



Editorial	2	Studieren mit Behinderung	24
SCHWERPUNKT		Migration als Realität: Diversitätsorientierte Öffnung des Arbeitsschutzes	27
Die Roadmap Behindertensport 2024–2026 als Fokus in der Kommunikationsarbeit	3	Interkulturelles Training für die erfolgreiche Integration ausländischer Fachkräfte	30
„Eine unserer nächsten Leitinitiativen ist der Europäische Behindertenausweis“ Interview mit Helena Dalli	8	ANALYSE	
Inklusiv aktiv: Die BGW lebt und fördert Inklusion	10	Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2022	34
Der Tennisplatz als Ort der Begegnung	13	COVID-19 als Berufskrankheit – Update 2022	53
Vermittlung von Sportangeboten als Mittel der Nachsorge und Individualprävention	16	AGENDA	
Sportcoaching im Reha-Management der BGW – Erfahrungen der Versicherten	19	Nachrichten aus Brüssel	58
		Aus der Rechtsprechung	59

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Inklusion hat das Ziel, alle Menschen einzubeziehen. Alle sollen so angenommen werden, wie sie sind. In vielen Betrieben arbeiten Menschen verschiedener Sprachen und Kulturen zusammen. Diese Vielfalt wird aber nicht automatisch als Bereicherung erlebt. Dazu braucht es Sensibilisierung und Qualifizierung für interkulturelle Fragen. Wie das gelingen kann, zeigt ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Sie hat das Training „Interkulturelles Team – Pflege“ entwickelt, das Betriebe bei der fachlichen, betrieblichen und sozialen Integration von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund unterstützt.



Foto: Jan Röhl/DGUV

In Zeiten des Fachkräftemangels sind solche Angebote eine wichtige Unterstützung, die wir den Unternehmen anbieten können. Um auch in Zukunft erfolgreich zu sein, muss sich der Arbeitsschutz auf vielfältige Belegschaften einstellen, damit alle Beschäftigten in gleichem Maß von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit profitieren können.

Inklusion ist aber nicht nur eine Aufgabe, der sich die Prävention stellen muss. Sie ist auch eine Aufgabe der Rehabilitation. Jede gute Rehabilitation hat das Ziel, den Betroffenen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit wieder die größtmögliche berufliche und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Die Inklusion von Menschen mit Behinderung ist deshalb ein wichtiges Anliegen der gesetzlichen Unfallversicherung. Die „Strategie UN-BRK 2025“^[1] des Vorstands der DGUV bezieht dazu deutlich Position: Sie verankert Inklusion als Querschnittsaufgabe in allen Bereichen der Unfallversicherung.

Eine gute Möglichkeit, Rehabilitation sowie das Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung zu fördern, ist der Sport. Bewegung bringt nicht nur positive Effekte auf physischer und psychischer Ebene hervor, sie fördert auch soziale Kontakte. Die gesetzliche Unfallversicherung engagiert sich deshalb auf vielfältige Weise für den Behindertensport. Ein gutes Beispiel ist das Projekt „Roadmap Behindertensport 2024–2026“. Es stellt Versicherte vor, denen der Sport hilft, ihren Alltag zu meistern, und parallel nutzt es sportliche Events, um für den Behindertensport zu werben. Die wichtigsten dieser Events trägt das Projekt im Namen: die Paralympischen Sommerspiele 2024 in Paris und die Olympischen Winterspiele 2026 in Mailand und Cortina.

Ihr



Dr. Stefan Hussy
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Fußnote

[1] <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3603>

Die Roadmap Behindertensport 2024–2026 als Fokus in der Kommunikationsarbeit

Key Facts

- Die DGUV setzt in der Kommunikationsarbeit einen Schwerpunkt beim Thema Reha- und Behindertensport
- Storytelling-Formate über Sportlerinnen und Sportler sowie die mediale Begleitung von Sportevents bilden den kommunikativen Rahmen
- Ziel des aktuellen Projektes „Roadmap“ ist es, Menschen mit und ohne Behinderung zu motivieren, Sport zu treiben und die Bedeutung des Reha- und Behindertensports hervorzuheben

Autorin

➔ **Theresa Hartlieb**

Im Rahmen der Aktivitäten zur UN-Behindertenrechtskonvention möchte die DGUV durch die Fokussierung auf Reha- und Behindertensport auch die Themen Inklusion, Gleichstellung, Teilhabe und Barrierefreiheit in der Kommunikation hervorheben. Die unterschiedlichen genutzten Medienformate und -kanäle bieten zahlreiche Möglichkeiten, um die diversen Zielgruppen zu erreichen.

Die Themen Gleichstellung, Inklusion, Teilhabe und Barrierefreiheit haben für die gesetzliche Unfallversicherung eine hohe Relevanz. Dies ergibt sich aus ihrem gesetzlichen Auftrag, Prävention und Rehabilitation mit „allen geeigneten Mitteln“ zu gewährleisten. Mit ihren Aktionsplänen von 2012 und 2015 sowie der vom Vorstand der DGUV im Jahr 2018 verabschiedeten Strategie ➔ „**UN-BRK 2025**“^[1] bekennt sich die gesetzliche Unfallversicherung (UV) eindeutig zur Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK).

Ziel der UN-BRK ist die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, indem sie die für alle Menschen gültigen Menschenrechte, darunter das Recht auf Zugang zu Bildung und zur Arbeitswelt, konkretisiert. In der UN-BRK werden verbindliche Regeln zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung festgelegt. Die Strategie UN-BRK 2025 der DGUV besagt, dass diese Regeln als dauerhafte Führungs- und Querschnittsaufgabe in allen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung verankert werden.

Das von der DGUV selbst gesteckte Ziel lautet, Inklusion im Sinne eines „selbsttragenden Bewusstseins“ mitzudenken und in das alltägliche Handeln selbstverständlich zu integrieren.

Aktiver Sport trägt zur physischen und mentalen Leistungsfähigkeit der Menschen bei. Damit leistet er nicht nur einen Beitrag zur Prävention, zum Beispiel durch ein besseres Körpergefühl, sondern ist auch wichtiger Baustein in der Rehabilitation nach einem Unfall. Er erleichtert die Rückkehr ins soziale und berufliche Leben und kann damit wesentlich zur nachhaltigen Wiedereingliederung der Versicherten in den Arbeitsprozess sowie einer umfassenden Teilhabe am Gemeinschaftsleben beitragen.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der DGUV festgelegt, dass die Unfallversicherung die Möglichkeiten des Behindertensports systematisch nutzt und diese in die Rehabilitation von Unfallverletzten und Berufserkrankten gemäß dem Prinzip „mit allen geeigneten Mitteln“ integriert. An diese Festlegung knüpft der kommunikative Schwerpunkt der „Roadmap Behinderten-

sport 2024–2026“ an. Die hier genannten Jahreszahlen orientieren sich an den Paralympischen Spielen 2024 in Frankreich und 2026 in Italien.

Partner, Ziele, Botschaften und Zielgruppen

Verschiedene Partner nutzen die Medien des Kommunikationsschwerpunktes „Roadmap“ und beteiligen sich auch mit ihren eigenen Projekten. Dazu gehören unter anderem einige Unfallversicherungsträger, aber auch der Deutsche Rollstuhlsportverband (DRS), die BG Kliniken und die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSV). Es gibt ebenfalls eine enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Behindertensportverband (DBS). Weitere Kooperationen sind im Gespräch.

Die „Roadmap“ will noch mehr Menschen mit Behinderung einladen, Sport zu treiben. Ziel ist es, die Motivation und Begeisterung für den Sport zu fördern. Bewegung ist Prävention und fördert die Eigenständigkeit und Gesundheit sowie psychisches Wohlergehen. Aber der Reha- und Behin-

der Sport kämpft noch immer mit vielen Hindernissen. Coronabedingt haben viele Mitglieder die Vereine verlassen. Es gibt zu wenige Sportangebote und es fehlt an barrierefreien Sportanlagen. Umso wichtiger ist es, auf die Bedeutung des Reha- und Behindertensports für die Betroffenen und die Gesellschaft hinzuweisen. Nicht zuletzt ist nach Unfällen der Reha-Sport ein wichtiges Element, um die Gesundheit und Reintegration von verunfallten Personen zu fördern.

Die Botschaften der „Roadmap“ will die DGUV deshalb mit verschiedenen Kommunikationsmitteln passgenau an möglichst viele Zielgruppen vermitteln: an Versicherte, Patienten, Patientinnen, Rehabilitanden, Rehabilitandinnen sowie Schülerinnen und Schüler, Studierende und Auszubildende, an Arbeitgebende, Bewerberinnen und Bewerber sowie die eigenen Beschäftigten der Unfallversicherungsträger.

Zwei Handlungsstränge mit verschiedenen Ansätzen

Die „Roadmap“ wird durch zwei Handlungsstränge praktisch umgesetzt.

Im ersten Strang erzählen Versicherte, die einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, in einem über verschiedene Kanäle reichenden Storytelling ihre Geschichte.

Sie berichten aus ihrem Alltag mit einer Behinderung und wie der Sport ihnen nach einem Unfall bei der Rückkehr ins Leben geholfen hat. Deutlich wird in diesen Testimonials: Sport bedeutet auch soziale Teilhabe. Er fördert mentale Stärke und hilft im Umgang mit einem neuen Körpergefühl – egal auf welchem Leistungsniveau. Hervorgehoben wird auch der Teamgedanke, denn es werden auch die Menschen gezeigt, die die Versicherten bei ihrem Sport unterstützen: Reha-Managerinnen und -manager, Physiotherapeuten, Physiotherapeutinnen, Trainer, Trainerinnen, Freunde, Freundinnen und Familie.

Die Kommunikationsmaterialien über die Versicherten werden von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie

den Projektpartnern der „Roadmap“ für ihre Medien genutzt. Zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung gab es darüber hinaus eine große Anzeigenschaltung, die in Form von Videomaterial und Anzeigen die Protagonisten und Protagonistinnen der „Roadmap“ präsentiert. Die Inhalte werden auch intensiv über

die Social-Media-Kanäle der DGUV und der Unfallversicherungsträger verbreitet. Die Themen stoßen auf großes Interesse, insbesondere bei den Storytelling-Formaten gibt es immer viel Beteiligung in Form von Kommentaren und Likes. Die Medien zum Storytelling sind auf der Webseite verfügbar: ➔ www.dguv.de/deinstart



Britta Wend ist Rollstuhltennisspielerin. Nach einem Unfall im Sportstudium ist sie querschnittgelähmt. Durch Sport hat sie nach dem Unfall ihren Körper neu kennengelernt und ist nun auf dem Weg zu den Paralympischen Spielen in Paris 2024. Britta Wend ist bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) versichert.



Willi Struwe ist Lokführer und hat bei einem Rangierunfall sein Bein oberhalb des Knies verloren. Er ist nach einer erfolgreichen Rehabilitation wieder in seinem Beruf tätig. In seiner Freizeit spielt er Para-Eishockey. Willi Struwe ist bei der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) versichert.



Sabrina Busch ist Hobbysportlerin und fährt unter anderem Handbike. Nach einem Wegeunfall ist sie querschnittgelähmt. Für sie bedeutet Sport soziale Teilhabe am Leben. Sabrina Busch ist Versicherte der Unfallkasse (UK) Rheinland-Pfalz.

In einem zweiten Handlungsstrang nutzt die „Roadmap“ große und kleine Events als Kommunikationsanlässe. Das können sowohl Veranstaltungen von externen Partnern als auch von der DGUV initiierte Projekte sein – wie zum Beispiel der German Paralympic Media Award oder der inklusive Staffellauf R(h)ein Inklusiv (siehe Kasten).

Die „Roadmap“ will das öffentliche Interesse an zahlreichen großen und kleinen sportlichen Veranstaltungen und Aktionen bis zu den Winter-Paralympics 2026 in Italien nutzen, um ihre Botschaften zu platzieren. Beispiele dafür im aktuellen Jahr waren die Internationalen Deutschen Meisterschaften im Para-Schwimmen (IDM) im Mai 2023 und auch der Inklusionslauf des Sozialverbands Deutschland im Juni 2023. Beide Events fanden in Berlin statt und wurden in verschiedenster Weise von der DGUV unterstützt. Die IDM wurde mit Fotos und Interviews für Social Media begleitet. Beim Inklusionslauf liefen Mitarbeitende der DGUV mit, das Event wurde von der internen Kommunikation aufgenommen.

Besondere Aufmerksamkeit zogen die Special Olympics World Games (SOWG) auf sich, die vom 17. bis zum 25. Juni 2023 in Berlin stattfanden. Bei den Wettkämpfen traten Tausende Sportlerinnen und Sportler mit geistigen Einschränkungen in 26 Sportarten gegeneinander an. Das Event war die bislang weltweit größte inklusive Sportveranstaltung dieser Art. Rund 330.000 Besucherinnen und Besucher feuerten die Sporttreibenden an.

Als Partner der SOWG engagierte sich insbesondere die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), denn bei dieser Berufsgenossenschaft sind die Mitarbeitenden der Behindertenwerkstätten versichert. Gerade Menschen mit geistiger Behinderung profitieren von sportlicher Aktivierung, sie entwickeln Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und ein verbessertes Körpergefühl. Das trägt auch dazu bei, Unfälle zu vermeiden, somit leistet Sport auch einen Beitrag zur Prävention. Aktiv im Rahmen der SOWG war auch der Gemeinde-Unfallversicherungsver-

band Oldenburg. Er nahm am Host-Town-Programm der Spiele teil und empfing die Delegation aus Nordmazedonien.

Die DGUV veröffentlichte außerdem in einer Kooperation mit dem Berliner Tagespiegel, der BGW und den World Games

German Paralympic Media Award

Der von der DGUV gestiftete Award zeichnet herausragende Berichterstattung über den Breiten-, Rehabilitations- und Leistungssport von Menschen mit Behinderung aus. Er ist der größte Medienpreis dieser Art im deutschsprachigen Raum.



Foto: DGUV / Jan Roehl

Abbildung 1: Markus Rehm erhielt beim German Paralympic Media Award 2023 den Sonderpreis für seine sportlichen Erfolge und seinen Kampf um eine vorurteilsfreie Bewertung der Leistungen von Para-Sportlern. Der herausragende Sportler hat im Jahr 2023 bereits zweimal seinen Weltrekord im Weitsprung verbessert.

R(h)ein Inklusiv

Beim inklusiven Staffellauf R(h)ein Inklusiv gehen Menschen mit und ohne Behinderung beim Köln Marathon gemeinsam an den Start. Ins Leben gerufen wurde das Projekt von der DGUV und der Deutschen Sporthochschule Köln.



Foto: DGUV / Hans Finger

Abbildung 2: Die Läuferinnen und Läufer beim Abschlussbild zu R(h)ein Inklusiv. Ziel des Projektes ist es, gemeinsam inklusiv Sport zu treiben und vor allem Spaß zu haben.

Grafik: kleonstudio.com



eine Sonderveröffentlichung zu den Wettkämpfen. Neben der Printsonderausgabe gab es beim Tagesspiegel ergänzend eine reichweitenstarke Online-Serie von Artikeln über die SOWG.

Passend zur „Roadmap“ unterstützt die DGUV ebenfalls in einer langen Partnerschaft ein Schülerzeitungsprojekt des Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbands Sachsen-Anhalt e. V. (BSSA), in dem Berufsschülerinnen und -schüler einmal jährlich über inklusiven Sport berichten. Die Unfallkasse Sachsen-Anhalt (UK ST) hat mit dem BSSA, dem BG Klinikum Bergmannstrost Halle und dem DRS außerdem das Schulprojekt „Bewegung verbindet – Rollstuhlsport macht Schule“ initiiert, das die DGUV fördert. In dem Projekt werden den Schülerinnen und Schülern Berührungspunkte im Umgang mit Menschen mit Behinderung genommen.

Für weitere sportliche Großereignisse der nächsten Jahre sind ebenfalls Kooperationen und/oder eine begleitende Kommunikation der Events über die Medien der DGUV und der Projektpartner geplant. Die Invictus Games, paralympische Wettkämpfe für kriegsversehrte Soldatinnen und Soldaten, die im September 2023 in Düsseldorf stattfinden, werden insbesondere in den Social-Media-Kanälen kommunikativ begleitet. Die Invictus Games sind auch deshalb thematisch relevant für die Unfallversicherung, da kriegsversehrte

TAGESSPIEGEL

Mit Unterstützung von

Special Olympics World Games Berlin 2023

Mittwoch,
14. Juni 2023
tagesspiegel.de

17. – 25.
Juni

WEITSPRUNG OHNE ANLAUF
7000 Athleten starten bei den Weltspielen – nicht immer wie gewohnt

BÜHNE FREI
Schauspielerin Agnes Wessalowski will ein letztes Mal Gold gewinnen

LUFTALARM BEIM TRAINING
Die Vorbereitung von Team Ukraine verlief schwierig – motiviert ist es trotzdem

Quelle: DGUV

Abbildung 3: Die DGUV veröffentlichte mit dem Berliner Tagesspiegel, der BGW und den World Games eine Sonderveröffentlichung zu den Wettkämpfen in Berlin

6

”

Für weitere sportliche Großereignisse der nächsten Jahre sind ebenfalls Kooperationen und/oder eine begleitende Kommunikation der Events über die Medien der DGUV und der Projektpartner geplant.“

Soldatinnen und Soldaten ab 2025 bei der Unfallversicherung Bund und Bahn versichert sein werden. Parallel zu den Invictus Games findet die Messe Rehacare in Düsseldorf statt. Der Hauptwettkampfort befindet sich in räumlicher Nähe zum Messegelände, sodass die Besucherinnen und Besucher der Messe auch die Wettkämpfe besuchen können. Die DGUV ist mit einem Messestand auf der Rehacare vertreten.

Das nächste große Highlight der „Roadmap“ sind dann die Paralympischen Spiele 2024 in Paris. Hier ist die DGUV zusammen mit dem Tagesspiegel im Rahmen der Paralympics Zeitung aktiv. In diesem bereits seit 2004 etablierten Projekt berichten junge Nachwuchsjournalistinnen und -journalisten über die Leistungen der Athletinnen und Athleten sowie über die Hintergründe der Wettkämpfe und die Bedeutung des Sports in der Rehabilitation. Dabei werden sie von Profis aus dem redaktionellen Team des Tagesspiegels unterstützt. Das Zeitungsprojekt wurde bereits mehrfach international ausgezeichnet. Aktuell laufen bereits die Vorbereitungen, es werden die Nachwuchsjournalistinnen und -journalisten ausgewählt sowie Termine und Veranstaltungen vor Ort in Paris geplant.

Auch die „Rhine-Ruhr 2025 FISU World University Games“ in der Rhein-Ruhr-

Region sind für eine Kooperation im Gespräch, da sie einen Ansatzpunkt für die Beteiligung der Unfallkassen bieten. Bei dem internationalen Sportevent steht der Hochschulsport im Fokus, rund 10.000 Athletinnen und Athleten werden sich in 18 Sportarten messen. Für die 24. World Transplant Games, die Weltspiele für Menschen mit Organtransplantationen, hat Dresden als Austragungsort den Zuschlag erhalten. Durch das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) und das ebenfalls dort angesiedelte Kongresszentrum der DGUV bieten sich auch hier Möglichkeiten für Kooperationen.

Angedockt an Projekte, die bereits seit dem Jahr 2000 durchgeführt werden, wurde seit dem Projektstart der „Roadmap“ im September 2022 schon viel bewegt, um das Thema Reha- und Behindertensport in den Medien präsenter zu machen. Jedoch ist es noch ein weiter Weg, bis soziale Teilhabe, Gleichstellung, Inklusion und Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung in allen Bereichen des Lebens zur Selbstverständlichkeit werden.

Weitere Informationen zur „Roadmap Behindertensport 2024–2026“ und den einzelnen Projekten der DGUV im Behindertensport erhalten Sie hier: ➔ www.dguv.de/rehasport.



Quelle: DGUV

Abbildung 4: Titelbild der Paralympics Zeitung zu den Sommerspielen in Tokyo 2021

Fußnote

[1] https://www.dguv.de/de/mediencenter/hintergrund/un_aktionsplan/index.jsp

„Eine unserer nächsten Leitinitiativen ist der Europäische Behindertenausweis“

Key Facts

- Im Rahmen der Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 hat die EU-Kommission ein Beschäftigungspaket verabschiedet
- Helena Dalli, EU-Kommissarin für Gleichstellung, kündigt einen Europäischen Behindertenausweis an
- Sport ist laut Dalli ein Schlüssel zur Förderung eines positiven sozialen Wandels und der Inklusion von Menschen mit Behinderungen

Autorin

➔ **Kathrin Baltscheit**

Mit ihrer Strategie 2021–2030 will die EU die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen insgesamt und insbesondere auf dem Arbeitsmarkt abbauen. Im Interview betont Helena Dalli, EU-Kommissarin für Gleichstellung, auch die positive Wirkung des Behindertensports.

Die EU-Kommission verfolgt seit März 2021 die „Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030“, die auf einer früheren Zehnjahresstrategie zum selben Thema aufbaut. Frau Dr. Dalli, wo liegen in Europa die größten Hindernisse für Menschen mit Behinderungen?

Helena Dalli: Gegenwärtig hat nur die Hälfte der Menschen mit Behinderungen einen Arbeitsplatz, im Vergleich zu den übrigen Menschen, von denen drei Viertel eine Stelle haben. Ohne einen festen Arbeitsplatz sind Menschen mit Behinderungen eher dem Risiko ausgesetzt, in finanzielle Not zu geraten und aus der Gesellschaft ausgegrenzt zu werden.

Das EU-Recht verbietet die Diskriminierung bei der Beschäftigung und verpflichtet Arbeitgebende, angemessene Vorkehrungen zu treffen, zum Beispiel durch den Einbau von Rampen, durch Bildschirmtexten oder flexible Arbeitsregelungen. Diese Rechtsvorschriften tragen zwar erheblich zur Reduzierung von Diskriminierung bei; jedoch obliegt ihre Umsetzung den Mitgliedstaaten.

Im Rahmen der Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 wurde ein Beschäftigungspaket verab-

schiedet, das die Einstellungsperspektiven durch aktive Inklusion und die Bekämpfung von Stereotypen fördert. Beides trägt dazu bei, die Chancen von Menschen mit Behinderungen in Zukunft zu verbessern.

Warum dauert es so lange, bis die Maßnahmen und Leitinitiativen umgesetzt werden?

Helena Dalli: Unsere Zehnjahresstrategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen läuft bis 2030 und unser Ziel ist es, einen Beitrag zur vollständigen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen der Gesellschaft zu leisten. Wir haben mehrere Leitinitiativen ins Leben gerufen, um das Leben der 87 Millionen Menschen mit Behinderungen zu verbessern, aber Sie haben ganz recht, es gibt noch sehr viel mehr zu tun.

Eine unserer nächsten Leitinitiativen ist der Europäische Behindertenausweis. Im September 2023 werden wir offiziell einen Europäischen Behindertenausweis vorschlagen, der für alle EU-Mitgliedstaaten gelten soll. Derzeit gibt es keine gegenseitige Anerkennung des Behindertenstatus zwischen den EU-Ländern, was für Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Freizügigkeit innerhalb der EU zu Schwierigkeiten führen kann.

Diese Karte wird einen gleichberechtigten grenzüberschreitenden Zugang vor allem in den Bereichen Kultur, Freizeit, Sport und Verkehr gewährleisten.

Neben der Einführung eines EU-Behindertenausweises umfasst die Strategie 2021–2030 auch die Umsetzung ausstehender Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen sowie die Empfehlung von Leitlinien für eine bessere Eingliederung in die Gemeinschaft. Wie reagieren die Mitgliedstaaten auf diese Vorschläge?

Helena Dalli: Zunächst einmal ist es wichtig, daran zu erinnern, dass die EU und ihre Mitgliedstaaten im Bereich der Behinderungen Vertragsparteien des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind. Das bedeutet, dass sie sich alle dazu verpflichtet haben, die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Einklang mit dem Übereinkommen zu schützen, zu gewährleisten und zu fördern. Es handelt sich hierbei um eine gesetzliche Verpflichtung.

In dieser Hinsicht trägt unsere Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen dazu bei, die Fortschritte zu koordinieren und zu beschleunigen, damit Menschen mit Behinderungen aktiv sein

und ihre Rechte in vollem Umfang wahrnehmen können.

Bislang haben die Mitgliedstaaten nur unzureichende Fortschritte erzielt. Deshalb arbeiten wir eng mit ihnen und den einschlägigen Organisationen der Zivilgesellschaft zusammen, um EU-weit kohärente Fortschritte bei der Umsetzung des Übereinkommens zu erzielen, insbesondere durch die von uns im vergangenen Jahr eingerichtete Behindertenplattform.

Zu den Erfolgen dieser Plattform gehört der Europäische Behindertenausweis, der noch in diesem Jahr offiziell vorgestellt werden soll. Wir gehen davon aus, dass der Vorschlag von der Kommission im September während der spanischen EU-Ratspräsidentschaft angenommen wird. Der Zugang zu Leistungen im Bereich der sozialen Sicherheit, des Sozialschutzes oder der grenzüberschreitenden Beschäftigung ist bereits durch die EU geregelt und fällt nicht in den Anwendungsbereich des Vorschlags für den Ausweis.

Eine wichtige Leitinitiative zielt auf den Arbeitsmarkt und die Verbesserung der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen ab. Wie sieht ein inklusiver Arbeitsmarkt für Sie aus?

Helena Dalli: Ein inklusiver Arbeitsmarkt verbietet Diskriminierung in Bezug auf

die Beschäftigung und fördert die gleichberechtigte Teilnahme aller Menschen am Arbeitsmarkt. Dies erfordert einen sogenannten zweigleisigen Ansatz, der sowohl inklusive und zugängliche Dienstleistungen als auch Maßnahmen zur gezielten Unterstützung von Menschen mit Behinderungen vorsieht.

Mit diesem Ziel haben wir das Beschäftigungspaket für Menschen mit Behinderungen verabschiedet: Es soll sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen durch Beschäftigung in der gesamten EU soziale Eingliederung und wirtschaftliche Autonomie genießen.

Wie steht Deutschland bei der Beschäftigungsquote von Menschen mit Behinderungen im europäischen Vergleich da?

Helena Dalli: Während die Beschäftigungslücke zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen auf EU-Ebene 23 Prozentpunkte beträgt, liegt die Beschäftigungslücke in Deutschland bei 30,5 Prozentpunkten, womit Deutschland zu den Schlusslichtern zählt.

Wie könnten Menschen mit Behinderungen erfolgreicher für den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden?

Helena Dalli: Ich betone, dass es von zentraler Bedeutung ist, unsere Einstellungspolitik und unsere Einstellung zu ändern sowie unsere Infrastruktur barrierefrei zu gestalten, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen zu bekämpfen und ihre Eingliederung und volle Beteiligung am Arbeitsmarkt zu fördern. Dieser Wandel muss von den Arbeitsvermittlungen ausgehen.

Ein tolles Beispiel für unsere Maßnahmen ist das Toolkit zur Verbesserung der Arbeitsmarktergebnisse von Menschen mit Behinderungen, an dem wir gemeinsam mit den europäischen Arbeitsvermittlungen arbeiten. Das Toolkit bietet einen Überblick über die politischen Rahmenbedingungen der EU und liefert Orientierungshilfen zu den Instrumenten, die zur Bekämpfung von Diskriminierung eingesetzt werden können.

In der Strategie 2021–2030 betonen Sie, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zum Sport haben sollten. Warum ist Ihnen das so wichtig? Und wie sieht es mit inklusiven Sportangeboten in Europa aus?

Helena Dalli: Sport und Wettbewerbe wie die Special Olympics World Games Berlin 2023 sind der Schlüssel zur Förderung eines positiven sozialen Wandels und der Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Im Sport geht es um Respekt, Solidarität, Inspiration, Einigkeit über Grenzen hinweg und vor allem um Gleichheit.

Trägt der Behindertensport dazu bei, Menschen mit Beeinträchtigungen in eine Beschäftigung und damit auf den ersten Arbeitsmarkt zu bringen?

Helena Dalli: Sport zu treiben kann sehr wertvoll sein, da man dabei Schlüsselkompetenzen und -werte entwickelt, die auf die Arbeitswelt übertragbar sind: Engagement, Anstrengung, Organisationstalent, strategischer Ansatz, Zusammenarbeit und Teamwork. Die Demonstration dieser Fähigkeiten kann zusammen mit einem umfassenden Ansatz der Behörden auf allen Ebenen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt integriert werden.

Was halten Sie von Initiativen wie der „Special Olympics Zeitung“ oder der „Paralympics Zeitung“? Könnten solche Projekte zu einem gemeinsamen europäischen Handeln führen?

Helena Dalli: Ich glaube fest an den Wert und die Bedeutung aller Initiativen, die die Teilnahme und Anerkennung von Menschen mit Behinderungen an sportlichen Aktivitäten fördern. Sie spiegeln die Vielfalt der Menschen mit Behinderungen wider und fördern ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft. Ich würde mir wünschen, dass mehr Projekte dieser Art organisiert werden; und wenn dies dazu führt, dass mehr Maßnahmen auf europäischer Ebene ergriffen werden, wäre dies die größte Anerkennung, auf die Sie, wir und alle Menschen mit Behinderungen hoffen können.



Das Interview führte Kathrin Baltscheit.

Foto: European Union, 2021



Helena Dalli, EU-Kommissarin für Gleichstellung

Inklusiv aktiv: Die BGW lebt und fördert Inklusion

Key Facts

- Teilhabe, Gesundheit und Sicherheit für die Beschäftigten in Einrichtungen der Behindertenhilfe verwirklichen
- Zentrales Element des Engagements der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Kooperation mit Special Olympics Deutschland (SOD)
- Durch gemeinsam abgestimmte Ziele und Zuständigkeiten implementiert die BGW Inklusion auch in der eigenen Unternehmenskultur

Autorin

➔ **Tanja Rieckmann**

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) setzt sich dafür ein, dass Menschen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Einer der Leuchttürme des BGW-Engagements ist eine Kooperation mit Special Olympics Deutschland (SOD). Das Ziel: Mehr Teilhabe und Anerkennung durch Sport und Präventionsangebote bekannter machen.

Als gesetzliche Unfallversicherung vieler Einrichtungen der Behindertenhilfe hat die BGW ein besonderes Interesse daran, Teilhabe, Gesundheit und Sicherheit auch für die Beschäftigten dieser Branche zu verwirklichen. Dem Sport kommt dabei eine besondere Rolle zu. „Wir möchten zur Verwirklichung von Inklusion beitragen“, sagt Jörg Schudmann, Hauptgeschäftsführer der BGW: „Und Sport eignet sich dafür wie kaum eine andere Aktivität. Denn er fördert Gesundheit, und Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor für Sicherheit in den Betrieben.“

Zu den fast 9,3 Millionen Versicherten der BGW zählt auch ein Großteil der SOD-Aktiven, die überwiegend in Werkstätten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie in Inklusionsbetrieben beschäftigt sind. Menschen mit Behinderungen sind aufgrund ihrer individuellen Dispositionen oftmals stärker gefährdet, einen Arbeitsunfall zu erleiden. Dies sind insbesondere Unfälle durch Stolpern, Rutschen oder Umknicken. Solche Gefahren lassen sich zum Teil durch Sport und Trainingsmaßnahmen verringern.

Zusätzlich wird die allgemeine Gesundheit gestärkt und die Motivation, Verantwortung zu übernehmen, erhöht: Wer sich beim Sport für sich und andere engagiert, kann auch zum Multiplikator oder zur Multiplikatorin für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit werden. Um diese Chancen für die Prävention zu nutzen, ist die BGW

seit 2021 im Rahmen einer inhaltlich breit angelegten Kooperation Partnerin von SOD. Bestandteile dieser Kooperation sind etwa eine Initiative zur gesunden und sportlichen Werkstatt^[1], die Unterstützung des Gesundheitsprogramms „Healthy Athletes“ und das Forschungsprojekt „Inklusion und Sport“^[2].

Inklusion im Sport: Es gibt noch viel zu tun

In Kooperation mit SOD startete die BGW 2021 das auf fünf Jahre ausgelegte Forschungsprogramm „Inklusion und Sport“. Bei der Durchführung der wissenschaftlichen Analysen erhielten BGW und SOD Unterstützung vom Institut Media Tenor und dem Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS).

Das Programm erfasst das Sportangebot für Menschen mit Behinderung und analysiert, wie präsent das Thema in Social Media sowie in Leit- und Publikumsmedien ist. Die Ergebnisse zeigen, dass Angebote für Menschen mit Behinderung in fast jeder untersuchten Sportart vorhanden sind. Dabei überwiegen leicht die Angebote von Sportverbänden, die nicht ausschließlich auf den Behindertensport ausgerichtet sind. Was aber auch deutlich wird: Menschen mit Behinderung haben nicht immer die freie Wahl, welche Sportart sie wo und wie betreiben möchten. Für sie gibt es nach wie vor Einschränkungen, die Menschen ohne Behinderung nicht haben. Ein wichtiger Schritt wäre es, die vorhandenen Angebote im Internet besser sichtbar zu machen.

”

Wer sich beim Sport für sich und andere engagiert, kann auch zum Multiplikator oder zur Multiplikatorin für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit werden.“

Inklusiv aktiv bei den Weltspielen

Zur Kooperation gehört auch eine aktive Beteiligung der BGW an SOD-Veranstaltungen. So stand die BGW bei den Special Olympics World Games, die vom 17. bis 24. Juni 2023 in Berlin stattfanden, eng an der Seite ihrer Versicherten. Beim Special Olympics-Festival im Sommergarten der Messe Berlin war der inklusive Kletterturm der BGW ein Anlaufpunkt, der gleichermaßen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung zum Klettern animierte.

Als sogenannte Corporate Volunteers unterstützten rund 40 Nachwuchskräfte die Boccia-Sportwettbewerbe bei der Durchführung – und nahmen viele bewegende Eindrücke und Begegnungen mit zurück an ihren Arbeitsplatz in der BGW. Auch bei den Handball-Wettbewerben war die BGW ganz nah dran und drückte in Berlin die Daumen: Bereits während des vergangenen halben Jahres hat sie vier Bremer Handballerinnen vom Team SOD auf deren „Road to Berlin“ begleitet mit dem Ziel, für den inklusiven Sport zu werben und andere zu motivieren, sich ebenfalls sportlich zu engagieren.

Inklusion verwirklichen – auch innerhalb der BGW

So wie die BGW nach außen auf die Inklusion hinwirkt, wird sie auch innerhalb des Unternehmens auf vielfältige Art gefördert. Durch gemeinsam abgestimmte Ziele und Zuständigkeiten implementiert

die BGW Inklusion dauerhaft in ihre Unternehmenskultur. Im Fokus stehen dabei Barrierefreiheit, Bedarfsorientierung, Partizipation und Vielfalt.

Handlungsfelder und Maßnahmen

- **BGW-Produkte:** Bereits inklusiv sind Unterweisungsmaterialien für Werkstätten, barrierefreie Aushänge oder Broschüren in Leichter Sprache. Sukzessive werden mehr und mehr Produkte in den Blick genommen.
- **Barrierefreiheit:** Die Website ➔ www.bgw-online.de ist zu einem hohen Grad barrierefrei. Alle

Liegenschaften der BGW werden auf ihre Barrierefreiheit hin geprüft und Hemmnisse Stück für Stück abgebaut.

- **Arbeitsplatzgestaltungen und Beratung:** Bei der Arbeitsplatzgestaltung wird die Barrierefreiheit grundsätzlich berücksichtigt. Zusätzlich wird eine Beratungsfunktion zu inklusiver Arbeitsplatzgestaltung bei örtlichen Inklusionsteams etabliert.
- **Personal:** Die Führungskräfte der BGW werden durch Schulungen dafür sensibilisiert, Inklusion voranzutreiben. Bei Qualifizierungsangeboten wird überprüft, ob inklusionsfördernde Aspekte ergänzt werden müssen.



Quelle: Oliver Eberhardt/BGW

Menschen mit und ohne Behinderung konnten bei den Special Olympics World Games 2023 den Kletterturm der BGW nutzen.

”

Durch gemeinsam abgestimmte Ziele und Zuständigkeiten implementiert die BGW Inklusion dauerhaft in ihre Unternehmenskultur. Im Fokus stehen dabei Barrierefreiheit, Bedarfsorientierung, Partizipation und Vielfalt.“

Außerdem wird die inklusive Teamentwicklung unterstützt.

- **Forschung:** Die Teilhabechancen und Beschäftigungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung werden von der BGW wissenschaftlich untersucht.

Um alle Beschäftigten möglichst intensiv in den Prozess hin zur vorbildlichen inklusiven Arbeitgeberin einzubeziehen, ist die BGW Teil des Modellprojekts „Innoklusio“.

Modellprojekt „Innoklusio“

Die BGW nimmt mit 13 weiteren Pilotunternehmen und -institutionen in ganz Deutschland am Modellprojekt „Innoklusio“ teil mit

dem Ziel, Inklusionskompetenz und -kultur in den Unternehmen auszubauen. Ein wichtiger Baustein des Projekts ist die „Innoklusio“-Ausstellung, die im Mai 2023 in der Hauptverwaltung der BGW in Hamburg zu Gast war. Alle Beschäftigten waren zu einer interaktiven Erfahrung mit Perspektivenwechsel eingeladen. Fünf begehbare Themenboxen boten unterschiedliche Möglichkeiten zur praktischen Selbsterfahrung, um verschiedene Aspekte von Behinderung aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. Unterstützt wurden die Teilnehmenden dabei von Menschen mit und ohne Behinderung. Highlight war ein 30-minütiges Erlebnisangebot in völliger Dunkelheit, angelehnt an den „Dialog im Dunkeln“. Weitere Bausteine des Modellprojekts „Innoklusio“

sind Führungskräfte-seminare und ein Bildungsprogramm für angehende Inklusionsmanager und -managerinnen.

Claudia Drechsel-Schlund, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der BGW, unterstreicht den Stellenwert der Teilnahme am Modellprojekt für die BGW: „Als Berufsgenossenschaft, die sich schon lange für das Thema Inklusion stark macht, freuen wir uns sehr, an diesem Projekt teilzunehmen und sogar als erstes Pilotunternehmen den Startschuss zu geben. Beim Blick auf den aktuellen Stand der Inklusion in der Arbeitswelt in Deutschland wird klar: Es gibt noch viel zu tun. Durch die Innoklusio-Teilnahme nehmen wir unsere Möglichkeiten als Arbeitgeberin in den Fokus und machen Inklusion für unsere Führungskräfte und Mitarbeitenden greifbar.“

Die BGW engagiert sich als inklusive Arbeitgeberin

Was Inklusion für die BGW als Arbeitgeberin bedeutet, zeigt ein neuer Inklusionsfilm an einzelnen Praxisbeispielen. Dafür hat eine Vielzahl von Beschäftigten aus den unterschiedlichsten Bereichen der BGW an diesem Filmprojekt mitgewirkt. Der Film ist abrufbar unter ➔ www.bgw-online.de/schritte-zur-inklusion. ↩

Fußnoten

- [1] www.bgw-online.de/gesunde-werkstatt
[2] www.bgw-online.de/inklusion-sport

Quelle: Oliver Eberhardt/BGW



Beschäftigte der BGW nahmen als Volunteers an den Special Olympics World Games 2023 teil.

Der Tennisplatz als Ort der Begegnung

Key Facts

- Im Sportverein, in Trainings und auf Wettkämpfen begegnen sich Menschen mit unterschiedlichen Voraussetzungen aufgrund einer einzigen Gemeinsamkeit: ihrer Leidenschaft für den Sport
- Am organisierten Sport – als Teil des gesellschaftlichen Lebens – sollten auch Menschen mit Behinderung selbstverständlich teilhaben können
- Das „Tennis für Alle“-Projekt der Gold-Kraemer-Stiftung zeigt, wie Inklusion im Tennis und eine systematische Strukturveränderung gelingen können

Autor

➔ **Niklas Höfken**

Der Mensch im Mittelpunkt und eine langfristige Strukturanpassung als Ziel – „Tennis für Alle“ will den Sport für mehr Teilhabe von Spielerinnen und Spielern mit Behinderung öffnen. Seit über zehn Jahren werden Trainings und Turniere ausgerichtet, Vereine, Verbände sowie Trainerinnen und Trainer geschult und so die deutsche Tennislandschaft inklusiver gemacht.

Tennis ist eine der beliebtesten Sportarten Deutschlands. Mit fast 1,5 Millionen Mitgliedern ist der Deutsche Tennis Bund (DTB) der drittgrößte Sportverband des Landes^[1]. Bundesweit existieren mehr als 45.000 Tennisplätze, verteilt auf fast 9.000 Tennisvereine, von ländlichen Regionen bis in die Großstädte. Allein im vergangenen Jahr wuchs die Zahl der Tennisspielerinnen und -spieler hierzulande um 4,5 Prozent.^[2] Dieses Potenzial möchte das „Tennis für Alle“-Projekt der in Frechen bei Köln sitzenden Gold-Kraemer-Stiftung nutzen. Seit 2012 arbeitet es daran, den deutschen Tennissport für mehr Teilhabe und Inklusion zu öffnen.

Es begann mit der Idee, regional Trainingscamps für Menschen mit Behinderung zu organisieren, geschultes Personal und notwendiges Material zur Verfügung zu stellen, um einen barrierefreien Raum anzubieten, in dem Betroffene Tennis als Sportart für sich ausprobieren und gemeinsam trainieren können. Seit 2018 rollt die Stiftung das Programm zusammen mit dem DTB deutschlandweit aus. Die Initiative bietet niedrigschwellige Schnuppermöglichkeiten an, bildet aber auch regelmäßig

Die folgenden offiziellen Disziplinen existieren im Tennis von Menschen mit Behinderung. Alle werden mit üblichen Schlägern gespielt und können auf allen gängigen Plätzen und Bodenbelägen durchgeführt werden. Manche Disziplinen benötigen zusätzliches Material oder haben einige Regelanpassungen.

Rollstuhltennis: Für Menschen mit körperlicher Behinderung, zum Beispiel Amputation der unteren Extremitäten, verkürztes Bein, komplette und inkomplette Querschnittlähmung unterschiedlicher Höhen oder auch Gelenkschäden an Füßen, Knien, Hüften. Eine dynamische und sichere Ausübung des Sports ermöglicht ein besonders an die Voraussetzungen der Teilnehmenden angepasster Sportrollstuhl. Es gibt zwei offizielle Startklassen, eine für Menschen mit Beeinträchtigung des Unterkörpers und eine für diejenigen mit zusätzlicher Einschränkung an den oberen Extremitäten. Der Tennisball darf zweimal aufspringen.

Blindentennis: Für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit. Gespielt wird mit einem rasselnden Ball und fühlbaren Feldbegrenzungen zur Orientierung. Die Teilnehmenden werden je nach Sehrest in vier unterschiedliche Startklassen eingeteilt. Je weniger gesehen wird (bis zur Vollblindheit), desto kleiner sind Spielfeld und Tennisschläger und desto häufiger darf der Ball aufspringen (bis zu dreimal).

Gehörlosentennis: Für Menschen mit eingeschränkter Hörfähigkeit. Gespielt wird mit den üblichen Bällen und Schlägern, auf den üblichen Plätzen, ohne besondere Regelanpassungen. Nur im Wettkampf dürfen Hörhilfen nicht getragen werden.

Tennis von Menschen mit geistiger Behinderung: Für Teilnehmende mit Lern- beziehungsweise geistiger Behinderung gelten keine besonderen Regeln oder Materialien. Aus methodischen Gründen kann etwa auf druckreduzierte Bälle, kleinere Felder oder eine vereinfachte Zählweise zurückgegriffen werden.



”

Inklusion im Tennis hat positive Effekte für alle Seiten und Tennis eignet sich hervorragend für eine Vielzahl von Behinderungen sowie zum gemeinsamen Spiel von Menschen mit und ohne Behinderung.“

Tennistrainerinnen und -trainer zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Inklusionsgedankens in ihren Heimatvereinen aus. Sie organisiert Turnierserien und Wettkämpfe, bei denen entweder in behinderungsspezifischen oder inklusiven Tennisdisziplinen gegeneinander angetreten wird. So hat sich durch einen engagierten Prozess des ständigen Reflektierens und Weiterentwickelns diverser Aktionsbausteine im Zusammenspiel mit der Expertise des Stiftungsprojekts und dem Willen des Sportfachverbandes DTB, seine Strukturen zu öffnen, eine vielfältige, inklusive Tennislandschaft herausbilden können. Vom Breitensport über das Nachwuchstraining bis hin zum Weltranglistenturnier bildet sie alle Aspekte des Sports ab.

Das „Tennis für Alle“-Projekt arbeitet mit hohem Prozesscharakter in mehreren, sich gegenseitig beeinflussenden Bereichen: Durch gezielte Bewusstseinsbildung sollen zum einen die Akteurinnen und Akteure der Tenniswelt und zum anderen die Community von Menschen mit Behinderung darüber aufgeklärt werden, wie Inklusion im Tennis umgesetzt werden kann. Es soll klar werden: Inklusion im Tennis hat positive Effekte für alle Seiten und Tennis eignet sich hervorragend für eine Vielzahl von Behinderungen sowie zum gemeinsamen Spiel von Menschen mit und ohne Behinderung. Broschüren und Internetseiten informieren über das Thema, Demonstrationen werden auf Reha-Messen oder auf großen Tennisturnieren vor viel Publikum



Quelle: Frank Kreidler

Gemeinsamer Aufschlag von Menschen mit und ohne Behinderung



Tennisvereine, Fachverbände, das Personal in Reha-Einrichtungen oder Sportlehrkräfte in inklusiven und Förderschulen werden mit regelmäßigen deutschlandweiten Aus- und Fortbildungsangeboten qualifiziert.“

gespielt, Video-Tutorials und Online-Learnings klären über das Training in den Paratennisdisziplinen auf, gemeinsam mit dem DTB wurde ein inklusives Tennis-Sportabzeichen entwickelt.

Tennisvereine, Fachverbände, das Personal in Reha-Einrichtungen oder Sportlehrkräfte in inklusiven und Förderschulen werden mit regelmäßigen deutschlandweiten Aus- und Fortbildungsangeboten qualifiziert. Hierbei sammeln sie neben theoretischen Hintergründen auch Selbsterfahrungen im Sportrollstuhl oder mit Sehbehinderungssimulationsbrillen, sodass sie als regionale Ansprechpersonen für erste Anfragen vor Ort tätig werden können. Zusätzlich werden runde Tische initiiert, bei denen ein moderierter Austausch von Sportlerinnen und Sportlern mit Behinderung, als Vertretung ihrer Disziplin und Bedarfe, mit Tennis- und Behindertensportverbänden oder anderen wichtigen Organen stattfinden kann, um Inklusion im organisierten Tennissport voranzubringen.

Schließlich bekommen Menschen mit Behinderung bei Aktions- und Schnuppertagen die niedrigschwellige Möglichkeit, in einem barrierefreien Umfeld, mit erfahrenem Personal und bereitgestelltem

Material Tennis auszuprobieren. In diesem Zuge werden Vereine mit Förderschulen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe, Selbsthilfe oder Rehabilitation in Kontakt gebracht, um langfristige Kooperationen einzugehen und lokale Netzwerke aufzubauen. Rollstuhl- und Blindentennis-Workshops bieten kombinierte Trainings- und Fortbildungsmöglichkeiten für Sportlerinnen und Sportler sowie für Trainerinnen und Trainer. Bei inklusiven Doppeltournieren starten gemeinsam Menschen mit und ohne Behinderung. Menschen mit Behinderung erhalten aber auch die Möglichkeit, disziplin- beziehungsweise behinderungsspezifisch an Wettkämpfen teilzunehmen, etwa in einer Rollstuhltennis-Turnierserie, die gemeinsam mit dem DTB aktuell zehn Termine über das Jahr und das Bundesgebiet verteilt anbietet und zum Jahresabschluss ihre Siegerinnen und Sieger kürt.

Neben den übergeordneten gesamtstrukturellen Aktionen und Zielen pflegt das „Tennis für Alle“-Projekt nach wie vor seine Wurzeln: So finden an mehreren Standorten in der Region Köln wöchentliche Trainingseinheiten inklusiv oder in den einzelnen Paratennis-Disziplinen sowie regionale Wettkampfangbote statt. Ein Einstieg kann zum Beispiel auch über

die „Bunten Helden“ erfolgen – eine Ball- und Bewegungsschule, die sich speziell auf die motorische und soziale Schulung von Kindern mit ganz unterschiedlichen Behinderungen im Alter von fünf bis zehn Jahren konzentriert.

Die Initiative der Gold-Kraemer-Stiftung zeigt, wie Inklusion im Sport systematisch und nachhaltig implementiert werden kann – von regionalen sportpraktischen Angeboten bis zur sportpolitischen Einwirkung auf den Dachverband mit gemeinsamen bundesweiten Strategien und Maßnahmen. ↩

Fußnoten

[1] Deutscher Olympischer Sportbund e. V., Bestandserhebung 2022, 1. digitale Auflage Oktober 2022, <https://www.dosb.de/medienservice/statistiken> (abgerufen am 01.06.2023)

[2] Deutscher Tennis Bund e. V., Daten & Fakten, www.dtb-tennis.de/Verband/Der-DTB/Daten-Fakten (abgerufen am 01.06.2023)

Vermittlung von Sportangeboten als Mittel der Nachsorge und Individualprävention

Key Facts

- Seit April 2021 kooperiert das BG Klinikum Duisburg erfolgreich mit dem Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen
- Versicherte werden in Sprechstunden zu individuell angepassten Sportangeboten für die Rehaphase F (lebenslange Nachsorge) beraten
- Diese Sprechstunden können auch für Maßnahmen der sekundären Individualprävention genutzt werden

Autor

➔ Dr. med. Christian Schmitz

Der Artikel fokussiert eine selten thematisierte Behandlungsphase der Traumarehabilitation. Die Rehabilitation verläuft in verschiedenen Phasen, nach Beendigung der arbeitstherapeutischen Rehaphase E und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in alter Tätigkeit stellt sich die Frage, inwieweit im Kontext der Nachsorge Rehabilitationsinhalte fortgeführt werden sollten.

Die Grenze, bis wann weiter Heilmittel verordnet werden müssen und ab wann, im Sinne der Eigenverantwortung, auch selbstständige, gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Übungen durchgeführt werden müssen, ist nicht klar definiert. So kann beispielsweise die Frage der Finanzierung von Fitnessstudiobeiträgen durch den Unfallversicherungsträger von Fall zu Fall unterschiedlich beantwortet werden – je nachdem, ob die proaktive Unterstützung oder die Eigenverantwortung der Versicherten im Vordergrund steht.

Nicht selten werden von Durchgangsärzten und Durchgangsärztinnen wiederholte und damit längerfristige Krankengymnastikverordnungen ausgestellt. Durch die im April dieses Jahres über die Landesverbände der DGUV bereitgestellten neuen Verordnungen für Physiotherapie (F2400) wird die Verordnung von Langzeit-Krankengymnastik für sechs Monate möglich und erleichtert. Eine Indikation für die Langzeitverordnung von Heilmitteln ist allerdings nur bei schweren Verletzungsfolgen wie intrakraniellen Blutungen, Para-/Tetra-

plegie, Para-/Tetraparesen, Plexusschädigungen, Major-Amputationen, schwerer posttraumatischer Achsabweichung der Wirbelsäule gegeben. Im Gegensatz dazu sind bei bestimmten Verletzungsfolgen des Bewegungsapparates, die nicht in diese genannten Indikationen fallen, trotz des weiteren Verordnungswunsches der Versicherten Langzeitverordnungen medizinisch nicht indiziert.

Etabliert ist auch die Verordnung von Medizinischer Trainingstherapie auf den Verordnungsvordrucken zur Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP). Ergänzend wird aktuell über die entsprechenden Arbeitskreise der DGUV ein offizielles DGUV-Verordnungsformular für die in der Praxis schon lange akzeptierte Verordnung von Rehabilitationssport erarbeitet. In einem weiteren Arbeitskreis werden parallel Möglichkeiten erörtert, wie Potenziale der Digitalisierung beispielsweise in der digitalen Reha-Nachsorge für gesetzlich Unfallversicherte genutzt werden können. Durch die Deutsche Rentenversicherung wird bereits erfolgreich eine digitale Reha-Nachsorge zur Verstärkung des

Rehabilitationserfolgs angeboten. Nicht zuletzt rücken derzeit auch demografische Aspekte und der Fachkräftemangel die sekundären, individualpräventiven Maßnahmen der Nachsorge und mögliche digitale Erweiterungen der Angebote in den Fokus.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit Versicherte in der Rehaphase F auch bei Sport und Bewegung von der gesetzlichen Unfallversicherung unterstützt werden sollten oder ob an dieser Stelle primär Eigenmotivation und Selbstwirksamkeit gefragt sind. Die theoretische Möglichkeit von Zielkonflikten darf allerdings die Bemühungen zur Durchführung von Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen über alle Rehaphasen hinweg nicht grundsätzlich mindern. Die Möglichkeiten zur Förderung von Behindertensport im Rahmen der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind im Handlungsleitfaden der DGUV aus dem Juni 2021 beschrieben. Besonders gut können aus Sicht der Kliniker und Klinikerinnen diese Leistungen bei Schwerstbetroffenen zur Unterstützung der Sozialen Teilhabe in der Praxis angewendet werden. Bei den leichter bis mittelschwer verletzten

”

Nicht zuletzt rücken derzeit auch demografische Aspekte und der Fachkräftemangel die sekundären, individualpräventiven Maßnahmen der Nachsorge und mögliche digitale Erweiterungen der Angebote in den Fokus.“

Versicherten (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] < 30) ergeben sich nicht selten die oben genannten Unsicherheiten bezogen auf die Verordnungsmöglichkeiten.

Motivierende Gespräche der Kliniker und Klinikerinnen mit Betroffenen, um positives Bewegungsverhalten/Sport in den Alltag zu integrieren, scheitern nicht selten an

personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren der Versicherten. Das heißt, dass im Einzelfall der Kliniker beziehungsweise die Klinikerin die lokalen und regionalen Angebote sowie die Interessen und Neigungen der versicherten Person nicht ausreichend kennt, nicht richtig einschätzt und somit keine konkreten und umsetzbaren Angebote machen kann. Auf der anderen

Seite sind allerdings auch die Versicherten aus vielfältigen Gründen nicht in der Lage, selbstständig Kontakt beispielsweise zu Reha-Sportvereinen aufzunehmen.

An dieser Stelle wurde im April 2021 am BG Klinikum Duisburg ein Pilotprojekt gestartet. Durch eine Kooperation mit dem Behinderten- und Rehabilitationssport-



Quelle: Schmitz

Abbildung 1: Das Phasenmodell der Traumarehabilitation (KSR = Komplexe Stationäre Rehabilitation, BGSW = Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung, EAP = Erweiterte Ambulante Physiotherapie, TOR/ABMR = Tätigkeitsorientierte Rehabilitation/Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale)



Motivierende Gespräche der Kliniker und Klinikerinnen mit Betroffenen, um positives Bewegungsverhalten/ Sport in den Alltag zu integrieren, scheitern nicht selten an personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren der Versicherten.“

verband Nordrhein-Westfalen (BRSNW) wurde es ermöglicht, dass regelmäßig Mitarbeiterinnen des BRSNW in das BG Klinikum Duisburg kommen, Sprechstunden-Beratungen anbieten und so Versicherten konkrete, heimatnahe und individuell angepasste Angebote für sportliche Aktivitäten in der Rehapphase F unterbreiten. So können die möglicherweise bisher nicht konkreten Empfehlungen vor dem Hintergrund von Interessen und Neigungen der Versicherten über die großen Datenbanken mit Kontaktstellen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) in konkrete Telefonnummern, Ansprechpersonen und Adressen überführt werden. Hierbei sind alle Leistungsklassen vermittelbar. Von inklusiven Kegelsportvereinen bis hin zu paralympisch motivierten Leistungssportlern und Leistungssportlerinnen können Kontakte vermittelt werden.

Die Sprechstunden des BRSNW werden über das Chefarztsekretariat der Klinik für Rehabilitation, konservative und technische Orthopädie des BG Klinikums ver-

mittelt. Vom Grundsatz her können Vertreter und Vertreterinnen aller beteiligten Berufsgruppen wie Pflege, Physiotherapie, Sportwissenschaft, Psychologie, Medizin und Rehabilitation eine Zuführung in das Sprechstundenangebot veranlassen. Im Zweifel werden durch den BRSNW Unsicherheiten, ob das gewünschte sportliche Betätigungsfeld leidensgerecht ist, mit den Ärztinnen und Ärzten der Klinik für Rehabilitation abgestimmt. Da es sich hierbei um eine Vermittlung von regulärem Vereinssport handelt, sind ärztliche Verordnungen nicht erforderlich.

Inzwischen werden die genannten Sprechstunden des BRSNW durch die beiden BG Kliniken in Nordrhein-Westfalen, das BG Klinikum Duisburg und das BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum, angeboten. Vom Grundsatz her wären über die in den Landesverbänden des DBS organisierten Strukturen auch Angebote in anderen Bundesländern möglich. Denkbar ist auch, dass dieses Angebot vermehrt über die neu etablierten Präventionssprechstun-

den an den neun BG Kliniken in Deutschland angefragt werden könnte.

Unter Federführung der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) wurde im Rahmen des Konzepts „Individualprävention bei Unfallfolgen“ bereits eine Präventionssprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Unfallkrankenhaus Berlin pilotiert. Mit dem Konzept ist ein flächendeckendes Angebot zur Individualprävention entwickelt worden. Es richtet sich an Versicherte, die einen Arbeitsunfall mit bleibenden Beeinträchtigungen auf chirurgischem/orthopädischem Gebiet erlitten haben, und hat das Ziel, mögliche Verschlimmerungen der Unfallfolgen zu verhindern. Auch in diesem Präventionssprechstundenformat könnte also die Vermittlung in Reha- und Behindertensportstrukturen, wie oben dargestellt, ein sinnvolles und ergänzendes Element sein, um das Fortschreiten einer Verschlimmerung, beispielsweise nach Frakturen mit Gelenkbeteiligung, mit allen geeigneten Mitteln zu verhindern. ↩



Literatur

Simmel, S.; Müller, W.-D.; Reimertz, C.; Kühne, C.; Glaesener: Phasenmodell der Traumarehabilitation. Wie können wir das „Rehaloch“ vermeiden? In: Die Unfallchirurgie, Ausgabe 9/2017.

<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4205>

Sportcoaching im Reha-Management der BGW – Erfahrungen der Versicherten

Key Facts

- Erprobung eines neuen Ansatzes im Reha-Management der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Sportcoaches sollen für mehr Sport und Bewegung bei Versicherten sorgen
- In dem Modellvorhaben „Inklusion durch Sport“ wurden 56 Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 18 Monate lang engmaschig von einem Sportcoach begleitet
- Die Annahme von Sport- und Bewegungsangeboten führte bei den Versicherten auch zu einer Förderung der sozialen Teilhabe

Autorinnen und Autoren

- ➔ Ralf Janello
- ➔ Dr. Vera Tillmann
- ➔ Ruud Vreuls
- ➔ Elisa Weber

Personen mit Einschränkungen durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit nehmen häufig nicht an sportlichen Aktivitäten teil. Der im Modellvorhaben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eingesetzte Sportcoach soll dabei helfen, ein individuell angepasstes Bewegungs- oder Sportangebot zu finden.

Sport bringt positive Effekte auf physischer, psychischer und sozialer Ebene mit sich.^{[1][2]} So wirken sportliche Aktivitäten nicht nur positiv auf das Herz-Kreislauf-System und die motorischen Grundeigenschaften, sondern können unter anderem auch zum subjektiven Wohlbefinden und zur Stressreduktion beitragen.^{[2][3][4][5]} Außerdem können sportliche Aktivitäten gruppenspezifische und sozial-kommunikative Prozesse fördern, wodurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbessert werden kann^[6,7].

Diese Vorteile zu nutzen, ist das Ziel sportbezogener Rehabilitationsmaßnahmen. Im Fokus steht, Mobilität und Selbstständigkeit durch sportliche Aktivität anzubahnen, sodass die Folgen einer Erkrankung oder eines Unfalls gemildert oder behoben werden.^[8] Außerdem soll die Rehabilitationsmaßnahme dazu beitragen, ein anschließendes (Reha-)Sportangebot zu finden, an dem eigenständig sowie langfristig teilgenommen wird. Es fehlen jedoch eine flächendeckende Versorgung im Rehasport und inklusive Sportangebote.^[9]

Darüber hinaus mangelt es an Schnittstellen zwischen Rehabilitationsmaßnahmen und Vereinen, sodass Rehabilitanden und Rehabilitandinnen häufig bei der Suche nach einem Sportangebot allein gelassen werden und es zu keiner dauerhaften Verankerung von sportlicher Aktivität kommt.^{[10][11][12][13]} Dies hat wiederum zur Folge, dass die Betroffenen nicht langfristig von den in der Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten profitieren können, wodurch auch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt wird.

An diesem Punkt setzt das Modellvorhaben „Inklusion durch Sport“ – der Sportcoach für Beratung, Begleitung und Vermittlung von Schwerverletzten und Berufserkrankten in der BGW“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) an, das vom Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS) wissenschaftlich evaluiert wurde.

Ein Sportcoach soll Versicherten der BGW dabei helfen, bestehende Erkrankungs- oder Unfallfolgen, insbesondere Schmer-

zen, zu überwinden und wieder dauerhaft in Bewegung oder Sport zu kommen.

In diesem Beitrag werden die Voraussetzungen für eine optimale Beratung, Vermittlung und Begleitung von Versicherten der BGW durch einen Sportcoach dargestellt und aufgezeigt, welchen Einfluss dieser auf die soziale Teilhabe der Versicherten durch mehr Sport haben kann.

Beschreibung des Modellvorhabens

An dem Modellvorhaben „Inklusion durch Sport“ konnten 56 Versicherte der BGW, die dauerhaft körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen infolge einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls haben, teilnehmen. Das Modellvorhaben wurde in fünf Bezirksverwaltungen der BGW (Köln, Delmenhorst, Bochum, Hamburg und Dresden) durchgeführt. Die Versicherten wurden über eine 18-monatige Interventionsphase von einem der fünf Sportcoaches engmaschig begleitet und unterstützt. Die personalisierte Beratung und Begleitung zu wohn-

”
Der Sportcoach soll dazu beitragen, die soziale Teilhabe zu fördern und zu stärken. Dies soll über eine gesteigerte Teilhabe an Sport- und Bewegungsangeboten erfolgen, durch die zum Beispiel neue Kontakte geknüpft werden können.“

ortnahen Sportangeboten soll dazu dienen, körperliche Ressourcen zu fördern und eine nachhaltige Veränderung hin zu mehr Sport und Bewegung im Alltag zu erreichen. Über die gesteigerte Teilhabe an Sport- und Bewegungsangeboten soll wiederum die soziale Teilhabe gefördert werden. Die Versicherten sollen so selbstbestimmt und eigenverantwortlich wie möglich in ihrem Wohnumfeld und in ihren Sozialräumen leben können. Ziel ist es, hierfür die physische und psychische Basis zu schaffen.

Sportcoach-Ansatz

Der im Modellvorhaben eingesetzte Sportcoach stellt einen neuen Ansatz zur Anbahnung und Etablierung von Sport- und Bewegungsangeboten bei Menschen mit Beeinträchtigungen im Zuge der beruflichen und sozialen Teilhabeförderung durch die Unfallversicherung dar. Dadurch werden über den klassischen Ansatz des Rehabilitationssportes hinaus Menschen mit Beeinträchtigungen nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten dabei begleitet, für sie individuell geeignete Sport-

oder Bewegungsangebote in der Region zu finden. Denn wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von einer nahestehenden Person beraten werden, fällt es ihnen leichter, Sport- und Bewegungsangebote umzusetzen.^[14]

Ein Sportcoach arbeitet demnach ganzheitlich und berücksichtigt auch die sportunabhängigen Lebensbereiche der Versicherten. Um ein passendes Sport- oder Bewegungsangebot zu finden, wird nicht nur der Rehasport in den Blick genommen, sondern vielfältige Freizeitaktivitäten, wodurch sich das Angebot an sportlichen Aktivitäten vergrößern kann. Auch wird im Freizeitsport neben der biomedizinischen (Krankheitsbild) Sichtweise die gelebte oder erlebte Gesundheit berücksichtigt. So können die Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigungen aus einer ganzheitlichen, gesundheitsbezogenen Perspektive betrachtet werden, wodurch der Sportcoach-Ansatz im Gegensatz zum vorherigen (Rehasport-)Ansatz langfristiger, umfassender und breiter aufgestellt ist.

Das übergeordnete Ziel ist, die soziale Teilhabe zu fördern und zu stärken. Dies soll über eine gesteigerte Teilhabe an Sport- und Bewegungsangeboten erfolgen, durch die neue Kontakte geknüpft oder über die erst die psychophysische Basis geschaffen werden kann, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dabei ist es notwendig, dass vorhandene Barrieren seitens des Sportcoachs vor Beginn der Sport- und Bewegungsangebote erkannt und Lösungen gefunden werden.

Um den Erfolg des Projekts messen zu können, wurden die Versicherten der BGW im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Modellvorhabens mittels Einzel- sowie Fokusgruppeninterviews befragt. Insgesamt fanden dazu vier Messzeitpunkte (MZP) statt. Die Interviews sollten unter anderem dazu dienen, herauszufinden, welche Voraussetzungen ein Sportcoach erfüllen muss, damit die Barrieren der Versicherten im Vorfeld abgebaut werden und anschließend eine Begleitung, Beratung und Vermittlung an Sport- und Bewegungsangeboten Erfolg versprechend sind.



Der Sportcoach-Ansatz wurde anhand einer multimethodischen Vorgehensweise wissenschaftlich evaluiert. Versicherte wurden dazu innerhalb einer 18-monatigen Interventionslaufzeit, zu jeweils vier Messzeitpunkten, anhand einer Fragebogenbatterie und eines leitfadengestützten Interviews befragt. Die Angaben weiterer Akteurinnen und Akteure im Modellvorhaben (Sportcoaches und Angehörige) wurden ebenfalls per Fragebogen und Fokusgruppeninterview in die Evaluation miteingeschlossen. Damit die Effektivität des Sportcoach-Ansatzes auf verschiedenen Ebenen zielgenau überprüft werden kann, wurden für das gesamte Modellvorhaben drei Zielstellungen formuliert:

- Zunahme der Teilhabe am Sport
- Verbesserung der Teilhabe durch Sport
- Zusammenstellung der Kriterien guter Beratung, Vermittlung und Begleitung eines Sportcoaches

Erwartungen der Versicherten an das Modellvorhaben

Die Interviews mit den Versicherten zum ersten MZP zeigten, dass sie viele unterschiedliche Erwartungen und Wünsche an das Modellvorhaben hatten. Einige Versicherte hatten seit ihrem Unfall oder ihrer Erkrankung veränderte Bedarfe und Bewegungsmöglichkeiten, weshalb sie sich zu Beginn des Modellvorhabens vom Sportcoaching wünschten, dass sie „beweglicher werde[n]“ (DP_02 T2, Z.111) und mit ihren Hilfsmitteln wie zum Beispiel „mit Unterarm-Gehhilfen oder Rollator laufe[n]“ den Umgang lernen (DP_02 T2, Z.111). Andere Versicherte wünschten sich, dass der Sportcoach ihnen dabei hilft, ein Sportangebot zu finden, wodurch sie sich mehr bewegen können und „ohne eben dann daran denken, Sport zu machen“ (DP_01 T2, Z.114). Auch wurde gewünscht, dass den Versicherten verschiedene Angebote vorgestellt und erklärt werden, um ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, die sie vorher nicht kannten. Ein weiterer Punkt, der bei einem Sportangebot wichtig für die Versicherten

war, stellte das Knüpfen von Beziehungen dar. Man möchte wieder „unter die Leute kommen und gar nicht daran denken, dass man behindert ist oder angestrengt“ (DP_01 T2, Z. 116). Andere Versicherte betrieben bereits Sport und erhofften sich eine Unterstützung dabei. Sie wünschten sich somit vom Sportcoach, dass dieser sie zu Beginn begleitet und reflektiert, was noch optimiert werden kann. Insgesamt erhofften sie sich vom Modellvorhaben, dass ein individuelles Angebot gefunden werden kann und die Beratung, Vermittlung und Begleitung zu einer besseren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beitragen.

Voraussetzungen Beratung, Vermittlung und Begleitung

Aus den Interviews mit den Versicherten wurde ersichtlich, dass die Wünsche und Bedürfnisse sehr individuell sind. Sie machten deutlich, dass der Sportcoach auf fachlicher Ebene möglichst viele Kompetenzen und Kenntnisse besitzen sollte, um

dem gerecht werden zu können. Dies wird seitens der Versicherten als sehr wichtig empfunden, damit die Zusammenarbeit zum Erfolg führen kann.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Themen Beratung, Vermittlung und Begleitung erläutert.

Beratung

Bei der Beratung zu einem Sportangebot zu Beginn einer Sportcoach-Maßnahme steht die Individualität der Versicherten im Vordergrund. Obwohl einige Versicherte das gleiche Krankheitsbild haben, bevorzugen sie trotzdem unterschiedliche Sportangebote. Dies erfordert eine hohe Flexibilität seitens der Sportcoaches.

Neben dem Krankheitsbild sollte bei der Beratung auch die psychische Ebene in den Blick genommen werden, die in den meisten Fällen durch die Auswirkungen der Erkrankung von Bedeutung ist. Außerdem geht aus Abbildung 1 hervor, dass die

Versicherten vor allem eine ganzheitliche Herangehensweise des Sportcoaches präferieren, damit die Bedürfnisse und Wünsche auf den verschiedenen Ebenen bestmöglich erfüllt werden.

Vermittlung

Durch die individuelle Beratung kann der Sportcoach die Versicherten an ein wohnortnahes und an deren Bedürfnisse angepasstes Sportangebot vermitteln. Die kontinuierliche individuelle Beratung gewährleistet, dass die Versicherten im weiteren Verlauf auch an neue Sportangebote vermittelt werden.

Bei der Vermittlung eines Sportangebotes steht ebenfalls die psychologische Komponente im Vordergrund. Es sollte zum Beispiel darauf geachtet werden, dass der Weg zum Sportangebot, die Gegebenheiten vor Ort sowie die Durchführung des Sportangebotes nicht zu anstrengend sind und somit eine mögliche Stresssituation vermieden wird.

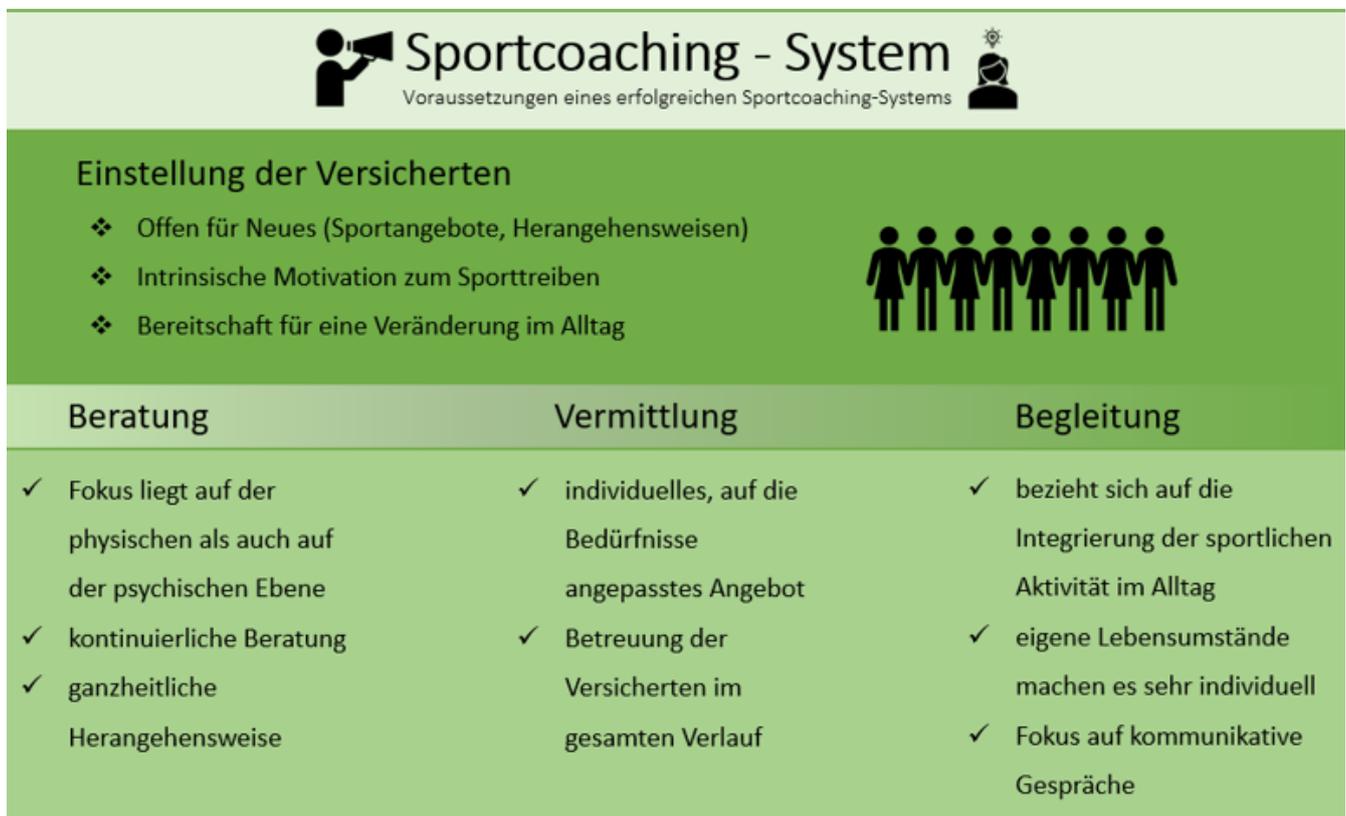


Abbildung 1: Voraussetzungen für ein erfolgreiches Sportcoaching von Versicherten der BGW



Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass das Sportcoaching positiv von den Versicherten angenommen wurde und Erfolg hatte.“

Begleitung

Nach der Beratung und Vermittlung sollte der Sportcoach abschließend auch gemeinsam mit den Versicherten die Implementierung des Sportangebotes in deren Alltag durchlaufen. Im Prozess zur Integrierung des neuen Sportangebotes nimmt somit die Begleitung durch den Sportcoach eine wichtige Rolle ein. Von großer Bedeutung sind dabei regelmäßige Gespräche und die Erreichbarkeit der Sportcoaches, damit die Umsetzbarkeit der Sportangebote im Alltag reflektiert werden kann und gleichzeitig Unsicherheiten und Ängste abgebaut werden können.

Die Einstellung der Versicherten ist essenziell

Bei der Evaluation des Modellvorhabens wurde auch die Perspektive der Sportcoaches berücksichtigt. In den gemeinsamen Fokusgruppen mit und ohne Versicherte erhielten die Sportcoaches die Möglichkeit, ihre Erfahrungen über das Modellvorhaben zu teilen. Dabei konnten sowohl Aussagen über den Verlauf der Zusammenarbeit als auch über die Herangehensweise der Versicherten ausgetauscht werden. Die Auswertung der Interviews ergab, dass für ein erfolgreiches Sportcoaching bestimmte Voraussetzungen gegeben sein

müssen. Damit das Sportcoaching-System als Maßnahme erfolgreich sein kann, ist es aus Sicht der Sportcoaches wichtig, dass die Versicherten offen für Neues sind und sich sowohl auf das Konzept als auch auf spezifische Sport- und Bewegungsmöglichkeiten beziehen.

Verankerung neuer Sportangebote im Alltag

In Bezug auf die Teilnahme an Sportangeboten durch die Versicherten und die Verankerung in deren Alltag zeigten die Einzelinterviews, dass 41 Versicherte durch die Zusammenarbeit mit dem Sportcoach ein Sportangebot finden konnten. Von den 41 Versicherten konnten 16 Versicherte bereits nach sechs Monaten ein neues, individuell angepasstes Sportangebot durch die Vermittlung der Sportcoaches finden. Aufgabe des Sportcoaches war es dabei, passende Sportangebote in Wohnortnähe zu recherchieren und den jeweiligen Versicherten zu empfehlen. Weitere 17 Versicherte konnten ihr bereits vor Beginn der Sportcoach-Maßnahme begonnenes Sportangebot durch die Beratung des Sportcoaches zum MZP 2 erweitern. Acht Versicherte erweiterten es zum MZP 3. Insgesamt acht Versicherte sprachen im zweiten Interview davon, Probleme in der Umsetzung des

Sportangebotes zu haben. Einige hatten Probleme bei der Wundheilung oder mussten sich einer erneuten Operation unterziehen, was das Sporttreiben unmöglich machte. Andere Versicherte sprachen von Problemen in der Hilfsmittelversorgung, die Voraussetzung für die Teilnahme an einem Sportangebot war. Darüber hinaus stellte die Corona-Pandemie die Versicherten vor Herausforderungen und Probleme, da Sportvereine und Fitnessstudios vorübergehend schließen mussten und zeitweise kein Gruppentraining in öffentlichen Räumen stattfinden konnte. Auch spielten der Zeitaufwand sowie die Fahrtwege für Versicherte eine große Rolle. Der Fahrtweg war vor allem für Versicherte, die auf dem Land leben, ein Problem, da dort wenige Angebote stattfinden und der Fahrtweg



Weitere Informationen:

Das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport gGmbH ist ein An-Institut der Deutschen Sporthochschule Köln in Trägerschaft der Gold-Kraemer-Stiftung, der Lebenshilfe NRW und der Deutschen Sporthochschule Köln. ➔ www.fi-bs.de

zum Teil mehr Zeit in Anspruch nahm als das Sportangebot selbst. Dadurch berichteten fünf Versicherte während des zweiten Interviews, kein geeignetes Sportangebot gefunden zu haben.

Erfahrungen der Versicherten bieten Perspektive

Im letzten Interview mit den Versicherten wurde nach einer allgemeinen Einschätzung des Modellvorhabens gefragt und wie sie es persönlich wahrgenommen haben. Dabei stellte sich heraus, dass das Modellvorhaben für viele Versicherte sehr erfolgreich war und positiv angenommen wurde. Sie berichteten, dass der Umgang mit dem Sportcoach sehr offen, herzlich und aufbauend war. Es fanden vertrauensvolle Gespräche statt, in denen der Sportcoach den Versicherten Mut zusprach, wodurch

die Person „[...] sich nicht allein gelassen“ (KP_03 T4, Z.114) fühlte. Außerdem erhöhten die Beratung und Begleitung des Sportcoaches die Motivation der Versicherten sowie das Interesse, sich mit neuen Aktivitäten zu beschäftigen und offen dafür zu sein. Auch führte das Wissen der Sportcoaches in der individuellen Begleitung dazu, dass die Versicherten einen Ansprechpartner für aufkommende Fragen bezüglich ihrer Erkrankung hatten und ihnen „[...] immer wieder Mut zugesprochen“ (HP_07 T4, Z.65) wurde. Die Begleitung ging sogar über die sportliche Ebene hinaus, indem der Sportcoach bei alltäglichen Aufgaben unterstützte und für alle Fragen offenstand. Dadurch fühlten sich die Versicherten in ihrer Situation umfassend verstanden und nicht hilflos. Den Versicherten wurden neue Wege und Möglichkeiten aufgezeigt, die sie vorher

nicht kannten oder nicht in Betracht gezogen hatten. Außerdem führte das Sportcoaching dazu, neuen Mut zu fassen, etwas Neues auszuprobieren und zu lernen, mit der Krankheit oder den Unfallfolgen umzugehen. Ein Versicherter spricht sogar davon, dadurch die Möglichkeit bekommen zu haben, „[...] ein lebenswertes Leben zu leben“ (JP_15 T4, Z.75).

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass das Sportcoaching positiv von den Versicherten angenommen wurde und Erfolg hatte. Zuvor definierte Ziele der Versicherten konnten eingehalten und sogar übertroffen werden. Daraus wird deutlich, dass ein Sportcoaching für Versicherte der BGW, die dauerhaft körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen haben, wichtig und erwünscht ist und zu einem selbstbestimmteren Leben beitragen kann. ↩

Fußnoten

- [1] Schliermann, R.; Anneken, V.; Abel, T.; Bungter, T.; Froböse, I. (2014): Sport von Menschen mit Behinderungen. Grundlagen, Zielgruppen, Anwendungsfelder. Unter Mitarbeit von Florian Becker. 1. Aufl., München: Elsevier Urban & Fischer, www.lehmanns.de/midvox/bib/9783437450716 (abgerufen am 24.04.2023).
- [2] Finger, J. D.; Manz, K.; Krug, S. & Mensink, G. B. (2016): Epidemiologie der körperlichen Aktivität und Inaktivität. In: Winfried Banzer (Hrsg.): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin. 1. Aufl. 2017, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 4–13.
- [3] Furmaniuk, L.; Cywinska-Wasilewska, G.; Kaczmarek, D. (2010): Influence of long-term wheelchair rugby training on the functional abilities in persons with tetraplegia over a two-year post-spinal cord injury. In: Journal of rehabilitation medicine 42 (7), S. 688–690, DOI: 10.2340/16501977-0580.
- [4] Klassen, O.; König, A.; Haehling, S. von; Bralke, F. (2020): Kardiovaskuläre Fitness in der Onkologie: Bewegung und Sport. In: Internist 61 (11), S. 1140–1150, DOI: 10.1007/s00108-020-00882-1.
- [5] Steigele, W. (2020): Bedeutung der Bewegung. In: Bewegung, Mobilisation und Positionswechsel in der Pflege: Springer, Berlin, Heidelberg, S. 3–6, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60538-7_1 (abgerufen am 24.04.2023).
- [6] Anneken, V.; Bungter, T. (2015): Rehabilitationssport. In: Helga Adolph: Handbuch Behinderung und Sport. Hrsg. v. Manfred Wegner, Volker Scheid und Michaela Knoll. Schorndorf: Hofmann (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, Band 188), S. 216–225.
- [7] Hebbel-Seeger, A.; Horky, T.; Schulke, H. (Hrsg.) (2014): Sport und Inklusion – ziemlich beste Freunde? 1. Aufl., Aachen: Meyer & Meyer Sportverlag, www.nomoslibrary.de/10.5771/9783840310706 (abgerufen am 24.04.2023).
- [8] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023): Wie beantrage ich eine Reha?, www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/06_Beantragung_Reha/Beantragung_Reha_node.html (abgerufen am 24.04.2023).
- [9] Anneken, V. (2013): Behindertensport für Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen. In: Neurol Rehabil 19 (1), S. 61–68, www.hippocampus.de/media/316/cms_51277ba9222be.pdf (abgerufen am 24.04.2023).
- [10] Anneken, V. (2009): Behindertensport ist Teilhabe. In: B & G 25 (05), S. 190–194, DOI: 10.1055/s-0029-1224633.
- [11] Deck, R.; Raspe, H. (2006): Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein, Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. In: Die Rehabilitation 45 (5), S. 272–281, DOI: 10.1055/s-2006-940106.
- [12] Schüle, K.; Jochheim, K. A. (2012): Rehabilitationspropädeutik. In: Schüle, K., Huber, G. (Hrsg.): Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Ärzte Verlag, S. 67–94.
- [13] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen), www.barfrankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/Arbeitshilfe_Bewegungsorgane.pdf (abgerufen am 24.04.2023).
- [14] Oster, J.; Müller, G.; Wietersheim, J. V. & Braunger, C. (2017): Die prognostische Bedeutung von Patientenmerkmalen und ICF-Faktoren für den Behandlungsverlauf und die sozialmedizinische Entwicklung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation.

Studieren mit Behinderung

Key Facts

- Die Teilhabe von Studierenden mit Behinderung ist eine zentrale Chance für Hochschulen, um den Wert von Vielfalt erlebbar zu machen
- Menschen mit Behinderung haben einen gesetzlichen Anspruch auf vollumfängliche Teilhabe an einem Studium
- Die Verantwortung für die Schaffung von Voraussetzungen zur Teilhabe liegt bei den Hochschulen

Autor

➔ **Thomas Abel**

Wie können Hochschulen den gesetzlich verankerten Teilhabeanspruch von Menschen mit Behinderung umsetzen? Nachteilsausgleiche und Beauftragte, die die betroffenen Studierenden begleiten, sind wichtige Maßnahmen.

Ein Studium als Qualifikationsweg für das spätere Berufsleben erfreut sich bei jungen Menschen nach wie vor großer Beliebtheit, auch wenn die absoluten Zahlen der Studienanfänger und -anfängerinnen nur bis zum Jahr 2012 rasant anstiegen und seitdem allgemein leicht rückläufig sind.^[1] Dies trifft auch zu, wenn die Studierendenquote betrachtet wird, also auch die rückläufigen Geburtenraten der jeweiligen Jahrgänge berücksichtigt werden, die für ein Studium infrage kämen. Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung steht der Weg in ein Studium gleichberechtigt und gleichwertig offen, was Maßnahmen an den Universitäten und Hochschulen angewandter Wissenschaft (Fachhochschulen) erforderlich macht. Dies betrifft sowohl die Zugänge – insbesondere wenn Eignungsfeststellungsverfahren vor Aufnahme des Studiums anstehen wie in den Fächern Sport, Musik und Kunst – als auch das eigentliche Studium, wenn Praxisanteile von Relevanz sind wie Laborpraktika, Praxisanteile im medizinischen Studium oder sportpraktische Anteile.

Zahlen und Fakten

Im Wintersemester 2022/2023 studierten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 2,9 Millionen Menschen. Auf

die Universitäten entfielen davon 1,73 Millionen Studierende, auf die Fachhochschulen circa eine Million. Weitere Studierende gab es in den Kunsthochschulen und theologischen Hochschulen.^[2] In Deutschland sind der gleichberechtigte Zugang zu einem Studium und dessen Absolvierung gesetzlich verankert. Dabei wird die internationale Regelung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die in Deutschland am 26. März 2009 in Kraft trat und die im § 24 Abs. 5 den diskriminierungsfreien und gleichberechtigten Zugang zur Hochschulbildung sichert, in Bundes- und Landesrecht umgesetzt.^[3] Auf Bundesebene dient hierzu § 2 Abs. 4 des Hochschulrahmengesetzes (HRG), in dem festgelegt wird, „dass Hochschulen dafür Sorge tragen, „dass behinderte Studierende in ihrem Studium nicht benachteiligt werden und die Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können“^[4]. Diese Vorgabe wird im föderal strukturierten Bildungswesen in den jeweiligen Landeshochschulgesetzen umgesetzt und findet an den Hochschulen Anwendung, verankert in Grundordnungen sowie konkreten rechtlichen Regelungen.

Eine dieser Regelungen an deutschen Hochschulen betrifft die Verankerung von Beauftragten für die Belange von Studierenden

mit Behinderung oder chronischer Erkrankung an den Hochschulen. Im Nordrhein-Westfälischen Hochschulgesetz ist beispielsweise in § 62 Abs. 2 geregelt: „Die beauftragte Person wirkt darauf hin, dass den besonderen Bedürfnissen von Studierenden mit Behinderung oder chronischer Erkrankung Rechnung getragen wird und insbesondere die zu ihren Gunsten geltenden Rechtsvorschriften beachtet werden. Sie wirkt insbesondere bei der Planung und Organisation der Lehr- und Studienbedingungen und beim Nachteilsausgleich hinsichtlich des Zugangs und der Zulassung zum Studium, hinsichtlich des Studiums und hinsichtlich der Prüfungen mit. Sie behandelt Beschwerden von Betroffenen. Beanstandet die beauftragte Person eine Maßnahme, hat die Beanstandung aufschiebende Wirkung. Wird keine Abhilfe geschaffen, ist das Rektorat zu beteiligen.“^[5]

Aus der 22. Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks geht hervor, dass 16 Prozent der Studierenden sich so einstufen, dass sie mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung studieren. Davon entfallen 65,2 Prozent auf psychische Erkrankungen, 20,5 Prozent auf chronische somatische Krankheiten, 3,7 Prozent auf Teilleistungsstörungen, 2,5 Prozent auf Bewegungsbeeinträchtigungen, 1,9 Prozent auf Sehbeeinträchtigung, 1,1 Prozent auf



Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung steht der Weg in ein Studium gleichberechtigt und gleichwertig offen, was Maßnahmen an den Universitäten und Hochschulen angewandter Wissenschaft (Fachhochschulen) erforderlich macht.“

Hörbeeinträchtigung und 5,1 Prozent auf andere Beeinträchtigungen.^[6] Bei den Zahlen dieser umfangreichen Befragung von Studierenden in Deutschland muss berücksichtigt werden, dass die Selbsteinschätzung der befragten Studierenden nicht auf die im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) definierte gesetzliche Grundlage einer Behinderung abzielte, sondern auf eine selbst wahrgenommene gesundheitliche Beeinträchtigung. Zur Anzahl von Studierenden mit einem nachgewiesenen Grad einer Behinderung gibt es keine verlässlichen Zahlen.

Organisation und Beratung

Ziel der Maßnahmen an Hochschulen, die für Studierende mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung getroffen werden, ist es, den gleichberechtigten Zugang und die gleichberechtigte Teilhabe am Studium zu gewährleisten. Dies beinhaltet alle Rechte und Pflichten, die sich aus einem Studium an einer Universität oder Fachhochschule allgemein ergeben. Nahezu alle Universitäten und Fachhochschulen regeln dies unter anderem über Personen, die als Beauftragte für die Belange von Studierenden mit Behinderung und chronischer Erkrankung eingesetzt oder gewählt werden und die auch für den gleichberechtigten Zugang von Studienbewerberinnen und -bewerbern zuständig sind. Die Beauftragten beraten und unterstützen die Studierenden bei der Organisation des Studiums, der Organisation von Prüfungen und bei anderen studiumsrelevanten Aspekten, die

mit der Behinderung oder chronischen Erkrankung im Zusammenhang stehen. Hierzu gehört insbesondere die Beratung im Rahmen von Nachteilsausgleichen bei Prüfungen. Aus dieser Konstellation ist abzuleiten, dass die beauftragten Personen eine verbindende und gegebenenfalls vermittelnde Position zwischen den relevanten Stellen der Hochschule – insbesondere den Prüfungsämtern – und den Studierenden einnehmen. Im Idealfall sollte der Rückblick eines oder einer Studierenden mit Behinderung dann so ausfallen wie das Feedback von Vera Tham, einer Studentin der Deutschen Sporthochschule Köln und ehemaligen Paralympicsteilnehmerin: „Für mich war das Studium an der SpoHo eine Zeit der gelebten Inklusion. Ich war einfach eine Studentin von vielen, die das studierte, was ihr Freude machte, so wie alle anderen auch. Die Behinderung stand nicht im Mittelpunkt.“

Nachteilsausgleich

Nachteilsausgleiche sind eine individualisierte sowie situationsbezogene Maßnahme zur Sicherung der gleichberechtigten Teilhabe von Studierenden mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung. Sie dienen auch der Chancengleichheit, insbesondere in Prüfungssituationen. Die Beauftragten einer Hochschule beraten und begleiten die Studierenden bei der Beantragung von Nachteilsausgleichen, die üblicherweise von den Prüfungsämtern beschieden werden.

Nachteilsausgleiche können vielfältig sein und rekurren auf die aus der Behinde-

rung oder chronischen Krankheit entstehenden Nachteile. Gängig sind Anpassungen der Länge von Prüfungszeiten oder die Änderung von Räumlichkeiten, in denen die Prüfung stattfindet, oder Änderungen der Prüfungsform, der Prüfungsumfänge und die Möglichkeit, Teilprüfungen abzulegen. Voraussetzung für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs ist neben dem Nachweis eines Nachteils, dass sich das Wesen der kompetenzorientierten Prüfung nicht ändert.

Härtefall

Ein klassischer Härtefall im Rahmen eines Studiums mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung liegt in der Regel dann vor, wenn die Person, die sich auf die Zulassung zu einem Studium oder auf die Zulassung zu beschränkten Studiuminhalten bewirbt, so schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen hat, dass ihr nicht zugemutet werden kann, auf die Zulassung zu warten. Dies gilt insbesondere bei progressiven Behinderungen oder Erkrankungen. Zum Teil halten Hochschulen für diese Fälle Kontingente der zu vergebenen Studienplätze vor (Quotenregelung, oftmals zwei Prozent der Gesamtplätze, die vergeben werden können).

Organisation an der Deutschen Sporthochschule Köln

Eignungsfeststellungsverfahren

Alle Bachelorstudiengänge der Hochschule sind in ihrem Wesen zentral als sportpraktische Studiengänge ausgelegt. Aus diesem Grund ist der Zugang zu diesen Studien-

gängen neben den üblichen Vergabeverfahren von Studienplätzen an Hochschulen an eine entsprechende Eignungsfeststellung gekoppelt. Am Testtag werden die Personen mit einer Behinderung, die an allen Tests im gleichen Verfahren und zusammen mit anderen Prüflingen teilnehmen, von den Beauftragten der Universität durchgehend begleitet. Die Prüfenden der Hochschule bewerten die Leistungen der Bewerberinnen und Bewerber mit Behinderung in gleicher Form. Der einzige Unterschied besteht darin, dass der Eignungstest auch dann fortgeführt werden darf, wenn mehr als ein Defizit auffällig wird. Ist das der Fall, wird nach dem Test und unter Beteiligung der Fachvertreterinnen und Fachvertreter der Sportarten und der Beauftragten ein Gutachten für das Rektorat erstellt, ob die Defizite eher einem mangelnden Üben, einer mangelnden Eignung oder der Behinderung zuzuordnen sind. Im letzten Fall würde das Rektorat der Hochschule dann entscheiden, ob der Test im Sinne eines Nachteilsausgleichs als bestanden gewertet wird oder nicht.

Nachteilsausgleich

Prüfungen sind immanenter Bestandteil eines Studiums. Ein Studiengang, dessen Wesensmerkmal auch aus sportpraktischen Inhalten besteht, wird deshalb zwingend praktische Prüfungen durchführen, bei denen Studierende mit einer Behinderung, analog zu den Studierenden ohne Behinderung, das Recht auf eine faire Leistungsanforderung und Leistungsbeurteilung haben. Darüber hinaus berühren einige Formen einer Behinderung aber auch sporttheoretische Prüfungen. Zum Beispiel wenn in einem Modul eine schriftliche Prüfung im Antwort-Wahl-Verfahren (Multiple Choice) durchgeführt wird und teilnehmende Studierende nicht sehen können.

Nachteilsausgleiche müssen folgende Punkte gewährleisten: Sie müssen eine adäquate, gleichwertige und rechtsverbindliche Prüfungssituation inklusive der korrekten Beurteilung des Prüflings darstellen. Die Person mit einer Behinderung darf weder bevorzugt noch benachteiligt werden. Es sollte eine möglichst große Transparenz für alle Beteiligten bestehen.

Bei den sportpraktischen Prüfungen sind Anpassungen der Leistungsbeurteilungen oder Variationen bei den praktischen Anforderungen möglich und üblich. Ein Beispiel: Die Leistungsanforderungen der Studierenden ohne Behinderung für eine Teilleistung des Studiums – zum Beispiel Zeit über 100 Meter Freistil im Schwimmen – kann als Prozentwert der Weltbestleistung über 100 Meter Freistil dargestellt werden. Für den Bewerber oder die Bewerberin mit einer Behinderung, denen zum Beispiel ein Unterarm oder eine Hand fehlt, wird dann analog der gleiche Prozentwert für die Notenfindung herangezogen. Bezug wäre allerdings die Weltbestleistung innerhalb der hier vorliegenden Wettkampfkategorie im paralympischen Sport.

Teilhabe ist ein Erfolgsmodell

Viele Hochschulen in Deutschland unternehmen große Anstrengungen, um die Teilhabe aller Studierenden zu realisieren. Die Hochschulrektorenkonferenz verpflichtet sich mit ihrem Programm „Auf dem Weg zu einer Hochschule für alle“^[7] ebenfalls zu diesen Aktivitäten. Das ist sicherlich notwendig, um die oben dargestellte rechtlich verbrieftete Teilhabe von Menschen innerhalb eines Studiums zu realisieren. Bedeutsamer erscheint allerdings aus Sicht einer Hochschule, mit dem eigenen Engagement für Vielfalt das zu ermöglichen, was ein Studierender mit einer Halbseitenlähmung so formuliert: „Ich studiere die Fächer Sport und Chemie für das Lehramt, um meine Leidenschaft zu studieren. Zudem kann ich mich in einem Umfeld, das mich wertschätzt, neuen sportlichen Herausforderungen stellen und damit teilhaben wie jeder andere Studierende auch.“ (Jan Luca Haupt)

Hochschulen profitieren, wenn Vielfalt als Chance verstanden wird. Ein Studierender, der im Verlauf des Bachelorstudiums erblindete und später auch noch einen Masterabschluss absolvierte, formuliert es folgendermaßen: „Es war mein Traum, an der Sporthochschule in Köln zu studieren, um mich im Umfeld des Sports beruflich verwirklichen zu können. Während des Studiums ist es unglaublich spannend, Ein-

blicke in die verschiedenen Disziplinen der Sportwissenschaft zu erlangen, das ging für mich sehend und nicht sehend. Aber ich bin auch froh und dankbar, dass ich der Hochschule hier und dort Dinge zurückgeben durfte und damit dazu beitragen konnte, dass sich meine Hochschule weiterentwickelt und der Wert von Vielfalt noch wahrnehmbarer wurde, die besonderen Bedarfe von Studierenden mit einer Behinderung noch mehr gesehen und bedient werden.“ (Marcel Wienads) ↩

Fußnoten

- [1] Centrum für Hochschulentwicklung 2023. Entwicklung der Studienanfänger*innen in Deutschland. Zugriff am 26. Juli 2023 unter https://www.che.de/download/checkstudienanfaenger/?wpdmdl=28458&refresh=64c8a054ccee61690869844&ind=1680771327409&filename=CHECK_Studienanfaenger_innen-in-Deutschland.pdf
- [2] Statistisches Bundesamt 2023. Studieren. Zugriff am 26. Juli 2023 unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/12355/dokument/studium-statista-dossier/>
- [3] Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Zugriff am 15. August 2023 unter <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/un-brk/un-brk-node.html>
- [4] Hochschulrahmengesetz 2019. Zugriff am 26. Juli 2023 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/hrg/HRG.pdf>
- [5] Hochschulgesetz Nordrhein-Westfalen (2019). Zugriff am 26. Juli 2023 unter https://www.mkw.nrw/system/files/media/document/file/mkw_nrw_hochschulen_hochschulgesetz_hochschulgesetz_novelliert_begrundet_0.pdf
- [6] Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks 2021. Studieren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zugriff am 26. Juli 2023 unter [https://www.studierendenwerke.de/themen/studieren-mit-behinderung/recht-politik-und-daten/daten#:~:text=11%20%25%20aller%20Studierenden%20geben%20eine,%2C%202012%3A%20137.000%20Studierende\).](https://www.studierendenwerke.de/themen/studieren-mit-behinderung/recht-politik-und-daten/daten#:~:text=11%20%25%20aller%20Studierenden%20geben%20eine,%2C%202012%3A%20137.000%20Studierende).)
- [7] Hochschulrektorenkonferenz 2009. Eine Hochschule für Alle. Zugriff am 26. Juli 2023 unter https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/Auswertung_Evaluation_Eine_Hochschule_fuer_Alle.pdf

Migration als Realität: Diversitätsorientierte Öffnung des Arbeitsschutzes

Key Facts

- Durch die wachsende kulturelle und sprachliche Vielfalt in den Betrieben entstehen Herausforderungen für den Arbeitsschutz
- Es braucht einen Perspektivenwechsel und eine strategische Öffnung für Diversität
- Von neuen Konzepten profitieren alle Beschäftigten

Autorin

➔ **Jana-Madeline Staupe**

Deutschland verändert sich dynamisch durch Globalisierung und Migration. Kulturelle und sprachliche Vielfalt sind bereits Normalität in den Betrieben. Wie gehen Akteurinnen und Akteure des Arbeitsschutzes aktuell damit um? Welche Herausforderungen bestehen? Wie gelingt es, sich im Bereich der Prävention diesbezüglich zukunftsfähig aufzustellen?

Deutschland ist ein Einwanderungsland. 23,8 Millionen Menschen hierzulande haben einen sogenannten Migrationshintergrund.^{[1][2]}

Der Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten hat sich in den vergangenen zehn Jahren mehr als verdoppelt und lag Ende 2022 bei über 5,7 Millionen.^[3] Neben akademischen Fachkräften umfasst diese Gruppe auch viele Menschen, die unter anderem in der Logistik oder Gastronomie dazu beitragen, dass der Alltag hierzulande reibungslos funktioniert.^[4]

Die Tatsache, dass Deutschland eine Migrationsgesellschaft ist, wurde in den vergangenen Jahrzehnten auf politischer Entscheidungsebene allerdings lange nicht anerkannt. So fehlt es bis heute an flächendeckenden Konzepten, um der wachsenden kulturellen und sprachlichen Vielfalt zu begegnen.

Auch in Organisationen und Unternehmen braucht es verstärkt ein strategisches Vorgehen sowie eine Berücksichtigung

der Bedarfe und Potenziale in der Migrationsgesellschaft. Dies gilt auch für den Arbeitsschutz, um das Recht auf sichere und gesunde Beschäftigung für alle garantieren zu können.

Status quo Arbeitsschutz und Umgang mit kultureller Vielfalt

Eine explorative Befragung des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw)^[5] gibt Hinweise, wie Institutionen der betrieblichen Prävention sowie der Aufsicht aufgestellt sind in Bezug auf die Themen und Herausforderungen, die Migration mit sich bringt.

80 Prozent der Befragten sehen diesbezüglich Handlungsbedarf. Es wird berichtet, dass die Umsetzung aufgrund der Heterogenität der Belegschaften immer aufwendiger wird. Die Kommunikation und die Sicherheitsunterweisungen werden am häufigsten als Herausforderung genannt. Man verständige sich teilweise „mit Händen und Füßen“. Es müsse mehr erklärt werden, es brauche Übersetzungen und

neue Konzepte für die Vermittlung. Fachkräfte für Arbeitssicherheit stellten teils in mühevoller Kleinarbeit Unterweisungsunterlagen zusammen oder es würden Online-Übersetzungsprogramme genutzt. Dies funktioniere aber nur bedingt und mit hohem Aufwand.

Laut „Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Verwendung von Arbeitsmitteln“ ist gesetzlich geregelt, dass Informationen „in einer für die Beschäftigten verständlichen Form und Sprache“ zur Verfügung gestellt werden müssen (§ 12 Abs. 1 Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV)). Daten aus einer Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zu Unterweisungen ergeben, dass lediglich die Hälfte der Betriebe, die Personen ohne gute Deutschkenntnisse beschäftigen, diesen Informationen zum Arbeitsschutz in ihrer Herkunftssprache zur Verfügung stellen und auch nur in geringem Umfang.^[6]

Neben sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten spielen in der Wahrnehmung der Akteurinnen und Akteure auch



Auch in Organisationen und Unternehmen braucht es verstärkt ein strategisches Vorgehen sowie eine Berücksichtigung der Bedarfe und Potenziale in der Migrationsgesellschaft. Dies gilt auch für den Arbeitsschutz, um das Recht auf sichere und gesunde Beschäftigung für alle garantieren zu können.“

kultur-, religions- und sozialisationsbedingte Verhaltensweisen eine Rolle. Bezüglich der Vorerfahrungen der Beschäftigten mit dem Arbeitsschutz im Herkunftsland wird berichtet, dass man teilweise „bei null“ anfangen.

Es wird deutlich, dass die Gruppe der Migrantinnen und Migranten, die erst seit kurzer Zeit in Deutschland arbeiten und über geringe Sprachkenntnisse verfügen, hier zentral im Fokus ist.

Paradigmenwechsel: Von der Anpassungserwartung zur Öffnung

Die häufig zitierte Erwartung der Integration betont die „Bringschuld“ von Migrantinnen und Migranten zum Beispiel beim Erlernen der deutschen Sprache und bei der Akzeptanz der Normen in Deutschland. Es wird eine einseitige Anpassung erwartet und diese Einstellung ist häufig defizitorientiert. Die migrantische Person wird als Sonderfall gesehen, die zusätzliche Arbeit bereitet.

Auch wenn eine Gesellschaft erwarten kann, dass hier beschäftigte Menschen langfristig etwa die deutsche Sprache erlernen: Von einem rumänischen Arbeiter in

der Fleischindustrie mit einer 50-Stunden-Woche zu erwarten, dass er sich abends von seiner Sammelunterkunft aus auf den Weg macht, um einen Deutschkurs zu besuchen, mit dem Ziel, dann alle sicherheitsrelevanten Informationen im Betrieb auf Deutsch verstehen zu können, erscheint wenig realistisch.

Was es braucht, ist ein Paradigmenwechsel dahin gehend, dass die bestehenden Strukturen Ausgangspunkt von Veränderungen werden.

Das Konzept der interkulturellen Öffnung^[7] beschreibt diesen strategischen Veränderungsprozess, der die migrationsbedingte gesellschaftliche Vielfalt als Realität und Normalfall anerkennt und von Beginn an auf allen Ebenen berücksichtigt.

Die Umsetzung auf organisationaler Ebene

Es gilt, sowohl die bestehenden Strukturen und Prozesse hinsichtlich der Bedarfe von Migrantinnen und Migranten als auch bestehende Ausgrenzungsmechanismen zu analysieren, um darauf aufbauend entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Im Sinne einer umfas-

senden Diversitätsorientierung sollte hier unbedingt auch das Zusammenwirken mit weiteren Dimensionen wie Geschlecht, körperlichen und geistigen Fähigkeiten oder Alter berücksichtigt werden.

Ziel ist, dass alle Menschen, mit und ohne Migrationserfahrung und unabhängig von ihren Deutschkenntnissen, Zugang zu den Leistungen und Ressourcen der jeweiligen Einrichtung wie zum Beispiel Betrieb, Unfallversicherung und staatliche Aufsichtsbehörde erhalten.

Auch geht es darum, bisher ungenutzte Chancen und Potenziale sichtbar zu machen. Ein wichtiger Punkt ist hier die Rekrutierung von Personen mit Fremdsprachenkenntnissen und Kulturwissen: Das heißt nicht, Personen nur aufgrund dieser Qualifikationen anzustellen oder auszubilden. Es gibt jedoch bereits qualifizierte Menschen, die diese Zusatzkompetenzen mitbringen. Oft werden diese nur nicht explizit als Anforderung formuliert oder intern abgefragt.

Des Weiteren bieten sich Kooperationen mit örtlichen Migrantinnenorganisationen an. Aufgrund negativer Erfahrungen im Herkunftsland sind bei manchen Menschen

Besuche von Behörden und Aufsichtspersonen mit großen Befürchtungen verbunden. Da kann es hilfreich sein, gemeinsame Formate zu entwickeln, um Unsicherheiten zu nehmen und Vertrauen in die Aufsicht aufzubauen.

Bedeutend für den Erfolg des Veränderungsprozesses ist seine Verankerung als Querschnittsthema in der strategischen Steuerung. Es sollten verantwortliche Personen benannt, Maßnahmen festgelegt und deren Umsetzung überprüft werden. Es geht nicht darum, etwa vereinzelt Broschüren zu übersetzen, sondern neue Vermittlungskonzepte zu etablieren.

Zudem gilt es, die Beschäftigten von Beginn an umfassend zu informieren und einzubeziehen.

Aufbau interkultureller Kompetenz unerlässlich

Die Sensibilisierung und Qualifizierung der Beschäftigten im Bereich der Prävention und der Aufbau interkultureller Kompetenz sind wichtige Bausteine des Erfolgs von Diversitätsorientierung und interkultureller Öffnung.

Interkulturelle Kompetenz beschreibt die Fähigkeit, in interkulturellen Situationen,

basierend auf bestimmten Haltungen und Einstellungen sowie spezifischen Handlungs- und Reflexionsfähigkeiten, effektiv und angemessen zu interagieren.^[8]

Interkulturalität ist hier nicht als nationalkulturvergleichend definiert, da dies häufig stereotype Bilder von „den Türken“ oder „den Bulgaren“ begünstigt und die Unterteilung in „wir“ und „die anderen“ fördert. Deutschland ist als Migrationsgesellschaft bereits sehr vielfältig. Daher ist interkulturelle Kompetenz hier universell und kulturübergreifend gemeint.

Entsprechende Schulungen sowie regelmäßige kollegiale Austauschformate für die Beschäftigten sind bedeutend.

Von neuen Konzepten profitieren auch andere

Ein vielfaltsgerechter Arbeitsschutz hilft auf breiter Ebene bei der Verbesserung von Sicherheit und Gesundheit.

Von der Überarbeitung und Neukonzipierung von Arbeitsschutzmaßnahmen profitieren alle Beschäftigten, insbesondere auch Auszubildende und Berufseinsteigende, die Schwierigkeiten haben, Fachbegriffe zu verstehen. Zudem leben etwa 6,2 Millionen Analphabetinnen und

Analphabeten in Deutschland^[9], die auf verständliche sicherheitsrelevante Informationen angewiesen sind.

Neue Kommunikationswege und -formen sowie Patenprogramme und Austauschformate, die Teil einer Diversitätsstrategie sein können, leisten einen positiven Beitrag zu einer wertschätzenden und integrativen Unternehmenskultur.

Und gerade auch Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Aufsichtspersonen profitieren von strukturellen Erleichterungen. Wenn nicht jede Person einzeln entscheiden muss, wie sie in unklaren Situationen handelt, sondern bestimmte Themen kollegial besprochen werden und entsprechende Konzepte existieren, gibt das Orientierung, Entlastung und Handlungssicherheit.

Angesichts des wachsenden Arbeitskräftemangels in Deutschland wird die sprachliche und kulturelle Vielfalt weiter zunehmen, sodass ein erfolgreicher Arbeitsschutz auch von einem proaktiven und strategischen Umgang mit Diversität beeinflusst wird. 

Hinweis: Die für das DGUV Forum gültige Variante des Genderns entspricht nicht der der Autorin.

Fußnoten

[1] Definition nach Statistischem Bundesamt: Die Person selbst oder mindestens ein Elternteil ist nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren. Hinweis: Diese Gruppe ist sehr heterogen und umfasst sowohl Menschen in dritter Generation in Deutschland als auch jüngst migrierte Menschen.

[2] Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Tabelle Personen mit Migrationshintergrund, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/liste-migrationshintergrund-geschlecht.html#116670> (abgerufen am 30.06.2023).

[3] Bundesagentur für Arbeit: Migration und Arbeitsmarkt, <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Migration-Zuwanderung-Flucht/Migration-Zuwanderung-Flucht-Nav.html> (abgerufen am 30.06.2023).

[4] Bundesagentur für Arbeit: Beschäftigte nach Berufen (Klassifikation der Berufe 2010) – Deutschland, West/Ost und Länder (Quartalszahlen), 2022, https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1523064&topic_f=beschaeftigung-sozbe-bo-heft (abgerufen am 30.06.2023).

[5] Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw): Diversity im Arbeitsschutz? Explorative Befragung von Arbeitsschutzakteurinnen und -akteuren zu Migration im Kontext des Arbeitsschutzes, 2019.

[6] Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA): Dachevaluation 2013–2018, eigene Berechnungen des Landesinstituts für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen.

[7] Vgl. Schröer, H.: Interkulturelle Orientierung und Öffnung: ein neues Paradigma für die soziale Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 3, S. 80–91, Berlin 2007.

[8] Bertelsmann Stiftung: Interkulturelle Kompetenz – Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts?: Thesenpapier auf Basis der Interkulturellen-Kompetenz-Modelle von Dr. Darla K. Deardorff, Gütersloh 2006.

[9] Grotlüschen, A. & Buddeberg, K. (Hrsg.): LEO 2018. Leben mit geringer Literalität. Bielefeld: wbv 2020.

Interkulturelles Training für die erfolgreiche Integration ausländischer Fachkräfte

Key Facts

- Sprachbarrieren sind nicht die einzigen Hürden
- Fachliche, betriebliche und soziale Integration sind unerlässlich
- Interkulturelle Kompetenzen können in Verbindung mit Aspekten und Strukturen des betrieblichen Arbeitsschutzes vermittelt werden

Autor

➔ **Stephan Köhler**

Fachkräftemangel macht sich besonders in der Alten- und Krankenpflege bemerkbar. Abhilfe verspricht die Anwerbung im Ausland. Das Training „Das interkulturelle Team – Pflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unterstützt bei der Integration neuer Mitarbeitender.

Das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln prognostiziert bis zum Jahr 2035 rund 307.000 fehlende Pflegekräfte in der stationären Versorgung in Deutschland.^[1] Zusätzlich wird mit einem Anstieg an Pflegebedürftigen von rund 5 Millionen in 2021 auf 5,6 Millionen Menschen in 2035 gerechnet.^[2] Mit Änderungen des Einwanderungsrechts und Anwerbeaktionen im außereuropäischen Ausland wirbt die Bundesregierung aktuell um Fachkräfte, insbesondere um Pflegefachkräfte. Für Unternehmen, Führungskräfte sowie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellt sich damit aber die Frage nach Voraussetzungen und Kriterien für eine gute, gesunde interkulturelle Zusammenarbeit.

Interkulturelles Arbeiten birgt einige Herausforderungen, unter anderem auch für den Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Frühere Studien legten zum Beispiel nahe, dass es kulturelle Unterschiede in der Risikowahrnehmung gibt.^[3] Daneben wird die interkulturelle Zusammenarbeit oft als zweiseitiges Schwert bezeichnet, denn während sie auf der einen

Seite eine große intellektuelle und soziale Bereicherung darstellen kann, werden damit andererseits auch viele negative Aspekte in Zusammenhang gebracht: geringere Arbeitszufriedenheit, Gefühl von Diskriminierung, gestiegene Konflikte und Fehlzeiten.^[4]

Herausforderungen im Blick behalten

Unternehmensleitungen, Führungskräfte und auch die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen sollten sich frühzeitig bewusst machen, was die Integration der neuen Beschäftigten aus dem Ausland erschwert und wie diesen Problemen begegnet werden kann.

Ausländische Pflegekräfte treffen in Deutschland auf potenziell sehr angespannte Arbeitssituationen. Zeitmangel bei allen anderen Teammitgliedern reduziert auch die dringend benötigte Zeit für Erklärungen an die Neuen und für ein langsames Ankommen. Neue Beschäftigte, nicht nur solche aus dem Ausland, müssen oft von Anfang an Aufgaben übernehmen,

auf die sie eventuell nicht ausreichend vorbereitet sind.

Zudem müssen ausländische Fachkräfte meistens auf den erfolgreichen Abschluss ihres Anerkennungsverfahrens warten. In der Pflege heißt das, dass sie als Pflegehelferinnen und Pflegehelfer im Bereich der Grundpflege eingesetzt werden. Die damit verbundenen Tätigkeiten sind zu meist deutlich unter ihrer tatsächlichen Qualifikation angesiedelt. Wenn dieser Zustand lange andauert, führt dies leicht zu Unzufriedenheit. Negativ auf die Motivation kann sich auch auswirken, wenn sie große Unterschiede zur Pflege Tätigkeit im Heimatland feststellen. Dies ist besonders zu Beginn der neuen Tätigkeit der Fall.

Wahrgenommene Belastungen und Beanspruchungen der internationalen Pflegekräfte:

- sprachliche Barrieren allgemein (gesprochene Sprache, zum Beispiel beim Führen von Telefonaten und Pflegefachsprache)



Unternehmensleitungen, Führungskräfte und auch die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen sollten sich frühzeitig bewusst machen, was die Integration der neuen Beschäftigten aus dem Ausland erschwert und wie diesen Problemen begegnet werden kann.“

- sprachliche Barrieren im Umgang mit Patientinnen und Patienten im Besonderen
- fachliche Defizite
- zu wenig Zeit für Einarbeitung

Hürden überwinden: Integration durch Information

Integrationsprozesse sind besonders anfällig für Missverständnisse und dadurch entstehende Konflikte. Beispielsweise fehlen den neuen Pflegekräften zum Teil relevante Informationen zur Charakteristik des anwerbenden Klinikums, was sich negativ auf Erwartungshaltungen und Orientierung auswirken kann. Informationsprozesse kommen oft zu kurz, weil für die Einarbeitung nicht genug Zeit bleibt.

Information zur Prävention von Konfliktsituationen ist auch für das Stammpersonal wichtig: So sollte den Kolleginnen und Kollegen bewusst gemacht werden, wie belastend die Situation für die neuen Beschäftigten ist – neue Arbeitssituation, neues Umfeld und dazu noch das Anerkennungsverfahren der beruflichen Qualifikation. Neue Mitarbeitende müssen ständig lernen – für die Anerkennungsprüfung und gleichzeitig für ein neues Arbeitsumfeld. Die größte Herausforderung im Rahmen der fachlichen Einarbeitung sind sprachliche Barrieren. Da kann es helfen, wenn die Einarbeitenden sich bemühen, eine

einfache Sprache zu benutzen, Informationen zu wiederholen und nachzufragen, ob alles verstanden wurde.

Systematische Unterstützung im Rahmen der Anerkennung hilft den neuen ausländischen Pflegekräften. Das Verständnis des Teams ihnen gegenüber lässt sich steigern, indem Führungskräfte und andere Beschäftigte für die psychisch belastenden Aspekte des Anerkennungsverfahrens sensibilisiert werden.

Sprachliche Kompetenzen fördern

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten sind eine große Hürde bei der Integration von Fachkräften aus dem Ausland. Schon die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ist für die neu ankommenden Pflegekräfte schwierig. Auch gegenüber Kolleginnen und Kollegen trauen sich die Neuen oft nicht nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Neben der Unsicherheit und der Zurückhaltung bei Fragen durch fehlende Sprachsicherheit im Alltag ist auch die Fachsprache für die Pflegekräfte neu. Die (fach-)sprachlichen Kompetenzen sind bestimmend für die Arbeitsinhalte und die fachliche/inhaltliche Verständigung. Strukturierte (mediale) Sprachlernangebote können das Stresserleben aller Beteiligten und das Konfliktpotenzial erheblich

senken und sind elementar. Der Aufbau von Sprachkompetenzen kann somit als präventives Angebot im Kontext von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz verstanden werden.

Eine strukturierte Einarbeitung ist unerlässlich. Besonders hilfreich für den Integrationsverlauf ist dabei ein klar definierter Arbeitsbereich für die neuen Pflegefachkräfte. Wenn klar festgelegt ist, welche Aufgaben die Neuen übernehmen und welche nicht, mindert dies die Gefahr falscher Erwartungen des Stammpersonals an die Arbeitsleistung. So sinkt das Konfliktpotenzial in der Zusammenarbeit. Dies kann als elementare organisationale Maßnahme im Rahmen eines Integrationskonzeptes betrachtet werden.

Unterstützung von Anfang an

Die soziale Unterstützung, ein gutes soziales Miteinander sowie kulturelle Offenheit und interkulturelle Kompetenz sind neben der Sprache weitere wichtige Faktoren der betrieblichen und sozialen Integration internationaler Pflegefachkräfte. Ein kurzes Kennenlernen bei der Ankunft reicht hierfür nicht aus – besonders deshalb, weil die neuen Mitarbeitenden zu Anfang viele neue Eindrücke verarbeiten müssen. Feste Ansprechpersonen für die neuen Mitarbeitenden sind wichtig für den Erfolg des Integrationsprozesses. Auch ein



Die soziale Unterstützung, ein gutes soziales Miteinander sowie kulturelle Offenheit und interkulturelle Kompetenz sind neben der Sprache weitere wichtige Faktoren der betrieblichen und sozialen Integration internationaler Pflegefachkräfte.“

transparentes Ansprachesystem für weitere wichtige Anlaufstellen wie beispielsweise Integrationsmanagement und Arbeitsschutz sind wichtig.

Im Sinne einer nachhaltigen Personalentwicklung sind Führungskräfte dafür zu sensibilisieren, dass es wichtig ist, ausländische Pflegekräfte nicht zu überfordern. Sie und auch die anderen Teammitglieder müssen sich darüber im Klaren sein, dass Konflikte zu jeder Zusammenarbeit dazugehören. Länger bestehende oder ungelöste Konflikte können die Zusammenarbeit, das Wohlbefinden und die Gesundheit jedoch erheblich negativ beeinflussen.

Integration: wichtig für den Arbeitsschutz

Die erfolgreiche Integration von neuen Pflegefachkräften aus dem Ausland ist eine wichtige Voraussetzung für den Arbeitsschutz. Schwierigkeiten im Verständnis der spezifischen Fachsprache können zu Fehlern bei der Arbeit führen. Auch kulturelle Unterschiede spielen eine Rolle. Dieser Unterschied und des damit verbundenen Erklärungsbedarfs sollten sich Führungskräfte bewusst sein. Ausländische Fachkräfte haben eventuell ein anderes Verständnis von Prävention und Gesundheit und ein anderes Hygieneverständnis. Bei der Vermittlung sicherer Arbeitsweisen kann nicht von der gleichen Arbeits- und Sicherheitskultur ausgegangen werden. Hierfür ist auch eine andere Herangehensweise zur Vermittlung sicherheitsrelevanter Informationen erforderlich. Dies setzt außerdem eine ausreichende Unterstützung von Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen voraus.

Das Training „Interkulturelles Team – Pflege“

Beim interkulturellen Training der BGW geht es in drei jeweils eintägigen Modulen um einen kultursensiblen Umgang miteinander. Beantwortet werden Fragen wie: Was müssen die Beteiligten wissen? Wie können sie handeln?

Das „Interkulturelle Team – Pflege“ richtet sich an Einrichtungen in der stationären Krankenpflege sowie der Altenpflege, die gezielt (Pflege-)Fachkräfte im Ausland anwerben und langfristig betrieblich integrieren wollen. Es beinhaltet ein Vorgespräch mit der Leitung und eine optionale Unterstützung beim Transfer der Trainingsinhalte – auf Wunsch bis hin zu einem umfassenden Integrationskonzept. Betriebe, die am BGW-Training teilnehmen und ein besonderes Engagement für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten zeigen, können zudem eine Auszeichnung als integrationsfreundlicher Betrieb erhalten.



Was neuen Mitarbeitenden hilft:

- (mediale) Sprachlernangebote, auch für Fachsprache
- eine strukturierte Einarbeitung
- definierter Arbeitsbereich in der Anfangszeit
- Verständnis für die psychischen Aspekte des Anerkennungsverfahrens
- Führungskräfte, die sie nicht überfordern
- systematische Unterstützungsangebote im Rahmen der Anerkennung
- feste Ansprechpersonen



Auftretende kulturelle Unterschiede:

- andere Arbeits- und Sicherheitskultur
- anderes Verständnis von Prävention und Gesundheit
- unterschiedliches Hygieneverständnis
- unterschiedliche Risikobereitschaft, geringes Bewusstsein für Gefährdungen
- Unterschiede in Gestik und Mimik
- mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kolleginnen und Kollegen

„Erfolgreiche Integration wird eng mit offener Unternehmenskultur verbunden, in dem die Akteurinnen und Akteure regelmäßig für interkulturelle Aspekte sensibilisiert werden.“

Das Training soll dazu beitragen, Konfliktpotenziale und Stresserleben zu verringern. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen sichere und gesunde Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Das BGW-Training leistet einen wichtigen Beitrag zum betrieblichen Integrationskonzept: Erfolgreiche Integration wird eng mit offener Unternehmenskultur verbunden, in dem die Akteurinnen und Akteure regelmäßig für interkulturelle Aspekte sensibilisiert werden. Das Training motiviert Mitarbeitende, sich aktiv am Integrationsprozess zu beteiligen. Im Training selbst werden die Teilnehmenden dazu angehalten, das



Ziele des Trainings:

- Fördern eines kultursensiblen Umgangs in der interkulturellen Zusammenarbeit
- Sichern und Fördern gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einbindung des Themas in Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Einbindung in ein betriebliches Integrationskonzept

eigene Verhalten in der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen kritisch zu reflektieren.

Wichtig ist, dass in den verschiedenen Modulen unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden:

- **Modul 1**
„Grundlagen interkultureller Sensibilisierung“ richtet sich an Führungskräfte und Beschäftigte mit und ohne Migrationshintergrund, die bereits seit längerer Zeit in der Einrichtung arbeiten.
- **Modul 2**
„Gut im neuen Betrieb ankommen“ richtet sich an Pflegekräfte aus dem Ausland, die neu in der Einrichtung sind.
- **Modul 3**
„Der Weg zum integrationsfreundlichen Betrieb“ richtet sich an Multiplikatoren und Multiplikatorinnen im Unternehmen. Dazu gehören zum Beispiel die Pflegedienstleitung, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsärztin oder -arzt, Mentoren und Mentorinnen sowie Integrationsbeauftragte.

Betriebe werden angeregt, die Trainingsergebnisse in ein betriebliches Integrationskonzept einzubetten. Die BGW empfiehlt, den BGW Orga-Check durchzuführen und darauf aufbauend gegebenenfalls eine Auszeichnung und finanzielle Förderung zu BGW-Angeboten zu erwerben.

Fazit

Für eine nachhaltige Gewinnung und Beschäftigung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland ist die fachliche, betriebliche und soziale Integration unerlässlich. Die neue Sprache, die fremde Kultur, aber auch ein oftmals anderes Pflegeverständnis stellen die neuen Beschäftigten – wie auch die bestehenden Teams in den Betrieben – vor besondere Herausforderungen.

Hier unterstützt die BGW mit dem Training „Interkulturelles Team – Pflege“. Das Training

verbindet die Vermittlung interkultureller Kompetenzen mit Aspekten und Strukturen des betrieblichen Arbeitsschutzes. Damit leistet es einen sinnvollen Beitrag zum betrieblichen Integrationsprozess. Das Training ist zunächst auf die Pflegebranche ausgerichtet, die perspektivische Ausweitung auf andere Branchen ist angedacht.

Weiterführende Informationen zum Training finden Sie auf: ➔ www.bgw-online.de/pflege-interkulturell ↩



Fußnoten

- [1] Afentakis, A.; Maier, T. (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: *Wirtschaft und Statistik*, 14(3), S. 173–180. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/#statisticContainer> (abgerufen am 08.08.2023)
- [2] Bonin, H.; Braeseke, G.; Ganserer, A. (2015): Internationale Fachkräftesicherung in der deutschen Pflegebranche Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20\(%2B55%20%25\)](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html#:~:text=Die%20so%20vorausberechnete%20Zahl%20der,7%20Millionen%20(%2B55%20%25)) (abgerufen am 08.08.2023)
- [3] Milliken, F.J.; Martins, L. L. (1996): Searching for common threads: understanding the multiple effects of diversity in organizational groups. In: *The Academy of Management Review*, 21, S. 402–433.
- [4] Renn, O.; Rohrmann, B. (Hrsg.) (2000): *Cross-Cultural Risk Perception: A Survey of Empirical Studies*. Kluwer, Dordrecht, S. 211–233.

Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2022

Key Facts

- Noch nie zuvor wurden mehr Berufskrankheitenanzeigen registriert und mehr Berufskrankheiten anerkannt als 2022
- Die Zahl der Unfälle ist weiterhin niedriger als vor der Pandemie
- Der Beitragssatz bleibt trotz steigender Kosten auf niedrigem Niveau

Autor

➔ **Wolfram Schwabbacher**

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2022 liegen vor. Der Beitrag enthält die Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

Die Zahlen des Berichtsjahres 2022 stehen wie in den Vorjahren unter dem Einfluss der COVID-19-Pandemie. In nahezu allen der im Nachfolgenden dargestellten Bereiche sind die Auswirkungen dieser Sondersituation weiterhin deutlich zu erkennen. Während es beim Versicherungsumfang und den Finanzen insgesamt nur zu vergleichsweise geringen Veränderungen kommt, zeigen sich bei den Versicherungsfällen erhebliche Verwerfungen. Während die Unfallzahlen trotz Zunahmen weiterhin deutlich unter dem vorpandemischen Niveau bleiben, sind im Bereich der Berufskrankheiten erneut starke Fallzahlenanstiege zu beobachten.

1.0 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie setzen sich zusammen aus den gewerblichen Berufsgenossenschaften, den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)^[1]. Die neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sind unter

anderem für gewerbliche Unternehmen, freie Berufe und Einrichtungen in privater Trägerschaft zuständig. Sie sind nach Branchen gegliedert. Die Zahl der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand beträgt aktuell 24. Sie umfassen insgesamt 19 Unfallkassen und Unfallversicherungsverbände in den Ländern, vier Feuerwehr-unfallkassen und die Unfallversicherung Bund und Bahn als bundesunmittelbaren Träger.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sind in der DGUV organisiert. Sie führt die Daten der Unfallversicherungsträger zusammen und erstellt hieraus ein Gesamtergebnis. Dieses dient mit anderen Datenquellen auch als Grundlage für den Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SuGA), den die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) jährlich für die Bundesregierung erstellt.

Die Zahl der Beschäftigten, die für die in der DGUV organisierten Unfallversicherungsträger tätig sind, liegt 0,4 Prozent

unter dem Vorjahreswert bei 21.679. Davon gehörten 16.480 (-151) zum Verwaltungspersonal und 5.199 (+68) zum Personal der Prävention.

2.0 Unternehmen und Einrichtungen

Die Mitglieder der DGUV haben im Jahr 2022 insgesamt 3.763.863 versicherte Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen verzeichnet. Davon entfielen 3.154.958 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 608.905 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2022 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Den größten Anstieg meldete die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) mit 1,4 Prozent. Bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) ist der Rückgang der Mitgliedsunternehmen mit 2,1 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossen-



Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2022 etwa 64,6 Millionen Menschen im Rahmen der allgemeinen Unfallversicherung und der Schülerunfallversicherung gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfällen sowie Berufskrankheiten versichert.“

schaften bewegen sich die Veränderungen zwischen +1,1 Prozent und -1,4 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl im Vergleich zum Vorjahr um 18.256 gesunken (-0,6 Prozent).

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen als zugehörige Unternehmen Bund, Länder, Gemeindeverbände, Kommunen, Hilfeleistungsunternehmen, Privathaushalte und selbstständige Unternehmen nach § 125 Abs. 3, § 128 Abs. 4 und § 129 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) VII. Für das Berichtsjahr 2022 wurden 24.672 Unternehmen, 417.791 Privathaushalte, die Personen beschäftigen, und 22.261 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr ist hier die Gesamtzahl der Unternehmen und Einrichtungen auf nun 464.724 (-4,5 Prozent) gesunken.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schülerunfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende und Berufsschulen sowie Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr um 896 auf 144.181 gesunken (-0,6 Prozent).

In Abbildung 1 ist der langjährige Verlauf der Zahl der Mitgliedsunternehmen und Einrichtungen dargestellt. Trotz einiger Jahre mit zurückgehenden Zahlen ist der langfristige Trend zunehmend.

3.0 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2022 etwa 64,6 Millionen Menschen im Rahmen der allgemeinen Unfallversicherung und der Schülerunfallversicherung gegen die Folgen von Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Diese Personen standen in fast 120 Millionen Versicherungsverhältnissen zur Unfallversicherung. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder

freiwillig versicherte Unternehmer und Unternehmerinnen. Einen weiteren wesentlichen Teil der Versicherten machen Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schülerinnen und Schüler sowie Studierende aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind hier insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbsmäßige Bauarbeiterinnen und Bauarbeiter, Blutspenderinnen und Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitandinnen und

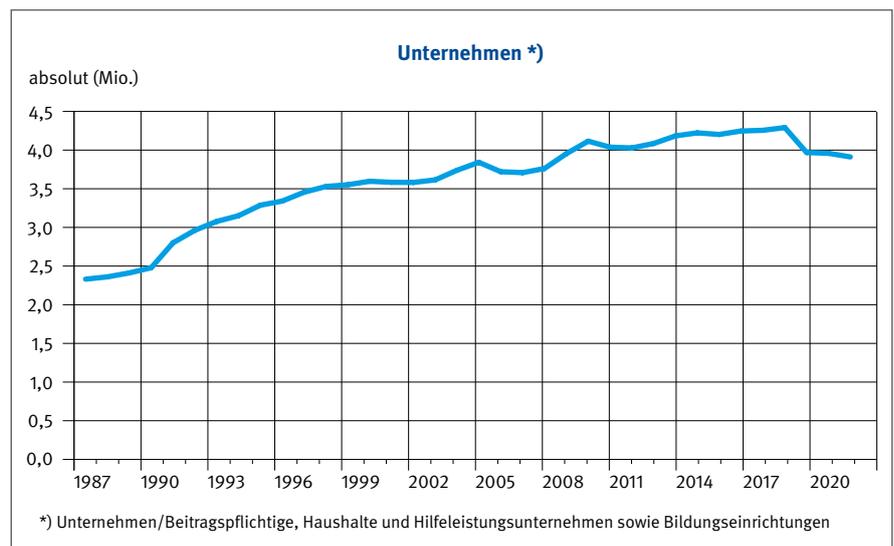


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der beitragspflichtigen Unternehmen und Bildungseinrichtungen

Quelle: DGUV / Grafik: kleonstudio.com

Quelle: DGUV

	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in % ^[3]	
Organisation					
UV-Träger	33	33	33		0,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen ^[1]	70	70	63	-	10,0
Umfang der Versicherung					
Unternehmen/Einrichtungen	3.813.802	3.804.904	3.763.863	-	1,1
Vollarbeiter ^[2]	41.219.318	40.751.144	43.107.131	+	5,8
Versicherte	64.219.600	63.140.464	64.642.823	+	2,4
Versicherungsverhältnisse ^[2]	120.428.181	117.506.215	119.814.074	+	2,0
Entgelt^[1]					
Der Beitragsberechnung zugrunde gelegtes Entgelt					
in 1.000 € ^[1]	1.066.570.478	1.108.758.839	1.188.451.588	+	7,2
pro (GBG-) Vollarbeiter ^[1]	32.194	34.097	34.790	+	2,0
Arbeits- und Wegeunfälle					
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ^[2]	760.492	806.217	787.412	-	2,3
je 1.000 Vollarbeiter	18,45	19,78	18,27	-	7,7
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	12,14	12,85	12,26	-	4,6
Meldepflichtige Schulunfälle	691.284	655.373	987.391	+	50,7
je 1.000 Schüler	39,09	36,99	55,52	+	50,1
Meldepflichtige Wegeunfälle ^[2]	152.823	170.853	173.288	+	1,4
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	3,05	3,37	3,29	-	2,5
Meldepflichtige Schulwegunfälle	71.764	62.545	88.718	+	41,8
je 1.000 Schüler	4,06	3,53	4,99	+	41,3
Meldepflichtige Unfälle zusammen^[2]	913.315	977.070	960.700	-	1,7
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	763.048	717.918	1.076.109	+	49,9
Neue Arbeitsunfallrenten ^[2]	13.227	12.079	10.927	-	9,5
je 1.000 Vollarbeiter	0,321	0,296	0,253	-	14,5
Neue Schulunfallrenten	609	389	345	-	11,3
je 1.000 Schüler	0,034	0,022	0,019	-	11,6
Neue Wegeunfallrenten ^[2]	4.413	4.132	3.587	-	13,2
je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse	0,088	0,082	0,068	-	16,6
Neue Schulwegunfallrenten	250	189	156	-	17,5
je 1.000 Schüler	0,014	0,011	0,009	-	17,8
Neue Unfallrenten zusammen^[2]	17.640	16.211	14.514	-	10,5
Neue Schülerunfallrenten zusammen	859	578	501	-	13,3

Übersicht der wichtigsten Zahlen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in % ^[3]	
Tödliche Arbeitsunfälle ^[2]	399	510	423	-	17,1
Tödliche Schulunfälle	3	7	8		x
Tödliche Wegeunfälle ^[2]	238	227	248	+	9,3
Tödliche Schulwegunfälle	24	16	17	+	6,3
Tödliche Unfälle zusammen^[2]	637	737	671	-	9,0
Tödliche Schülerunfälle zusammen	27	23	25	+	8,7
Berufskrankheiten (BK'en)					
Verdachtsanzeigen	106.491	227.730	370.141	+	62,5
Anerkannte Berufskrankheiten	37.181	123.626	199.542	+	61,4
neue BK-Renten	5.056	5.331	4.893	-	8,2
BK-Verdacht nicht bestätigt	48.250	76.873	126.748	+	64,9
Todesfälle infolge einer BK	2.380	2.548	2.148	-	15,7
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	15.775	-	-		-
Erstmalige Gewährung einer § 3 BKV-Maßnahme	-	29.816	22.516		-
Rentenbestand	746.589	729.958	712.549	-	2,4
Verletzte und Erkrankte	648.734	635.276	621.231	-	2,2
Witwen und Witwer	90.446	87.702	84.832	-	3,3
Waisen	7.393	6.963	6.471	-	7,1
Sonstige	16	17	15	-	11,8
Umlagesoll der gewerblichen Berufsgenossenschaften in €	12.168.426.922	10.623.014.006	13.322.785.855	+	25,4
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentl. Hand in €	1.740.971.914	1.755.638.376	1.761.249.791	+	0,3
Aufwendungen in €					
Prävention	1.229.680.221	1.225.179.859	1.297.531.783	+	5,9
Entschädigungsleistungen	11.200.463.617	11.189.641.796	11.410.047.505	+	2,0
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	5.038.928.304	5.069.028.954	5.291.797.754	+	4,4
Finanzielle Kompensation	6.161.535.313	6.120.612.842	6.118.249.751	-	0,0
Verwaltung und Verfahren	1.627.453.431	1.623.804.811	1.638.131.958	+	0,9

[1] nur gewerbliche Berufsgenossenschaften

[2] ohne Schüler-Unfallversicherung

[3] Prozent nur bei Fallzahl > 10

[4] BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Rehabilitanden, Entwicklungshelferinnen und Entwicklungshelfer, Arbeitslose oder etwa Strafgefangene. Einige kurzfristig versicherte Personenkreise (zum Beispiel spontane Ersthelfende in Unglücks- oder Notfällen) bleiben mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

Informationen, aus denen sich der Umfang der Versicherung ableiten lässt, erhält die gesetzliche Unfallversicherung von den Unternehmen und Einrichtungen im Rahmen verschiedener Meldungen, insbesondere im Rahmen des Beitragsverfahrens in Form des digitalen Lohnnachweises. Die Daten sind im Regelfall für das jeweilige Unternehmen und die jeweilige Einrichtung aggregiert. Sie umfassen neben der Zahl der versicherten Personen die Lohnsumme, die Zahl der Arbeitsstunden sowie Angaben zu den jeweiligen Gefahrtarifklassen.

Für die Berechnung von relativen Arbeitsunfallquoten (vgl. Abschnitt 4.1) werden versicherte Teilzeitbeschäftigte statistisch in „Vollarbeiter“ (Vollzeitäquivalente) umgerechnet. Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten – nicht der tariflichen – Arbeitsstundenzahl. Berücksichtigt werden dabei die kalendarischen Arbeitstage, die durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie die bezahlten Wochenstunden.

Für 2022 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 43.107.131 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 5,8 Prozent gestiegen. 34.161.048 der Vollarbeiter entfielen auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber 2021 einen Anstieg um 5,1 Prozent darstellt. Von diesen wurden 50,9 Milliarden Arbeitsstunden geleistet; das sind 1,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl um 8,7 Prozent auf 8.946.083 gestiegen. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die Versicherten der Schülerunfallversicherung nicht vorgenommen. Stattdessen wird für die Berechnung von Unfallquoten auf den Bestand der Versicherungsverhältnisse zu einem Stichtag zurückgegriffen.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schülerunfallversicherung am Stichtag etwas gestiegen (+0,4 Prozent).

4.0 Arbeits- und Wegeunfälle

Vorbemerkung: Die Unfälle im Bereich der Schülerunfallversicherung werden in Abschnitt 5 beschrieben.

4.1 Begriffe und Unfallquoten

Als meldepflichtige Unfälle werden in den Geschäftsergebnissen die Unfallanzeigen nach § 193 SGB VII gezählt. Danach sind Unternehmerinnen und Unternehmer verpflichtet, binnen drei Tagen Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen anzuzeigen, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen – ohne den Unfalltag – oder den Tod zur Folge haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so werden auch Anzeigen von Verletzten, Durchgangsarztberichte sowie durch Krankenkassen angezeigte Fälle gezählt. Das Gleiche gilt für Wegeunfälle; das sind Unfälle auf dem Weg zum oder vom Ort einer versicherten Tätigkeit, die nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt sind.

Verläuft ein Arbeits- oder Wegeunfall tödlich oder hat er so schwere Folgen, dass es zu einer Entschädigung in Form einer Rente oder Abfindung kommt, so wird er in den Geschäftsergebnissen zusätzlich als „neue Unfallrente“ nachgewiesen. Voraussetzung für eine solche Entschädigung ist, dass der Unfall allein oder zusammen mit einem früheren Arbeitsunfall für einen gesetzlich festgelegten Mindestzeitraum zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 Prozent geführt hat.

Bei der statistischen Erfassung der tödlichen Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen der Unfall im Berichtsjahr gemeldet wurde und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

Zur Beurteilung des durchschnittlichen Arbeitsunfallrisikos werden die absoluten Arbeitsunfallzahlen einerseits zur

Zahl der geleisteten Arbeitsstunden und andererseits zur Zahl der Vollarbeiter ins Verhältnis gesetzt. Bei letzterer wird die durchschnittliche Expositionszeit eines Vollbeschäftigten gegenüber der Gefahr, einen Arbeitsunfall zu erleiden, berücksichtigt und damit auch die konjunkturell und tariflich bedingte Schwankung der Jahresarbeitszeit.

Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspenden, bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann dieselbe versicherte Person in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer und Unternehmerinnen, abhängig Beschäftigte sowie Schüler und Schülerinnen, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 52.696.190 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schülerunfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 787.412 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies sind 2,3 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter gleichzeitig stieg, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter von 19,78 im Vorjahr auf 18,27 im Jahr 2022 deutlich stärker als die absolute Anzahl um 7,7 Prozent gesunken.

Die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden ist im Vergleich zum Vorjahr weniger stark gestiegen als die der Vollarbeiter, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je eine Million geleistete Arbeitsstunden nur um 4,6 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 12,26, während sie im Vorjahr noch bei 12,85 gelegen hatte.

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		23,50	21,20	22,83	21,09	-	7,66
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	19,03	17,43	18,92	17,33	-	8,39
102	BG Holz und Metall	32,80	31,44	33,11	30,41	-	8,17
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	17,85	15,99	17,03	15,85	-	6,89
104	BG der Bauwirtschaft	52,03	49,83	49,84	45,51	-	8,69
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	33,47	31,58	32,24	28,90	-	10,36
106	BG Handel und Warenlogistik	23,58	22,17	24,28	22,33	-	8,02
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	43,12	39,00	42,87	37,80	-	11,82
108	Verwaltungs-BG	14,22	11,44	13,03	12,48	-	4,21
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,68	13,85	15,17	13,94	-	8,08
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		9,52	7,20	7,74	7,50	-	3,05
Insgesamt		20,97	18,45	19,78	18,27	-	7,67
Schüler-Unfallversicherung							
Schulunfälle je 1.000 Schüler		66,86	39,09	36,99	55,52	+	50,10

Quelle: DGUV

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		15,16	13,95	14,83	14,15	-	4,56
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	12,27	11,47	12,28	11,63	-	5,31
102	BG Holz und Metall	21,16	20,69	21,50	20,41	-	5,09
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	11,51	10,52	11,06	10,64	-	3,77
104	BG der Bauwirtschaft	33,57	32,78	32,37	30,55	-	5,62
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	21,59	20,77	20,93	19,39	-	7,35
106	BG Handel und Warenlogistik	15,21	14,58	15,76	14,99	-	4,93
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	27,82	25,66	27,84	25,37	-	8,86
108	Verwaltungs-BG	9,18	7,53	8,46	8,38	-	1,00
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	10,12	9,11	9,85	9,36	-	4,99
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		6,14	4,74	5,02	5,04	+	0,21
Insgesamt		13,53	12,14	12,85	12,26	-	4,57

Quelle: DGUV

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

Die Darstellung der Häufigkeitsquoten der meldepflichtigen Arbeitsunfälle getrennt nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die vergangenen Jahre in den Tabellen 1 und 2

verdeutlicht die strukturell bedingten Unterschiede. In Tabelle 1 ist die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter dargestellt, in Tabelle 2 je eine Million geleistete Arbeitsstunden.

Die Quoten bezogen auf 1.000 Vollarbeiter sind bei allen Berufsgenossenschaften und auch im öffentlichen Bereich gegenüber dem Vorjahr gesunken. Die deutlichste Abnahme ist bei der Berufsgenossenschaft

“
Im Jahr 2022 ereigneten sich 173.288 meldepflichtige Wegeunfälle. Das entspricht gegenüber 2021 einer Zunahme um 1,4 Prozent.“

Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr) zu verzeichnen. Am geringsten sind die Rückgänge bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand und der VBG.

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen; sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen (zum Beispiel bei Berufskraftfahrern und Berufskraftfahrerinnen).

Im Jahr 2022 ereigneten sich 173.288 meldepflichtige Wegeunfälle. Das entspricht gegenüber 2021 einer Zunahme um 1,4 Prozent. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vgl. Abschnitt 4.1 „Unfallquoten“) gab es eine Abnahme von

3,37 im Vorjahr auf 3,29 im Berichtsjahr um 2,5 Prozent.

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 12.079 im Vorjahr um 9,5 Prozent auf 10.927 im Jahr 2022 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,296 auf 0,253 im Berichtsjahr um 14,5 Prozent abgenommen. Bezogen auf eine Million geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 11,6 Prozent zu verzeichnen: von 0,192 im Jahr 2021 auf 0,170 im Berichtsjahr. Hierbei ist zu beachten, dass zwischen Unfallereignis und Feststellung einer Rente häufig ein längerer Zeitraum liegt. Daher verlaufen die Entwicklungen bei den neuen Renten und den meldepflichtigen Unfällen nicht immer parallel. Die Aufgliederung der beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die vergangenen Jahre ist in den Tabellen 4 und 5 dargestellt.

Quelle: DGUV

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		3,58	3,07	3,40	3,31	-	2,8
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	3,19	2,80	3,13	3,18	+	1,6
102	BG Holz und Metall	3,67	3,11	3,55	3,45	-	2,9
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	3,13	2,55	2,60	2,77	+	6,6
104	BG der Bauwirtschaft	2,81	2,56	2,86	2,62	-	8,5
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	2,73	2,72	3,06	2,86	-	6,6
106	BG Handel und Warenlogistik	4,18	3,60	4,11	4,09	-	0,5
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	4,47	3,63	4,09	4,07	-	0,3
108	Verwaltungs-BG	3,25	2,52	2,53	2,61	+	3,0
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	4,46	3,99	4,74	4,30	-	9,4
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		3,76	2,95	3,21	3,18	-	0,8
Insgesamt		3,61	3,05	3,37	3,29	-	2,5
Schüler-Unfallversicherung							
	Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	6,18	4,06	3,53	4,99	+	41,3

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		0,365	0,368	0,342	0,296	-	13,5
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,368	0,370	0,365	0,318	-	12,9
102	BG Holz und Metall	0,435	0,431	0,403	0,352	-	12,6
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,316	0,336	0,314	0,286	-	9,0
104	BG der Bauwirtschaft	1,044	1,110	1,033	0,916	-	11,3
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,312	0,389	0,355	0,251	-	29,3
106	BG Handel und Warenlogistik	0,337	0,323	0,301	0,265	-	11,9
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,735	0,730	0,706	0,624	-	11,6
108	Verwaltungs-BG	0,259	0,249	0,217	0,174	-	19,7
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,183	0,173	0,165	0,156	-	5,5
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		0,125	0,129	0,116	0,091	-	21,6
Insgesamt		0,322	0,321	0,296	0,253	-	14,5
Schüler-Unfallversicherung							
Schulunfallrenten je 1.000 Schüler		0,033	0,034	0,022	0,019	-	11,6

Quelle: DGUV

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		0,235	0,242	0,222	0,199	-	10,6
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,237	0,243	0,237	0,213	-	10,0
102	BG Holz und Metall	0,281	0,284	0,262	0,236	-	9,7
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,204	0,221	0,204	0,192	-	6,0
104	BG der Bauwirtschaft	0,674	0,730	0,671	0,615	-	8,3
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,201	0,256	0,230	0,168	-	26,9
106	BG Handel und Warenlogistik	0,218	0,212	0,196	0,178	-	9,0
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,474	0,480	0,458	0,419	-	8,7
108	Verwaltungs-BG	0,167	0,164	0,141	0,117	-	17,0
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,118	0,114	0,107	0,105	-	2,4
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		0,081	0,085	0,075	0,061	-	19,0
Insgesamt		0,207	0,211	0,192	0,170	-	11,6

Quelle: DGUV

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 4.132 im Jahr 2021 auf 3.587 im Berichts-

jahr um 13,2 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse um 16,6 Prozent von 0,082 auf 0,068 gesunken. Tabelle 6

zeigt die Veränderungen der Quote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen.

Quelle: DGUV

		2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
UV in der gewerblichen Wirtschaft		0,091	0,090	0,083	0,069	-	17,2
101	BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,092	0,112	0,094	0,078	-	17,1
102	BG Holz und Metall	0,105	0,105	0,094	0,087	-	7,5
103	BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,098	0,095	0,084	0,069	-	17,1
104	BG der Bauwirtschaft	0,089	0,082	0,080	0,069	-	13,6
105	BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,067	0,078	0,086	0,056	-	35,1
106	BG Handel und Warenlogistik	0,097	0,097	0,086	0,074	-	13,5
107	BG Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation	0,094	0,084	0,096	0,061	-	35,8
108	Verwaltungs-BG	0,086	0,084	0,069	0,056	-	19,8
109	BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,093	0,084	0,088	0,077	-	13,0
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)		0,076	0,079	0,073	0,064	-	12,1
Insgesamt		0,089	0,088	0,082	0,068	-	16,6
Schüler-Unfallversicherung							
Schulwegunfallrenten je 1.000 Schüler		0,013	0,014	0,011	0,009	-	17,8

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichtete Versicherungsverhältnisse

4.6 Verhältnis von Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2022 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 14 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 21 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist gegenüber dem Vorjahr eine Abnahme um 87 Fälle auf 423 Todesfälle zu verzeichnen. Wesentliche Gründe für den Rückgang sind weniger Todesfälle infolge von COVID-19 und auch aufgrund anderer Ursachen bei stationär behandelten Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Die Zahl der tödlichen Wegeunfälle nahm um 21 Fälle auf 248 zu.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 39 tödliche Arbeitsunfälle kamen, entfielen auf 1.000 neue Wegeunfallren-

ten mit 69 tödlichen Wegeunfällen deutlich mehr Todesfälle. Dies verdeutlicht – ebenso wie die entsprechende Aussage in Abschnitt 4.6 – die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5.0 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.076.109 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schülerunfallversicherung dann, wenn die versicherte Person getötet oder so verletzt wird, dass sie ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Schülerunfälle durch die Rückkehr zum Regelbetrieb in Bildungseinrichtungen nach den pandemiebedingten Einschränkungen um 49,9 Prozent gestiegen. Der Anteil der 88.718 meldepflichtigen Schulwegunfälle liegt bei 8,2 Prozent. Das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr ebenfalls erheblich gestiegen (+49,3 Prozent). Die Rate liegt bei 60,5 Schülerunfällen je 1.000 versicherte Schülerinnen und Schüler.

Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist eine Abnahme um 13,3 Prozent auf insgesamt 501 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Der Anteil der neuen Schulwegunfallrenten liegt bei 31,1 Prozent. Das Risiko einer schweren Verletzung ist demnach bei Schulwegunfällen um ein Vielfaches höher als bei Schulunfällen. Auch bei den neuen Schülerunfallrenten fand das zugrunde liegende Unfallereignis überwiegend in früheren Jahren statt.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle stieg um zwei Fälle auf 25. Der überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignete sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2022 lag deren Anteil bei 68 Prozent.

6.0 Berufskrankheiten

6.1 Listen-Berufskrankheitensystem und Erweiterung

In Deutschland gilt ebenso wie in vielen anderen Ländern ein gemischtes Berufskrankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 SGB VII

diejenigen „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 29. Juni 2021 (BGBl. I S. 2254) wurde die Liste mit Wirkung zum 1. August 2021 bisher letztmalig ergänzt. Darüber hinaus ist nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen, wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 SGB VII erfüllt sind.

Damit eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann, muss zwischen versicherter Tätigkeit und schädigender Einwirkung sowie zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen.

In der ehemaligen DDR galt ebenfalls ein gemischtes Berufskrankheitensystem. Auch wenn das Berufskrankheitenrecht der ehemaligen DDR seit dem 1. Januar 1992 nicht mehr gilt, werden Leistungen in vollem Umfang nach SGB VII und BKV auch weiterhin für solche Berufskrankheiten erbracht, die sich auf die Berufskrankheitenliste der ehemaligen DDR (DDR-BKVO-Liste) gründen. Sind diese jedoch nicht gleichzeitig Gegenstand der Berufskrankheitenliste der BKV, muss der Eintritt der Erkrankung vor dem 1. Januar 1992 gelegen haben und der zuständige Unfallversicherungsträger muss vor dem 1. Januar 1994 Kenntnis davon erlangt haben.

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärztinnen und Ärzte besteht nach § 202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei be-

gründetem Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit. Für Unternehmerinnen und Unternehmer besteht eine Meldepflicht gemäß § 193 Abs. 2 SGB VII bereits bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit bei Versicherten in ihren Unternehmen. Bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten. Es können jedoch auch Versicherte und andere Stellen den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit im Sinne von § 9 Abs. 1 oder 2 SGB VII vorliegt. Naturgemäß ist die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit höher als die Zahl der Fälle, bei denen sich im Feststellungsverfahren dieser Verdacht bestätigt.

Im Jahr 2022 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 370.141 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies stellt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg um 142.411 Fälle beziehungsweise um 62,5 Prozent dar. In der Schülerunfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 212 BK-Verdachtsanzeigen registriert. Bei der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Haut-, Infektions- und von Tieren übertragbare Krankheiten.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der vergangenen Jahre nach Krankheitsgruppen in Tabelle 7 erlaubt eine differenzierte Betrachtung:

Abweichend von den vorpandemischen Jahren stellt die Gruppe mit den Infektionskrankheiten mit 295.312 Anzeigen den größten Anteil. Allein zur BK 3101, unter die auch Anzeigen im Zusammenhang mit COVID-19 fallen, wurden 294.860 Verdachtsanzeigen gemeldet. Die zweitgrößte Gruppe sind die Hautkrankheiten. Für die hohe Zahl bei diesen Anzeigen spielt es eine Rolle, dass auch Meldungen nach § 3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach § 3 BKV wird auf



Im Jahr 2022 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 370.141 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen.“

die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann. Die Verdachtsanzeigen aufgrund von mechanischen Einwirkungen liegen mit 15.784 Anzeigen an dritter Stelle. Die viertgrößte Gruppe bilden die 15.449 Anzeigen auf Verdacht einer Lärmschwerhörigkeit.

6.3 Entscheidungen

Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit lösen Feststellungsverfahren aus, die zu einer versicherungsrechtlichen Entscheidung führen. Sind alle Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit – wie in Abschnitt 6.1 beschrieben – erfüllt, so wird diese anerkannt. Es muss hingegen eine Ablehnung erfolgen, wenn beispielsweise nicht nachgewiesen werden kann, dass die Erkrankten am Arbeitsplatz überhaupt einer entsprechenden Gefährdung ausgesetzt waren, oder wenn zwar der schädigende Einfluss am Arbeitsplatz festgestellt werden kann, nicht aber ein Zusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung. Bei einem Teil der anerkannten Berufskrankheiten wird aufgrund des Vorliegens bestimmter Voraussetzungen – insbesondere einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent – im Geschäftsjahr Verletztenrente (beziehungs-

Quelle: DGUV

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022			
						absolut		in % ^[1]	
1	Chemische Einwirkungen	5.333	6.061	5.869	5.440	-	429	-	7,3
11	Metalle und Metalloide	386	374	414	340	-	74	-	17,9
12	Erstickungsgase	78	29	15	7	-	8		
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	4.869	5.658	5.440	5.093	-	347	-	6,4
2	Physikalische Einwirkungen	26.577	23.802	27.559	31.624	+	4.065	+	14,8
21	Mechanische Einwirkungen	11.478	10.310	13.499	15.784	+	2.285	+	16,9
22	Druckluft	2	-	3	1	-	2		x
23	Lärm	14.731	13.096	13.646	15.449	+	1.803	+	13,2
24	Strahlen	366	396	411	390	-	21	-	5,1
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.828	34.131	154.259	295.312	+	141.053	+	91,4
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell, Eierstöcke	16.599	15.679	14.723	13.878	-	845	-	5,7
41	Anorganische Stäube	13.198	12.790	12.245	11.498	-	747	-	6,1
42	Organische Stäube	235	229	200	235	+	35	+	17,5
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.166	2.660	2.278	2.145	-	133	-	5,8
5	Hautkrankheiten	27.772	25.785	24.336	22.048	-	2.288	-	9,4
6	Augenzittern der Bergleute	-	5	1	2	+	1		x
	Sonstige Anzeigen	1.023	1.028	983	1.837	+	854	+	86,9
	Insgesamt	80.132	106.491	227.730	370.141	+	142.411	+	62,5

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

[1] Prozent nur bei Fallzahl > 10

weise Gesamtvergütung) oder Sterbegeld (beziehungsweise Hinterbliebenenrente) erstmals durch Verwaltungsakt festgestellt (sogenannte „neue Berufskrankheitenrenten“). Bei den anerkannten Berufskrankheiten ohne Rentenzahlung werden vielfach Leistungen in anderer Form erbracht, zum Beispiel Heilbehandlung, Verletzengeld, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Übergangsgeld.

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wurde das Berufskrankheitenrecht mit Wirkung zum 1. Januar 2021 reformiert.^[2] Bis dahin mussten bei bestimmten Berufskrankheiten für die Anerkennung des Falls besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein; bei den BK-Nummern 1315, 2101, 2104, 2108 bis 2110, 4301, 4302 und 5101 war dies die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit.

Waren nur diese nicht erfüllt, so wurde zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es wurden jedoch gegebenenfalls Leistungen zur Individualprävention beziehungsweise medizinische Leistungen erbracht.

Mit der Neufassung des § 9 Abs. 4 Satz 2 SGB VII hat der Gesetzgeber des Weiteren die Individualprävention gestärkt. Daher werden ab dem Jahr 2021 Fälle, in denen erstmalig eine Maßnahme nach § 3 BKV gewährt wurde, separat erfasst und ausgewiesen.

Tabelle 8 gibt einen zahlenmäßigen Überblick über Entscheidungen in den vergangenen zehn Jahren im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Auch hier sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schülerunfall-

versicherung enthalten. In 199.542 Fällen wurden Berufskrankheiten anerkannt. Bei 4.893 Fällen wurde eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt (neue Berufskrankheitenrenten). 126.748 Fälle mussten abgelehnt werden. In 22.516 Fällen wurde erstmals eine Maßnahme nach § 3 BKV gewährt.

In Tabelle 9 sind die Entscheidungen des Berichtsjahres nicht nur nach Art der Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheitsgruppen aufgegliedert.

6.4 Übergangsleistungen

Wenn eine versicherte Person eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, so wird eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder ein anderer

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022			
											absolut		%	
Anerkannte Berufskrankheiten	15.656	16.112	16.802	20.539	19.794	19.748	18.156	37.181	123.626	199.542	+	75.916	+	61,4
Neue BK-Renten	4.815	5.155	5.049	5.365	4.956	4.813	4.667	5.056	5.331	4.893	-	438	-	8,2
BK-Verdacht nicht bestätigt	36.725	38.425	38.941	39.973	39.250	40.379	42.970	48.250	76.873	126.748	+	49.875	+	64,9
berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	20.546	20.642	20.347	19.517	18.286	18.257	17.108	15.775	-	-		-		-
Erstmalige Gewährung einer Maßnahme nach § 3 BKV	-	-	-	-	-	-	-	-	29.816	22.516	-	7.300	-	24,5

Tabelle 8: BK-Entscheidungen

wirtschaftlicher Nachteil vom Träger der Unfallversicherung ausgeglichen. Diese Übergangsleistung nach § 3 Abs. 2 BKV kann als einmalige Zahlung bis zur Höhe der Jahresvollrente gewährt werden. Es können aber auch monatliche Zahlungen bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente für längstens fünf Jahre erfolgen.

Im Jahr 2022 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 1.981 Übergangsleistungen gewährt, davon 1.888 im Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 809 Fällen sind 40,8 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend bei den Berufsgenossenschaften Holz und Metall (BGHM), Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) zu finden sind. In weiteren 603 Fällen (30,4 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 54,7 Prozent auf die BGN entfallen. Weitere 455 Übergangsleistungen (23,0 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 114 Fälle

(5,8 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

7.0 Rentenbestand

Im Jahr 1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2022 belief er sich auf 712.549 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 2,4 Prozent entspricht.

Der Rentenbestand kann in verschiedener Weise aufgegliedert werden. Die wichtigsten Aufteilungen ergeben folgendes Bild:

- 627.638 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft.
- 65.373 Renten (9 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand.

- 19.538 Renten (3 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schülerunfallversicherung.
- 607.256 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen.
- 105.293 Renten (15 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten.
- 621.231 Renten (87 Prozent) werden an Verletzte und Erkrankte gezahlt.
- 91.318 Renten (13 Prozent) werden an Hinterbliebene gezahlt.

8.0 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der Schülerunfallversicherung dargestellt, die Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2022 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um eine Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am

Quelle: DGUV

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	anerkannte Berufskrankheiten	neue BK-Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Erstmalige Gewährung einer Maßnahme nach § 3 BKV
1	Chemische Einwirkungen	453	421	4.959	813
11	Metalle und Metalloide	36	36	324	36
12	Erstickungsgase	2	1	13	1
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	415	384	4.622	776
2	Physikalische Einwirkungen	8.288	942	17.273	7.246
21	Mechanische Einwirkungen	1.641	682	9.700	3.880
22	Druckluft	1	-	1	-
23	Lärm	6.637	254	7.205	3.356
24	Strahlen	9	6	367	10
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	181.756	91	86.090	62
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell, Eierstöcke	3.256	2.407	10.662	1.152
41	Anorganische Stäube	2.567	1.852	8.731	557
42	Organische Stäube	51	49	155	41
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	638	506	1.776	554
5	Hautkrankheiten	5.732	984	6.828	13.102
6	Augenzittern der Bergleute	-	-	1	-
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	1	1	18	-
	Sonstige Krankheiten	56	47	917	141
	Insgesamt	199.542	4.893	126.748	22.516

Tabelle 9: BK-Entscheidungen 2022 nach Krankheitsgruppen

Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege- und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2022 auf 11,41 Milliarden Euro. Das waren 220 Millionen Euro beziehungsweise 2,0 Prozent mehr als im Vorjahr. Darunter entfielen 5,151 Milliarden Euro auf Heilbehandlung, 141 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 6,000 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

Im Jahr 2022 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen, Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 5,151 Milliarden Euro um 4,9 Prozent beziehungsweise um 240 Millionen Euro über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in Tabelle 10 zeigt, dass es in allen Teilbereichen – ambulante

und stationäre Behandlung, Verletztengeld und sonstige Heilbehandlungskosten – nennenswerte Kostensteigerungen gab.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 141 Millionen Euro. Sie waren damit fast 18 Millionen Euro niedriger als im Vorjahr. In Tabelle 11 sind sie nach den ver-

	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
Ambulante Heilbehandlung	1.748.360.267	1.711.437.793	1.734.559.335	1.791.677.870	+	3,3
Zahnersatz	15.145.982	14.615.096	13.153.053	12.216.233	-	7,1
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.763.506.249	1.726.052.889	1.747.712.389	1.803.894.103	+	3,2
Stationäre Behandlung	1.258.458.223	1.223.691.920	1.188.170.962	1.239.164.534	+	4,3
Häusliche Krankenpflege	13.022.321	14.157.673	14.815.084	14.700.673	-	0,8
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	1.271.480.545	1.237.849.593	1.202.986.046	1.253.865.208	+	4,2
Verletztengeld	825.246.864	839.785.994	863.347.986	922.918.437	+	6,9
Besondere Unterstützung	2.156.538	2.103.417	2.049.510	2.276.140	+	11,1
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	827.403.402	841.889.411	865.397.497	925.194.578	+	6,9
Gewährung der Pflege	229.143.249	246.969.525	255.341.990	268.765.626	+	5,3
Pflegegeld	131.822.341	138.422.633	138.094.471	139.232.605	+	0,8
Entschädigung für Wäsche- und Kleiderverschleiß	19.406.608	20.124.960	20.052.303	19.959.887	-	0,5
Übrige Heilbehandlungskosten	1.206.401	1.209.709	1.325.872	1.518.630	+	14,5
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	294.918.559	305.658.016	316.984.420	341.976.835	+	7,9
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	302.962.611	290.284.104	295.601.146	330.081.058	+	11,7
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	7.059.940	6.810.044	7.142.573	6.856.477	-	4,0
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	56.941.166	55.539.763	56.616.137	56.016.078	-	1,1
Verletztengeld bei Unfall des Kindes	3.120.644	2.822.929	3.081.336	3.455.678	+	12,1
Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen	1.046.581.519	1.067.841.683	1.094.240.248	1.167.862.874	+	6,7
Insgesamt	4.908.971.715	4.873.633.576	4.910.336.179	5.150.816.762	+	4,9

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung in Euro

schiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 73 Millionen Euro wurde weiterhin gut die Hälfte aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Auf Übergangsgeld entfielen mit 32 Millionen Euro weitere 22,4 Prozent der Kosten.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von fast genau 6 Milliarden Euro sind 2022 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert; sie sind in Tabelle 12 näher aufgeschlüsselt. Mit 5,911 Milliarden Euro

wurden 98,5 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 4,424 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,427 Milliarden Euro auf Hinterbliebenenrenten. Weitaus kleinere Beträge wurden für Beihilfen an Hinterbliebene und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene aufgewendet.

9.0 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen,

zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

Im Jahr 2022 haben die Unfallversicherungsträger 1,298 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Erste

Quelle: DGUV

	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
Sachleistungen	85.074.955	82.216.935	78.916.947	73.003.332	-	7,5
Übergangsgeld	37.853.995	38.689.110	37.954.470	31.645.073	-	16,6
Sonstige Barleistungen	333.481	267.012	316.288	238.748	-	24,5
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	21.166.772	22.497.057	21.578.113	17.675.915	-	18,1
Reisekosten	5.572.807	4.516.653	3.874.326	3.793.685	-	2,1
Haushaltshilfe	219.665	199.189	189.599	184.005	-	3,0
Sonstige ergänzende Leistungen	4.709.797	5.196.095	5.418.885	4.985.184	-	8,0
Übergangsleistungen	11.686.962	11.712.677	10.444.147	9.455.051	-	9,5
Insgesamt	166.618.434	165.294.728	158.692.774	140.980.992	-	11,2

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Euro

Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 5,9 Prozent über denen des Vorjahres. 57,2 Prozent der Ausgaben entfielen auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Aus- und Fortbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention beauftragt sind, wurde deutlich mehr als im Vorjahr aufgewendet, als viele Veranstaltungen pandemiebedingt nicht stattfinden konnten. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in Tabelle 13 zu finden.

10.0 Aufbringung der Mittel

Die Aufwendungen der Unfallversicherungsträger im aktuellen Berichtsjahr sind in Abbildung 2 anteilig dargestellt.

Das Finanzierungsverfahren unterscheidet sich im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften strukturell von demjenigen im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Aus diesem Grund ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Dieser enthält jeweils auch eine Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung.

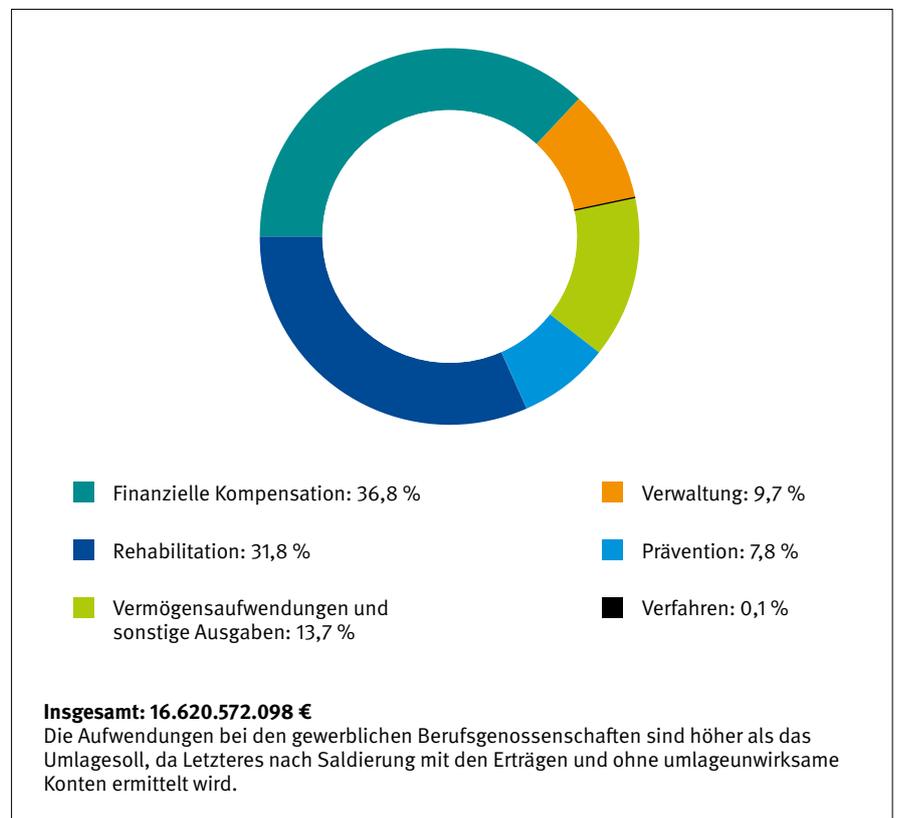
10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz der BGen

Das Umlagesoll für 2022 beläuft sich auf 13,323 Milliarden Euro und ist damit um 2,7 Milliarden Euro beziehungsweise

25,4 Prozent höher als der Vorjahreswert. Hier kam allerdings ein Sondereffekt zum Tragen: Die VBG hat auf eine Vorschusserhebung der Beiträge umgestellt. Um zu vermeiden, dass die Mitgliedsunternehmen doppelt belastet werden, wurde die Umlage für 2021 einmalig durch eine

Betriebsmittelentnahme in Höhe von rund 1,8 Milliarden Euro entlastet.

Das beitragspflichtige Entgelt ist um 7,2 Prozent auf 1.188,5 Milliarden Euro gestiegen. Damit stieg der durchschnittliche Beitragssatz vor allem aufgrund des oben



Quelle: DGUV / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 2: Darstellung der 2022 erbrachten Aufwendungen

	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
Renten an Versicherte	4.326.860.218	4.420.424.918	4.412.760.757	4.423.934.599	+	0,3
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	3.376.957	3.015.102	2.300.175	4.289.472	+	86,5
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.402.466.413	1.422.968.346	1.409.771.657	1.408.363.972	-	0,1
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII	14.806.922	15.802.320	14.934.911	14.200.438	-	4,9
Witwen/Witwer zusammen	1.420.650.292	1.441.785.768	1.427.006.743	1.426.853.882	-	0,0
Waisen	67.066.345	65.803.449	63.091.801	60.350.571	-	4,3
Sonstige Berechtigte	129.007	157.617	134.126	131.662	-	1,8
Renten zusammen	5.814.705.862	5.928.171.752	5.902.993.428	5.911.270.714	+	0,1
Beihilfen nach § 71 SGB VII an						
Witwen/Witwer einmalig	17.166.118	17.292.034	18.725.467	19.596.393	+	4,7
Witwen/Witwer laufend	2.047.183	1.969.968	1.870.906	1.822.807	-	2,6
Witwen/Witwer zusammen	19.213.302	19.262.002	20.596.373	21.419.201	+	4,0
Waisen	-	582	1.726	19.002		x
Beihilfen zusammen	19.213.302	19.262.584	20.598.099	21.438.202	+	4,1
Abfindungen an						
Versicherte ^[1]	95.797.875	95.622.675	78.558.403	66.796.296	-	15,0
Hinterbliebene	824.440	652.753	733.853	846.317	+	15,3
Abfindungen zusammen	96.622.316	96.275.428	79.292.255	67.642.614	-	14,7
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	31.294	31.756	37.958	42.839	+	12,9
Insgesamt	5.930.572.774	6.043.741.520	6.002.921.741	6.000.394.369	-	0,0

Tabelle 12: Aufwendungen für Renten, Beihilfen und Abfindungen in Euro

[1] inkl. Gesamtvergütungen

	2019	2020	2021	2022	Veränderung von 2021 auf 2022 in %	
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	1.609.726	1.353.349	1.148.362	1.296.713	+	12,9
Personal- und Sachkosten der Prävention	724.584.869	726.278.827	740.896.117	742.352.028	+	0,2
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	138.294.006	103.882.422	89.858.136	107.204.670	+	19,3
Zahlungen an Verbände für Prävention	136.184.448	138.644.423	116.499.673	130.850.577	+	12,3
Arbeitsmedizinische Dienste	45.621.639	37.617.453	43.427.021	43.645.384	+	0,5
Sicherheitstechnische Dienste	28.164.228	26.792.740	24.784.160	28.522.474	+	15,1
Sonstige Kosten der Prävention	141.191.773	140.135.848	144.859.859	150.128.295	+	3,6
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	69.440.232	54.975.158	63.706.531	93.531.642	+	46,8
Insgesamt	1.285.090.922	1.229.680.221	1.225.179.859	1.297.531.783	+	5,9

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention in Euro

Quelle: DGUV

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€
Kontenklasse 4		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.417.793.218
45	Zahnersatz	6.691.305
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	1.021.252.041
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	804.843.614
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	946.622.663
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	123.415.399
	Insgesamt	4.320.618.240
Kontenklasse 5		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	5.256.745.813
51	Beihilfen an Hinterbliebene	19.607.983
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	62.159.452
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	8.470
56	Mehrleistungen und Aufwendersersatz	53.813
57	Sterbegeld und Überführungskosten	16.762.083
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	73.103.358
59	Prävention	1.150.222.840
	Insgesamt	6.578.663.812
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)		
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	4.666.543
64	Beitragsausfälle	188.632.032
65	Beitragsnachlässe	405.307.728
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-
67	Zuführungen zu den Vermögen	1.365.360.042
69	Sonstige Aufwendungen	837.798.752
	Insgesamt	2.801.765.097
Kontenklasse 7		
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	759.875.895
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	179.574.564
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	54.312.965
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	161.566.705
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	4.961.154
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	214.260.003
76	Kosten der Rechtsverfolgung	9.604.966
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	3.758.099
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.790.039
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	-
	Insgesamt	1.389.704.389
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	15.090.751.538

Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 2		
21	Sonstige Beitragseingänge	482.683.526
22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	23.537.192
	Insgesamt	506.220.718
Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	-3.936.413
33	Vermögenserträge	-
34	Gewinne der Aktiva	-
35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	406.309.488
36	Geldbußen und Zwangsgelder	3.636.665
37	Entnahmen aus den Vermögen	16.691.048
38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	2.183.185
39	Sonstige Einnahmen	836.860.992
	Insgesamt	1.261.744.964
	Summe der umlagewirksamen Erträge	1.767.965.683

Ermittlung des Umlagesolls:	
umlagewirksame Aufwendungen	15.090.751.538
abzüglich umlagewirksamer Erträge	1.767.965.683
Umlagesoll * (Überschuss der Aufwendungen)	13.322.785.855

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2022: Ermittlung des Umlagesolls

* BG HM: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	373.884.653	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.761.249.791
45	Zahnersatz	5.524.928	21	Sonstige Beitragseingänge	49.597.904
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	232.613.167	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	170.939
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	120.350.964		Insgesamt	1.811.018.634
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	221.240.211	Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	17.565.593	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	248.859
	Insgesamt	971.179.515	33	Vermögenserträge	-
Kontenklasse 5			34	Gewinne der Aktiva	-
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	654.524.902	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	87.212.423
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.830.220	36	Geldbußen und Zwangsgelder	-
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	5.483.162	37	Entnahmen aus den Vermögen	125.937.434
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	34.368	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	131.904.744
56	Mehrleistungen und Aufwändungsersatz	17.744.342	39	Sonstige Einnahmen	7.462.490
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.168.180		Insgesamt	352.765.950
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	9.023.605		Summe der umlagewirksamen Erträge	2.163.784.583
59	Prävention	147.308.942			
	Insgesamt	837.117.722			
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	-			
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	503.057			
64	Beitragsausfälle	1.446.909			
65	Beitragsnachlässe	1.104.481			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	-			
67	Zuführungen zu den Vermögen	96.674.563			
69	Sonstige Aufwendungen	7.330.768			
	Insgesamt	107.059.779			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	159.414.356			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	15.006.703			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	11.340.740			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	31.050.611			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	948.151			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	27.815.195			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.694.525			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	93.333			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	222.237			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	841.718			
	Insgesamt	248.427.568			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	2.163.784.583			
	Umlagebeitrag (Ktgr. 20)	1.761.249.791			

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand – Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2022: Umlagerechnung



Im Jahr 2022 haben die Unfallversicherungsträger 1,298 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste sowie Erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 5,9 Prozent über denen des Vorjahres.“

beschriebenen Sondereffekts auf 1,12 Prozent. Das ist dennoch der drittniedrigste Wert seit dem Beginn der Erhebung dieser Daten.

Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den vergangenen Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine sinkende Tendenz auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von mehr als 6 Prozent in den 1960er-Jahren auf 2,73 Prozent im Berichtsjahr 2022 gesunken.

Die Finanzmittel für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden von den Unternehmerinnen und Unternehmern in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Berufsgenossenschaften erwirtschaften zudem Einnahmen, wie zum Beispiel Regresseinnahmen, die einen Teil der Aufwendungen decken, sodass nur noch die Differenz umgelegt werden muss. Die Aufwendungen sind daher höher als das Umlagesoll, das die Unternehmer und Unternehmerinnen in der gewerblichen Wirtschaft als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung

aufzubringen haben. Dies ist dargestellt in Tabelle 14, die als zusammenfassende Abschlussübersicht die gegliederte Darstellung aller umlagewirksamen Aufwendungen und Erträge sowie das daraus resultierende Umlagesoll enthält.

Der Anteil pro Unternehmer beziehungsweise Unternehmerin an diesem Umlagesoll richtet sich zunächst nach deren beitragspflichtigem Entgelt im Unternehmen. Darunter sind die Arbeitsentgelte der abhängig Beschäftigten sowie die Versicherungssummen der versicherten Unternehmerinnen und Unternehmer zu verstehen. Darüber hinaus erfolgt eine Einstufung des Unternehmens nach dem Gefahrtarif aufgrund der generellen Unfallgefahr in dem jeweiligen Gewerbebranchen. Zusätzlich setzen die gewerblichen Berufsgenossenschaften Beitragszuschläge und -nachlässe fest, deren Höhe sich nach Zahl, Schwere und Kosten der Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) im einzelnen Unternehmen richtet. Diese Zuschläge und Nachlässe geben dem Unternehmen einen wirtschaftlichen Anreiz, möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

10.2 Aufbringung der Mittel der UVT der öffentlichen Hand

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren sich in erster Linie

aus Beiträgen der Kommunen, Landkreise, Länder und des Bundes. Die Beiträge werden dabei durch Haushaltsplanung errechnet. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner, der versicherten Personen oder den Arbeitsentgelten. Die zusammenfassende Abschlussübersicht der Aufwendungen und Erträge ist in Tabelle 15 synoptisch dargestellt. ↩

Fußnoten

[1] Die Statistiken der SVLFG sind nicht Gegenstand dieses Artikels.

[2] Eine ausführliche Beschreibung der Änderungen des Berufskrankheitenrechts ist im Artikel „Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts nach dem 7. SGB-IV-Änderungsgesetz“ im DGUV Forum 1/2021 erschienen.

COVID-19 als Berufskrankheit – Update 2022

Key Facts

- Von Pandemiebeginn bis Ende 2022 wurden über 300.000 COVID-19-Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt
- Für die Rehabilitation und Entschädigung der Personen mit dieser Berufskrankheit haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand bis Ende 2022 insgesamt 257,1 Millionen Euro aufgewendet
- In knapp 6.000 der anerkannten Fälle wurde die Diagnose Long-beziehungsweise Post-COVID dokumentiert; dies entspricht einem Anteil von zwei Prozent

Autorin

➤ **Stephanie Schneider**

Die Daten zum Berufskrankheitengeschehen 2022 liegen vor. Die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit sowie der anerkannten Berufskrankheiten hat sich aufgrund der COVID-19-Erkrankungen gegenüber dem Vorjahr nochmals deutlich erhöht.

COVID-19-Erkrankungen als Berufskrankheit

Personen, die infolge ihrer Tätigkeit im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrts- pflege oder in einem Laboratorium mit SARS-CoV-2 infiziert werden und deshalb an COVID-19 erkranken, werden unter der Berufskrankheiten-Nummer (BK-Nr.) 3101 erfasst. Gleiches gilt für Personengrup- pen, die bei ihrer versicherten Tätigkeit der Infektionsgefahr in einem ähnlichen Maße besonders ausgesetzt sind. Eine An- erkennung als Berufskrankheit setzt zu- dem voraus, dass nach dieser Infektion mindestens geringfügige klinische Sym- ptome auftreten.^[1]

Im Jahr 2022 gingen 370.141 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit bei den ge- werblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffent- lichen Hand ein (vgl. Abbildung 1). Vier Fünftel dieser Anzeigen wurden in Zusam- menhang mit COVID-19 gestellt.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 199.542 Berufskrankheiten anerkannt; bei mehr als 90 Prozent handelte es sich um COVID-19-Erkrankungen. Gegenüber 2020 hat sich

die Zahl der als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen damit fast ver- zehnfacht. Im Vergleich mit dem Vorjahr liegt der Anstieg bei über 75 Prozent. Bis Ende 2022 wurden insgesamt 164 neue BK-Renten bei COVID-19-Erkrankungen gewährt: zwölf im Jahr 2020 und jeweils 76 in den Jahren 2021 und 2022. Im gleichen Zeitraum wurde in 123 Fällen festgestellt, dass die versicherte Person an den Fol- gen einer als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung verstorben ist (2020: 14, 2021: 72, 2022: 37).

Im ersten Halbjahr 2023 lagen den Unfall- versicherungsträgern nach vorläufigen Angaben mehr als 56.000 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit in Zusam- menhang mit COVID-19 vor – das bedeu- tet einen Rückgang um knapp 70 Prozent gegenüber dem Vorjahreshalbjahr.^[2] Die vorläufige Zahl der als BK-Nr. 3101 aner- kannten COVID-19-Erkrankungen im ers- ten Halbjahr 2023 betrug gut 37.000. Dies entspricht einem Rückgang um ungefähr 50 Prozent gegenüber dem ersten Halbjahr 2022.^[3] Unter Berücksichtigung dieser vor- läufigen Angaben kommen zu den knapp 340.000 seit Pandemiebeginn bis ein- schließlich 30. Juni 2023 als Berufskrankheit

anerkannten COVID-19-Erkrankungen gut 26.000 Versicherungsfälle aus dem Bereich der Arbeitsunfälle und rund 14.000 aus dem Bereich der Schulunfälle hinzu.^[4]

Post- beziehungsweise Long-COVID

Insgesamt wurde in knapp 6.000 der in den Jahren 2020 bis 2022 als BK-Nr. 3101 anerkannten COVID-19-Erkrankungen die Diagnose „Long- beziehungsweise Post-COVID-19-Zustand“ dokumentiert.^[5] Dies entspricht einem Anteil von zwei Prozent. Die Diagnose „Long- beziehungsweise Post-COVID-19-Zustand“ wird in der Regel nicht in der laufenden Bearbeitung der Fälle sta- tistisch erfasst, sondern retrospektiv an- hand geeigneter Kriterien ermittelt. Diese retrospektive Ermittlung ist jedoch mit Un- sicherheiten behaftet. Zur Identifikation der Long- oder Post-COVID-Fälle wird beispie- lweise die Höhe der Kosten für die medizini- sche Rehabilitation herangezogen. Dabei ist unter anderem der Zeitverzug bei der Rech- nungsstellung zu berücksichtigen. Zudem ist das Kriterium der Kostenhöhe eher ge- eignet, Post- als Long-COVID-Fälle zu iden- tifizieren. Es ist daher davon auszugehen, dass Long-COVID-Fälle untererfasst sind.

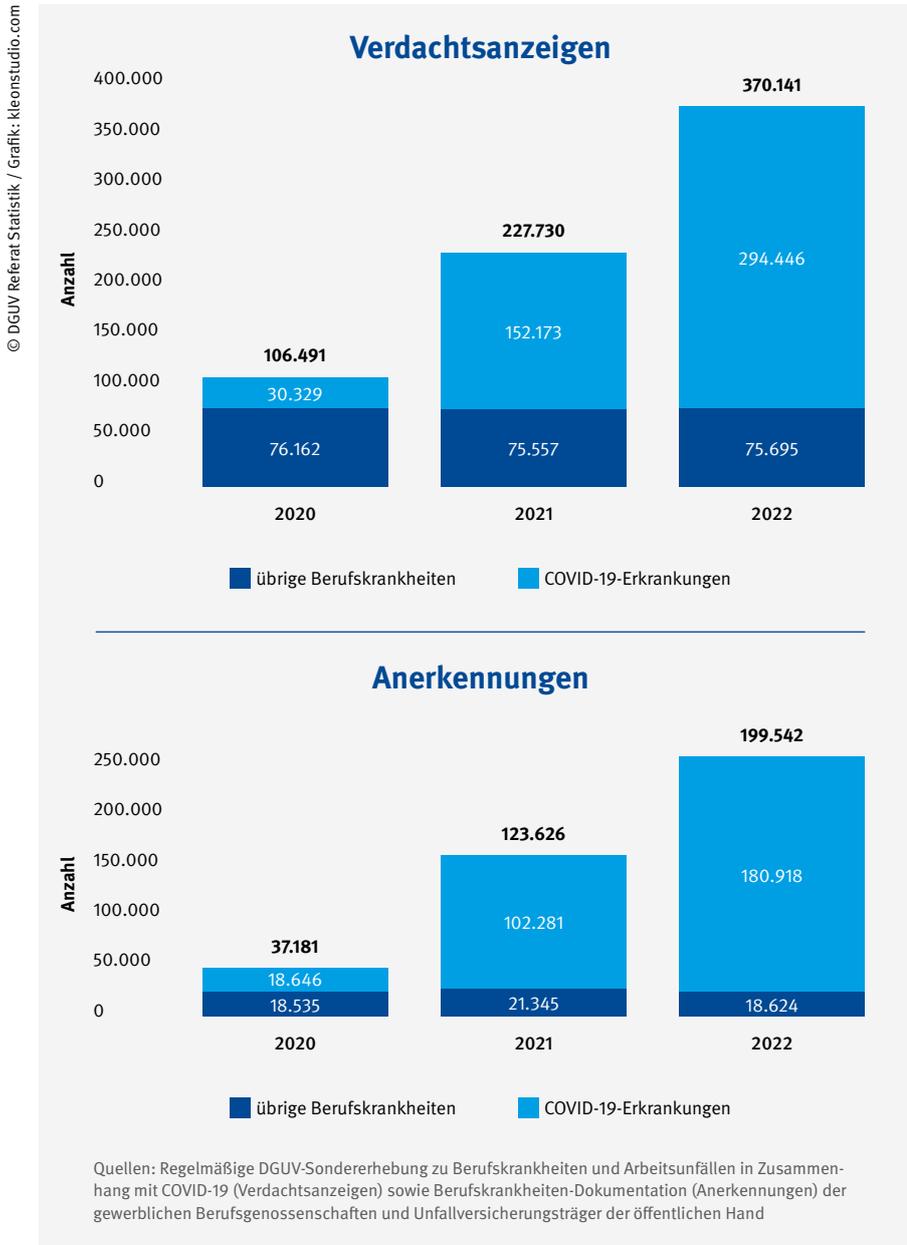


Abbildung 1: Verdachtsanzeigen und anerkannte Berufskrankheiten in den Jahren 2020 bis 2022

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Bis Ende 2022 haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand insgesamt 257,1 Millionen Euro in knapp 41.000 Fällen für Leistungen der Rehabilitation und für Rentenleistungen in Zusammenhang mit COVID-19 als Berufskrankheit erbracht. Das entspricht im Durchschnitt knapp 6.300 Euro pro Fall. Der weit überwiegende Anteil (98 Prozent) der Ausgaben entfiel auf Leistungen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation. Dazu zählen neben der ambulanten und stationären Heilbehandlung auch das Verletztengeld sowie die entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge (vgl. Tabelle 1).

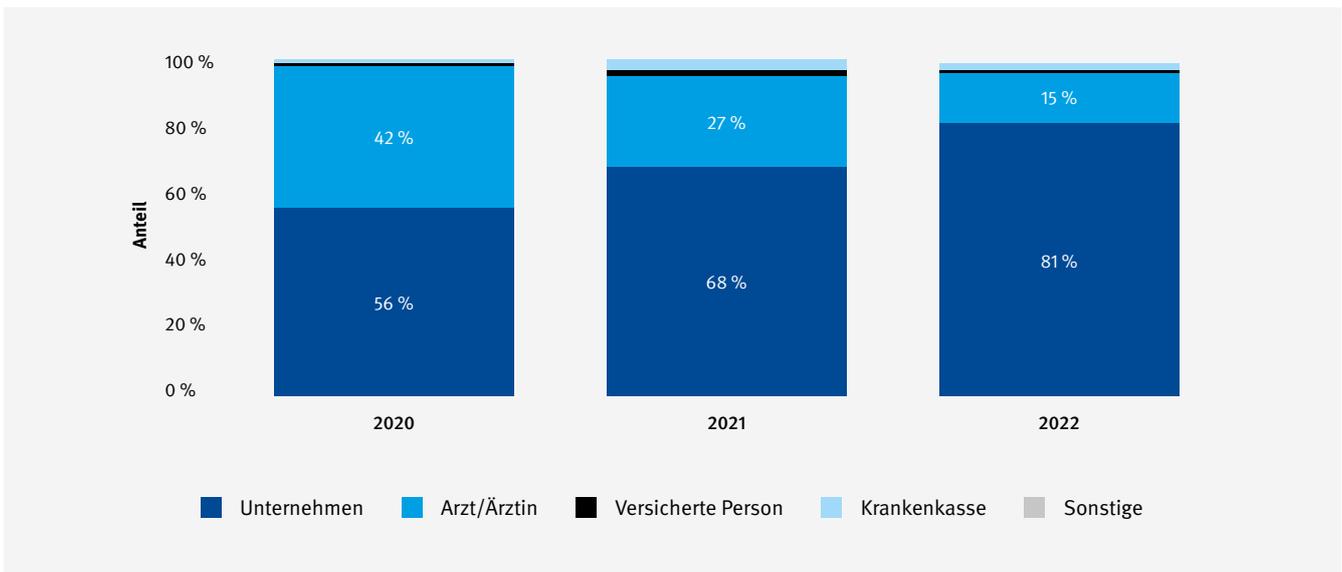
Die durchschnittlichen Kosten pro Fall und Jahr seit Pandemiebeginn bis Ende 2022 liegen für eine stationäre Behandlung bei rund 9.300 Euro, die durchschnittlichen Kosten für Verletztengeld (ohne Sozialversicherungsbeiträge) bei 9.800 Euro. Werden nur die Fälle berücksichtigt, in denen die Diagnose Long- beziehungsweise Post-COVID dokumentiert wurde, steigen die durchschnittlichen Kosten pro Fall und Jahr auf 11.640 Euro für eine stationäre Behandlung und für Verletztengeld (inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) auf über 14.500 Euro. Auch die durchschnittlichen Kosten für eine ambulante Heilbehandlung sind in diesen Fällen deutlich höher.

An 37 Personen mit einer als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankung wurden bis Ende 2022 Rentenleistungen

Art der Leistung	in Mio. Euro
Medizinische Rehabilitation	252,0
darunter: ambulante Heilbehandlung	26,5
darunter: stationäre Behandlung	72,0
darunter: Verletztengeld	105,6
darunter: Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	42,3

Quelle: Berufskrankheiten-Kostenerhebung der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2022

Tabelle 1: Kosten für die medizinische Rehabilitation in als Berufskrankheit anerkannten COVID-19-Erkrankungen^[6] von Pandemiebeginn bis Ende 2022



Quelle: DGUV Referat Statistik / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 2: Anerkannte Berufskrankheiten COVID-19 nach zuerst meldender Stelle in den Jahren 2020 bis 2022

in Höhe von gut 0,5 Mio. Euro und in 118 Fällen Leistungen an Hinterbliebene in Höhe von insgesamt rund 3,2 Millionen Euro ausbezahlt.

Anerkennungen: Wer hat sich wo infiziert?

Im Jahr 2020 entfielen rund zwei Drittel der Anerkennungen von COVID-19-Erkrankungen als Berufskrankheit auf die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und rund ein Drittel auf die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.^[7] Im Jahr 2021 lag das Verhältnis bei 73 zu 26 Prozent und im Jahr 2022 bei 81 zu 19 Prozent. Aufgrund des im Tatbestand der BK-Nr. 3101^[8] definierten Personenkreises erfolgten darüber hinaus in den drei Jahren zusammen 1.598 Anerkennungen bei den anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften.

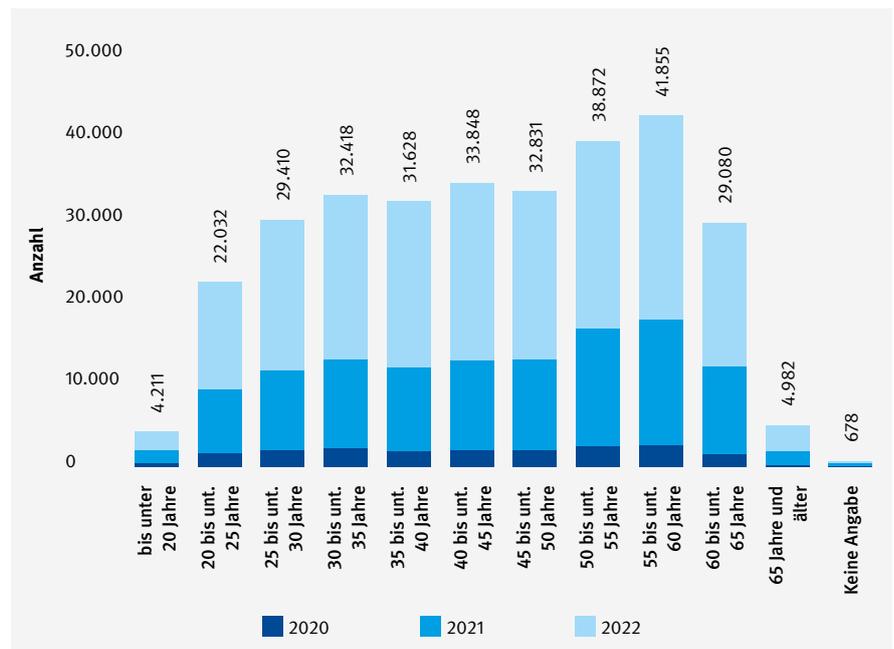
Am häufigsten wurden die Verdachtsanzeigen, die zu einer Anerkennung von COVID-19 als Berufskrankheit geführt haben, von Unternehmen sowie von Ärztinnen und Ärzten erstattet (vgl. Abbildung 2). Der Anteil der Anzeigen von Unternehmen ist von 56 Prozent im Jahr 2020 auf 81 Prozent im Jahr 2022 gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der ärztlichen Meldungen von

42 auf 15 Prozent gesunken. Der Anteil der Meldungen durch die Krankenkassen liegt bei gut zwei Prozent.

Rund 80 Prozent der versicherten Personen mit einer Anerkennung sind weiblich. Dies korrespondiert mit der in dem hauptsächlich betroffenen Wirtschaftsab-

schnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“ bestehenden Geschlechterverteilung unter den Beschäftigten.^[9]

Die Verteilung auf die Altersgruppen zum Zeitpunkt der Anerkennung ist in Abbildung 3 dargestellt. Die Struktur der Altersverteilung ist in den Jahren 2020 bis



Quelle: DGUV Referat Statistik / Grafik: kleonstudio.com

Abbildung 3: Anerkannte Berufskrankheiten COVID-19 nach dem Alter im Jahr der Anerkennung in den Jahren 2020 bis 2022

2022 ähnlich. Da eine Anerkennung als BK-Nr. 3101 eine versicherte Tätigkeit voraussetzt, sind deutlich häufiger Personen im erwerbsfähigen Alter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, wie sie das Robert Koch-Institut (RKI)^[10] für 2020 bis 2022 dokumentiert, betroffen. Der Anteil der versicherten Personen, die zum Zeitpunkt der Anerkennung mindestens 65 Jahre alt sind, liegt bei zwei Prozent. In der Gesamtbevölkerung haben die COVID-19-Fälle in dieser Altersgruppe einen Anteil von zwölf Prozent. Der Anteil der versicherten Personen, die zum Zeitpunkt der Anerkennung unter 20 Jahre alt sind, liegt bei einem Prozent. In der Gesamtbevölkerung haben die COVID-19-Fälle in dieser Altersgruppe einen Anteil von 20 Prozent.

Knapp 55 Prozent der Unternehmen, in denen die Infektion stattgefunden hat, haben 500 und mehr abhängig beschäftigte Vollarbeiter^[11] (vgl. Abbildung 4).

Tabelle 2 enthält die Differenzierung nach dem Bundesland des Sitzes des Unternehmens.^[12] Die vier demnach am stärksten betroffenen Bundesländer entsprechen den vier Bundesländern, in denen nach Angaben des RKI^[13] bis 21. April 2023 die kumulierten Fallzahlen am höchsten waren. Die Infektionen haben überwiegend in Unternehmen der Wirtschaftszweige „Gesundheitsdienst“, „Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)“ und „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 (46 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. ➔

Quelle: DGUV Referat Statistik / Grafik: kleonstudio.com

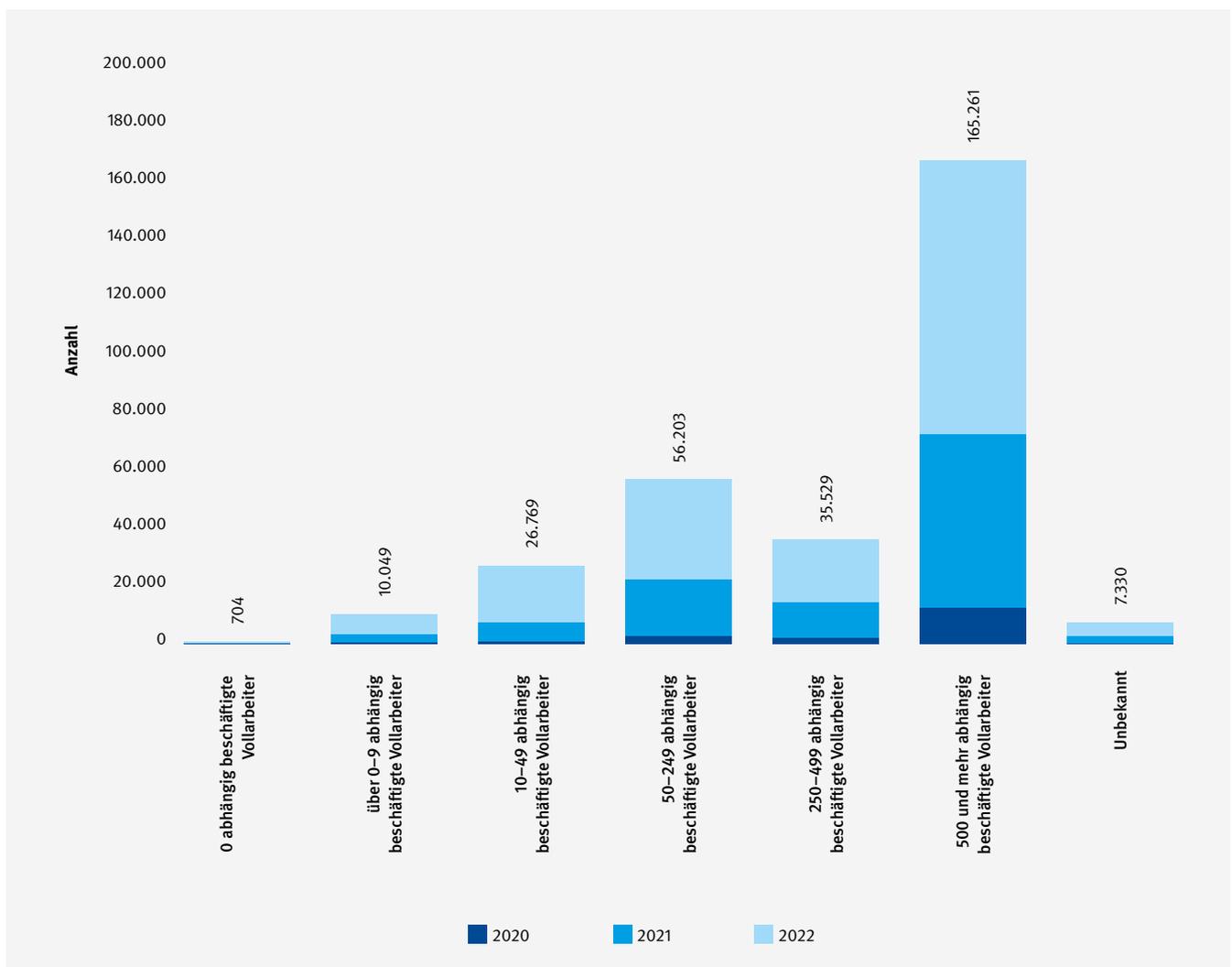


Abbildung 4: Anerkannte Berufskrankheiten COVID-19 nach Betriebsgrößenklasse des Unternehmens in den Jahren 2020 bis 2022

Bundesland	2020	2021	2022	Gesamt
Nordrhein-Westfalen	4.145	20.358	34.125	58.628
Bayern	5.691	15.502	20.856	42.049
Baden-Württemberg	3.213	10.456	27.430	41.099
Niedersachsen	1.007	6.792	15.506	23.305
Sachsen	919	12.300	8.898	22.117
Berlin	944	6.371	13.087	20.402
Hessen	860	6.426	10.939	18.225
Rheinland-Pfalz	376	3.976	13.701	18.053
Brandenburg	414	4.403	7.800	12.617
Sachsen-Anhalt	163	4.047	6.531	10.741
Thüringen	263	4.305	4.636	9.204
Saarland	252	1.396	4.608	6.256
Schleswig-Holstein	88	1.874	4.260	6.222
Hamburg	139	1.810	3.945	5.894
Mecklenburg-Vorpommern	17	1.418	2.273	3.708
Bremen	155	847	2.323	3.325
Gesamt	18.646	102.281	180.918	301.845

Tabelle 2: Anerkannte Berufskrankheiten COVID-19 nach Bundesland des Sitzes des Unternehmens in den Jahren 2020 bis 2022

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>.
- [2] Vgl. regelmäßige DGUV-Sondererhebung zu Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen in Zusammenhang mit COVID-19 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand.
- [3] Vgl. regelmäßige DGUV-Sondererhebung zu Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen in Zusammenhang mit COVID-19 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand.
- [4] Vgl. regelmäßige DGUV-Sondererhebung zu Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen in Zusammenhang mit COVID-19 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand.
- [5] Datenquelle im gesamten Artikel ist jeweils die bei der DGUV geführte Berufskrankheiten-

Dokumentation (BK-DOK) für das Berichtsjahr 2022, wenn keine andere Quelle genannt ist. Da die BK-DOK der Bestandsführung unterliegt, können Daten der Vorjahre im Nachhinein ergänzt und gegebenenfalls korrigiert werden.

[6] Rundungsdifferenzen sind möglich.

[7] Vgl. zu den Daten der Vorjahre Schneider, S.: Statistische Auswertung der 2020 als Berufskrankheit 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-anerkannten-covid-19-erkrankungen> und 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-berichts-jahren-2020-und-2021>.

[8] 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“.

[9] Vgl. Statistik der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten am Arbeitsort nach Wirtschaftsabschnitten am 30.09.2022; Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (vorläufiges Ergebnis); Statistisches Bundesamt (Destatis), Stand: 24.04.2023.

[10] Vgl. COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html (abgerufen am 27.06.2023).

[11] Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten Arbeitsstundenzahl pro Jahr.

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

[13] Vgl. 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Kreisen sowie der hospitalisierten COVID-19-Fälle nach Bundesländern, www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Inzidenz-Tabellen.html (abgerufen am 27.06.2023).

Spanische Ratspräsidentschaft – EU-Politik im Schatten der Regierungsbildung

Autorin

➤ Ilka Wölfle

Foto: Adobe Stock/somartín



Spanien hat im Juli 2023 den Vorsitz im Rat der EU übernommen. Damit hat das Land die Möglichkeit, bestimmte Themen auf die politische Agenda zu setzen – und somit Einfluss zu nehmen auf die Prioritätensetzung der europäischen Politik. Ebenfalls im Juli stand die spanische Parlamentswahl an. Die Regierungsbildung im südlichen EU-Mitgliedstaat dürfte aufgrund fehlender Mehrheiten schwierig werden. In Brüssel ist deshalb die Befürchtung groß, dass dies die Handlungsfähigkeit der spanischen Ratspräsidentschaft schwächen könnte.

Aber zunächst einmal: Was heißt Ratspräsidentschaft genau? Der Ratsvorsitz wird nicht gewählt, jeder EU-Mitgliedstaat kommt nach dem Rotationsprinzip an die Reihe. Der Vorsitz erstreckt sich dann jeweils über sechs Monate. Dem Rat der EU gehören die jeweiligen Fachministerinnen und Fachminister aus den Mitgliedstaaten an. Das Land, das die Ratspräsidentschaft

innehat, legt die politische Agenda fest, leitet die Sitzungen und versucht, Kompromisse zwischen den einzelnen EU-Staaten auszuhandeln. Die Schwerpunkte der spanischen Ratspräsidentschaft betreffen auch die Sozialpolitik, genauer gesagt das Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Hier lohnt sich ein genauerer Blick in die Agenda.

Spanien hat für seine Ratspräsidentschaft vier Themenschwerpunkte festgelegt – Reindustrialisierung der EU und Gewährleistung der strategischen Autonomie, Stärkung der europäischen Einheit, grüner Wandel und Stärkung sozialer sowie wirtschaftlicher Gerechtigkeit. Und was ist konkret geplant?

Spanien möchte etwa eine Vereinbarung mit den europäischen Sozialpartnern über Telearbeit und das „Right to Disconnect“ erzielen – also das Recht, außerhalb der Arbeitszeit keine Arbeitsstunden leisten zu müssen. In diesem Zusammenhang spielt auch das Thema mentale Gesundheit eine wichtige Rolle. Aktuell gibt es hierzu verschiedene europäische Vorstöße: Im Juni 2023 hat die Europäische Kommission zum Thema mentale Gesundheit eine Strategie vorgestellt. Die spanische Ratspräsidentschaft greift diese nun auf. Sie hat eine Sondierungsstellungnahme durch den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) zu Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesund-

heit erarbeiten lassen. In dem Entwurf geht es auch um psychische Aspekte bei der Arbeitszeitgestaltung.

Zudem sollen die Dossiers zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vor gefährlichen Stoffen am Arbeitsplatz vorangetrieben werden. Dabei geht es um Grenzwerte für Asbest und für Blei sowie Diisocyanate. Diese Stoffe können etwa bei Gebäuderenovierungen vorkommen und die Gesundheit von Beschäftigten beeinträchtigen. Die Deutsche Sozialversicherung begleitet diese Themen seit Monaten und hat sich mit [Stellungnahmen](#) und in vielen persönlichen Gesprächen in den politischen Prozess eingebracht.

Neben diesen Schwerpunkten möchte die spanische Ratspräsidentschaft viele weitere Themen vorantreiben, unter anderem den Europäischen Behindertenausweis und die Ausweitung des Sozialschutzes für Selbstständige. Ob sich diese ambitionierte Agenda jedoch mit Blick auf die Regierungsbildung in Spanien auch tatsächlich umsetzen lässt, bleibt abzuwarten. Um Themen, für die bis Ende dieses Jahres noch kein politischer Konsens im Rat der EU gefunden werden konnte, wird sich dann Belgien kümmern müssen. Das Land wird im Januar 2024 den Ratsvorsitz übernehmen und hat schon jetzt angekündigt, einen Schwerpunkt bei der Sozialpolitik setzen zu wollen. Es bleibt also spannend in Brüssel!

Neue Entscheidungen aus der Welt der Teilungsabkommen



OLG Nürnberg, Urteil vom 14.06.2023, Az. 4 U 3561/22
 OLG Hamburg, Hinweisbeschluss vom 01.06.2023, Az. 9 U 24/23
 OLG Bamberg, Urteil vom 21.03.2023, Az. 5 U 54/22 V

Autor

➤ Dr. Jerom Konradi

Teilungsabkommen – ist das nicht ein „alter Hut“? Kann es hier noch Überraschungen und damit interessante zu besprechende Entscheidungen geben? Drei aktuelle zweitinstanzliche Entscheidungen zeigen, dass die erste Frage zu verneinen, die zweite Frage aber zu bejahen ist.

Teilungsabkommen (TA) sind Verträge zwischen Sozialversicherungsträgern und Haftpflichtversicherern, mit denen seit mittlerweile 85 Jahren eine vereinfachte Schadensfallabwicklung bezweckt wird. Die von den Leistungsträgern an und zugunsten von Versicherten erbrachten Aufwendungen sollen pauschaliert von den hinter potenziellen Schädigern stehenden Haftpflichtversicherern nach einer bestimmten Quote ausgeglichen werden. Die Quote beträgt regelmäßig 50 Prozent als Mittelwert zwischen null und 100 Prozent.

Wellenartig gibt es in gewissen Zeitabständen von mehreren Jahren immer wieder Bestrebungen von privaten Haftpflichtversicherern, bestimmte Fallkonstellationen aus dem Anwendungsbereich von Teilungsabkommen herausnehmen zu wollen. Zudem wird versucht, dem im Teilungsabkommen als vertragliche Regelung enthaltenen Wortlaut mit TA-spezifischen Formulierungen einen anderen Sinn zu geben, als es die Vertragsparteien bei Vertragsabschluss aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung beabsichtigten. Denn schließlich werden die Teilungsabkommenstexte in gewissen zeitlichen Abständen angepasst; zuletzt viele Verträge aufgrund des Inkrafttretens des Sozialgesetzbuches (SGB) VII zum 1. Januar 1997 beziehungsweise aufgrund der Euro-Einführung im Jahr 2002. Wenn es dann in den Jahrzehnten vor Abschluss der „neuen“ Verträge höchstrichterliche Rechtsprechung zur Auslegung von Teilungsabkommenstexten gab, dann ist zunächst einmal davon auszugehen, dass diese Rechtsprechung erstens den späteren Vertragsparteien bei Vertragsabschluss bekannt war und zweitens, dass bei Verwendung derselben Klauseln in den neuen Texten, wie sie identisch sind mit den Klauseln, über die bereits gerichtlich entschieden wurde, gerade diese Auslegung als Wille beider Parteien gilt und gelten soll. Alles andere anzunehmen wäre lebensfremd.

Für die privaten Haftpflichtversicherer ist die Situation als TA-Partner relativ komfortabel – sie verweigern die Zahlung und warten ab, ob der Sozialversicherungsträger Klage auf Zahlung der vertraglich versprochenen Leistung erhebt. Da Teilungsabkommen vielen Zivilrichtern und Zivilrichterinnen in erster Instanz nicht bekannt sind, ebenso wenig wie die diesbezügliche Rechtsprechung, ist es leider auch keine Seltenheit, dass erst die zweite Instanz, mithin regelmäßig die Oberlandesgerichte, zugunsten der Sozialversicherungsträger die vertraglich versprochene Leistung zusprechen.

Demzufolge sollen hier drei oberlandesgerichtliche Entscheidungen vorgestellt und bewertet werden:

Der Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Nürnberg lag ein Fall zugrunde, bei dem ein Lkw-Fahrer auf einem fremden Betriebsgelände von einem dortigen Gabelstaplerfahrer an- und überfahren wurde. Solche Situationen sind Klassiker rund um die Frage, ob Schädiger und Geschädigter auf einer gemeinsamen Betriebsstätte tätig waren und sich der Schädiger dem Geschädigten gegenüber auf das Haftungsprivileg nach § 106 Abs. 3 Var. 3 SGB VII berufen kann. Die den Unfall entschädigende Berufsgenossenschaft (BG) hatte sich erstinstanzlich gegen den Schädigerinwand, es gäbe ein solches Haftungsprivileg, nicht erfolgreich durchsetzen können – schließlich kommt es immer auf die Einzelheiten, die in einer Beweisaufnahme zutage treten, an und insofern war die Annahme einer gemeinsamen Betriebsstätte im konkreten Einzelfall zumindest vertretbar. Zugleich hatte die BG aber auch die Arbeitgeberin des Schädigers, die sich unzweifelhaft auf kein Haftungsprivileg berufen kann, verklagt – und ebenso den Haftpflichtversicherer aus dem Teilungsabkommen bis zum dort vereinbarten Zahlungslimit. Das Landgericht (LG)



Wellenartig gibt es in gewissen Zeitabständen von mehreren Jahren immer wieder Bestrebungen von privaten Haftpflichtversicherern, bestimmte Fallkonstellationen aus dem Anwendungsbereich von Teilungsabkommen herausnehmen zu wollen.“

Ansbach hatte die Klage komplett abgewiesen. Da der Arbeitgeberin nach den Grundsätzen der gestörten Gesamtschuld wegen der Haftungsprivilegierung des schädigenden Gabelstaplerfahrers keine Verschuldenshaftung nach § 823 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nachgewiesen werden konnte, beschränkte sich das Berufungsverfahren der weiter klagenden BG auf das Verhältnis zur Haftpflichtversicherung als TA-Partner. Das OLG Nürnberg hat durch Urteil vom 14. Juni 2023 der klagenden BG den Anspruch aus dem Teilungsabkommen zugesprochen, das voll klageabweisende Urteil der ersten Instanz mithin teilweise aufgehoben. Begründet wurde dies überzeugend damit, dass die Haftung der Arbeitgeberin des Gabelstaplerfahrers nach § 831 BGB ausreicht, Ansprüche nach dem Teilungsabkommen zu begründen. Selbst wenn sich der Gabelstaplerfahrer als Verrichtungsgehilfe der Arbeitgeberin auf ein Haftungsprivileg nach § 106 Abs. 3 Var. 3 SGB VII berufen kann und deswegen ein sogenanntes gestörtes Gesamtschuldverhältnis vorliegt, darf die BG als TA-Partnerin Ansprüche geltend machen. Gibt es – wie meist – für solche Fälle eine spezielle Regelung im TA in Form einer reduzierten Beteiligungsquote, führt selbst der Umstand, dass ohne das TA die Arbeitgeberin entsprechend § 840 Abs. 2 BGB nicht in Anspruch genommen werden dürfte, nicht dazu, dass hier die Ansprüche aus dem TA entfallen.

Das LG Hamburg und nachfolgend das OLG Hamburg hatten sich mit einer ähnlichen Konstellation zu beschäftigen. Anlass war der schwere Unfall eines Fußballspielers aufgrund eines groben Fouls eines Spielers der gegnerischen Mannschaft. Der Haftpflichtversicherer des Vereins des Täters wurde von der den Unfall entschädigenden BG auf Basis einer Haftung der Arbeitgeberin nach § 831 BGB und eines bestehenden Teilungsabkommens in Anspruch genommen. Hier ging der Haftpflichtversicherer über die Verweigerung einer Zahlung hinaus und erhob Klage auf Feststellung gegen die BG, dass diese Fallkonstellation nicht zu einer Schadensfallabwicklung nach dem TA führen dürfe. Die BG beantragte Klageabweisung mit der Begründung, dass dieser Fall

eindeutig nach TA abzuwickeln ist und erhob konsequenterweise Widerklage auf Zahlung der TA-Leistung. Das LG Hamburg hat die Klage des Haftpflichtversicherers als zulässig, aber unbegründet erachtet und der Widerklage der BG voll stattgegeben. Dagegen wandte sich die Berufung des Haftpflichtversicherers. Das OLG Hamburg hat daraufhin der Beklagten dringend empfohlen, die Berufung zurückzunehmen. Denn über die zutreffende rechtliche Auffassung des Landgerichts hinaus sei die Feststellungsklage des Haftpflichtversicherers, da sie fallübergreifend formuliert wurde, wohl bereits unzulässig und nicht nur unbegründet, während die Widerklage der BG auf TA-Leistung voll berechtigt sei. Daraufhin nahm der Versicherer derselben Gruppe, die bereits vor dem OLG Nürnberg eine Niederlage erlitten hatte, zwecks Vermeidung eines zweiten für ihn negativen OLG-Urteils in kurzer Zeit die Berufung zurück.

Zuletzt soll nur auf die in r+s 2023, Seite 426 veröffentlichte Entscheidung des OLG Bamberg vom 21. März 2023 hingewiesen werden, bei der es um die Frage des Nachweises einer Unfallkausalität ging, wenn ein Teilungsabkommen besteht. Hier hat das OLG ein zu Unrecht klageabweisendes Urteil der ersten Instanz, das zu großen Diskussionen führte, aufgehoben und klargestellt, dass die vertraglich in Teilungsabkommen vereinbarten Klauseln eigenen Regeln folgen.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass drei OLG-Entscheidungen in wenigen Monaten zu Teilungsabkommen den Haftpflichtversicherern verdeutlichen sollten, dass die Sozialversicherungsträger, die Ansprüche auf Leistung aus dem TA geltend machen, nicht mehr als die ihnen vertraglich zustehende Leistung begehren. Wer sich seit Jahrzehnten vertraglich gebunden hat, wird mit dem Versuch, vertraglich eingegangene Verpflichtungen zu negieren oder abzuwehren, scheitern. 

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