kulturen eine neue gemeinsame Kultur zu schaffen. Dies ist ein fortlaufender und vor allem ein ständiger Lernprozess, dem wir uns in der Unfallkasse Rheinland-Pfalz stellen. Einerseits können die verschiedenen Fachbereiche voneinander lernen und profitieren; andererseits erkennen wir, dass wir mit unseren Ressourcen sorgfältig haushalten müssen. Wir können nicht alles liegen lassen, um jede Teilaufgabe im Hinblick auf verbesserte Zusammenarbeit zu reflektieren. Unser Leitprinzip lautet daher: Synergien nutzen, wo Potenziale liegen. Aber nicht: Zusammenarbeit und Zeitinvestition, wo es keinen Mehrwert gibt.

Wir werden diesen Veränderungsprozess behutsam und geduldig fortsetzen und dabei immer bereit sein, notwendige Feinabstimmungen der aktuellen Prozesse und Strukturen vorzunehmen, um die Zusammenarbeit weiterzuentwickeln.

Seit 2023 bin ich als Referentin bei der DGUV mit dem Thema betraut. Wie können wir seitens der DGUV die Unfallversicherungsträger bei diesen Themen unterstützen?

Steger: Es ist ein großer Zugewinn und zugleich auch ein Zeichen für die Relevanz des Themas insgesamt, dass mit Ihnen nun dauerhaft und trägerübergreifend eine Ansprechperson des Spitzenverbandes verfügbar ist, die zwischen den Trägern den Austausch unterstützt. Dank Ihnen konnten die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

und die Unfallkasse Rheinland-Pfalz bereits einen regelmäßigen Austausch zu den genannten Schnittstellenthemen pflegen. Wir haben bereits im ersten gemeinsamen Gespräch gemerkt, dass wir ähnlich gelagerte Herausforderungen im Unternehmen haben, im Ergebnis aber teils unterschiedliche Lösungsansätze verfolgen, mit diesen umzugehen. Der Austausch ist unglaublich bereichernd und inspirierend. Dass die Ergebnisse des Austauschs auch nach innen wirken, merken wir bereits jetzt.

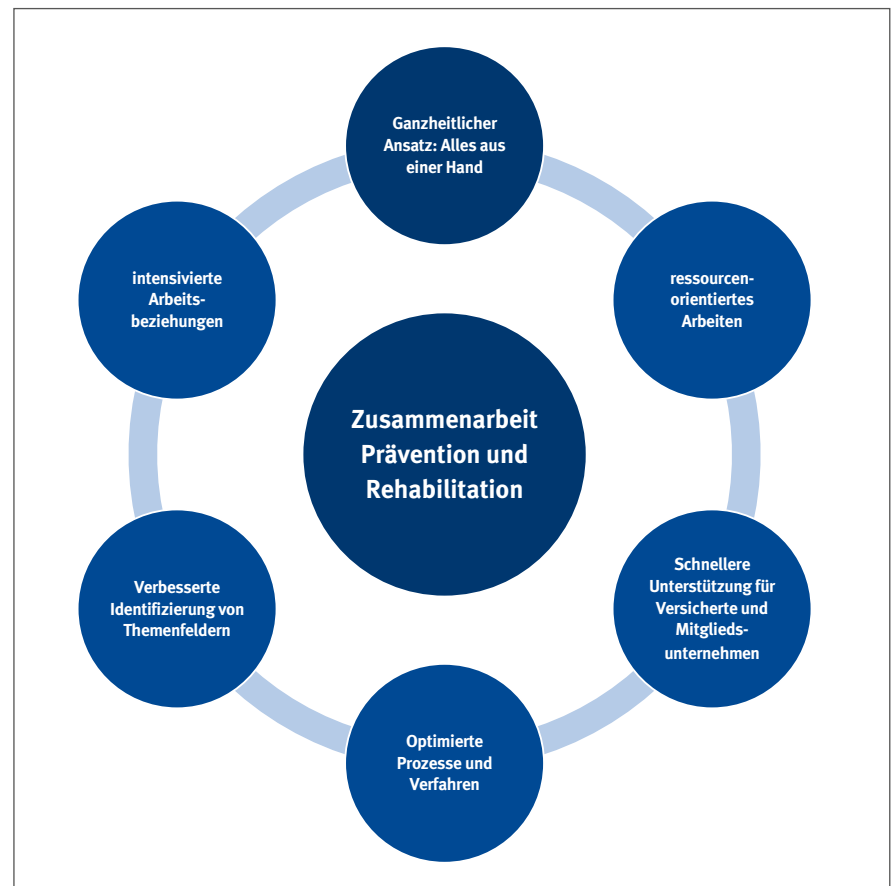
Stanowski: Ich hoffe, dass Sie als Referentin bei der DGUV für das Thema eine entscheidende Rolle bei der Koordination des Wissenstransfers zwischen den Unfallversicherungsträgern durch regelmäßige Treffen und Austausche übernehmen. Diese Treffen dienen nicht nur als Gelegenheit zum Netzwerken, sondern auch als Plattform für Innovation. Sie bieten uns die Möglichkeit, neue Ansätze und Strategien zu entwickeln, die auf den kollektiven

Erfahrungen und dem Wissen der Gruppe basieren. In diesem Sinne sind sie mehr als nur einfache Treffen; sie sind Inkubatoren für fortschrittliche Ideen und Lösungen. Es ist wichtig, dass dieses Thema weiterhin im Fokus bleibt. Durch die Aufrechterhaltung eines aktiven Dialogs kann die DGUV sicherstellen, dass die Unfallversicherungsträger auf dem neuesten Stand bleiben und effektiv auf neue Herausforderungen reagieren können.

Innovation sowie Entwicklung neuer Ansätze auf Basis von Erfahrungen sind gute Stichworte für unseren ersten unfallversicherungsträgerübergreifenden Austausch, der im November 2024 online stattfinden wird. Hierzu sind alle Interessierten herzlich eingeladen.

Herzlichen Dank, Frau Dr. Steger und Frau Stanowski.

Das Interview führte Michaela Borgmann.



Zusammenarbeit von Prävention und Rehabilitation

Quelle: DGUV

„Unfallversicherung muss sich gegenüber neuen Entwicklungen öffnen“

Key Fact

- Anlässlich der „6. Dresdner Reha-Tage“ hielt Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, den Einführungsvortrag zum Thema „Das Gesundheitssystem von morgen und die Rolle der gesetzlichen Unfallversicherung“. Dies ist die verschriftlichte Form der Rede.

Autor

➤ Erik Bodendieck

Wie verändern sich unsere Lebens- und Arbeitswelten? Welche Trends sind absehbar in der Gesellschaft? Welchen Einfluss haben technische Entwicklungen? Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, gibt einen Überblick und leitet Konsequenzen für zukünftige Entwicklungen ab.

Wenn wir das Gesundheitssystem von morgen betrachten, dann müssen wir über das Heute reden, denn sehr viele Entwicklungen haben begonnen oder sind bereits abgeschlossen, deren Auswirkungen in den nächsten Jahren zu erheblichen Veränderungen, sogar disruptiven Veränderungen im Gesundheitswesen führen werden. Eine weitere Frage ist, welche Konstanten uns dabei erhalten bleiben.

Wenn ich mich dem Thema nähere, möchte ich dies über folgende drei Hauptfelder tun:

- Veränderungen in der Gesellschaft
- Veränderungen in den Lebens- und Arbeitswelten
- Veränderungen im Gesundheitswesen

Veränderungen in der Gesellschaft

Veränderte Lebens- und Umweltbedingungen, weniger schwere körperliche Tätigkeiten sowie der medizinisch-technische Fortschritt führen vor allem in den hoch entwickelten Industrienationen zu einer Gesellschaft des „langen Lebens“. Wir beobachten seit Längerem eine Veränderung der sogenannten Alterspyramide hin zur Form eines Laubbaumes mit Betonung der Krone. Insbesondere der deutlich abnehmende Teil der jüngeren Generationen gibt Anlass zu besonderer Besorgnis. Gleichzeitig gibt es mehr Menschen, die gesund alt werden und länger arbeitsfähig bleiben, zumindest für leichte körperliche oder pädagogische Tätigkeiten. Dies führt zwingend zu Veränderungen bei den Lebensbiografien. Den typischen Lebenslauf – Geburt, Kindheit, Schule, Aus-

bildung, Beruf, Rente – wird es so nicht mehr geben. Es bedarf deshalb vor allem im Bereich der Berufsausübung Veränderungen und Anpassungen an die körperlichen und mentalen Möglichkeiten des Einzelnen. Lebenslanges Lernen erfährt hier eine besondere Bedeutung.

Hinzu kommen Veränderungen im Sozialgefüge. Immer mehr Singlehaushalte in allen Lebensphasen führen auch zu besonderen Herausforderungen an die psychische Verfasstheit des Einzelnen. Im Alter kommt dann ein zunehmender Hilfebedarf dazu. Gleichfalls ist der Hilfebedarf von Menschen mit körperlichen und/oder auch geistigen Einschränkungen in allen Lebensphasen zu berücksichtigen.

In fast allen Bereichen erleben wir derzeit einen Fachkräftebedarf. Unsere heutige Gesellschaft scheint kaum mehr in der Lage zu sein, diesen Bedarf aus eigener Kraft zu decken. Dies erscheint von erheblicher Bedeutung, weil sich der demografische Wandel auf der einen Seite und neue Anforderungen an Arbeitszeit und -bedingungen auf der anderen deutlich verschärfend auswirken. Verstärkt wird der Fachkräftebedarf auch infolge einer Überbürokratisierung und eines Kontrollbedürfnisses in unserer heutigen Gesellschaft.

Quelle: SLAEK



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer



Die gesetzliche Unfallversicherung muss Motor in der Entwicklung des Gesundheitswesens und in der Anwendung neuer Methoden sein.“

Erik Bodendieck

Migration und/oder Wanderungsbewegungen werden hier nur bedingt hilfreich sein. Versuche zur Anwerbung von Fachkräften für Deutschland waren in der Vergangenheit nicht von besonderem Erfolg geprägt. Es stellt sich immer wieder die Frage nach der schulischen und beruflichen Qualifikation von Menschen, welche beispielsweise auf der Flucht nach Deutschland kommen. Zusätzlich wirken sich innerdeutsche Probleme negativ aus. Zu nennen sind erhebliche bürokratische Hürden sowie ein gesellschaftliches Klima, das nicht überall von Aufnahme- und Integrationsbereitschaft geprägt ist. Den Menschen, die bereit sind, ihre Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen, gilt unsere Fürsorge, insbesondere in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Extremistische Entwicklungen, egal aus welcher Richtung, helfen uns nicht, die Zukunftsaufgaben zu bewältigen. Wir stellen fest, dass unser Arbeitsmarkt, aber auch unsere Sozialsysteme auf Zuwanderung angewiesen sind. Dies kann und darf aber nicht um jeden Preis erfolgen.

Veränderungen in den Lebens- und Arbeitswelten

Bei allen gesellschaftlichen Debatten dürfen wir uns nicht darüber hinwegtäuschen lassen, dass wissenschaftlich nachgewiesen ein Klimawandel außer Frage steht. Es lässt sich sicher über die Frage „menschengemacht“ oder natürlicher Zyklus streiten. Dies hilft in der Betrachtung aber nicht weiter. Weiter südlich gelegene Länder kennen das Phänomen der Hitze bereits gut und haben ihr Leben und Arbeiten daran an-

gepasst – zu nennen seien hier beispielsweise lange sommerliche Schulferien oder die berühmte „Siesta“. Hitze, lange Trockenphasen, fehlende Kälteperioden bergen aber besondere Gesundheitsrisiken in sich. Zum einen wird immer noch die Auswirkung von Hitze auf den menschlichen Körper unterschätzt. Zum anderen erhöht sich insbesondere die Gefahr für bisher als tropisch bezeichnete Infektionskrankheiten. Erinnern wir nur daran, dass mit einer zunehmenden Zahl an Dengue-Fieberfällen zu rechnen ist und auch die Malaria immer wieder in Deutschland ankommt. Fehlende typische Kälteperioden können ebenfalls zu einer besonderen Gefahr, zum Beispiel bei Berufen in den Baugewerken, führen. Morgendlicher Tau und auch Überfrierungen bergen erhöhte Unfallgefahren, wenn nicht grundsätzlich aufgrund des Winters Außenarbeiten eingestellt sind.

Immer mehr Menschen wollen in den urbanen Räumen wohnen und arbeiten. Neben einer erheblichen Verdichtung der Lebensbedingungen ist hier auch das Klima besonders zu betrachten. Häuserschluchten, Fabrikhallen und auch Bürotürme wirken sich auf Arbeitsbedingungen aus. Urbanisierung heißt auch Verdichtung des Verkehrsaufkommens, schnellere Abläufe und besondere Beanspruchung der Psyche durch unaufhaltsames Einströmen von Eindrücken. Dies könnte aus meiner Sicht ein erheblicher Grund auch für die Vereinzelung und den Verlust des nachhaltigen Gemeinschaftssinnes sein.

Die Technisierung unserer Lebens- und Arbeitswelt schreitet massiv voran. Viel-

fach werden bisher schwere, anspruchsvolle oder Routinearbeiten bereits heute von Maschinen übernommen. Das erscheint sinnvoll und entspricht dem menschlichen Bedürfnis nach Weiterentwicklung und Vereinfachung des Lebens. Allerdings greift Technik auch zunehmend auf Bereiche über, die bisher allein menschlicher Tätigkeit zugewiesen waren, wie beispielsweise „Pflegeroboter“ in der Pflege. Aber nicht nur in der Ausübung der Arbeit kennen wir bereits heute technische Hilfsmittel, sondern auch in der Rehabilitation. Ich erinnere hier an sogenannte „Exoskelette“ oder KI-gesteuerte Prothesen nach Amputation.

Die Coronapandemie hat ein Gefühl der schnellen Digitalisierung hervorgebracht, tatsächlich macht sich dies bereits seit Einführung des Smartphones in rasanter Art und Weise bemerkbar. Der Computer, das Lexikon, das Kommunikationsmittel, welches nicht nur das gesprochene Wort überträgt und in der Tasche steckt, hat bereits unser Leben disruptiv verändert. Ich empfehle jedem, einfach einmal seine tägliche Bildschirmzeit zu beobachten oder sich zu fragen, was von seinem „Schul- und Ausbildungswissen“ schnell und komplex ohne Hilfsmittel jederzeit abrufbar ist. Mit hin stelle ich aber auch fest, dass es nicht etwa so ist, dass junge Menschen gegenüber Digitalisierung affiner seien als alte Menschen. Aus meiner Sicht hängt dies sehr viel von sozialen Kompetenzen und bewusstem Erleben ab. Neueste Entwicklungen wie Large Language Models (LLM) halten sofort Einzug in unser nicht nur berufliches Leben.

Letztlich führen diese Entwicklungen zusammengenommen zur Möglichkeit des „mobilen Arbeitens“. Dies kann sicher in vielerlei Hinsicht den heutigen Ansprüchen an Lebens- und Arbeitsbedingungen gerecht werden. Ich erwarte hier aber auch weitere rasante Entwicklungen. Stellen wir uns einmal vor, dass der Chirurg nicht mehr am Patienten steht, sondern von zu Hause aus einen Roboter bedient und überwacht, der für ihn operiert. Untersuchungen zeigen zum Teil eine höhere Produktivität durch mobiles Arbeiten. Diese Form der Arbeit stellt aber auch wieder besondere Anforderungen an die psychische und körperliche Verfasstheit des Einzelnen und sorgt für weniger Gruppendynamik.

Der Mensch ist aber auf Gemeinschaft angewiesen. Es bedurfte schon immer der Anderen, um das Überleben des Einzelnen zu sichern. Einerseits um die Ernährung sicherzustellen, andererseits um im Rahmen der Arbeitsteilung Wissen zu fokussieren und zu entwickeln. Gemeinschaft ist aber auch erforderlich, um besondere Belastungen zu bestehen. Letztlich kann man immer wieder feststellen, dass bei wegbrechender Gemeinschaft die Leistungsfähigkeit und Resilienz gegenüber verschiedenen Belastungen des Einzelnen sinken.

Menschen mit angeborenen oder erworbenen mentalen und/oder körperlichen Einschränkungen haben ein verbrieftes Recht auf Gleichbehandlung in unseren gesellschaftlichen Systemen. Natürlich ergeben sich daraus nochmals erhöhte Anforderungen an Lebens- und Arbeitsbedingungen bis hin zu besonderen Arbeitsschutzstandards. Aus meiner Sicht führt an einer Inklusion der Betroffenen aber nicht nur aus rein humanistischer Sicht kein Weg vorbei. Vielfach ergeben sich durch die Einschränkungen auch besondere Stärken. Das Potenzial und die besonderen Sichtweisen von Menschen mit Handicaps dürfen in unserer Gesellschaft nicht ungenutzt bleiben.

Veränderungen im Gesundheitswesen

Verschiedene Untersuchungen^[1] zeigen, dass sich Wissen heute alle 73 Tage ver-

doppelt. Dies gilt offensichtlich auch für medizinisches Wissen. Dessen Halbwertszeit wird aber nach wie vor mit 45 Jahren angegeben, wobei große Themen, welche auch in Leitlinien beschrieben sind, mit fünf Jahren angegeben werden. Pro Jahr werden weltweit etwa 25.000 wissenschaftliche Studien in der Medizin vorgelegt.

Trotz dieser rasanten Wissensentwicklung bleiben bei regelmäßiger Fortbildung die Kompetenzen der Fachkräfte aktuell. Hinzu kommt die Erfahrung des Einzelnen. Evidenzbasierte Medizin nach David Sackett^[2] vereint dabei die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen Evidenz aus klinischer Forschung und der Präferenz des Patienten. Es kommt besonders auf kommunikative Kompetenzen des Fachpersonals an, um den Patienten bestmöglich zu informieren und ihn damit in die Lage zu versetzen, für sich zu entscheiden.

Wie oben angedeutet, geht am Gesundheitswesen die Technisierung keinesfalls vorbei. Bereits seit Jahren sind OP-Roboter im Einsatz, allerdings nicht nur dies. Mithin sehen wir den Fortschritt im Bereich der medizinischen Technik. Es gibt unzählige Beispiele. Besonders interessant scheinen die Entwicklungen im Bereich des 3-D-Drucks oder der Prothesentechnik zu sein. Weitere Beispiele sind die Entwicklungen bei Implantaten wie Schrittmacher, Defibrillatoren, Pumpen und vieles mehr.

Ein besonderes Augenmerk gilt dem Monitoring der Patientinnen und Patienten im häuslichen Bereich bei Vorliegen chronischer Erkrankungen. Bewiesen ist bereits, dass dies nicht nur die Lebensqualität verbessert, sondern auch Lebensjahre schenken und Krankenhausaufenthalte reduzieren kann, sofern die Ergebnisse des Monitorings regelmäßig ausgewertet werden und gegebenenfalls zu Therapieänderungen führen.

Auch in der Prävention und Rehabilitation stehen verbesserte technische Möglichkeiten zur Verfügung. Bereits heute werden zum Beispiel VR-Brillen in der Physiotherapie eingesetzt.

Integraler Bestandteil der technischen Entwicklungen sind dabei die Digitalisierung und Auswertung der Ergebnisse, beispielsweise des Monitorings mittels künstlicher Intelligenz (KI). Aber nicht nur dies. Wie erwähnt, sehen wir eine rasante Wissensentwicklung. Mittels modernster LLM wird es beispielsweise möglich sein, Leitlinieninhalte schnell zu erfassen und zielgerichtet zu durchsuchen. Die Translation neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse wird sich dadurch erheblich beschleunigen lassen. Es stellt sich sogar die Frage, ob das Nichtanwenden von Digitalisierung und KI in der modernen Medizin in Zukunft als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden kann.

Einordnung der gesetzlichen Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung gilt: Leistungen werden „mit allen geeigneten Mitteln“ erbracht. Diesem Anspruch wird die gesetzliche Unfallversicherung nur gerecht, wenn sie sich den beschriebenen Entwicklungen öffnet. Sie kann dabei aufgrund ihrer besonderen Stellung in der Sozialversicherung und ihrer Aufgaben in der Prävention von arbeitsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen Maßstäbe und Standards setzen. Mithin kann die gesetzliche Unfallversicherung auch im Bereich von Therapie und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten aufgrund ihres besonderen Wissens und ihrer Spezialisierung wegweisend sein.

Die gesetzliche Unfallversicherung muss aus meiner Sicht Motor in der Entwicklung des Gesundheitswesens und in der Anwendung neuer Methoden sein. ➔

Fußnoten

[1] Vgl. <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/details/news/detail/News/regulierter-wissenstransfer-in-der-medizin.html> ; https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-6-18_kvh-journal_halbwertszeit-wissen.pdf (beides abgerufen am 31.07.2024).

[2] Vgl. <https://www.bmj.com/content/312/7023/71> (abgerufen am 31.07.2024).

COVID-19 als Berufskrankheit und Unfall – Update 2023

Key Facts

- Von Pandemiebeginn bis Ende 2023 wurden über 650.000 COVID-19-Erkrankungen als Berufskrankheit, Arbeits- oder Schulunfall gemeldet und knapp 400.000 als Versicherungsfall anerkannt
- In rund 8.150 der anerkannten Fälle wurde die Diagnose Long beziehungsweise Post-COVID dokumentiert; dies entspricht einem Anteil von gut zwei Prozent
- Für die Rehabilitation und Entschädigung der Personen mit einer anerkannten COVID-19-Erkrankung haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand bis Ende 2023 insgesamt 486 Millionen Euro aufgewendet

Autorinnen

- **Stephanie Schneider**
- **Dr. Denise Peth**

Die Daten zum Unfall- und Berufskrankheitengeschehen 2023 liegen vor. Seit Pandemiebeginn ist die Zahl der Meldungen von Berufskrankheiten, Arbeits- und Schulunfällen im Zusammenhang mit COVID-19 erstmals gesunken.

Personen, die infolge ihrer Tätigkeit im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium mit SARS-CoV-2 infiziert werden und deshalb an COVID-19 erkranken, werden unter der Berufskrankheiten-Nummer (BK-Nummer) 3101 erfasst. Gleiches gilt für Personengruppen, die bei ihrer versicherten Tätigkeit der Infektionsgefahr in einem ähnlichen Maße besonders ausgesetzt sind. Für die übrigen Personenkreise kommt eine Anerkennung als Arbeits- oder Schulunfall in Betracht. Eine Anerkennung als Versicherungsfall setzt zudem voraus, dass nach dieser Infektion mindestens geringfügige klinische Symptome auftreten.^[1]

Fallzahlen insgesamt

Seit Pandemiebeginn bis Ende 2023 wurden bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand insgesamt 655.305 Meldungen zu Berufskrankheiten und Arbeits- beziehungsweise Schulunfällen in Zusammenhang mit COVID-19 übermittelt, 397.851 dieser Meldungen wurden bisher als Versicherungsfall anerkannt (vgl.

Abbildung 1). Bezüglich der Meldungen haben die Berufskrankheiten einen Anteil von 83 Prozent und bezüglich der Anerkennungen von 90 Prozent. Die Arbeitsunfälle haben einen Anteil von zwölf Prozent an den Meldungen und von sieben Prozent an den Anerkennungen, die Schulunfälle von fünf beziehungsweise vier Prozent.

Fallzahlen Berufskrankheiten

Im Jahr 2023 gingen 64.733 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit im Zusammenhang mit COVID-19 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand ein und 53.220 COVID-19-Erkrankungen wurden als BK-Nummer 3101 anerkannt (vgl. Abbildung 2). Dies entspricht einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 78 Prozent bezüglich der Meldungen und einem Rückgang um 71 Prozent bei den Anerkennungen.

Bezogen auf alle Berufskrankheiten im Jahr 2023 haben die COVID-19-Erkrankungen – trotz des deutlichen Rückgangs – noch einen Anteil von 45 Prozent an den

Meldungen und von 73 Prozent bei den Anerkennungen (vgl. Abbildung 3). Die Auswirkungen der Pandemie auf das BK-Geschehen sind weiterhin hoch.

Bis Ende 2023 wurden insgesamt 374 neue BK-Renten bei COVID-19-Erkrankungen gewährt (2020: 13, 2021: 76, 2022: 77, 2023: 208). Im gleichen Zeitraum wurde in 136 Fällen festgestellt, dass die versicherte Person an den Folgen einer als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung verstorben ist (2020: 14, 2021: 72, 2022: 37, 2023: 13).

Fallzahlen Unfälle

Im Jahr 2023 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand insgesamt 7.958 Meldungen zu Arbeits- und Schulunfällen im Zusammenhang mit COVID-19 eingegangen und 2.239 Fälle wurden als Versicherungsfall anerkannt (vgl. Abbildung 4). Dies entspricht einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 88 Prozent bei den Meldungen und um 91 Prozent bei den Anerkennungen. Besonders deut-

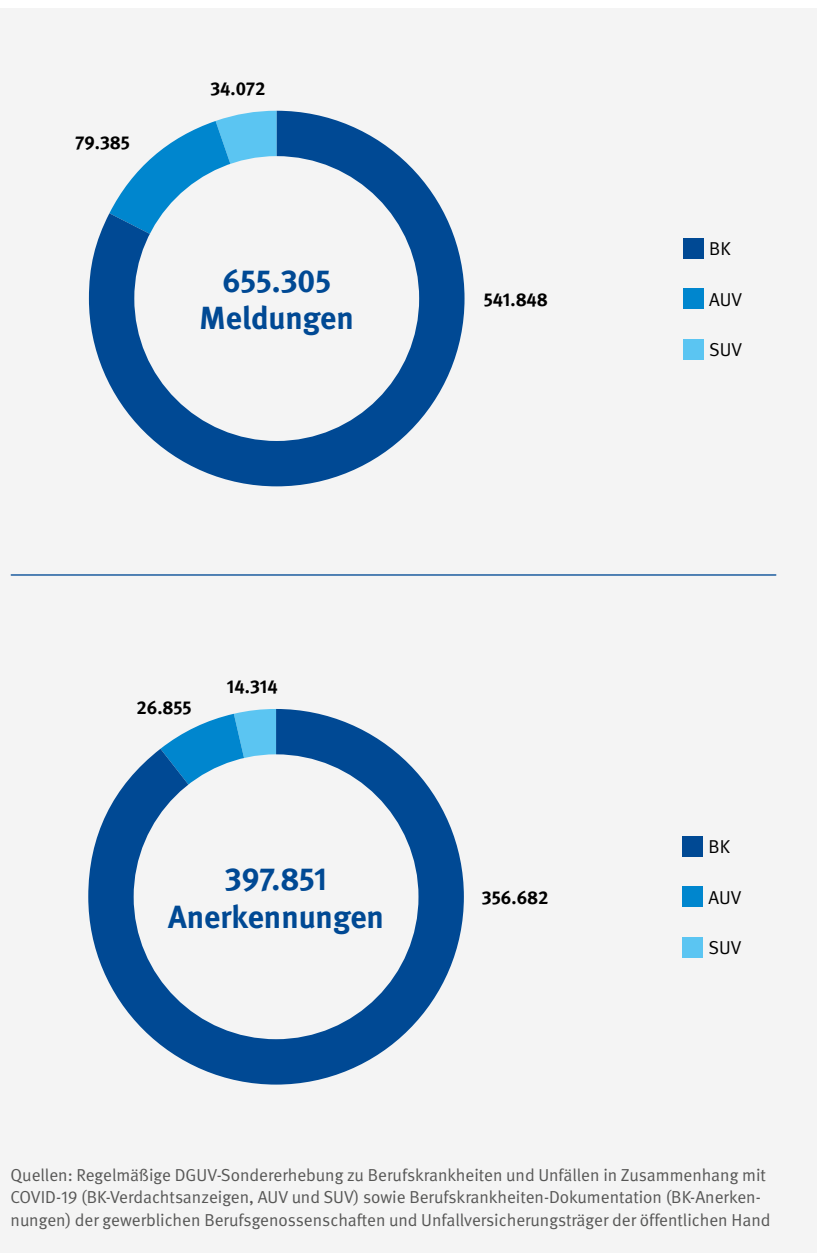


Abbildung 1: Anzahl der Meldungen und Anerkennungen von COVID-19 als Berufskrankheit, Arbeits- oder Schulunfall im Zeitraum 2020 bis 2023

lich ist der Rückgang bei den Schulunfällen im Zusammenhang mit COVID-19 mit jeweils 99 Prozent. Hatten diese im Jahr 2022 noch einen Anteil von 48 beziehungsweise 54 Prozent an allen COVID-19-Unfallmeldungen, ist ihr Anteil im Jahr 2023 auf vier beziehungsweise acht Prozent gesunken.

Ausblick: Erstes Halbjahr 2024

Im ersten Halbjahr 2024 lagen den Unfallversicherungsträgern nach vorläufigen An-

gaben knapp 4.400 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit in Zusammenhang mit COVID-19 vor. Dies entspricht einem Rückgang um 47 Prozent gegenüber dem zweiten Halbjahr 2023. Die vorläufige Zahl der als BK-Nummer 3101 anerkannten COVID-19-Erkrankungen im ersten Halbjahr 2024 betrug knapp 3.100 – ein Rückgang um 81 Prozent gegenüber dem zweiten Halbjahr 2023. Vom 1. Januar 2024 bis einschließlich Ende Juni 2024 wurden nach vorläufigen Angaben rund 760 Ar-

beits- und Schulunfälle im Zusammenhang mit COVID-19 gemeldet und knapp 250 COVID-19-Erkrankungen als Versicherungsfall anerkannt. Der Rückgang gegenüber dem zweiten Halbjahr 2023 beträgt hier 70 Prozent bei den Meldungen und 50 Prozent bei den Anerkennungen.

Post- beziehungsweise Long COVID

Insgesamt wurde in rund 8.150 der in den Jahren 2020 beziehungsweise 2021^[2] bis 2023 als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Erkrankungen die Diagnose „Long- beziehungsweise Post-COVID-19-Zustand“ dokumentiert.^[3] Dies entspricht einem Anteil von gut zwei Prozent. Die Diagnose „Long- beziehungsweise Post-COVID-19-Zustand“ wird in der Regel nicht in der laufenden Bearbeitung der Fälle statistisch erfasst, sondern retrospektiv anhand geeigneter Kriterien ermittelt. Diese retrospektive Ermittlung ist jedoch mit Unsicherheiten behaftet. Zur Identifikation der Long- oder Post-COVID-Fälle wird beispielsweise die Höhe der Kosten für die medizinische Rehabilitation herangezogen. Dabei ist unter anderem der Zeitverzug bei der Rechnungsstellung zu berücksichtigen. Zudem ist das Kriterium der Kostenhöhe eher geeignet, Post- als Long-COVID-Fälle zu identifizieren. Es ist daher davon auszugehen, dass Long-COVID-Fälle untererfasst sind.

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Bis Ende 2023 haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand insgesamt 485,9 Millionen Euro für Leistungen der Rehabilitation und für Rentenleistungen für die als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Erkrankungen erbracht (vgl. Tabelle 1). Von den Kosten für die Leistungen insgesamt entfallen 83 Prozent auf die als Berufskrankheit anerkannten Fälle und 17 Prozent auf anerkannte Versicherungsfälle im Bereich der Arbeits- und Schulunfälle. Der weit überwiegende Anteil (96 Prozent) der Gesamtausgaben entfiel mit 466,3 Millionen Euro auf Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabi-

litation. Dazu zählen neben der ambulanten und stationären Heilbehandlung auch das Verletztengeld sowie die entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge. In Höhe von 3,1 Millionen Euro wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Für Leistungen zur sozialen Teilhabe wurden 0,7 Millionen Euro aufgewendet. An 347 Personen mit einer als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Erkrankung wurden bis Ende 2023 Rentenleistungen in Höhe von gut 5,5 Millionen Euro und in 311 Fällen Leistungen an Hinterbliebene in Höhe von insgesamt rund 10,4 Millionen Euro ausgezahlt.

Bis Ende 2023 wurden 466,3 Millionen Euro für die medizinische Behandlung und Rehabilitation von anerkannten COVID-19-Erkrankungen aufgewendet, davon 304,7 Millionen Euro für Fälle, in denen die Diagnose „Long- beziehungsweise Post-COVID-19-Zustand“ dokumentiert wurde (vgl. Tabelle 2). Dies entspricht einem Anteil von 65 Prozent.

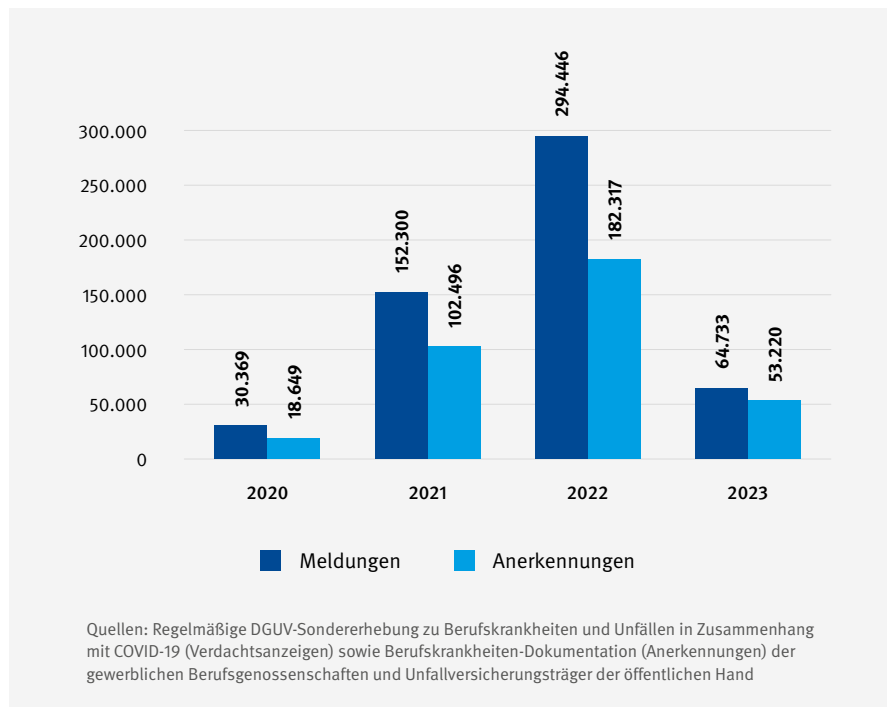


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der Meldungen und Anerkennungen von COVID-19 als Berufskrankheit in den Jahren 2020 bis 2023

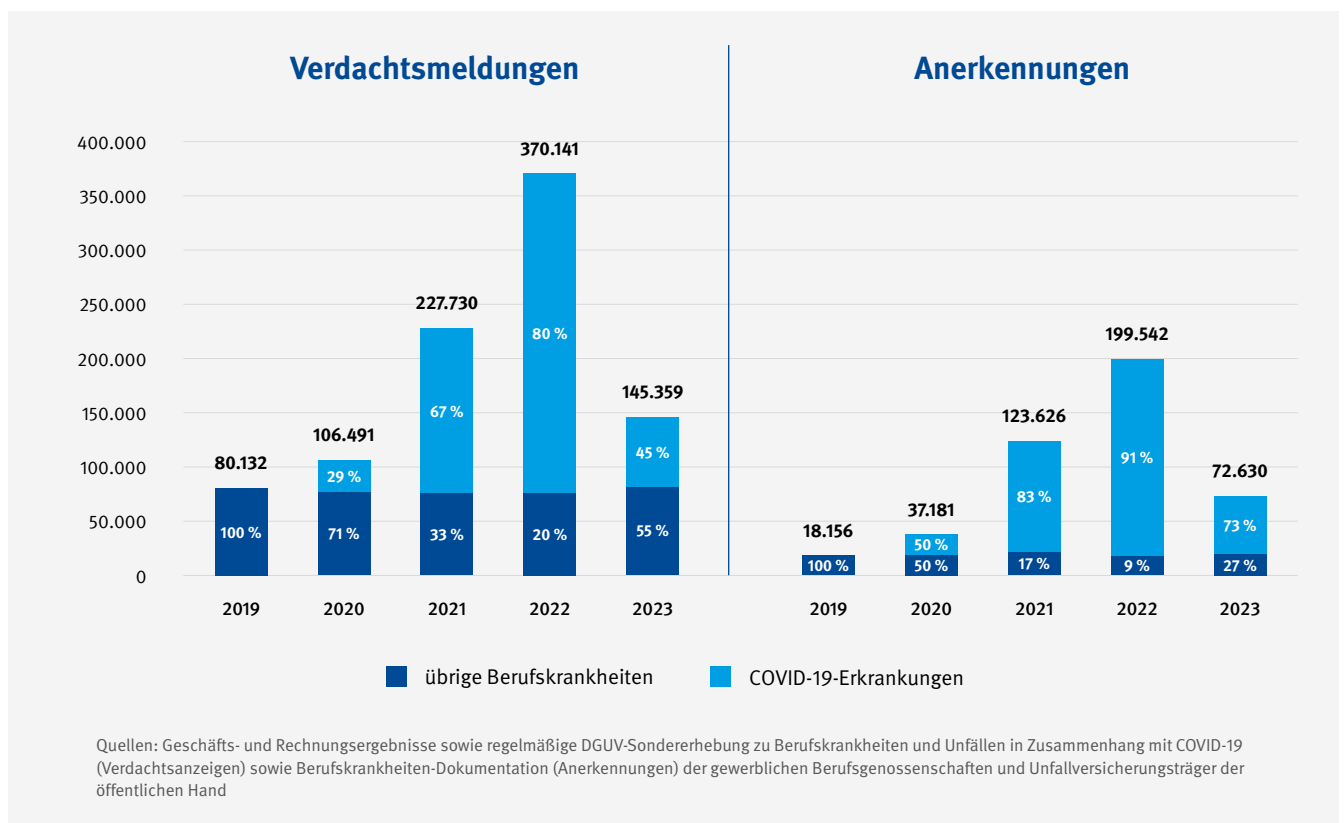


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der Meldungen und Anerkennungen von Berufskrankheiten insgesamt und des Anteils der COVID-19-Erkrankungen in den Jahren 2019 bis 2023

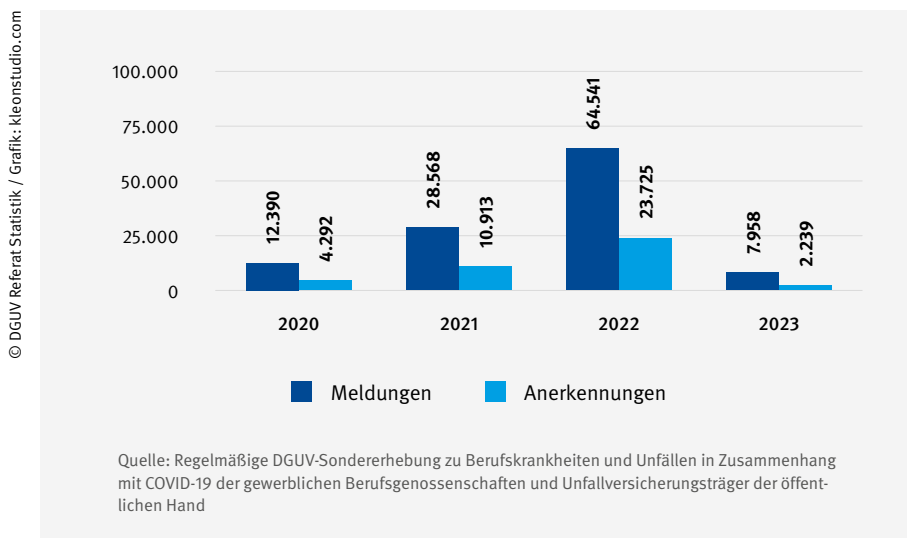


Abbildung 4: Anzahl der Meldungen und Anerkennungen von COVID-19 als Arbeits- und Schulunfall in den Jahren 2020 bis 2023

Die durchschnittlichen Kosten pro Fall seit Pandemiebeginn bis Ende 2023 liegen für stationäre Behandlungen bei rund 12.100 Euro, die durchschnittlichen Kosten für Verletztengeld (ohne Sozialversicherungsbeiträge) bei 14.100 Euro. Werden nur die Fälle berücksichtigt, in denen die Diagnose Long- beziehungsweise Post-COVID

dokumentiert wurde, steigen die durchschnittlichen Kosten pro Fall auf 15.400 Euro für stationäre Behandlungen und für Verletztengeld (ohne Sozialversicherungsbeiträge) auf 24.000 Euro.

Auch die durchschnittlichen Kosten für eine ambulante Heilbehandlung sind für

versicherte Personen mit einer Long- beziehungsweise Post-COVID-Diagnose mit 4.800 Euro deutlich höher.

Oftmals wurden für versicherte Personen mit anerkannter COVID-19-Erkrankung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Long- beziehungsweise Post-COVID-Diagnose, mehrere – auch stationäre – Maßnahmen pro Fall erbracht. Bis Ende 2023 konnte die Rehabilitation von rund 11.000 versicherten Personen mit anerkannter COVID-19-Erkrankung abgeschlossen werden. Betrachtet man nur die 9.800 versicherten Personen, für die als Rehabilitationsziel die berufliche Wiedereingliederung vereinbart wurde, liegt die Wiedereingliederungsquote bei rund 98 Prozent.

COVID-19 als Berufskrankheit: Wer hat sich wo infiziert?

Alter

Bei den im Zeitraum 2000 bis 2023 als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen liegt das durchschnittliche Alter bei Anerkennung bei 44 Jahren. Versicherte Personen, bei denen eine Post- bzw. Long-COVID-Diagnose dokumentiert

© DGUV Referat Statistik

	Kosten in Mio. Euro (Rundungsdifferenzen möglich)		
	Berufskrankheiten	Unfälle	Insgesamt
Leistungen insgesamt	401,8	84,1	485,9
Medizinische Rehabilitation	389,5	76,8	466,3
Ambulante Heilbehandlung	48,2	6,2	54,4
Stationäre Behandlung	101,0	37,1	138,3
Verletztengeld	165,4	21,9	187,2
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	66,0	8,5	74,5
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	2,7	0,4	3,1
Leistungen zur sozialen Teilhabe	0,5	0,2	0,7
Renten/Abfindungen an Erkrankte	3,4	2,0	5,5
Leistungen an Hinterbliebene	5,7	4,7	10,4

Quelle: Rehakosten- und Renten-Statistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

Tabelle 1: Kosten für die als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Erkrankungen nach Leistungsart von Pandemiebeginn bis Ende 2023

	Insgesamt			Darunter: Fälle mit Post- bzw. Long-COVID-Diagnose		
	Kosten in Mio. Euro	Anzahl in Tsd.	Betrag pro Fall in Euro*	Kosten in Mio. Euro	Anzahl in Tsd.	Betrag pro Fall in Euro*
Medizinische Rehabilitation	466,3	60,2	7.700	304,7	7,7	39.400
Ambulante Heilbehandlung	54,4	56,8	1.000	35,5	7,4	4.800
Stationäre Behandlung	138,3	11,5	12.100	75,2	4,9	15.400
Verletztengeld	187,2	13,3	14.100	133,7	5,6	24.000
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	74,5	12,7	5.900	53,4	5,5	9.700

Quelle: Rehakosten- und Renten-Statistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand
* gerundet

© DGUV Referat Statistik

Tabelle 2: Kosten, Leistungsfälle und durchschnittliche Kosten pro Fall für medizinische Leistungen für die als Versicherungsfall anerkannten COVID-19-Erkrankten insgesamt und mit Post-Long-COVID-Diagnose nach Leistungsart von Pandemiebeginn bis Ende 2023

Bundesland	2020	2021	2022	2023	Gesamt
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Nordrhein-Westfalen	4.145	20.380	34.171	6.731	65.427
Bayern	5.681	15.560	20.812	7.633	49.686
Baden-Württemberg	3.213	10.471	27.504	5.846	47.034
Niedersachsen	1.020	6.844	15.743	6.941	30.548
Sachsen	944	6.386	13.103	4.931	25.364
Berlin	919	12.306	8.906	2.563	24.694
Hessen	860	6.431	11.564	4.788	23.643
Rheinland-Pfalz	376	3.988	13.708	1.834	19.906
Brandenburg	414	4.408	7.805	1.632	14.259
Sachsen-Anhalt	163	4.047	6.526	2.194	12.930
Thüringen	263	4.306	4.663	1.248	10.480
Saarland	88	1.879	4.386	1.912	8.265
Schleswig-Holstein	139	1.819	4.184	1.563	7.705
Hamburg	252	1.396	4.608	893	7.149
Mecklenburg-Vorpommern	17	1.428	2.311	1.802	5.558
Bremen	155	847	2.323	709	4.034
Gesamt	18.649	102.496	182.317	53.220	356.682

Quelle: DGUV Referat Statistik

Tabelle 3: Als Berufskrankheit anerkannte COVID-19-Erkrankungen nach dem Bundesland des Sitzes des Unternehmens in den Jahren 2020 bis 2023



Rund 81 Prozent der versicherten Personen mit einer als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung sind weiblich.“

wurde, sind im Mittel mit 50 Jahren etwas älter. Da eine Anerkennung als BK-Nummer 3101 eine versicherte Tätigkeit voraussetzt, sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich häufiger Personen im erwerbsfähigen Alter betroffen. Nur gut ein Prozent der versicherten Personen ist zum Zeitpunkt der Anerkennung jünger als 20 Jahre alt und knapp zwei Prozent sind 65 Jahre alt oder älter.

Geschlecht

Rund 81 Prozent der versicherten Personen mit einer als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung sind weiblich. Dies korrespondiert mit der in dem hauptsächlich betroffenen Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“ bestehenden Geschlechterverteilung unter den Beschäftigten.^[4]

Unfallversicherungsträger

Aufgrund des im Tatbestand der BK-Nummer 3101^[5] definierten Personenkreises entfielen von den im Zeitraum 2020 bis 2023

als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen rund 78 Prozent auf die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und rund 22 Prozent auf die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.^[6] Darüber hinaus erfolgten in den vier Jahren zusammen knapp 2.000 Anerkennungen als Berufskrankheit bei den anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Bundesland

Die Differenzierung der im Zeitraum 2020 bis 2023 als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen nach dem Bundesland des Sitzes des Unternehmens^[7] zeigt, dass die vier am stärksten betroffenen Bundesländer den vier Bundesländern mit der höchsten Einwohnerzahl entsprechen (vgl. Tabelle 3).

Tätigkeit

Die im Zeitraum 2020 bis 2023 als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen haben überwiegend in Unternehmen

der Wirtschaftszweige „Gesundheitsdienst“, „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“ sowie „Erziehung und Unterricht“ stattgefunden. Dies spiegelt sich auch in den am häufigsten zum Zeitpunkt der Infektion ausgeübten Tätigkeiten wider:

- Assistenzberufe im Gesundheitswesen – wie die nicht akademische Krankenpflege (45 Prozent)
- Betreuungsberufe – wie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Kinderbetreuung (29 Prozent)
- akademische und verwandte Gesundheitsberufe – wie Ärztinnen und Ärzte sowie akademische Krankenpflege (neun Prozent)

Zu den übrigen Tätigkeiten zählen zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher oder Lehrkräfte im Vorschulbereich sowie andere personenbezogene Dienstleistungen. ➔

Fußnoten

[1] Vgl. Quabach, M.; Zagrodnik, F.-D.: COVID-19 als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung. In: DGUV Forum, Ausgabe 1/2021, <https://forum.dguv.de/ausgabe/1-2021/artikel/covid-19-als-versicherungsfall-in-der-gesetzlichen-unfallversicherung> (abgerufen am 22.08.2024).

[2] Für Arbeitsunfälle wird die Angabe zu Post-/Long-Covid erst seit dem Berichtsjahr 2021 erfasst.

[3] Datenquelle im gesamten Artikel ist für die Berufskrankheiten die bei der DGUV geführte Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) und für die Arbeits- und Schulunfälle die Reha- und Renten-Statistik jeweils für das Berichtsjahr 2023, wenn keine andere Quelle genannt ist. Da diese Statistiken der

Bestandsführung unterliegen, können Daten der Vorjahre im Nachhinein ergänzt und gegebenenfalls korrigiert werden.

[4] Vgl. Statistik der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten am 30.09.2023; Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (vorläufiges Ergebnis); Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 24.04.2024.

[5] Tatbestand der BK-Nr. 3101 gemäß Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV): „Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war“.

[6] Vgl. zu den Daten der Vorjahre Schneider, S.: Statistische Auswertung der 2020 als Be-

rufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen. In: DGUV Forum, Ausgabe 7-8/2021, <https://forum.dguv.de/ausgabe/7-2021/artikel/statistische-auswertung-der-2020-als-berufskrankheit-erkannten-covid-19-erkrankungen>; Schneider, S.: COVID-19 als Berufskrankheit in den Berichtsjahren 2020 und 2021. In: DGUV Forum, Ausgabe 9/2022, <https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2022/artikel/covid-19-als-berufskrankheit-in-den-berichtsjahren-2020-und-2021>; Schneider, S.: COVID-19 als Berufskrankheit – Update 2022. In: DGUV Forum, Ausgabe 9/2023, <https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2023/artikel/covid-19-als-berufskrankheit-update-2022> (abgerufen am 22.08.2024).

[7] Dies entspricht nicht zwangsläufig dem Bundesland, in dem die Infektion stattgefunden hat.

Arbeit 4.0 und Prävention: Studierende und Unfallversicherung arbeiten Hand in Hand

Key Facts

- Die Arbeitswelt ist im Wandel und verändert Arbeitsorganisation, Führung, Teamprozesse, Umgebung, Aufgaben, Technik und Menschen
- Die Veränderungen der Belastungen und Ressourcen wirken sich auf die Gesundheit von einzelnen Personen, das Team, die Führungskraft und die Organisation aus, was angepasste Präventionsbedarfe erfordert
- In einer Lehrkooperation zwischen Universität und gesetzlicher Unfallversicherung entwickeln Studierende in Betrieben neue Methoden und sammeln Erkenntnisse zur Verbesserung der Präventionsleistungen

Autoren

- N. Helin Dogan
- Prof. Dr. Thomas Ellwart

Veränderungen in der Arbeitswelt führen zu Herausforderungen für die Prävention. In einem Kooperationsprojekt der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und der Universität Trier wurde eine Befragungsmethode entwickelt, um in Betrieben gesundheitsrelevante Auswirkungen veränderter Belastungen und Ressourcen darzustellen und daraus Anpassungen in den Präventionsleistungen abzuleiten.

Wir nehmen die Herausforderungen der Digitalisierung an und begleiten die Betriebe, Bildungseinrichtungen und Versicherungen durch den Wandel“ ist eine Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention.^[1] Die fortschreitende Digitalisierung und der Wandel der Arbeitswelt (Arbeit 4.0) führen zu veränderten Rahmenbedingungen und neuen Formen der Arbeitsgestaltung. So ist dieser Wandel auch in landesweiten und kommunalen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes in Rheinland-Pfalz spürbar.

Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz berät als Unfallversicherungsträgerin im Sinne ihres Präventionsauftrags ihre Mitglieder und Versicherten zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. In den Mitgliedsbetrieben werden bereits Neuerungen wie der verstärkte Einsatz von Homeoffice, die veränderte Nutzung von Räumlichkeiten, neue Technik und neue Formen der Führung und Zusammenarbeit umgesetzt. Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz stellt sich diesen Veränderungen

und möchte möglichst frühzeitig Lösungen und Beratungsansätze entwickeln, um ihren Mitgliedern geeignete und wirksame Produkte, Informationen und Beratungsleistungen zur Prävention anbieten zu können.

So ergaben sich folgende Fragestellungen:

- Wie wirkt sich der Wandel der Arbeitswelt im Betriebsalltag aus und welche Bedeutung haben die Veränderungen für die Sicherheit und Gesundheit der Versicherten?
- Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zu den veränderten Belastungen, Ressourcen und gesundheitlichen Auswirkungen?
- Wo stehen die Mitgliedsbetriebe und bei welchen Herausforderungen benötigen sie Hilfen und Informationen von der Unfallkasse Rheinland-Pfalz?
- Bietet die Unfallkasse Rheinland-Pfalz geeignete und wirksame Präventionsleistungen, Beratungsansätze, Produkte und Informationen an?

Der zuständige Fachbereich „Gesundheit, Kultur und Arbeitsfähigkeit“ ging zur Beantwortung dieser Fragestellungen eine Kooperation mit der Abteilung Wirtschaftspsychologie der Universität Trier ein. Das gemeinsame Projekt „Arbeit 4.0 – Weiterentwicklung der Beratungskompetenz der Unfallkasse Rheinland-Pfalz für ihre Mitglieder“ wurde im Sommer 2022 im Rahmen der Lehrveranstaltung „Studentische Organisationsberatung“ des Masterstudiengangs Psychologie an der Universität Trier durchgeführt. Unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ellwart entwickelte ein studentisches Projektteam zusammen mit der Unfallkasse Rheinland-Pfalz ein modellbasiertes Interviewkonzept und pilotierte dies in ausgewählten Mitgliedsbetrieben.

Im Folgenden werden der Aufbau und die Ergebnisse des Projektes umrissen. Die Methodik und Ergebnisse können für die Präventionsarbeit von Unfallversicherungsträgern oder anderen Einrichtungen sowie für Anschlussprojekte wertvoll sein.



Angelehnt an ganzheitliche Ansätze der Arbeitsanalyse wurden die Veränderungen entlang von sechs Arbeitsmerkmalen beschrieben: Arbeitsorganisation, Führung/ Teamprozesse, Umgebung, Arbeitsaufgabe, Technik und Mensch.“

Projektaufbau und Methodik

Im studentischen Team der Universität Trier arbeiteten Nele Dischhäuser, Fabian Majeske, Corinna Pförtner und Nicolas Schmidtschneider unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Ellwart. Seitens der Unfallkasse Rheinland-Pfalz wurde das Projekt von dem damaligen Präventionsleiter Dr. Christoph Heidrich und dem Fachbereich „Gesundheit, Kultur und Arbeitsfähigkeit“ unter der Leitung von Helin Dogan unterstützt.

Nachdem in Auftragsklärungsgesprächen und einer Kick-off-Veranstaltung das gemeinsame Verständnis zu Intention und Fragestellungen des Projektes hergestellt worden war, wurde das Projekt in drei Phasen gegliedert:

1. **Wissenschaftliche Literaturrecherche und schriftliche Ausarbeitung:** Es wurden Literaturrecherchen zur Thematik durchgeführt und Kurzexpertisen zu den projektrelevanten Fragen aus Sicht der Wissenschaft erstellt.
2. **Durchführung von Interviews mit Mitarbeitenden der Unfallkasse Rheinland-Pfalz:** Es wurden halbstrukturierte Interviews mit der Präventionsleitung, den Aufsichtspersonen und weiteren Präventionsmitarbeitenden der Unfallkasse zu aktuellen und zukünftigen Präventionsthemen und Handlungsfeldern sowie Instrumenten und Maßnahmen durchgeführt.

3. **Durchführung von Interviews mit Mitgliedsbetrieben der Unfallkasse Rheinland-Pfalz:** Es wurden halbstrukturierte Interviews mit je einem Landesbetrieb, einer Kreisverwaltung, einer Stadtverwaltung, einer Verbandsgemeindeverwaltung und einem Entsorgungsbetrieb durchgeführt. Befragt wurden Verantwortliche aus Personal und Organisation nach den konkreten Herausforderungen und Veränderungen ihrer Arbeitswelt, Präventionsbereichen und Beratungsbedarfen zum Thema Arbeit 4.0.

Ergebnisse

Zu den Ergebnissen des Projektes gehört eine halbstandardisierte Interviewmethode für den Einsatz in Mitgliedsbetrieben. In Schritt 1 sollten zunächst die konkreten Veränderungen beschrieben werden, die heute oder in den kommenden Jahren unter dem Stichwort „Arbeit 4.0“ im eigenen Betrieb eine Herausforderung darstellen (siehe gelber Bereich in Abbildung 1). Angelehnt an ganzheitliche Ansätze der Arbeitsanalyse wurden die Veränderungen entlang von sechs Arbeitsmerkmalen beschrieben: Arbeitsorganisation, Führung/ Teamprozesse, Umgebung, Arbeitsaufgabe, Technik und Mensch.

So wurden im Projekt beispielsweise Veränderungen im Bereich der „Technik“ berichtet wie die Nutzung neuer Kommunikationstechnologien oder der Einsatz von

KI-Systemen. Bei dem Merkmal „Mensch“ wurden Veränderungen von Bedürfnissen, Motiven und Fähigkeiten der Mitarbeitenden beschrieben. Im Bereich „Arbeitsorganisation“ standen Veränderungen der Strukturen und der Organisation von Arbeit im Mittelpunkt, beispielsweise die Abnahme hierarchischer Strukturen. „Führung/ Teamprozesse“ betrafen die Veränderungen in der Führungsverantwortung/-aufgabe und der Zusammenarbeit im Team. Die „Umgebung“ der Arbeitsplätze verändert sich hinsichtlich räumlicher und zeitlicher Aspekte, zum Beispiel Arbeitszeitflexibilität. Schließlich wurden Veränderungen in den „Arbeitsaufgaben“ beschrieben, wie zunehmende Komplexität oder erhöhter Handlungsspielraum.

Die in Schritt 1 reflektierten betriebsspezifischen Veränderungen bildeten den Ausgangspunkt für die anschließende Reflexion der gesundheitsrelevanten Auswirkungen durch veränderte Belastungen und Ressourcen (blauer Bereich in Abbildung 1). Hierbei sollten sowohl positive als auch negative Veränderungen in Bezug auf die einzelne Person, das Team, die Führungskraft sowie die Organisation als Ganzes beschrieben werden. So kann eine Flexibilisierung von Arbeitszeit zu weniger Erholungszeiten führen, zugleich aber auch eine positive Ressource in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben darstellen.

In Schritt 3 folgten schließlich Fragen zu den konkreten Präventionsbedarfen an

die Unfallkasse (grüner Bereich in Abbildung 1).

Nach der Durchführung der Interviews wurden vom studentischen Team betriebsübergreifende „Arbeitswelten“ identifiziert, die Veränderungen des Arbeitsplatzes sowie gesundheitsrelevante Auswirkungen in Form von Ressourcen und Belastungen zusammenfassend darstellen. In jeder Arbeitswelt wurden mögliche Präventionsansätze und Beratungsformen skizziert, die von den interviewten Mitgliedsbetrieben vorgeschlagen wurden.

Die Arbeitswelt „Fachkräftemangel“ beschreibt den Umstand, dass Stellen im Betrieb unbesetzt bleiben oder mit niedrig qualifiziertem Personal oder Quereinsteigern und Quereinsteigerinnen besetzt werden und es zu Personalengpässen kommt. Hierzu berichten die interviewten Personen von Überforderung, Ungerechtigkeitsempfinden sowie Unsicherheit und sehen einen

allgemeinen Ansatz zur Prävention darin, die Attraktivität der Stellen zu erhöhen und die Prozesse zu verschlanken. Von der Unfallkasse wünschen sich die Mitgliedsbetriebe Schulungen für Führungskräfte zum Priorisieren und Delegieren von Aufgaben oder Schulungen zu Resilienz.

In der Arbeitswelt „Homeoffice“ geht es darum, dass immer mehr Menschen von zu Hause aus arbeiten, neue Technik organisiert und angewendet werden muss, Führungskräfte einen Kontrollverlust erleben und der kollegiale Austausch abnimmt. Die Interviewten berichten von Überforderung, Belastung, Vereinsamung, erwähnen jedoch gleichzeitig die Vorteile wie Vereinbarkeit von Beruf und Familie, fokussiertes Arbeiten oder erhöhte Autonomie. Als generellen Ansatz zur Prävention werden Schulungen zu neu eingesetzter Software oder digitale informelle Besprechungsformate erwähnt. Von der Unfallkasse wünschen sich die

Mitgliedsbetriebe Informationen zu konkreten Umsetzungsmodellen.

In der Arbeitswelt „Veränderte Bedürfnisse und Erwartungen an die Arbeit“ werden Wünsche nach Flexibilität, Work-Life-Balance und einer veränderten Führung mit flacheren Hierarchien beschrieben. Als Belastungen werden dabei Komplikationen in der Arbeitsorganisation, Überlastung, unklare Position der Führungskraft im Team oder Konflikte benannt. Ebenso wie beim Fachkräftemangel wird auch hier die Attraktivität der Stellen als geeignete Maßnahme gesehen. Von der Unfallkasse werden auch hier Schulungen für Führungskräfte gewünscht, vor allem zur Priorisierung und zum Delegieren von Aufgaben.

Die Arbeitswelt „Arbeitsaufgabe“ umfasst die zunehmende Komplexität und Unsicherheit durch neue Aufgaben, schnellere Kommunikation durch E-Mails und Wech-



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1: Interviewkonzept „Merkmale, gesundheitsrelevante Auswirkungen und Präventionsbedarfe im Kontext Arbeit 4.0“



Der ‚Homeoffice-Guide‘ der Unfallkasse Rheinland-Pfalz ist zu einem sehr wichtigen Medium mit Informationen, Tipps und Empfehlungen für Arbeitgeber, Arbeitgeberinnen, Verantwortliche und Führungskräfte geworden.“

sel zwischen Aufgaben und die damit einhergehende schwierigere Organisation von Arbeit. Als Auswirkungen werden hier Unsicherheiten, Ängste, Überlastung, Druckempfinden und Überforderung genannt. Technische Lösungen zur besseren Organisation der Arbeit und Veränderung der Informationsflut, Ausgleichsangebote für Beschäftigte und eine Anspruchsreduktion der Personen selbst werden hier als präventive Möglichkeiten beschrieben.

„Datensicherheit und rechtliche Auflagen (Arbeitsschutz)“ wird die Arbeitswelt genannt, in der es um die Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen, insbesondere der Datensicherheit im Digitalisierungsprozess, aber auch des Arbeitsschutzes geht. Als herausfordernd werden hier der schnelle Wandel rechtlicher Grundlagen und die hohen Hürden im öffentlichen Sektor beschrieben. Damit verbunden sind auch hier Unsicherheiten, Überlastung, Informationsflut oder das Gefühl der „Überwachung“. Umstrukturierungen oder die Schaffung neuer Stellen und der Kompetenzerwerb der Mitarbeitenden werden hier als allgemeine Ansätze zur Begegnung der Herausforderungen gesehen. Von der Unfallkasse werden Schulungen zu Aufgaben und Pflichten von Führungskräften gewünscht.

In der Arbeitswelt „Digitalisierung – Kommunikation“ geht es unter anderem um Schnelligkeit und hohe Informationsmengen, vermehrte Unterbrechungen und erhöhte Erreichbarkeit. Neben Überlastun-

gen werden Konflikte und geringe soziale Interaktionen als Belastungen beschrieben. Konträr dazu werden gleichzeitig weniger Konflikte und ein erhöhter Schutz vor Anfeindungen durch digitale Kommunikation gesehen. Auch effektiveres, schnelleres Arbeiten mit weniger Störungen wird genannt. Digitaler informeller Austausch, automatische Abwesenheitsantworten und stärkere Selbstorganisation wie Selbst- und Zeitmanagement werden als mögliche präventive Ansätze betrachtet. Zusätzlich werden hier festgelegte Rahmenbedingungen über die Nutzung von digitalen Kommunikationsmedien, Technischulungen und das Führen über Ziele aufgeführt.

Fazit

Das Vorgehensmodell im halbstandardisierten Interviewformat hilft den Mitarbeitenden der Prävention dabei, die komplexen Veränderungen der betriebspezifischen Arbeitswelt zu beschreiben und Belastungen auf verschiedenen Ebenen zu betrachten. Die Präventionsbedarfe und Wünsche der Mitgliedsbetriebe wurden in der Unfallkasse Rheinland-Pfalz bereits aufgegriffen und haben zu neuen Angeboten geführt. So wurden beispielsweise umfangreiche Qualifizierungsreihen für Führungskräfte zur Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten und ihrer eigenen Gesundheit unter dem Blickwinkel der Gestaltung guter Arbeitsbedingungen ausgebaut und etabliert. Der „Homeoffice-Guide“ der Unfallkasse Rheinland-Pfalz ist zu einem sehr wichtigen Medium mit

Informationen, Tipps und Empfehlungen für Arbeitgeber, Arbeitgeberinnen, Verantwortliche und Führungskräfte geworden. Zur Stärkung von Selbstorganisationsfähigkeiten beinhaltet er zusätzlich viele Tipps und Empfehlungen für Beschäftigte zur digitalen Arbeit im Homeoffice.

Für das studentische Team bot die Kooperation die Möglichkeit, bereits im Studium wissenschaftliche Recherchen und Kurzexpertisen mit Erfahrungen im Betrieb zu verbinden. Auch für zukünftige Forschungsthemen der Abteilung Wirtschaftspsychologie setzt das Projekt Impulse. So sollen zukünftig die Themen „Identifikation dysfunktionaler Arbeitsprozesse“ und „Resilienz in soziotechnischen Systemen“ bearbeitet werden.

Neben dieser gewinnbringenden Kooperation zwischen Wissenschaft und gesetzlicher Unfallversicherung, die in Zukunft bei der Thematik weiter ausgebaut werden soll, sieht sich die Unfallkasse letztlich darin bestätigt, dass sichere und gesunde Arbeitsbedingungen in der heutigen und zukünftigen Arbeitswelt an Bedeutung gewinnen und weiterhin stark unterstützt werden müssen.



Fußnote

[1] DGUV, Position der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3533> (abgerufen am 19.07.2024).

Arbeitsschutz in Zeiten des Wandels

Autorin

➤ Ilka Wölflé



Foto: Adobe Stock/somartin

Die neue Europäische Kommission ist zwar noch nicht im Amt, aber erste Details zu anstehenden Initiativen sind schon bekannt. Diese wurden von den scheidenden Kommissarinnen und Kommissaren im „Strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2021–2027“ und der „Chemikalienstrategie für Nachhaltigkeit“ angekündigt und später in den politischen Leitlinien für ihre zweite Amtszeit von Ursula von der Leyen teilweise aufgegriffen.

Aber erst einmal der Reihe nach. Mitte Juli 2024 präsentierte von der Leyen ihre Pläne für die nächsten fünf Jahre vor dem Europäischen Parlament. Arbeitsschutz wurde nur am Rande erwähnt. Was jedoch nicht heißt, dass das Thema in den kommenden Jahren für die Europäische Kommission an Bedeutung verliert. Ganz im Gegenteil. Die sechste Änderung der Richtlinie über Karzinogene, Mutagene und reproduktionstoxische Stoffe (CMRD), die sich unter anderem mit Expositionsgrenzwerten für Kobalt

befasst, steht schon in den Startlöchern. Und auch die Europäische Chemikalienagentur (ECHA) sammelte über den Sommer Feedback ein zu weiteren Stoffen, für die sich neue Regelungen zu Expositionsgrenzen in den CMRD-Paketen sieben bis neun wiederfinden werden. Ein besserer Schutz für Beschäftigte vor dem Kontakt mit gefährlichen Stoffen steht also weiterhin weit oben auf der EU-Agenda.

Ebenso wird es in der europäischen Chemikalienpolitik weitergehen. Die Reform „Ein Stoff, eine Bewertung“, die schnellere Verfahren und mehr Effizienz in den EU-Agenturen verspricht, wird weiter vorangetrieben. Dabei gilt es vor allem, die ECHA mit genügend personellen und finanziellen Kapazitäten auszustatten, damit die neuen Aufgaben umgesetzt werden können. Dies ist nicht nur ein Anliegen der deutschen Sozialversicherung, auch der Rat der Europäischen Union fordert stabile Ressourcen und ausreichende Kapazitäten für die Ausschüsse der ECHA. Außerdem wird die Überarbeitung der REACH-Verordnung, die sich mit der Bewertung, Zulassung und Beschränkung von Chemikalien befasst, mit Spannung erwartet. Alle Ankündigungen verliefen bis jetzt ins Leere. Dass die Reform kommt, steht jedoch nicht infrage. Von der Leyen verspricht ein Paket für die chemische Industrie, das einerseits darauf abzielt, REACH zu vereinfachen, und andererseits Klarheit in Bezug auf Ewigkeitschemikalien schafft. Die Per- und Polyfluor-

ralkylsubstanzen (PFAS) beschäftigen die EU schon seit dem vergangenen Jahr, da Deutschland und vier weitere Mitgliedstaaten eine Beschränkung von PFAS durch die ECHA prüfen lassen.

Neben den Neuerungen im Chemikalienbereich macht auch die Digitalisierung weitere Aktualisierungen im Arbeitsschutz erforderlich. Vor allem das Recht auf Nichterreichbarkeit und Maßnahmen im Bereich der Telearbeit wurden in der Vergangenheit viel diskutiert. Beides steht in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Beschäftigten. Prävention ist bei diesem Thema das A und O. Erste Schritte wurden schon eingeleitet, da sich die Europäische Kommission zum Recht auf Nichterreichbarkeit und der Telearbeit im Austausch mit den europäischen Sozialpartnern befindet. Andere Maßnahmen wie ein Rechtsrahmen für künstliche Intelligenz (KI) befinden sich in der Umsetzung. Dadurch sollen Risiken bestimmter KI-Systeme, die zum Beispiel im Personalmanagement eingesetzt werden, eingedämmt werden. Die Modernisierungswelle wird auch in den nächsten Jahren keinen Halt machen. Denn EU-Arbeitsschutzvorschriften müssen kontinuierlich in Einklang mit der Digitalisierung und dem grünen Wandel gebracht werden. Dies trifft vor allem auf die Arbeitsstättenrichtlinie und die Richtlinie zur Arbeit an Bildschirmgeräten zu, für die Änderungen angekündigt wurden.



Produkthaftung für selbst hergestellte fehlerhafte Maschinen



LG Amberg, rechtskräftiges Urteil vom 11.06.2024 –
AZ 11 O 882/21

Autor

➤ Dr. Jerom Konradi

In gewerblichen Produktionsbetrieben werden oft Ideen entwickelt, um Arbeitsschritte zu automatisieren und mithilfe von selbst konstruierten Maschinen zu beschleunigen. Dies ist legitim und im optimalen Fall sogar mit geringeren körperlichen Anstrengungen für die Mitarbeitenden verbunden. Allerdings dürfen dabei Arbeitssicherheitsbestimmungen nicht vernachlässigt werden.

Im konkreten Fall, der nach einem Arbeitsunfall dem Landgericht (LG) Amberg zur Entscheidung über einen Regressanspruch des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers vorgelegt wurde, wurde eine Verschleißmaschine hergestellt. Diese Maschine diente dazu, einen Satz Pkw-Fußmatten zu einem Set zusammenzufügen, wobei die Matten mit einem Bügel versehen werden, sodass das Set im Laden aufgehängt werden kann. Der Arbeitsablauf an dieser Maschine gestaltete sich wie folgt: Die Fußmatten wurden stapelweise dem Produktcontainer entnommen und zu einem Set konfektioniert. Der Aufhängebügel wurde in die Verschleißmaschine eingelegt, über die Oberkante des Fußmatten-Sets wurde eine mit Logo bedruckte Vorsatzpappe gelegt. Das Matten-Set samt Vorsatzpappe wurde dann in der Verschleißmaschine über dem Aufhängebügel platziert. Mit der rechten Hand wurde die Unterkante der Matten gehalten, mit der linken Hand wurde die Vorsatzpappe etwas angedrückt. Durch Betätigen eines Fußschalters wurde der Bügel in der Verschleißmaschine durch einen Druckluftstempel mittig fixiert. Gleichzeitig wurden die Seitenteile des Bügels durch Umlegen geschlossen. Bei diesem Arbeitsvorgang quetschte sich die Arbeiterin einen Teil ihrer Hand in der Maschine.

Die Beklagte als Herstellerin der Maschine, die sie ihrem Schwesterunternehmen zum dortigen Einsatz verkauft hatte, hätte – so das LG Amberg, das der Ansicht des Unfallversicherungsträgers folgte – bereits bei der Konstruktion der Maschine dafür sorgen müssen, im Rahmen des ihr Zumutbaren alle Gefahren abzuwenden, die sich aus der Benutzung der Maschine ergeben können. Denn der Hersteller einer Maschine muss diejenigen Maßnahmen ergreifen, die im konkreten Fall zur Vermeidung von Gefahren erforderlich und zumutbar sind. Dabei ist für die Produktsicherheit in erster Linie die durchschnittliche Erwartung derjenigen Verbraucher und Verbraucherinnen maßgebend, für die das Produkt bestimmt ist, daneben aber auch das Sicherheitsniveau, das nach dem jeweiligen Erkenntnisstand von Wissenschaft und Technik möglich und zumutbar ist. Die anerkannten Regeln der Technik stellen als Untergrenze den Mindeststandard dieses Sicherheitsniveaus dar, bei dessen Nichteinhaltung im Allgemeinen von einer Verletzung der Verkehrssicherungspflicht des Herstellers auszugehen ist.

Die konkrete Maschine hatte diese Voraussetzungen deswegen nicht erfüllt, weil sie das Risiko einer Quetschung der Finger überhaupt nicht bewertet – und demzufolge auch nicht verhindert oder jedenfalls verringert hatte. Ein bloßer Hinweis in der Betriebsanweisung auf mögliche Quetschungen durch die Maschine ist unzureichend, vielmehr hätten diverse technische Lösungen angewandt werden müssen, um die Bügelmaschine bereits konstruktiv abzusichern und damit Leib und Leben der an dieser Maschine Arbeitenden zu sichern.

Die Beklagte konnte sich auch nicht damit entlasten, dass sie die Maschine wegen des Verkaufs an ein Schwesterunternehmen überhaupt nicht in den Verkehr gebracht hatte. Für Letztgenanntes reicht es nämlich aus, dass der Hersteller sich willentlich der tatsächlichen Herrschaftsgewalt über das Produkt begibt. Das geschieht dadurch, dass er es ausliefert oder in den Vertrieb, die Verteilerkette oder in den Wirtschaftskreislauf gibt. Sobald die Maschine des Herstellers mithin an das Schwesterunternehmen ausgeliefert wurde, sind diese Voraussetzungen des Inverkehrbringens des Produkts erfüllt. Erfreulicherweise hat das Gericht nebenbei mitgeteilt, dass selbst das alleinige Bereitstellen einer Maschine für eigene Mitarbeitende ein In-den-Verkehr-Bringen in diesem Sinne darstellen würde. Das rechtliche Problem in letzterem – hier nicht vorliegenden – Fall besteht allerdings darin, dass sich dann der Arbeitgeber als eigener Hersteller auf das Haftungsprivileg gemäß § 104 Sozialgesetzbuch (SGB) VII gegenüber seinen Arbeitnehmenden, die an der selbst hergestellten Maschine arbeiten, berufen könnte.

Als Fazit bleibt damit festzuhalten, dass sich die Anforderungen an das Einhalten von Arbeitssicherheitsbestimmungen nicht dadurch verringern, dass man Maschinen oder technische Hilfsmittel selbst herstellt oder selbst baut, anstatt sie mit der entsprechenden CE-Kennzeichnung und Konformitätserklärung versehen einzukaufen.



Die Inhalte dieser Rechtskolumne stellen allein die Einschätzungen des Autors/der Autorin dar.

BG Kliniken verlängern Vertrag mit Reinhard Nieper

Reinhard Nieper bleibt bis Ende 2027 Konzerngeschäftsführer der Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung. Das hat der Hauptausschuss des Unternehmens in einer außerordentlichen Sitzung am 9. Juli 2024 einstimmig

beschlossen. Nieper verlängert damit seinen Vertrag als Vorsitzender der Geschäftsführung der Muttergesellschaft der BG Kliniken um anderthalb Jahre.

Seit 2016 ist Nieper Geschäftsführer der BG Kliniken. Zuvor war der Jurist bereits seit 2011 Geschäftsführer der Vorgängerorganisation und damit verantwortlich für die Fusion der BG Kliniken zu einer gemeinnützigen Unternehmensgruppe mit Holdingstrukturen. Hans-Peter Kern, Vorsitzender des Hauptausschusses der BG Kliniken: „Wir können die Vertragsverlängerung von Herrn Nieper nur in aller Form begrüßen. Es ist beruhigend und eine Freude, ihn in diesen schwierigen Zeiten weiterhin an der Konzernspitze zu wissen.“

Erst im Januar 2024 ist Nieper für sein „langjähriges Wirken und seine außerordentlichen Erfolge auf dem Gebiet der landes- und bundesweiten medizinischen Versorgung“ mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. ➔



Quelle: BG Kliniken

Der Jurist Reinhard Nieper hat fast sein gesamtes Berufsleben in Führungspositionen von Gesundheitsunternehmen verbracht.

Neue Besetzungen in den GDA-Gremien

Hanka Jarisch übernimmt die Leitung des Arbeitsprogramms Muskel-Skelett-Belastungen von Jutta Lamers. Dr. Jana May-Schmidt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS) folgt auf André Große-Jäger (BMAS) als Leiterin des Arbeitsprogramms Psyche. Carsten Brück (Amt für Justiz und Verbraucherschutz der Hansestadt Hamburg) übernimmt turnus-

gemäß die Leitung der Arbeitsgruppe Evaluation von Dr. Torsten Kunz (Unfallkasse Hessen). Zusätzlich gibt es Veränderungen im Beirat der Arbeitsgruppe Evaluation: Prof. Karina Becker, Axel Piesker, Dr. Volker Wanek und Ruedi Kaufmann scheiden aus dem Beirat aus. Neue Mitglieder sind Andreas Glenz (Suva) und Anke Siebeneich (GKV). ➔

Gemeinsame Deutsche Arbeits|schutz|strategie

Mensch und Arbeit. Im Einklang.

Tina Heinzelmann wird Therapiedirektorin der BG Klinik Tübingen

Am 1. Juli 2024 trat die 41-Jährige die Position der Therapiedirektorin an und wird Teil der Klinikleitung. Tina Heinzelmann ist seit 20 Jahren in der BG Klinik Tübingen in unterschiedlichen Funktionen tätig. Ihre berufliche Laufbahn startete sie mit der Ausbildung zur Physiotherapeutin an der PT-Akademie (früher: „Schule für Physiotherapie“). Nach praktischen Einsätzen in der stationären und ambulanten Therapie trat sie 2015 ihre erste Leitungsstelle in der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) an. Während ihrer Tätigkeit schloss sie berufsbegleitend ein Bachelorstudium der Physiotherapie sowie ein Masterstudium der Medizinpädagogik ab. Seit 2021 hat sie die Gesamtleitung der Therapie übernommen.

Als Therapiedirektorin wird Tina Heinzelmann weiterhin die Gesamtleitung mit den Bereichen stationäre und ambulante Therapie, PT-Akademie und Hilfsmittelmanagement verantworten – insgesamt über 200 Mitarbeitende inklusive Auszubildenden. Zusätzlich wird sie gemeinsam mit der Klinikleitung die strategische Ausrichtung der Klinik gestalten. Dabei wird sie noch intensiver in der konzernweiten Gremienarbeit im Therapiebereich eingebunden sein sowie Therapiekonzepte erarbeiten und umsetzen. ➔



Quelle: BG Klinik Tübingen

Seit 2021 ist Tina Heinzelmann die Gesamtleiterin der Therapie – jetzt kommt der nächste Karriereschritt.