

DGUV Forum

Entwicklung der DGUV Vorschrift 2



Prävention
Rehabilitation
Unfallversicherung

Positionspapier Nanomaterialien
Behandlung von Mesotheliomerkrankungen
Neuregelungen im D-Arzt-Verfahren

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Gerade wer das Bewahrenswerte bewahren will, muss verändern, was der Erneuerung bedarf.“ Diese Worte Willy Brandts könnte man durchaus als Leitmotiv der Unfallversicherung in der ersten Dekade des neuen Jahrtausends bezeichnen. Die gesetzliche Unfallversicherung des Jahres 2011 sieht anders aus als die des Jahres 2010. Die Teile des Systems sind näher zueinander gerückt. Diese Entwicklung brachte einige Umstellungen mit sich und hat unsere Organisation gefordert. Schauen wir uns die Ergebnisse an, können wir auf das Erreichte stolz sein.



Pünktlich zum 1. Januar ist die DGUV Vorschrift 2 in Kraft getreten. Mit ihr ist es uns gelungen, eine verständliche, betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung auf bundesweit einheitlicher Grundlage sicherzustellen. So gelten beispielsweise jetzt für Kliniken die gleichen Vorgaben, unabhängig davon, ob sie in privater oder öffentlicher Trägerschaft stehen.

„Die Entwicklung zeigt: Wir bleiben als System nicht stehen. Das ist die beste Voraussetzung, auch das vor uns liegende Jahrzehnt zu meistern.“

Unsere gemeinsame Präventionskampagne „Risiko raus!“ zeigt eindrucksvoll, wie man mit vereinten Kräften mehr erreichen kann. Die Kampagne hat sich in der Presse erfolgreich positioniert. Durch die hohen Abdruckzahlen journalistischer Beiträge hat sie bereits Millionen Menschen erreicht.

Abgeschlossen ist schließlich der Fusionsprozess bei den Berufsgenossenschaften. Mit dem neuen Jahr haben wir die vom Gesetzgeber geforderte Zahl von nur noch neun gewerblichen Trägern erreicht. Soweit Handlungsbedarf im öffentlichen Sektor gegeben ist, werden wir diesen gemeinsam angehen und lösen.

Ein ganz neues und sicherlich erfolgreiches Kapitel unserer Arbeit schlagen wir schließlich in diesem Jahr mit dem Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung auf.

Die Entwicklung zeigt: Wir bleiben als System nicht stehen. Was uns auszeichnet, ist die Fähigkeit, Lösungen zu finden, die die Anforderung einheitlicher Vorgehensweisen mit der Rücksicht auf branchen- und regionenspezifische Bedürfnisse verbindet – die beste Voraussetzung, auch das vor uns liegende Jahrzehnt zu meistern.

Mit den besten Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Breuer".

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

| | |
|---|---------|
| › Editorial/Inhalt ››› | 2 – 3 |
| › Aktuelles ››› | 4 – 11 |
| › Titelthema ››› | 12 – 17 |
| DGUV Vorschrift 2 | 12 |
| Fortentwicklung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung | |
| <i>Manfred Rentrop, Gerhard Strothotte</i> | |
| › Prävention ››› | 18 – 36 |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement | 18 |
| Gesundheit und Sicherheit im Betrieb – eine Gemeinschaftsaufgabe | |
| <i>Itke Schreiter</i> | |
| Evaluation eines Schulungskonzeptes | 22 |
| Prävention von Hauterkrankungen bei Pflegekräften | |
| <i>Manigée Derakshani, Esin Taskan-Karamürsel</i> | |
| Positionspapier der gesetzlichen Unfallversicherung | 28 |
| Verantwortungsvoller Umgang mit Nanomaterialien | |
| <i>Jürgen Milde</i> | |
| Lärmprävention | 32 |
| Schwerpunktaktion „Lärm-Stopp 2009“ | |
| <i>Marlen Krautmann, Henning Krüger</i> | |
| › Rehabilitation ››› | 37 – 45 |
| Behandlung von Berufskrankheiten | 37 |
| Quo Vadis – Mesotheliomtherapie | |
| <i>Martin Butz, Melanie Duell, Evelyn Jürs, Volker Neumann</i> | |
| DGUV Handlungsleitfaden | 42 |
| Das Rehabilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung – Der Handlungsleitfaden | |
| <i>Michael Behrens, Andreas Dietrich, Doris Habekost, Gaby Koczy-Rensing, Arne Lücking, Edwin Toepler</i> | |
| › Europa und Internationales ››› | 46 – 47 |
| Europäische Union | 46 |
| Was hat Brüssel in diesem Jahr vor? | |
| <i>Ilka Wölflé</i> | |
| › Unfallversicherungsrecht ››› | 48 – 51 |
| Bundesverfassungsgericht zur Haftungsprivilegierung | 48 |
| Zum Schutz der Familie | |
| <i>Dirk Dahm</i> | |



| | |
|---|---------|
| › Unfallversicherung ››› | 52 – 63 |
| Neuordnung der Unfallversicherung | 52 |
| Neuorganisation der gewerblichen und öffentlichen Unfallversicherung | |
| <i>Michael Quabach</i> | |
| Neuregelungen im D-Arzt-Verfahren | 54 |
| Durchgangsarztverfahren neu definiert | |
| <i>Markus Oberscheven</i> | |
| Beispiel guter Praxis | 58 |
| Kompetenzbildung durch Informations- und Wissensmanagement | |
| <i>Günter Hans, Thomas Kluge, Sven Königer</i> | |
| › Aus der Rechtsprechung ››› | 64 |
| › Personalien ››› | 65 |
| › Medien/Impressum ››› | 66 |

Die DGUV berät auf dem Arbeitgebertag zur DGUV Vorschrift 2

Auf dem Arbeitgebertag 2010 war auch die DGUV Vorschrift 2 ein Thema. Experten der DGUV informierten die Unternehmer und Vertreter der Arbeitgeberverbände vor Ort über die Fortentwicklung der betriebs-

ärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Rechtzeitig zur Umstellung am 1. Januar 2011 führten sie auch zahlreiche Beratungsgespräche und verteilten Hintergrundinformationen für die Praxis.

Die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2) enthält erstmals für Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand eine einheitliche und gleichlautende Vorgabe zur Konkretisierung des Arbeitssicherheitsgesetzes. Im Mittelpunkt steht ein moderner, bedarfsorientierter Arbeitsschutz. Die betrieblichen Akteure erhalten mehr Gestaltungsspielraum und Verantwortung.

Diese veränderte Philosophie fördert die aktive Auseinandersetzung mit dem Arbeitsschutz und stößt Debatten über seine effektive Ausrichtung an. Auch im neuen Jahr beraten die Aufsichtsdienste der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Unternehmen intensiv und helfen bei der Einführung der erneuerten Regeln.



Arbeitgeberpräsident Professor Dr. Dieter Hundt (Mitte) mit Manfred Rentrop (li.) und Gerhard Strothotte von der DGUV

Demografischer Wandel in Unternehmen – 8. iga-Kolloquium

Belegschaften altern, qualifizierte Beschäftigte zu halten, wird schwieriger. Doch was können Fach und Führungskräfte in den Unternehmen konkret tun, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten bis ins Rentenalter zu erhalten? Antworten bietet das 8. iga-Kolloquium am 14. und 15. März 2011 im Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV in Dresden.

Zentrales Element der Veranstaltung ist das „Haus der Arbeitsfähigkeit“, ein Konzept des finnischen Forschers Juhani Ilmarinen. Die „Stockwerke“ des Hau-

ses sind Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit. Wenn sie zusammenpassen, ausgebaut und gepflegt werden, so Ilmarinens Ansatz, dann sind die Arbeitsbedingungen gut und die Arbeitsfähigkeit bleibt lange erhalten. Das Konzept wird während des Kolloquiums in verschiedenen Fachvorträgen erläutert und mit praktischen Handlungsansätzen kombiniert.

Zielgruppe sind Führungskräfte, Personalverantwortliche, Unternehmer sowie Vertreter von öffentlichen Verwaltungen, die auf den demografischen Wan-

del reagieren möchten. Die Initiative Arbeit und Gesundheit (iga) ist ein Projekt von Verbänden der Krankenversicherer und der gesetzlichen Unfallversicherung. Es hat zum Ziel, zukunftsfeste Maßnahmen im Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln.



Information und Anmeldung:
www.dguv.de/iag Webcode: d105557

Langes Arbeiten gefährdet die Gesundheit

Lange Arbeitszeiten erhöhen nicht nur die Unfallgefahr, sondern bergen auch die Gefahr von gesundheitlichen und psychischen Risiken. Zu diesem Ergebnis kommt eine neue Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Sie zeigt beispielhaft einen Zusammenhang zwischen der Dauer der wöchentlich

geleisteten Arbeitszeit und dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden wie Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Herzproblemen. Sie alle nehmen bei längeren Arbeitszeiten zu. Auch das Sozialleben leidet, wodurch es zu Rückkopplungen kommt. Faktoren wie Schichtarbeit, variable Arbeitszeiten und schlechte Planbarkeit der Arbeitszeit wirken sich noch verstärkend auf die Beeinträchtigungen aus.



Der Bericht zur Studie im Internet:
www.baua.de/cln_135/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd59.html

Fazit der Studie: Arbeitszeitverlängerungen und Flexibilisierungen können auf lange Sicht das Gegenteil dessen bewirken, weswegen sie eingeführt wurden: höhere Lohnkosten durch steigende Krankenstände und sinkende Produktivität.

Prinz Harry von Wales trifft das Team der Paralympics Zeitung

Beim Empfang der britischen Botschaft „Countdown to London 2012: Taking Part Inspiring Others“ hat das Team der Paralympics Zeitung 2010 (PZ) den Ehrengast Prinz Harry – die Nummer drei der britischen Thronfolge – getroffen.

Im Gespräch mit den Redakteurinnen informierte er sich über die Zeitung zu den Paralympischen Spielen, die auch 2012 erscheinen wird. Veröffentlicht wird die PZ wie immer nicht nur in

Deutschland, sondern auch im Gastgeberland der Olympischen Spiele, diesmal dem Vereinigten Königreich. Prinz Harry selbst unterstützt ebenfalls Menschen mit Behinderung. Im kommenden März wird er eine Benefiz-Expedition von im Dienst verletzten britischen Soldaten zum Nordpol begleiten.

Die Paralympics Zeitung, ein Projekt der DGUV, erscheint seit 2004 regelmäßig zu den Paralympischen Spielen.



Links im Bild Botschafter Simon McDonald, mittig Prinz Harry und Redakteurinnen der Paralympics Zeitung sowie weitere Botschaftsgäste

German Paralympic Media Award 2010 verliehen

Dem Behindertensport soll über die Medien mehr Aufmerksamkeit verschafft werden, das ist das Ziel des von der DGUV gestifteten German Paralympic Media Award. 2010 ging der Preis an Journalistinnen und Journalisten des Bremer „Weser Kurier“, des „MDR 1 Radio Sachsen-Anhalt“ und des Online-Jugendmagazins „schecker.de“. Erstmals vergab die Jury unter Leitung des paralympischen Erfolgssportlers Gerd Schönfelder auch einen Ehrenpreis, an den Journalisten Arno Schade.

Die ausgezeichneten Beiträge haben nach Meinung der Jury dazu beigetragen, das Interesse für den Behindertensport zu steigern. Sie zeichneten sich zudem durch gute Recherche, fundierte Analyse und schlüssige Darstellung aus.

! www.dguv.de › Webcode: d110113



DGUV-Athlet ist Behindertensportler des Jahres 2010

Gerd Schönfelder ist zum Behindertensportler des Jahres gewählt worden. Die Trophäe zum Publikumspreis erhielt er



Gerd Schönfelder mit dem Pokal

bei einem Festakt im Dezember im Deutschen Sport & Olympia Museum in Köln. Er ist der erfolgreichste deutsche Sportler aller Zeiten bei paralympischen Winterspielen und im DGUV-Team einer der wichtigsten Unterstützer der Behindertensport-Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung.

In Folge eines Arbeitsunfalls vor mehr als zwanzig Jahren verlor Schönfelder einen Arm. Dennoch ist er seit vielen Jahren erfolgreich im Ski-Sport aktiv. Zuletzt holte er bei den paralympischen Winterspielen in Vancouver vier Gold- und eine Silbermedaille in seinen Paradedisziplinen

Abfahrt, SuperG, Riesenslalom, Superkombi und Slalom. In den vergangenen Jahren waren immer wieder Athleten des DGUV-Teams erfolgreich ausgezeichnet worden. Auch Gerd Schönfelder konnte die Trophäe schon einmal 2006 in den Händen halten.

Mit dem DGUV-Team will die gesetzliche Unfallversicherung über Vorbilder aus dem Behindertensport den Betroffenen Mut machen, diesen wichtigen Weg der Rehabilitation zu gehen.

! www.dguv.de › Webcode: d25084

Zahl der Verkehrstoten sinkt weiter

Im Jahr 2010 gab es etwa zehn Prozent weniger Todesopfer im Straßenverkehr als im Vorjahr. Das ergibt sich aus den aktuellen Hochrechnungen des statistischen Bundesamts auf Basis der Zahlen bis Oktober 2010. Damit wird ein neuer Tiefststand erreicht – ein Ergebnis jahrelanger Bemühungen um mehr Sicherheit auf den deutschen Straßen. „Wir freuen uns über diese positive

Entwicklung und den erneuten Rückgang. Trotzdem bleiben die Zahlen immer noch erschreckend: nach wie vor werden täglich zehn Menschen auf unseren Straßen getötet, rund 1000 verletzt. Wir können also noch lange nicht zufrieden sein“, kommentiert Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), die Angaben für 2010.

Aus Sicht des DVR gibt es etwa noch Sicherheitsreserven bei der technischen Ausstattung der Fahrzeuge und der Qualität der Straßen. Hilfreich wären darüber hinaus verpflichtende Maßnahmen und Verhaltensregeln zur Unfallprävention.

! www.dvr.de



Die Gewinner im Einzelnen:

1. Kategorie Print/Foto:

Arno Schupp vom Weser Kurier wurde für seine umfassende Berichterstattung zu den Special Olympics National Games in Bremen ausgezeichnet.

2. Kategorie Radio/TV

Cornelia Linse von MDR 1 Radio Sachsen-Anhalt erhielt den Preis für ihre einstündige Livesendung von den „21. Landessportspielen der Behinderten und ihrer Freunde“.

3. Kategorie Online:

Fabian Vögtle überzeugte mit einem Portrait des Behindertensportlers Martin Fleig, das im Online-Jugendmagazin schekker.de erschienen ist.

Die Preisträger 2010: (v. l. n. r.) Fabian Vögtle, Arno Schupp, Conny Linse und Arno Schade mit Gregor Doepke, Leiter der Kommunikation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

DVR-Mitgliederversammlung: Arbeitsprogramm 2011 verabschiedet



DVR-Präsident Dr. Walter Eichendorf und (v. l. n. r.) DVR-Geschäftsführerin Ute Hammer, DVR-Hauptgeschäftsführer Christian Kellner, und die drei DVR-Vizepräsidenten Dr. Hans-Joachim Wolff, Kurt Bodewig und Gerhard von Bressendorf

Die Mitgliederversammlung des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR) hat ihr Arbeitsprogramm 2011 verabschiedet und einen neuen Vorstand gewählt. Einstimmig wurde auch der Präsident Dr. Walter Eichendorf in seinem Amt bestätigt. Eichendorf, im Hauptamt stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV, wird die Geschicke des Verbandes auch in den nächsten vier Jahren leiten. Eine wichtige Aufgabe des Verbandes in dieser Zeit sieht er darin, bei offenen Diskussionspunkten, wie dem Alkoholverbot am

Steuer oder generellen Tempolimits auf Landstraßen, Autobahnen oder in Städten, sachliche und fachliche Beratung zu leisten.

Der Staatssekretär im Bundesverkehrsministerium, Professor Klaus-Dieter Scheuerle, dankte dem DVR in seiner Rede für die geleistete Arbeit: „Mit seinen Mitgliedern gehört er zu den engsten und zuverlässigsten Partnern zur Erhöhung der Verkehrssicherheit.“

Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst – DVD der Unfallkassen ausgezeichnet

! **Internetportal:**
risiko-uebergreif.
gesundheits-
dienstportal.de

Mit dem Titel „Master of Excellence“ ist die DVD „Risiko Übergriff – Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst“ beim 22. Corporate Media Festival ausgezeichnet worden. Überzeugt hat die Jury vor allem, wie das sensible Thema aufgegriffen und mit authentischen Interviews veranschaulicht wurde.

Auf der DVD geht man der Frage nach, warum es in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes zu Übergriffen kommt, und wie man ihnen präventiv begegnen kann. Das Festival ist der wichtigste deutsche Indus-

riefilmwettbewerb und der einzige Wettbewerb, bei dem die Jury nach standardisierten Kriterien bewertet. Dabei spielt vor allem die Frage der Kommunikationsleistung eine Rolle.

Die DVD wurde von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen in Kooperation mit dem Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverband, der Unfallkasse Baden-Württemberg, der Unfallkasse Rheinland-Pfalz, der Unfallkasse Hessen und der Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern produziert.

Website der BG Unfallklinik Ludwigshafen ausgezeichnet

Die neue Internetpräsenz der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen hat den vierten Platz beim diesjährigen Wettbewerb „Deutschlands Beste Klinik-Website“ erreicht. Insgesamt hatten sich mehr als 500 Kliniken für einen Preis beworben. Ihre Internetseiten wurden in einem mehrmonatigen Verfahren vom Heidelberger Institut für Marketing untersucht und bewertet. Die besten zehn Klinik-Websites erhielten ein Gütesiegel.

Überzeugt hat die Jury die übersichtliche Startseite über die jeder Nutzertyp intuitiv und schnell die für ihn wichtigen Informationen erhält.



„Dieses sehr gute Ergebnis zeichnet unser umfangreiches Informationsangebot für Patienten und Besucher aus“, erklärt Bernward Schröter, Kaufmännischer Direktor der Klinik. „Es zeigt, dass wir mit dem Ansatz, unsere Internetseiten konse-

quent an den Bedürfnissen unserer Zielgruppen auszurichten, auf dem richtigen Weg sind.“

! www.bgu-ludwigshafen.de

Forschungsprojekt zur Staubmilbenbelastung in Kitas

Stellen Hausstaubmilben eine Gefahr für Kindergartenkinder dar? Dieser Frage geht ein neues Forschungsprojekt des Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin (IPA) der DGUV in Kooperation mit der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) nach.

Hausstaubmilben werden auch bei Kindern mit Allergien in Verbindung gebracht. Verlässliche Daten, ob Kinder, die regelmäßig eine Kindertageseinrichtung besuchen, dort einer erhöhten Milbenbelastung ausgesetzt sind, gibt es aber noch nicht. Die neue Studie soll das ändern. Ein Jahr lang legen dazu Mitarbeiter der UK NRW in regelmäßigen Abständen sogenannte Passivsammler in den teilnehmenden Kitas aus. Das IPA analysiert diese und erhält dadurch Erkenntnisse über die Milbenbelastung. In einem Fragebogen werden zusätzlich allgemeine Angaben

zur Kita gesammelt, die die Ergebnisse möglicherweise beeinflussen. Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis auch in elterlichen Haushalten die Passivsammler ausgelegt, um die Milbenbelastung besser einordnen zu können. Ein Ergebnis der Studie könnten dann beispielsweise konkrete Reinigungsempfehlungen sein, um mögliche Belastungen zu reduzieren und Allergien zu verhindern.

Hintergrund ist die zunehmende Verbreitung von Allergien in den Industrieländern. Insbesondere das frühe Kindesalter ist ein sensibles Zeitfenster für ihre Entstehung. Expositionsminimierung ist ein sinnvoller Weg der Primärprävention.



www.ipa.ruhr-uni-bochum.de >
Webcode: 572416



Foto: IPA

Vorbereitung der elektrostatischen Passivsammler im IPA

Tag der Arbeitssicherheit 2011

Ein Kongress zu aktuellen Fragen der Arbeitssicherheit und eine Ausstellung von neuen Arbeits- und Gesundheitsschutzprodukten erwartet die Besucher der Schwabenlandhalle in Fellbach am Tag der Arbeitssicherheit am 23. und 24. März 2011. Auf dem Programm des Kongresses stehen unter anderem die Novellierung

der Gefahrstoffverordnung, die DGUV Vorschrift 2 und die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). Das Thema betriebliche Gesundheitsförderung wird in Zeiten älter werdender Belegschaften immer wichtiger. Auch ihm wird breiter Raum für Vorträge und Diskussionen eingeräumt.

Auf der begleitenden Ausstellung präsentieren mehr als 30 Aussteller ihre neuen Entwicklungen und ermöglichen so einen Wissenstransfer auf hohem Niveau.



Informationen und Anmeldung unter:
www.tag-der-arbeitssicherheit.de

Kolloquium zur nachhaltigen Rehabilitation

„Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ lautet das Rahmenthema des 20. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums, das vom 14. bis 16. März an der Ruhr-Universität Bochum stattfindet. Das wichtigste Forum für aktuelle und praxisrelevante Ergebnisse aus der Forschung will Möglichkeiten aufzeigen, den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen noch zu steigern. Mehr als 1.500 Experten aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Therapie und

Gesundheitsmanagement sowie aus der Verwaltung und der Politik werden erwartet. Sie können in mehr als 280 Vorträgen, Präsentationen und Panels Möglichkeiten der besseren Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und der Arbeits- und Lebenswelt der Rehabilitanden erörtern und diskutieren. Ziel ist die Verstärkung der Rehabilitationserfolge und eine optimale Eingliederung in den Beruf nach einem medizinischen Vorfall.

Veranstalter sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.



Anmeldung unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/rehakolloquium

Im Dienst gesunder Polizisten

Das Innenministerium von Rheinland-Pfalz und die Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP) arbeiten in Zukunft eng zusammen, um die Gesundheit der Beschäftigten im Polizeidienst zu fördern. Dazu unterzeichneten der Ministerialdirigent Joachim Laux, Leiter der Polizeiabteilung, und Beate Eggert, Geschäftsführerin der UK RLP, ein entsprechendes Abkommen.

Die Zusammenarbeit zielt darauf ab, das Erfahrungswissen der Unfallkasse im Bereich des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in das Behördliche Gesundheitsmanagement der Polizei einzubinden. Geplant ist unter anderem die Organisation von Workshops und Seminaren durch die UK RLP.

Das auf zunächst drei Jahre angelegte Programm ist somit eine konsequente Fortführung der bereits bestehenden engen Zusammenarbeit.

Beate Eggert betonte: „Wir wissen um die hohen psychischen und körperlichen Belastungen, die in vielen Bereichen des Polizeidienstes alltäglich sind. Es ist uns ein besonderes Anliegen, die Gesundheit derer zu fördern, die tagaus, tagein für uns da sind.“



www.ukrlp.de



Beate Eggert, Geschäftsführerin der Unfallkasse Rheinland-Pfalz (sitzend), und Ministerialdirigent Joachim Laux, Leiter der Polizeiabteilung im rheinland-pfälzischen Ministerium des Innern und für Sport

„Risiko raus!“ kommt an

Die Präventionskampagne „Risiko raus!“ ist in den Betrieben und in der Öffentlichkeit angekommen.

Die Dokumentation aller Kampagnenmaßnahmen durch die Unfallversicherungsträger zeigt es deutlich: Innerhalb der ersten drei Quartale 2010 wurden von den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bereits weit über 17.000 Aktionen mit circa 15.000 Beratungen/Begehungen in den Betrieben, 2.300 Schulungen/Seminaren zur Kampagne beziehungsweise mit „Risiko raus!“-Bausteinen und fast 400 Gesundheits- und Aktionstage / Events in Betrieben durchgeführt.

Allein mit diesen betrieblichen Maßnahmen konnten circa 280.000 Beschäftigte unmittelbar an ihrem Arbeitsplatz angesprochen werden. Zusammen mit weiteren öffentlichen Aktionen wurden etwa 1 Million Menschen direkt vor Ort erreicht. Die Zahl der Besucher der „Risiko raus!“-Ausstellungen auf etwa 90 Messerveranstaltungen ist hierbei noch nicht mitgezählt.

Für die Verbreitung der Kampagnenbotschaften in den Betrieben sollen künftig auch Kurztipps zu den Kampagnenthemen im Postkartenformat sorgen, welche neben vielen anderen

SICHER MIT STAPLER UND ANDEREN FLURFÖRDERZEUGEN

Sichtprüfung

- Gabelzinken, Hubmast und Ketten
- Pedale und Reifen
- Hydraulik
- Fahrerschutzdach und Lastschutzgitter

Funktionsprüfung

- Rückhaltevorrückung
- Bremsen und Lenkung
- Beleuchtung, Richtungsanzeiger und Warnanlage
- Führung des Lastaufnahmemittels
- Sicherung am Deichselkopf bei Mitgänger-Flurförderzeugen



Medien kostenlos angeboten werden. Im ansprechenden Layout mit passender Bebilderung können die Tipps zum innerbetrieblichen Transport und Verkehr, zur Ladungssicherung, zur Teilnahme am Straßenverkehr und zum sicheren Fahrradfahren auf einem gewöhnlichen Farbdrucker ausgedruckt, laminiert und beispielsweise im Rahmen von Unterweisungen an die Beschäftigten verteilt werden. Die Kurztipps finden sich thematisch sortiert in der Rubrik „Themen“ unter www.risiko-raus.de. Neu und ganz aktuell sind die Kampagnen-Tipps zum sicheren Radfahren im Winter, zur korrekten Beladung des Autos und zur Sichtbarkeit im Straßenverkehr.

Duale Ausbildung zum Physiotherapeuten gestartet

Eine Ausbildung, zwei Abschlüsse. Das bietet das neue Ausbildungsprogramm der berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Tübingen und Ludwigshafen in Zusammenarbeit mit der Hochschule Reutlingen und der Eberhard Karls Universität Tübingen. Nach vier Jahren sind die Absolventen staatlich anerkannte Physiotherapeuten und tragen zusätzlich den Titel Bachelor of Science.

Ausgangspunkt dieses neuen Konzepts sind die stetig wachsenden Anforderungen an das Gesundheitssystem. „Die Akademisierung der medizinischen Fachberufe ist eine folgerichtige Entwicklung, die sich aus der zunehmenden Komplexität und Spezialisierung der Patientenbehandlung sowie der wachsenden Bedeutung betriebswirtschaftlicher Aspekte ergibt“, so Professor Ingo Autenrieth, Dekan der Medizinischen Fakultät der Tübinger Eberhard Karls Universität. Fabian Ritter, Geschäftsführer des Vereins für Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung Heidelberg,

dem Träger der beiden BG Unfallkliniken, betont: „Wir stehen für Innovations- und Veränderungsbereitschaft. Dazu zählt auch das Angebot zukunftsorientierter Ausbildungsmodelle.“

Ausbildungsbeginn ist jeweils am 1. November eines Jahres.



www.pt-akademie-lu.de/studium.html

DGUV Vorschrift 2

Fortentwicklung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung

Am 1. Januar 2011 ist die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – DGUV Vorschrift 2“ in Kraft getreten. Damit gibt es erstmals für Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine einheitliche und gleichlautende Vorgabe zur Gestaltung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Betriebe und Bildungseinrichtungen. Das Konzept der Vorschrift und die Bewertung aus Sicht der Unfallversicherungsträger und Länder ist im DGUV Forum 5/2010 beschrieben.

Eckpunkte der Vorschrift

Die DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ ist in Kraft. Sie gilt für alle Klein- und Großbetriebe sowie für Bildungseinrichtungen. Alle Unternehmen und Bildungseinrichtungen sind aufgefordert, ihren Aufwand für die Betreuung durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Leistungserbringer) bedarfsgerecht, das heißt an den jeweiligen Gefährdungen für Sicherheit und Gesundheit sowie den jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten orientiert, zu ermitteln. Eine Betreuung nach dem Gießkannenprinzip auf der Basis starrer Einsatzzeiten gehört der Vergangenheit an.

Mit der DGUV Vorschrift 2 wird Folgendes erreicht:

- Der Betreuungsumfang ist nun betriebsindividuell und somit passgenau
- Ausstieg aus pauschal verordneten Einsatzzeiten
- Die inhaltlichen Aspekte rücken in den Mittelpunkt
- Ungleichbehandlungen werden beseitigt
- Der Handlungsspielraum der Unternehmen wird vergrößert
- Die Mitbestimmung der betrieblichen Interessenvertretungen wird unterstrichen
- Die Kommunikation der Akteure im Betrieb wird gefördert.

Die Vorschrift verfolgt bei der Festsetzung des Betreuungsumfangs einen leistungsorientierten und betriebsindividuellen Ansatz, der sich an den jeweiligen Gefährdungen für Sicherheit und Gesundheit sowie den jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten orientiert. Dabei geben die Regelungen der Vorschrift den Betrieben und Bildungseinrichtungen mehr Freiräume im Arbeitsschutz, aber auch mehr Eigenverantwortung. Wie das genau aussieht, hängt von der Größe des Unternehmens ab:

- In Unternehmen mit bis zu 10 Beschäftigten hat der Unternehmer die Wahl: Er kann sich entweder in Fragen des Arbeitsschutzes schulen und sensibilisieren lassen (sogenannte alternative Betreuung). Oder er entscheidet sich für die Regelbetreuung. In Unternehmen bis zu 10 Beschäftigten besteht diese aus einer Grundbetreuung, für die keine Einsatzzeiten festgelegt sind, und aus der anlassbezogenen Betreuung, die für bestimmte Ereignisse die Pflicht zur Beratung festlegt. Die Grundbetreuung ist nach Gefährdungslage im Betrieb im Abstand von ein bis fünf Jahren zu wiederholen.
- Der Kern der Reform betrifft die Regelbetreuung der Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten. Diese besteht nunmehr aus Grundbetreuung und betriebspezifischem Teil der Betreuung. Für die Grundbetreuung gelten feste Einsatzzeiten je Beschäftigten, die der Unternehmer auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit verteilt. Hier

geht es im Wesentlichen um die grundlegenden Aufgaben im Arbeitsschutz, die unabhängig von Art und Größe eines Unternehmens grundsätzlich anfallen. Auf der Grundbetreuung setzt die betriebspezifische Betreuung auf. Sie betrifft besondere Risiken und Verhältnisse des Unternehmens.

- Unternehmen mit 11 bis 50 Beschäftigten können je nach Vorgaben der Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse zwischen alternativer Betreuung und Regelbetreuung entscheiden. Der öffentliche Dienst wird die alternative Kleinbetriebsbetreuung für Einrichtungen bis 50 Beschäftigte zum 1. Januar 2013 einführen.

Während die Kleinbetriebsbetreuung in den Jahren 2005 bis 2007 eingeführt und bis heute positiv evaluiert wurde, liegt mit der Regelbetreuung größerer und großer Betriebe und Bildungseinrichtungen zu Jahresbeginn ein neues Betreuungsmodell vor. Die Aufgaben der Leistungserbringer sind in Orientierung an §§ 3 und 6 ASiG detailliert durch Aufgabenfelder in der Vorschrift beschrieben und in Anhängen umfangreich konkretisiert. Der Einstieg in die Leistungsermittlung ist jeweils eine umfassende Betrachtung der Aufgabenkataloge, die die Belastungen und Gefährdungen der branchentypischen Arbeitsbedingungen aufzeigen. Die ausführlichen Kataloge der Aufgaben für die Leistungserbringer in der Grundbetreuung und in dem betriebspezifischen Teil der Betreuung ermöglichen es somit, die not-



Sicherheitstechnische Beratung in einem Maschinenbaubetrieb

wendigen Ressourcen für die Aufgaben-erledigung konkret zu ermitteln und am Bedarf der Betriebe auszurichten.

Das Regelbetreuungsmodell für Betriebe und Bildungseinrichtungen stellt sicher, dass an gleichartige Betriebe auch gleiche Anforderungen gestellt werden. Egal, ob ein Betrieb bei dem einen oder anderen Unfallversicherungsträger gemeldet ist – die Bestimmungen der Vorschrift sind identisch. Ob ein Krankenhaus nunmehr in kommunaler oder privater Trägerschaft steht – die Anforderungen sind gleich.

Da dies bei der Vielzahl bisheriger bran-chenbezogener Vorschriften nicht immer sichergestellt werden konnte, liegt es auf der Hand, dass sich nunmehr in den Betrieben der Betreuungsaufwand vergrößern oder verringern kann. Die Sicherstellung „gleiche Anforderungen für gleiche Betriebe“ fördert zugleich die Transparenz und Vergleichbarkeit, und dies nicht nur für die Betriebe und überbetrieblichen sicherheitstechnischen und betriebs-ärztlichen Dienste, sondern auch für die Aufsichtsdienste von Staat und Unfallver-sicherung.

Individueller Arbeitsschutz

Die Gefährdungssituation und die jewei-ligen betrieblichen Gegebenheiten des einzelnen Betriebes beziehungsweise der Bildungseinrichtungen sind das Maß allen Handelns. Guter Arbeitsschutz ist stets nur sehr konkret und betriebs-spezifisch zu entwickeln. Dieser Ansatz ver-langt nach angemessenen Handlungs-spielräumen für die verantwortlichen Akteure im Betrieb, die von der Vor-schrift eingeräumt werden. Auf der an-deren Seite ergibt sich daraus eine hohe Eigenverantwortung der Unternehmer. Die Vorschrift setzt einen Rahmen, den die Unternehmer, die Betriebs- und Per-sonalvertretungen mit Unterstützung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeits-sicherheit eigenverantwortlich ausgestal-ten können, aber auch müssen.

Das Arbeitssicherheitsgesetz verlangt eine enge Kooperation zwischen Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit. Die DGUV Vorschrift 2 fördert diese Zusam-menarbeit. ▶

Tabelle 1: DGUV Vorschrift 2

| Unternehmensgröße | Regelbetreuung | Alternative Betreuung |
|-------------------|---|--|
| < 10 | Grundbetreuung, Anlassbetreuung (siehe Anlage 1) | entsprechend der Betriebsgrößen-grenze des zuständigen Unfallver-sicherungsträgers |
| 11... < 50 | Grundbetreuung und betriebsspezifische Betreuung (siehe Anlage 2) | siehe Anlagen 3 und 4 (Unfallversicherungsträger ö. H.: ab 1. Januar 2013) |
| > 50 | | nein |



Beratung zu einem Bildschirmarbeitsplatz

Die Aufgaben von Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft werden auf der Grundlage detaillierter Leistungskataloge ermittelt. Daraus lassen sich die erforderlichen personellen Ressourcen vom Betrieb ableiten. Nunmehr richtet sich der Betreuungsbedarf einheitlich nicht mehr ausschließlich nach Einsatzzeiten, sondern nach den tatsächlich vorliegenden Gefährdungen und Belastungen sowie den sonstigen betrieblichen Erfordernissen. „Wer macht was am besten?“ wird zu klären sein. Die Aufgabenpalette stößt einen Dialog der Beteiligten an, fördert den ganzheitlichen Ansatz und erfordert eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitsschutz im Unternehmen. Längerfristig kann sich dadurch die Qualität der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes im Betrieb nur erhöhen.

Umsetzung der Vorschrift

Die konzeptionelle Phase der Entwicklung der UVV „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ ist Ende 2010 mit den Beschlüssen der Vertreterversammlungen der Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen sowie den Genehmigungen des BMAS und der Länder abgeschlossen. Die anstehenden Fusionen von gewerblichen Berufsgenossenschaften konnten naturgemäß noch nicht berücksichtigt werden.

Holz- und Metallberufsgenossenschaften sowie Fleischerei-BG und BG für Nahrungsmittel und Gaststätten haben noch eigene Vorschriften erlassen, sind aber von der Genehmigungsbehörde aufgefordert worden, innerhalb eines Jahres eine gemeinsame Unfallverhütungsvorschrift vorzulegen. Aktuell haben alle Berufsgenossenschaften, die EUK sowie die meisten Unfallkassen die UVV erlassen und veröffentlicht. Voraussichtlich bis zum 1. April 2011 wird die Vorschrift bei nahezu allen Unfallkassen erlassen worden sein. Damit haben alle Mitgliedsbetriebe und Bildungseinrichtungen die für sie geltende Unfallverhütungsvorschrift mit allen Empfehlungen des Unfallversicherungsträgers für seine Wirtschaftszweige vorliegen.

Die neuen Bestimmungen müssen nunmehr in den Betrieben und Bildungseinrichtungen umgesetzt werden. Dazu haben die DGUV und die Unfallversicherungsträger umfangreiche Hintergrundinformationen, Handlungshilfen und sonstige Medien entwickelt, die bei der Einführung hilfreich sein können. Eine Übergangsfrist ist nicht vorgesehen, die neuen Bestimmungen traten am 1. Januar 2011 in Kraft. Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und die staatliche Aufsicht werden in diesem Jahr den Fokus ihrer

Tätigkeiten auf die Beratung der Betriebe und Bildungseinrichtungen zur DGUV Vorschrift 2 legen.

Kern der Reform: Regelbetreuung der Betriebe bis 10 Beschäftigte

Im Mittelpunkt der im Jahr 2011 eingeführten Reform der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung steht das neue Konzept der Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten. Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung besteht hier zukünftig aus zwei Komponenten: Der Grundbetreuung, für die in der Unfallverhütungsvorschrift Einsatzzeiten vorgegeben werden, und dem betriebsspezifischen Betreuungsanteil, der von jedem Betrieb selbst zu ermitteln ist. Beide Teile sind verpflichtende Bestandteile der Gesamtbetreuung. Durch die Grundbetreuung wird sichergestellt, dass für vergleichbare Betriebe identische Grundanforderungen bestehen. Der betriebsspezifische Teil stellt sicher, dass der Betreuungsumfang passgenau den betrieblichen Erfordernissen angepasst werden kann.

Grundbetreuung

Mit der Grundbetreuung soll erreicht werden, dass Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber darin unterstützen, seine im Arbeitsschutzgesetz festgelegten Pflichten zu erfüllen, die unabhängig von der Art und Größe des Betriebs kontinuierlich anfallen. Die Leistungen von Betriebsärzten und Fachkräften im Rahmen der Grundbetreuung konzentrieren sich auf die Basisaufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes. Der Umfang der Grundbetreuung wird über die Zuweisung des Betriebs zu einer von drei Betreuungsgruppen bestimmt. Durch die Multiplikation der Zahl der Beschäftigten mit dem gruppenspezifischen Stundenfaktor wird die Einsatzzeit berechnet.

Für die drei Betreuungsgruppen gelten folgende Einsatzzeiten:

Tabelle 2: Einsatzzeiten der Grundbetreuung

| | Gruppe I | Gruppe II | Gruppe III |
|--------------|----------|-----------|------------|
| Einsatzzeit* | 2,5 | 1,5 | 0,5 |

* Std./Jahr pro Beschäftigtem/r (Summenwerte für BA und Sifa)

Betriebe und Bildungseinrichtungen sind anhand des in Deutschland geltenden WZ-Kodes (Klassifizierung der Wirtschaftszweige) mit ihren Betriebsarten einer von drei Betreuungsgruppen der Grundbetreuung zugeordnet worden. Damit wird gewährleistet, dass für gleichartige Betriebe, wie beispielsweise Krankenhäuser, Pflegeheime oder Veranstaltungsstätten, dieselben Betreuungszeiten und Ansprüche an die Grundbetreuung gelten, unabhängig davon, welcher Unfallversicherungsträger für den Betrieb zuständig ist.

Die Zuordnung der Betreuungsgruppen zu den Betriebsarten ist, wie in nachfolgender Tabelle beispielhaft dargestellt, in der Unfallverhütungsvorschrift verbindlich festgelegt (siehe **Tabelle 3**).

Die genannten Einsatzzeiten sind Summenwerte für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit. Die konkrete Aufteilung zwischen beiden ist Aufgabe des Unternehmers. Die betriebliche Interessenvertretung wirkt hierbei mit (Mitbestimmung); Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit beraten. Der Mindestanteil für eine der beiden Disziplinen beträgt jeweils 20 Prozent, mindestens aber 0,2 Stunden pro Jahr und Beschäftigtem. Dieser Anteil darf nicht unterschritten werden.

Der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Grundbetreuung werden durch die DGUV Vorschrift 2 konkrete Aufgaben zugewiesen. Die Aufgabenfelder der Grundbetreuung umfassen die grundlegenden Unterstützungsleistungen, die sich vor allem auf die Arbeitgeberpflichten aus den §§ 3, 4 und 5 des Arbeitsschutzgesetzes beziehen:

1. Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung (Beurteilung der Arbeitsbedingungen)
2. Unterstützung bei grundlegenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung – Verhältnisprävention
3. Unterstützung bei grundlegenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung – Verhaltensprävention
4. Unterstützung bei der Schaffung einer geeigneten Organisation und Integration in die Führungstätigkeit
5. Untersuchung nach Ereignissen

Tabelle 3: Klassifikation der Wirtschaftszweige; Auszug. Eine vollständige Liste mit den Angaben aller Unfallversicherungsträger wird bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geführt.

| Lfd. Nr. | WZ 2008 Kode | WZ 2008 – Bezeichnung | Gruppe I 2,5 h | Gruppe II 1,5 h | Gruppe III 0,5 h |
|----------|--------------|-------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| 80 | 02.1 | Forstwirtschaft | ● | | |
| 183 | 10.7 | Herstellung von Back- und Teigwaren | | ● | |
| 402 | 23.1 | Herstellung von Glas und Glaswaren | | ● | |
| 1360 | 64.1 | Zentralbanken und Kreditinstitute | | | ● |

6. Allgemeine Beratung von Arbeitgebern und Führungskräften, betrieblichen Interessenvertretungen, Beschäftigten
7. Erstellung von Dokumentationen, Erfüllung von Meldepflichten
8. Mitwirken in betrieblichen Besprechungen
9. Selbstorganisation.

Betriebspezifischer Teil der Betreuung

Die betriebspezifische Betreuung trägt den speziellen Erfordernissen des jeweiligen Betriebs Rechnung, wie sie zum Beispiel aus seiner Art und Größe sowie aus den sonstigen betrieblichen Gegebenheiten hervorgehen. Neben der Grundbetreuung ist die betriebspezifische Betreuung fester Bestandteil der Gesamtbetreuung. Sie geht von spezifischen betrieblichen Gefährdungen, Situationen und Anlässen aus. Die zu erbringenden Unterstützungsleistungen setzen auf den Basisleistungen der Grundbetreuung auf und ergänzen sie um die betriebspezifisch entweder dauerhaft oder temporär erforderlichen Betreuungsleistungen.

Der inhaltliche Bedarf und der Umfang der betriebspezifischen Betreuung müssen vom Unternehmer ermittelt und auf Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit aufgeteilt werden. Für die betriebspezifische Betreuung sind keine festen Einsatzzeiten, sondern 16 in Anlage 2 benannte und in Anhang 4 der Vorschrift näher beschriebene Aufgabenfelder vorgegeben. Der Unternehmer muss ermitteln und prüfen, welche Aufgaben im Betrieb erforderlich sind und welcher Personalaufwand zur Erfüllung dieser Betreuungsleistungen erforderlich ist. Auf dieser Grundlage wer-

den Inhalt und Dauer der betriebspezifischen Betreuung ermittelt, der jährliche Personalaufwand getrennt für beide Professionen bestimmt und die notwendigen Betreuungsleistungen schriftlich vereinbart. Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit beraten bei Ermittlung und Aufteilung des betriebspezifisch erforderlichen Betreuungsaufwandes.

Die betriebspezifische Betreuung umfasst 4 Bereiche mit insgesamt 16 Aufgabenfeldern. Die im ersten Bereich genannten 8 Aufgabenfelder bewirken dauerhafte Betreuungsleistungen, sofern sie für den Betrieb relevant sind. Die weiteren Aufgabenfelder sind temporärer Natur und können deshalb variable Betreuungsanforderungen auslösen:

1. Regelmäßig vorliegende betriebspezifische Unfall- und Gesundheitsgefahren, Erfordernisse zur menschengerechten Arbeitsgestaltung (in der Regel dauerhaft) – mit 8 Aufgabenfeldern
2. Betriebliche Veränderungen in den Arbeitsbedingungen und in der Organisation (in der Regel temporär) – mit 5 Aufgabenfeldern
3. Externe Entwicklung mit spezifischem Einfluss auf die betriebliche Situation (in der Regel temporär) – mit zwei Aufgabenfeldern
4. Betriebliche Aktionen, Programme und Maßnahmen (in der Regel temporär) – mit einem Aufgabenfeld.

Mit den betriebspezifischen Aufgabenfeldern werden neben bereits eingeführten auch neue und zukunftsweisende Anforderungen an das betriebliche Arbeitsschutzhandeln unterstützt. Beispiele hierfür sind: ▶

- Aufgabenfeld 1.3: Arbeitsaufgaben und Arbeitsorganisation mit besonderen Risiken (zum Beispiel physische und psychische Fehlbeanspruchung)
- Aufgabenfeld 1.6: Sicherheit und Gesundheit unter den Bedingungen des demografischen Wandels (zum Beispiel Defizite in der altersadäquaten Arbeitsgestaltung)
- Aufgabenfeld 1.7: Arbeitsgestaltung zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Erhalt der individuellen gesundheitlichen Ressourcen im Zusammenhang mit der Arbeit (zum Beispiel Defizite in der menschen- und gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsaufgaben)
- Aufgabenfeld 1.8: Unterstützung bei der Weiterentwicklung eines Gesundheitsmanagements.

Die individuelle arbeitsmedizinische Vorsorge gemäß ArbMedVV ist ebenfalls Bestandteil des betriebsspezifischen Teils der Betreuung und wird als Aufgabenfeld 1.4 aufgeführt. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind somit nicht Bestandteil der Einsatzzeit der Grundbetreuung.

Das in Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2 beschriebene Verfahren zur Festlegung der betriebsspezifischen Betreuung erfordert eine systematische Prüfung der erforderlichen Aufgaben anhand des vorgegebenen Katalogs von Aufgabenfeldern sowie von Auslöse- und Aufwandskriterien. Anhand der Auslösekriterien ist zu entscheiden, ob ein Betreuungsbedarf in dem jeweiligen Aufgabenfeld vorhanden ist. Mit Hilfe von Aufwandskriterien werden die zu erbringenden Betreuungsleistungen festgestellt. Der dazu erforderliche Zeitaufwand muss zwischen Unternehmer einerseits und Betriebsarzt und Fachkraft andererseits bei Beachtung der Mitbestimmungsrechte der



Bezugshinweise: Hintergrundinformation, Flyer, Anwendungsbeispiele, FAQ-Katalog und E-Learning-Programm können über die Homepage der DGUV heruntergeladen werden (www.dguv.de). Hintergrundinformation und Flyer sind zudem als Printmedien verfügbar und können über die DGUV bezogen werden (www.dguv.de/publikationen).



Ergonomieberatung in einer Spülküche

betrieblichen Interessenvertretung festgelegt und vereinbart werden. Die erforderlichen Personalressourcen werden somit leistungsbezogen bestimmt, und nicht umgekehrt erst Ressourcen (Einsatzzeiten) festgelegt und dann die Leistungen konkretisiert.

Umsetzungshilfen zur Anwendung der Vorschrift

Die mit der DGUV Vorschrift 2 vorgenommene Reform der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten eröffnet den Weg für eine passgenaue Festlegung des erforderlichen Betreuungsumfangs. Der Umfang der erforderlichen Betreuung wird nicht weiterhin durch starre Einsatzzeiten bestimmt. Vielmehr erhalten Betriebe und Bildungseinrichtungen einen eigenen Gestaltungsspielraum zur Festlegung von Betreuungsumfang und /-inhalten. Das bedeutet aber auch, dass sich betriebliche Arbeitsschutzakteure und externe Dienstleister, aber auch die Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger und des Staates aktiver als bisher mit der inhaltlichen Umsetzung der Vorschrift zu befassen haben. Um alle Akteure bei der Anwendung der Vorschrift zu unterstützen, halten DGUV und Unfallversicherungsträger umfangreiche Unterstützungsmaßnahmen bereit: In der Hintergrundinformation für die Beratungspraxis zur DGUV Vorschrift 2 sind

alle wesentlichen Informationen zur Reform der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung anschaulich zusammengestellt. Ausgehend von der Beschreibung der Reformanlässe werden Bausteine und Inhalte des neuen Betreuungskonzeptes begründet und beschrieben. Vorteile und Chancen werden ebenso wie grundlegende Hinweise zur Anwendung der Vorschrift aufgezeigt. Die 64 Seiten umfassende Broschüre ist ein wertvoller Einstieg in die Thematik für alle, die sich mit den Anforderungen des neuen Betreuungskonzeptes und dessen Umsetzung zu befassen haben.

Abgeleitet von der Hintergrundinformation ist ein Flyer zur Erstinformation der Betriebe entwickelt worden. Er enthält Grundaussagen zu den Betreuungsmodellen der DGUV Vorschrift 2.

Mit den Betrieblichen Anwendungsbeispielen wird die Umsetzung der Vorschrift in fünf Betrieben unterschiedlicher Größen und Branchen sowie in einer kommunalen Verwaltung exemplarisch beschrieben. Die Anwendungsbeispiele verdeutlichen die Vorgehensweisen, die die jeweiligen Akteure zur Umsetzung der Vorschrift gewählt haben, und geben somit Anregungen für alle, die sich mit der Umsetzung der Vorschrift zu befassen haben. Sie setzen keinen Maßstab zur Festlegung des Betreuungsumfangs in den jeweiligen

Branchen, aber sie verdeutlichen, wie die vorhandenen Aufgabenstellungen jeweils gelöst wurden. Darüber hinaus werden die aus den Anwendungsbeispielen gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und Erfolgsfaktoren für die betriebliche Umsetzung der Vorschrift beschrieben. Die Anwendungsbeispiele werden durch eine Checkliste zur Vorgehensweise und Erfassungsschemata zur Ermittlung und Aufteilung von Grundbetreuung und betriebsspezifischer Betreuung ergänzt.

Häufig gestellte Fragen und entsprechende Antworten zur Anwendung der DGUV Vorschrift 2 hat die DGUV in einem FAQ-Katalog zusammengestellt. Dieser ist gegliedert nach:

- allgemeinen Fragen zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung (zum Beispiel: Auf welcher Rechtsgrundlage beruht die Verpflichtung, sich sicherheitstechnisch und betriebsärztlich beraten zu lassen?)
- allgemeinen Fragen zur DGUV Vorschrift 2 (zum Beispiel: Welche Vorteile hat ein Betrieb durch die DGUV Vorschrift 2?)
- Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten nach Anlage 2 (zum Beispiel: Warum setzt sich die Gesamtbetreuung aus zwei Teilen zusammen?)
- Grundbetreuung (zum Beispiel: Warum sind die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nicht Bestandteil der Grundbetreuung?)
- betriebsspezifische Betreuung (zum Beispiel: Muss der Unternehmer den kompletten Katalog für die betriebsspezifische Betreuung ausfüllen und bewerten?)
- Regelbetreuung der Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten nach Anlage 1 (zum Beispiel: Ist die Regelbetreuung vor Ort im Betrieb erforderlich?)
- alternative Betreuung nach Anlagen 3 und 4 (zum Beispiel: Besteht eine Fortbildungsverpflichtung bei Teilnahme an der alternativen Betreuung?).

Das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) hat aufbauend auf der Hintergrundinformation ein E-Learning-Programm zu Inhalten und Anwendung der DGUV Vorschrift 2 entwickelt. Das inter-

aktive Programm eröffnet somit den Weg, sich über ein PC-gestütztes Medium mit der reformierten Vorschrift vertraut zu machen.

Die Unfallversicherungsträger informieren die Betriebe und Verwaltungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich über die mit der DGUV Vorschrift 2 einhergehenden Reformen. Dies geschieht zum Beispiel über Mitteilungsblätter, Informationsschriften, Internet und vor allem über die Aufsichtspersonen, die im Jahr 2011 die Betriebe schwerpunktmäßig hinsichtlich der Umsetzung der Vorschrift beraten werden.

Ausblick

Der neue Weg der Regelbetreuung größerer und großer Betriebe und Bildungseinrichtungen bedeutet naturgemäß ein Umdenken bei der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Die Neuregelung enthält Elemente, die der Eine oder Andere im Zuge der Entwicklung auch kritisch gesehen hat, für deren Umsetzung noch praxiserprobte Maßnahmen optimiert werden müssen und die sich in der Praxis letztlich auch bewähren müssen. Auch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind gefragt, hierzu ihren Beitrag zu liefern, indem sie konstruktive Vorschläge für die Ausgestaltung des neuen Rahmens einbringen und hierbei konstruktiv zusammenarbeiten. Abzuwarten ist auch, wie sich die Handlungshilfen zur Ermittlung des zusätzlichen betriebsspezifischen Aufwandes bewähren. Nach Jahren der intensiven Diskussion und des Austausches von unterschiedlichen Standpunkten der Beteiligten sollte der neuen Regelung jetzt eine Chance in der Praxis gegeben werden.

Die DGUV Vorschrift 2 sieht mit Ausnahme der Einführung der alternativen Betreuung bei den Unfallkassen (1. Januar 2013) grundsätzlich keine Übergangsfristen vor. Klar ist jedoch, dass Betrieben und Verwaltungen ein Spielraum zur Einstellung auf die Inhalte der neuen Regelungen eingeräumt werden muss, um die Betreuungsmaßnahmen an Vorgaben und Möglichkeiten der Vorschrift 2 anpassen zu können. Die Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger und der Länder werden deshalb im Jahr 2011 die praxis-

gerechte Umsetzung der DGUV Vorschrift 2 in den Betrieben, Verwaltungen und Bildungseinrichtungen nachhaltig unterstützen. Hierzu werden sie im Jahr 2011 einen Schwerpunkt auf die Beratung und Unterstützung beim Übergang zu den Neuregelungen legen. Dieses Vorgehen hat die Nationale Arbeitsschutzkonferenz (NAK) in ihrer Sitzung im November 2010 einstimmig beschlossen.

Schließlich haben sich BMAS, Länder und DGUV dahingehend verständigt, die Anwendung der reformierten Vorschrift im Rahmen einer über drei Jahre laufenden Evaluation zu begleiten, um gegebenenfalls erforderliche Nachsteuerungen vornehmen zu können. ●

Autoren



Foto: Privat

Manfred Rentrop

Leiter der Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV
E-Mail: manfred.rentrop@dguv.de



Foto: Privat

Gerhard Strothotte

Unterabteilungsleiter „Betrieblicher Arbeitsschutz“ der Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV
E-Mail: gerhard.strothotte@dguv.de

Aus- und Fortbildung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Gesundheit und Sicherheit im Betrieb – eine Gemeinschaftsaufgabe

Die Kooperation von außer- und innerbetrieblichen Präventionsakteuren gewährleistet ein qualitätsgesichertes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) widmet sich der Frage, ob und wie umfänglich das Thema Kooperation in Studiengängen und Qualifizierungsmaßnahmen vermittelt wird.

Hintergrund des Projekts

Für ein nachhaltiges und qualitatives Betriebliches Gesundheitsmanagement sind mehrere Kriterien zu erfüllen. Dazu gehören die Zusammenarbeit und die Koordination einer Vielzahl von inner- und außerbetrieblichen Präventionsakteuren. Deren Zusammenwirken und die Nutzung ihrer Kompetenzen sind Voraussetzung für eine auf Dauer ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung. Dies bedeutet, dass interne Verantwortliche für Gesundheit und Sicherheit – die Unternehmensleitung, der Betriebsrat, Beschäftigte, der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit – sowie externe Experten wie Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenversicherung bei der Planung und Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gleichermaßen mit einbezogen werden sollten.

Mitarbeiter der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung im Tätigkeitsbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind dabei nicht nur durch gesetzliche Regelungen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Auch unterschiedliche Verantwortungsbereiche erfordern eine wirksame Netzwerkarbeit. Um sich gegenseitig bei ihren Präventionsaufgaben zu unterstützen, sollten sich alle Akteure einig sein, dass sie sich noch mehr darüber informieren müssen, wer an welchen Schwerpunkten arbeitet.

Neben einer systematischen Erfassung von Gefährdungen und Risiken für die Gesundheit geht es auch um Abstimmungs-

prozesse und Synergien, damit Maßnahmen, zum Beispiel des Arbeitsschutzes und der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sinnvoll und bedarfsorientiert aufeinander bezogen und geplant werden können. Hier muss damit gerechnet werden, dass unterschiedliche Terminologien, Vorgehensweisen oder fehlendes Wissen über andere Akteure in diesen Bereichen die notwendige Zusammenarbeit behindern.

Ein Ansatzpunkt zur Stärkung der Kooperation wird häufig schon in einer Verankerung des Themas in der Aus- und Weiterbildung gesehen. Inwieweit aber wird das Wissen über weitere Präventionsakteure sowie deren Kooperationsmöglichkeiten im Betrieb in den verschiedenen Studiengängen, Ausbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen vermittelt?

Zahlreiche Veränderungsprozesse, unter anderem ein erweitertes Wissen im Gesundheitsbereich und im Arbeitsschutz, haben in den letzten Jahren die beruflichen Qualifikationserfordernisse verändert. Die Aus- und Weiterbildungsgänge für die Bereiche der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nehmen nicht nur zu, sondern variieren auch immer stärker in ihren Schwerpunkten und Zielsetzungen. Die Angebote sprechen unterschiedliche Zielgruppen an, beruhen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und werden von verschiedenen Trägern angeboten. Infolgedessen werden die zu vermittelnden Themen und Inhalte komplexer und vielfältiger.



Foto: Fotolia

Zentrale Fragestellungen

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), eine Kooperation der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, hat sich in einem Projekt mit dieser Thematik auseinandergesetzt. In iga werden gemeinsame Präventions- und Interventionsansätze der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung in Projekten weiterentwickelt. Dabei werden auch Informations- und Beratungsbedarf, unter anderem für Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, ermittelt

sowie gewünschte Abstimmungsprozesse oder ein entsprechender Austausch von Verantwortlichen zu bestimmten Themen organisiert. Auch die qualitative Umsetzung von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements will iga weiter fördern. Die Initiative prüft deshalb, inwieweit das Thema Kooperation außer- und innerbetrieblicher Akteure bereits in Qualifizierungsmaßnahmen vermittelt wird. Das aktuelle Projekt konzentriert sich dabei auf zwei Schwerpunkte:

- Welche Begriffe und Termini werden im Umfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verwendet und gibt es Bedarf für eine Harmonisierung dieser Termini unter den Qualifizierungsanbietern?
- Wird das Thema Kooperation außer- und innerbetrieblicher Akteure in den Studiengängen und Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt und welchen Stellenwert nimmt es dabei ein?

Methodisches Vorgehen

Um möglichst umfassende Antworten zu den Fragestellungen zu erhalten, wurden die Methoden Internetrecherche, Telefoninterview und Austausch von Bildungsträgern in einem Workshop herangezogen.

Zunächst galt es, sich einen Überblick über den relevanten Aus- und Fortbildungsmarkt im Bereich gesundheitlicher Prävention zu verschaffen. Dazu wurden die Qualifizierungsmaßnahmen erfasst, die einen Schwerpunkt auf Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement oder auf den Arbeitsschutz legen. Das Curriculum musste explizit Module zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement enthalten, und auch im Ausbildungsziel musste die Vermittlung gesundheitswissenschaftlich fundierter Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements benannt sein. Für die projektbezogene Recherche wurden 37 Studiengänge näher betrachtet. ▶

„Interne Verantwortliche für Gesundheit und Sicherheit ... sowie externe Experten wie Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenversicherung sollten bei der Planung und Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gleichermaßen mit einbezogen werden.“



Im Bereich der berufsbegleitenden Weiterbildungen wurden 81 Angebote identifiziert. Daneben wurden Ausbildungs- und Qualifizierungsanforderungen für Berufe und Tätigkeiten des Arbeitsschutzes ermittelt.

Auf Grundlage dieser Bestandsaufnahmen wurde eine Expertengruppe von zwölf Bildungsträgern interviewt, die Studiengänge beziehungsweise Weiterbildungen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement anbieten. Bei der Auswahl der Aus- und Weiterbildungsgänge spielte neben der Größe des Trägers und der Zahl der dort Ausgebildeten vor allem die inhaltliche Ausrichtung eine entscheidende Rolle. Gefragt wurde, welche Begriffe und Termini innerhalb der Qualifizierungsmaßnahme benutzt werden, welche Definitionen diesen Begriffen zu Grunde liegen, wie man sich zu einer Vereinheit-

lichung beziehungsweise Abstimmung dieser Begriffe positioniert und ob man einen Bedarf zur gemeinsamen Abstimmung sieht. Zu den abgefragten Begriffen gehörten Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention, Arbeitsschutz sowie Betriebliche Gesundheitspolitik.

Ergebnisse des Projekts

Aus Sicht der Bildungsanbieter wird insbesondere der Begriff des Gesundheitsmanagements derzeit zu breit und zu vielfältig verwendet. Die Qualität, die dahinter steht beziehungsweise stehen sollte, ist schwer zu erkennen. Zwar werden bei den befragten Weiterbildungen einleitend in jeder Qualifizierungsmaßnahme häufig benutzte Begriffe definiert, denn im Lehrzusammenhang werden das gemeinsame Vokabular und Verständnis als wichtige Voraussetzungen für die Verständigung

gesehen. Für die spätere Tätigkeit im Unternehmen allerdings sehen die Dozenten keine besondere Notwendigkeit für einheitliche Begriffe, da die Verständigung in der Praxis mit dem Fokus auf konkrete Projekte und Maßnahmen im Allgemeinen auch ohne übereinstimmende Begriffsdefinitionen funktioniert. Die meisten Interviewpartner nehmen einen Wildwuchs der genannten Begriffe wahr. Ein Bedarf an Abstimmung und Vereinheitlichung wird geäußert, die Chance, diese umzusetzen, aber als gering eingeschätzt.

Der zweite Schwerpunkt des Interviews lag auf dem Thema Kooperation außer- und innerbetrieblicher Akteure im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Fragen zielten darauf ab zu erfahren, ob das Thema von den Bildungsträgern vermittelt wird, in welcher Form und in welchem Umfang.

„Aus Sicht der Bildungsanbieter wird insbesondere der Begriff des Gesundheitsmanagements derzeit zu breit und zu vielfältig verwendet. Die Qualität, die dahinter steht beziehungsweise stehen sollte, ist schwer zu erkennen.“

Tabelle 1: Auflistung der Studiengänge nach ihrer Bezeichnung

| Studiengänge | Anzahl |
|---|-----------|
| Gesundheitsförderung und -management (Health Sciences) | 10 |
| Public Health | 6 |
| (Angewandte) Gesundheitswissenschaften | 6 |
| Gesundheits- und Sozialmanagement | 2 |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement | 2 |
| Prävention und Gesundheitsförderung | 1 |
| Gesundheitspsychologie | 1 |
| Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung | 1 |
| Workplace Health Management | 1 |
| Arbeitswissenschaft | 1 |
| Rehabilitationsmanagement | 1 |
| Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung | 1 |
| Beratung in der Arbeitswelt | 1 |
| Bildungswissenschaften und Management für Pflege- und Gesundheitsberufe | 1 |
| Betriebssicherheitsmanagement | 1 |
| Risk and Safety Management | 1 |
| Anzahl insgesamt | 37 |

Tabelle 2: Auflistung der Weiterbildungen nach ihrer Bezeichnung

| Weiterbildungen | Anzahl |
|--|-----------|
| Arbeitsschutzmanagement | 22 |
| Betriebliches Gesundheitsmanagement | 21 |
| Betriebliches Eingliederungsmanagement | 10 |
| Gesundheitsberater/ Gesundheitsbeauftragter | 8 |
| Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagement | 6 |
| Betriebliche Gesundheitsförderung | 3 |
| Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement | 2 |
| Age Management im Betrieb/Qualifizierung zum Demografieberater | 2 |
| Work Life Balance/Wie sichern Sie sich Ihren täglichen Stress | 2 |
| Gesundheit und Fehlzeiten | 1 |
| Wettbewerbsfaktor gesunde Mitarbeiter | 1 |
| Moderator betrieblicher Gesundheitszirkel | 1 |
| Analyse der betrieblichen Gesundheitssituation | 1 |
| Fachkraft „Betriebliche Gesundheitsprävention“ | 1 |
| Anzahl insgesamt | 81 |

„Vor allem in den Weiterbildungsangeboten wird das Thema ‚Kooperation‘ nicht nur explizit erörtert, sondern es kommt auch implizit zum Tragen. Studiengänge könnten die Vermittlung dieses Themas noch stärker vorantreiben.“

Das Thema Kooperation außer- und innerbetrieblicher Akteure wird in den Aus- und Weiterbildungen in unterschiedlicher Tiefe vermittelt. Die überwiegende Zahl der Weiterbildungsanbieter schätzt es als zentralen Lehrinhalt ein, und die Teilnehmer äußern häufig ihren Bedarf an Wissen, Impulsen und Handlungsanleitungen für erfolgreiche Kooperationen. Das Thema wird daher nicht nur explizit erörtert, sondern allein schon durch die heterogene Teilnehmerzusammensetzung zum Thema. Für die Durchführung der Lehreinheiten greift man oft auf einen interdisziplinären Dozentenpool zurück, um auf die Kooperationsvielfalt hinzuweisen. Lehrangebote zum Bereich innerbetriebliche Kooperation und Integration von Sicherheit und Gesundheitsschutz in betriebliche Organisationen überwiegen im Vergleich zu Lehrangeboten zur außerbetrieblichen Zusammenarbeit.

Grundständige Studiengänge sehen weniger Bedarf bei der Vermittlung des Themas Kooperation. Hier wird insbesondere der Arbeitsschutz mit den entsprechenden Akteuren und ihren Aufgaben nur in geringem Umfang oder gar nicht thematisiert.

Die interviewten Hochschulen äußerten jedoch einen Bedarf an verstärkten Kooperationsmöglichkeiten zwischen Hochschulen, Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern zu Ausbildungen und Ausbildungsinhalten. Hochschulen benötigen konkrete Rückmeldungen der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger, welche Kernkompetenzen Gesundheitsberater und Spezialisten in diesem Arbeitsfeld aufweisen müssen, sodass die Curricula verstärkt nach diesen Anforderungen ausgerichtet werden können. Zusätzlich wollen sie den Studierenden spätere Arbeitsfelder und Praktikumsplätze vorstellen und präsentieren können.

Resümee

Die Auswertung der Interviews hat den Eindruck bestätigt, dass Begriffe wie Betriebliche Gesundheitsförderung oder Betriebliches Gesundheitsmanagement auch in den betreffenden Qualifizierungsmaßnahmen nicht einheitlich benutzt und nicht allgemein gültig definiert werden. Hervorzuheben ist, dass für die Bildungsträger nicht eine Vereinheitlichung von Begriffen, sondern vielmehr die Vermittlung dessen, was die Qualität von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheits-

managements ausmacht und wie diese Qualität gemessen wird, von entscheidender Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang sind auch einheitliche Standards für Dozenten und Trainer für Betriebliches Gesundheitsmanagement empfehlenswert.

Das Thema „Kooperation der außer- und innerbetrieblichen Akteure“ wird in den Qualifizierungsmaßnahmen in unterschiedlicher Tiefe vermittelt. Vor allem in den Weiterbildungsangeboten wird es nicht nur explizit erörtert, sondern kommt auch implizit zum Tragen. Studiengänge könnten die Vermittlung dieses Themas noch stärker vorantreiben. Hier wird insbesondere dem Arbeitsschutz mit entsprechenden Akteuren und ihren Aufgaben noch keine zentrale Bedeutung beigemessen.

Es stellte sich ebenso heraus, dass das Feld der betrieblichen Akteure selbst für die Bildungsträger schwer zu überblicken ist und dass hier ein starker gegenseitiger Informationsbedarf besteht. Darüber hinaus wurden der Bedarf und auch die Notwendigkeit deutlich, dass sich Hochschulen mit gesundheitsbezogenen Studiengängen, Weiterbildungsträgern sowie Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern verstärkt austauschen und über eine mögliche Zusammenarbeit diskutieren sollten. ●

Autorin



Foto: Privat

Itke Schreiter

Referentin der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), Zukunft der Arbeit GmbH
E-Mail: itke.schreiter@dguv.de

Evaluation eines Schulungskonzeptes

Prävention von Hauterkrankungen bei Pflegekräften



Schulungen im Hautschutz zeigen deutlich positive Wirkungen, so die Ergebnisse einer Studie der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen in Kooperation mit dem Institut Arbeit und Gesundheit (IAG)! Pflegekräfte eines Klinikums wurden zum Thema Hautschutz umfassend informiert. In der Folge verbesserte sich Wissen und Verhalten der Pflegekräfte beim Hautschutz. Initiiert durch die Schulung unterstützte die Klinikleitung mit neuen Präventionsangeboten. Der Erfolg der Schulung zeigte sich letztendlich in einem insgesamt verbesserten Hautzustand.

Hauterkrankungen als häufigste Berufskrankheit

Von den fast 19.000 Anzeigen einer Hauterkrankung als Berufskrankheit in Deutschland im Jahr 2008 wurden circa drei Prozent als Berufskrankheit anerkannt.¹ Damit sind Hauterkrankungen die mit Abstand am häufigsten angezeigte Berufskrankheit mit einer der geringsten Anerkennungsquote. Für die Anerkennung als Berufskrankheit muss die

belastende Tätigkeit aufgegeben werden, was häufig problematisch ist, da sie zur Berufsaufgabe führen kann. Gleichzeitig besteht bei Hauterkrankungen ein enormes Potenzial zur Prävention, weil sich frühzeitig erkannte Hautveränderungen durch schützendes Verhalten vollständig zurückbilden können und eine spätere Erkrankung der Haut verhindert werden kann. In Krankenhäusern ist dies besonders wichtig, da die Belastung der Haut,

insbesondere beim Pflegepersonal, sehr groß ist. Langes Tragen von Handschuhen, häufiges Händewaschen sowie häufiger Umgang mit Desinfektionsmitteln gehören im Pflegedienst zum beruflichen Alltag und belasten die Haut.

Eine im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Unfallkasse NRW) mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und

*

- 1 www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Berufskrankheiten/pdf/Berufskrankheitengeschehen.pdf?_blob=publicationFile.
- 2 Kooperationsprojekt „Prävention von Hauterkrankungen im Gesundheitswesen“ Landesinstitut für Arbeit und Gesundheit in NRW (vormals: Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW) in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst- und Wohlfahrtspflege und der Unfallkasse NRW, (www.hautschutz.gesundheitsdienstportal.de/einfuehrung/handlungshilfe/01.htm).

Wohlfahrtspflege (BGW) und dem Landesinstitut für Arbeit und Gesundheit in NRW (LIGA) durchgeführte Befragung von Mitarbeitern/-innen aus dem Pflegedienst hatte ergeben, dass mehr als 50 Prozent aller Befragten die Hautbelastung bei ihrer beruflichen Tätigkeit als stark einschätzten. 800 (37 Prozent) von 2.150 Befragten² gaben an, aktuell unter Hautproblemen zu leiden. Es wurden jedoch durchschnittlich nur 19 Prozent der Befragten der elf Krankenhäuser tatsächlich zum Hautschutz unterwiesen.

Unterweisungsmaterial zum Hautschutz

Als „Hilfe zur Selbsthilfe“ wurde im Rahmen des Kooperationsprojektes, das von 2005 bis 2008 lief, Unterweisungsmaterial zum Hautschutz entwickelt. Mittlerweile ist das Unterweisungsmaterial veröffentlicht und kann unter der Internetadresse: www.hautschutz.gesundheitsdienstportal.de/einfuehrung/handlungshilfe/01.htm oder als CD „5 Minuten für die Haut“ bezogen werden.

Das Material wurde am Universitätsklinikum Aachen im April 2008 in fünf Pflegebereichen erprobt und begleitend evaluiert. Die Pflegekräfte wurden dazu mittels eines anonymen Fragebogens vor der einstündigen arbeitsplatzbezogenen Schulung (Unterweisung) sowie drei und zwölf Monate nachher zur Prävention

von Hauterkrankungen befragt. Die Evaluation wurde von der Unfallkasse NRW zusammen mit dem Universitätsklinikum Aachen durchgeführt. Ziel der Evaluation war es, zu ermitteln, ob und inwieweit eine einmalige Unterweisung eine Verhaltensänderung bei den Pflegekräften bewirken kann und zur Hautgesundheit der Pflegekräfte beiträgt.

Unterweisung zum Hautschutz

Im Vorfeld zur Unterweisung wurden der Pflegedirektion und den Stationsleitungen das entwickelte Schulungsmaterial und das Ergebnis der Befragung aus dem Kooperationsprojekt präsentiert. Diese stellten mit Hilfe des Materials aus der CD „5 Minuten für die Haut“ einen circa einstündigen Vortrag zusammen. Der Vortrag wurde den jeweiligen Stationsleitungen von fünf ausgewählten Bereichen für die arbeitsplatzbezogene Unterweisung zur Verfügung gestellt. Die Vermittlung der Unterweisungsinhalte an die Mitarbeiter/-innen wurde als Blockveranstaltung konzipiert und von der jeweiligen Stationsleitung durchgeführt.

Wesentliche Inhalte waren:

- Information über Aufbau und Funktion der gesunden Haut, Anzeichen für eine gestörte Barrierefunktion, Konsequenzen der gestörten Hautbarriere
- „Weniger Händewaschen, mehr desinfizieren“, das heißt Händereinigungen möglichst reduzieren und soweit möglich durch Händedesinfektion ersetzen
- Anleitung, wann und wie Händereinigung erfolgen sollte
- Auswahl der richtigen Handschuhe für Pflegearbeiten, Feuchtarbeiten und Arbeiten mit Desinfektionsmitteln (für Desinfektionsarbeiten geeignet sind Haushaltshandschuhe, für kurzfristige Arbeiten bis circa 10 Minuten auch Nitril-Einmalhandschuhe)
- Welche Pläne (Handschuhplan, Hautschutzplan und so weiter) sollten vorhanden sein und wo findet man sie

- Aufklärung über hautbelastende Tätigkeiten und Gefahren durch zum Beispiel falsch gewählte Handschuhe (Latexhandschuhe sind durchlässig für alkoholische Lösungen wie Desinfektionsmittel)
- Was bedeutet Feuchtarbeit und welche Schutzmaßnahmen gibt es
- Weniger Feuchtarbeit (Handschuhe möglichst kurz tragen oder Baumwollunterziehhandschuhe verwenden)
- Welche arbeitsmedizinischen Untersuchungen gibt es
- Motivation zur konsequenten Anwendung der entsprechenden Schutzmaßnahmen (Hautpflege, Hautschutz)
- Was tun bei Hautproblemen
- Ansprechpartner im Haus, Ansprechpartner außerhalb
- Motivation, bei Hautproblemen möglichst früh zu reagieren und die angebotene Unterstützung in Anspruch zu nehmen. ▶



Quelle: BGW

Der einstündige Vortrag wurde aus dem Material der CD-ROM „5 Minuten für die Haut“ zusammengestellt.

Weitere Maßnahmen für einen verbesserten Hautschutz

Zusätzlich zur Unterweisung wurden weitere Maßnahmen für den verbesserten Hautschutz im Universitätsklinikum Aachen getroffen:

- Die Pflegedirektion stellte für die Stationen geeignete Handschuhe für Desinfektionsarbeiten zur Verfügung (Haushaltshandschuhe). Aus pragmatischen Gründen wurde jeweils ein Paar in jeder Größe angeschafft, das in Kombination mit personenbezogenen Baumwollhandschuhen oder in Kombination mit medizinischen Einmalhandschuhen als Unterziehhandschuhe verwendet wurde.
- Für Hautpflege und Hautschutzmittel wurde eine erweiterte Produktpalette angeboten.
- Es wurden weichere Einmalhandtücher zur Verringerung der mechanischen Hautbelastung angeschafft.
- Der Betriebsarzt wurde über das Pilotprojekt an dem Universitätsklinikum Aachen informiert und als Ansprechpartner bei Hautproblemen einbezogen.
- Auch die Mitarbeiter/-innen wurden dahingehend sensibilisiert, sich mit Hautproblemen an den Betriebsarzt zu wenden.
- Unterweisungen mit dem Schulungsmaterial wurden auch in anderen Bereichen des Universitätsklinikums Aachen angeboten.

Fragestellungen der Evaluation

In erster Linie war das Ziel der Evaluation, die Wirksamkeit der Unterweisung möglichst auf den verschiedenen Ebenen, Qualität des Unterweisungsmaterials, Verhaltensänderung und Auswirkung auf den Gesundheitszustand, nachzuweisen. Die Fragen der Evaluation konzentrierten sich auf folgende Punkte:

- Haben sich die Arbeitsschutzverhältnisse zum Thema Hautschutz durch die Unterweisung verbessert?
- Haben die Pflegekräfte ihr Hautschutz-

und Hautpflegeverhalten aufgrund der Unterweisung verändert?

- Hat sich der Hautzustand der Pflegekräfte durch die Präventionsmaßnahme verbessert?
- Welches Verbesserungspotenzial sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Schulungsmaßnahme?

Methode und Stichprobe

Um den Erfolg der Maßnahme überprüfen zu können, wurden die teilnehmenden Pflegekräfte in einem Prä-Post-Design zu drei Messzeitpunkten befragt. Vor Beginn der Unterweisung fand die erste Befragung mit dem für die Evaluation entwickelten Fragebogen statt. Drei Monate nach der Unterweisung wurden dieselben Fragen nochmals gestellt und es wurde zusätzlich um eine Bewertung des Unterweisungsmaterials gebeten. Für die Nachhaltigkeit der Maßnahme und um einen Einfluss der Jahreszeit auf den Hautzustand auszuschließen, wurde ein Jahr nach der Unterweisung im Frühjahr 2009 eine weitere Befragung mit dem gleichen Fragebogen durchgeführt. Von circa 90 verteilten Fragebögen konnten 68 Fra-

gebögen in der ersten und zweiten Messung beziehungsweise 69 Fragebögen in der letzten Messung ausgewertet werden, somit entspricht die Rücklaufquote rund 76 Prozent beziehungsweise 77 Prozent.

Die Befragten waren zu über 70 Prozent weibliche Pflegekräfte. Im Durchschnitt waren sie 38 Jahre alt und 16 Jahre im Beruf tätig. Über 30 Prozent der Befragten waren auf der konservativen Intensivstation tätig, unter 31 Prozent auf der operativen Normalstation, über 14 Prozent in der konservativen Normalstation. Zwischen 4 Prozent und knapp 15 Prozent waren je nach Messzeitpunkt im Funktionsbereich und unter 8 Prozent waren in der Poliklinik tätig. Die Angaben schwanken minimal zwischen den einzelnen Messzeitpunkten aufgrund vorhandener Fluktuationen in den Arbeitsbereichen.

Als Kriterien beziehungsweise Inhalt der Befragung wurde das Hautschutz- und Hautpflegeverhalten sowie der Hautzustand bei den Pflegekräften mittels eines definierten Fragebogens erfasst, der im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.



Hautschutz und Hautpflege sind zur Prävention von Hauterkrankungen wichtig.

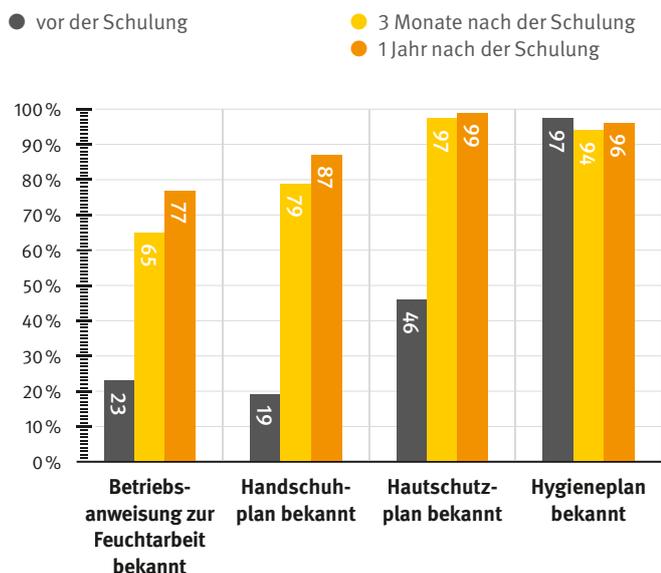


Abbildung 1: Arbeitsschutzverhältnisse

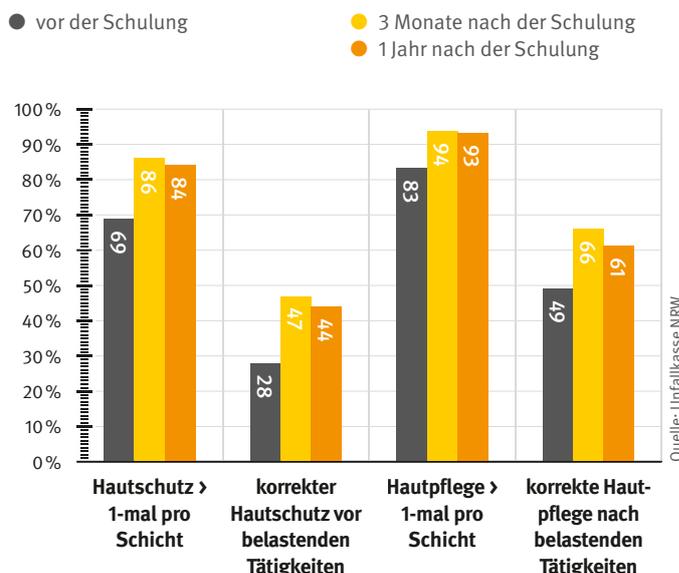


Abbildung 2: Hautschutz- und Hautpflegeverhalten

Beschreibung des Untersuchungsinstruments

Das Untersuchungsinstrument wurde von der Unfallkasse NRW entwickelt.³ Abgefragt wurde darin, ob die Befragten bereits an Unterweisungen oder Schulungen zum Thema Hautschutz teilgenommen haben, sowie ob ein Hautschutzplan, Hygieneplan, Handschuhplan und auch eine Betriebsanweisung zur Feuchtarbeit vorhanden sind. Darüber hinaus wurde konkret ermittelt, welche Hautmittel von welchem Hersteller am Arbeitsplatz verwendet werden (zum Beispiel Hautreinigungsmittel, Hautpflegemittel etc.). Anschließend wurde gefragt, wie häufig diese Hautmittel an einem Arbeitstag genutzt werden und zu welchen Anlässen sie Verwendung finden (zum Beispiel Einsatz von Hautschutzmitteln vor einer hautbelastenden Tätigkeit, Einsatz von Hautpflegemitteln nach einer hautbelastenden Tätigkeit; Art der Handschuhe, die bei Desinfektionsarbeiten eingesetzt werden etc.). Im nächsten Schritt wurden die Pflegekräfte gebeten, mögliche beobachtete Hautveränderungen, wie beispielsweise Rötungen, schuppige und sehr trockene Haut, Ekzeme etc. sowie die zeitliche Dauer

der Veränderungen anzugeben. Zuletzt wurde ermittelt, ob die Schulung den Pflegekräften neue Informationen vermitteln konnte, und es wurde um eine Bewertung des Unterweisungsmaterials sowie um Verbesserungsvorschläge gebeten. Zum dritten Messzeitpunkt wurden die Befragten zusätzlich gebeten anzugeben, ob sie eine Veränderung ihres Hautzustandes seit der Unterweisung feststellen konnten.

Ergebnisse Arbeitsschutzverhältnisse zum Thema Hautschutz

Vor der Unterweisung gaben knapp 15 Prozent der Befragten an, bereits eine Unterweisung zum Thema Hautschutz besucht zu haben. Drei Monate beziehungsweise ein Jahr nach der Schulungsmaßnahme hatten 82 Prozent beziehungsweise 78 Prozent der Befragten eine Unterweisung zu diesem Thema erhalten.

Die Arbeitsschutzverhältnisse wurden durch die Unterweisung deutlich verbessert. Gaben vor der Unterweisung nur 23 Prozent der Befragten an, eine Betriebsanweisung zur Feuchtarbeit zu kennen, waren es bei der nächsten Erhebung be-

reits 65 Prozent, nach einem Jahr dann sogar 77 Prozent der Befragten. Die gleiche Entwicklung zeigt sich auch bei den Handschuh- und Hautschutzplänen (siehe **Abbildung 1**). Nur die Hygienepläne waren bereits vor der Schulung fast vollständig bekannt, dies hat sich über alle drei Messzeitpunkte gehalten.

Hautschutz- und Hautpflegeverhalten

Lag die Verwendung von Hautschutzmitteln vor der Unterweisung bei 69 Prozent, waren es nach drei Monaten bereits 86 Prozent. Nach weiteren neun Monaten blieb das Niveau bei 84 Prozent erhalten. Der richtige Einsatz der Hautschutzmittel vor einer hautbelastenden Tätigkeit nahm nach der Unterweisung von anfangs 28 Prozent auf 47 Prozent zu. Auch zwölf Monate nach der Unterweisung bleibt dieser Wert weitgehend erhalten (siehe **Abbildung 2**). ▶

³ Bei der Fragebogenentwicklung wurde die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen vom Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) beraten.

„Der Anteil von Pflegekräften mit Hautbeschwerden ist nach der Unterweisung um knapp die Hälfte zurückgegangen.“

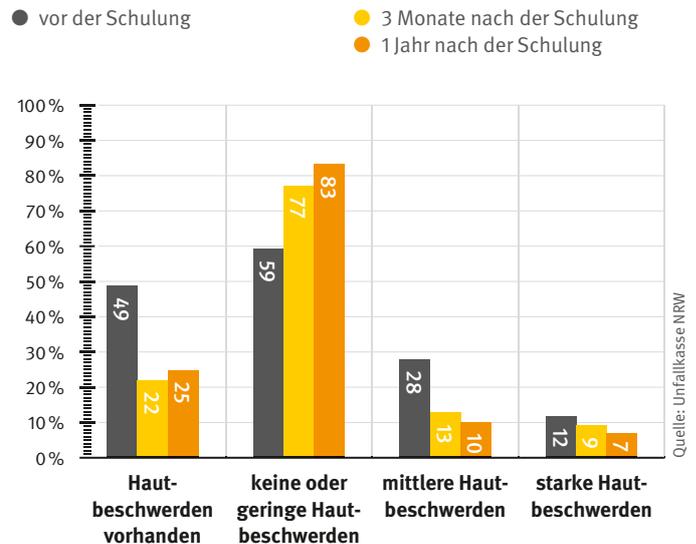


Abbildung 3: Veränderungen in den Hautbeschwerden (fehlende Prozentwerte zu 100 Prozent beruhen auf fehlender Beantwortung der Frage)

Bei der Verwendung von Hautreinigungsmitteln zeichnete sich eine deutlichere Tendenz zu weniger häufigem Händewaschen ab. Diese Verhaltensänderung entsprach der Intention der Schulung – Händewaschen, wenn möglich, durch Händedesinfektion zu ersetzen. Vor der Unterweisung gaben 47 Prozent der Pflegekräfte an, weniger als zehnmal pro Arbeitstag Hautreinigungsmittel zu nutzen. Nach drei Monaten waren es über 80 Prozent, nach einem Jahr 65 Prozent. Verglichen mit dem Zeitpunkt vor der Unterweisung nimmt damit die Häufigkeit der Handreinigungen deutlich ab. Über die Messzeitpunkte blieben die Anteile der Befragten im Hinblick auf die Nutzung von Händedesinfektionsmitteln weitgehend gleich hoch. Vor der Unterweisung gaben 75 Prozent der Befragten an, sich die Hände 10- bis 50-mal pro Schicht zu desinfizieren. Dieser Anteil stieg nach drei Monaten auf circa 88 Prozent. Nach zwölf Monaten befand er sich wieder bei 75 Prozent.

Der Anteil der Pflegekräfte, der vor der Unterweisung mehr als einmal Hautpflegegemittel verwendete, lag bei 83 Prozent,

drei Monate später stieg dieser Anteil um weitere 11 Prozent auf 94 Prozent und sank ein Jahr nach der Unterweisung leicht auf 93 Prozent. Auch die richtige Anwendung der Hautpflegemittel nahm im Vergleich zur ersten Messung deutlich zu (siehe **Abbildung 2**). Der Anteil der Befragten, der Hautpflegemittel nach einer hautbelastenden Tätigkeit einsetzte, nahm drei Monate nach der Unterweisung um 17 Prozent zu. Weitere sechs Monate später ging der Anteil geringfügig auf 12 Prozent über dem Ausgangsniveau zurück.

Deutlich zeigte sich, dass Handschuhe (Haushaltshandschuhe, Nitrilhandschuhe) nach der Unterweisung bei Desinfektionsarbeiten deutlich häufiger richtig eingesetzt wurden. Berichteten anfangs nur 7 Prozent der Befragten, Haushaltshandschuhe oder Nitrilhandschuhe bei Desinfektionsarbeiten zu nutzen, waren es bei der zweiten Messung bereits 50 Prozent beziehungsweise bei der dritten Messung sogar 55 Prozent der Befragten. Damit sinkt auch das Risiko, dass die Hände durch den Einsatz falscher Handschuhe direkt mit Flächendesinfektionsmitteln in Kontakt kommen. Nach der Unterweisung

wurden Baumwollunterziehhandschuhe angeboten und von 38 Prozent der Befragten auch verwendet.

Hautzustand

Vor der ersten Unterweisung hatten 49 Prozent der Befragten angegeben, Hautbeschwerden zu haben. Drei Monate danach waren es nur noch 22 Prozent, und nach einem Jahr immerhin noch 25 Prozent (siehe **Abbildung 3**). Der Anteil von Pflegekräften mit Hautbeschwerden ist also nach der Unterweisung um die Hälfte zurückgegangen.

Eine tiefer gehende Analyse wurde vorgenommen, um aufzuzeigen, welche Veränderungen in dem Untersuchungszeitraum stattgefunden haben. Zu diesem Zweck wurde anhand der Art und Dauer der angegebenen Symptome die Schwere der Hautveränderungen in drei Stufen eingeteilt:

Als „keine oder geringe Hautveränderungen“ wurde eingestuft, wenn „keine“ Hautveränderungen gewählt wurde, beziehungsweise wenn über kurzzeitige Hautveränderungen bei geröteter oder

schuppiger und sehr trockener Haut oder bei Ekzemen berichtet wurde, die aktuell länger als eine Woche, aber kürzer als einen Monat vorhanden waren.

Als „mittlere Hautbeschwerden“ wurde gewertet, wenn Rötung oder schuppige und sehr trockene Haut mittel bis lang andauernd vorhanden waren (länger als einen Monat bis länger als sechs Monate), wenn Ekzeme länger als einen Monat, aber kürzer als sechs Monate vorhanden waren, oder wenn rissige Haut (Rhagaden), Bläschenbildung oder nässende offene Haut länger als eine Woche, aber kürzer als drei Monate beobachtet wurde.

Als „starke Hautbeschwerden“ wurde bewertet, wenn über einen längeren Zeitraum entweder Ekzeme (länger als sechs Monate), rissige Haut (Rhagaden), Bläschenbildung oder nässende offene Haut (jeweils länger als drei Monate) vorhanden waren.

In **Abbildung 3** ist zu sehen, dass der Anteil der Befragten, der keine oder geringe Hautbeschwerden hat, über die Zeit bis zur letzten Messung um 24 Prozent auf 83 Prozent zugenommen hat. Dafür ging der Anteil der Befragten mit mittleren und starken Hautbeschwerden im Zeitverlauf deutlich zurück. Es fand demnach eine Verschiebung statt, bei der Befragte mit mittleren und starken Hautbeschwerden nun in die Gruppe „keine oder geringe Hautbeschwerden“ vorrückten.

Darüber hinaus wurden die Befragten zum dritten Messzeitpunkt gebeten, eine Selbsteinschätzung abzugeben, ob sie nach der Unterweisung eine Veränderung ihres Hautzustandes bemerkt haben. Von 51 unterwiesenen Befragten hatten 13 ein Jahr nach der Unterweisung einen besseren Hautzustand angegeben. Ein Befragter hatte einen schlechteren Zustand angegeben. Von 13 Befragten ohne eine Unterweisung hatte keiner nach einem Jahr einen besseren Hautzustand angegeben, zwei sogar einen schlechteren.

Zufriedenheit mit der Schulungsmaßnahme

Die Unterweisung wurde von 82 Prozent der Befragten als gut bewertet. 84 Prozent der Pflegekräfte gaben an, durch die Schulung neue Informationen erhalten zu haben. Ferner wünschten sich die Pflegekräfte wiederholte Unterweisungen zum Thema Hautschutz und Hautpflege. Ein Befragter brachte in der offenen Antwortmöglichkeit zum Ausdruck, dass durch die Schulungsmaßnahme das Hautekzem deutlich zurückgegangen sei.

Fazit

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass die Unterweisung und die zusätzlich getroffenen Maßnahmen (zum Beispiel das Anbieten von Baumwollunterziehhandschuhen) am Universitätsklinikum Aachen einen großen Einfluss auf den Hautzustand hatten. Insbesondere schwere Hautbeschwerden der Befragten nahmen in dem untersuchten Zeitraum deutlich ab. Darüber hinaus zeigte sich ein Trend, wonach Mitarbeiter/-innen zwölf Monate nach der Unterweisung ihren eigenen Hautzustand deutlich besser einschätzten, im Vergleich zu denjenigen, die keine Unterweisung erhalten hatten.

Nach der Unterweisung verhielten sich die Mitarbeiter/-innen hautschonender. Sie reduzierten die Häufigkeit der Händereinigung und griffen häufiger zu Hautschutz- und Hautpflegemitteln. Die Zeit, die mit Feuchtarbeiten verbracht wurde, blieb zwar gleich, aber circa ein Drittel der Mitarbeiter/-innen verwendete nach der Unterweisung neu bereitgestellte Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe. Nach der Unterweisung verwendeten außerdem wesentlich mehr Mitarbeiter/-innen (circa 55 Prozent) geeignete Handschuhe für Desinfektions- und Reinigungsarbeiten als vorher (7 Prozent).

Das gute Ergebnis der Befragung hat die Pflegedirektion dazu bewogen, das angebotene Konzept für die Unterweisung

aller Pflegekräfte des Universitätsklinikums Aachen (circa 1.000) zu verwenden. Es zeigt außerdem, dass nachgewiesene erfolgreiche Präventionsmaßnahmen Führungskräfte dazu motivieren, weitere Unterweisungen durchzuführen. Belastbare Ergebnisse bieten eine gute argumentative Grundlage dafür, Geld und Zeit für Schulungen aufzuwenden. ●

Autoren



Foto: DGUV

Dr. Manigée Derakshani

Aufsichtsperson, Unfallkasse NRW
E-Mail: m.derakshani@unfallkasse-nrw.de



Foto: DGUV

Esin Taşkan-Karamürsel

Referentin im Bereich „Evaluation für Präventionsmaßnahmen“, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: esin.taskan@dguv.de

Die viel versprechenden Marktchancen der Nanotechnologien sind für den Standort Deutschland von hoher wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Relevanz. Die Nutzung verlangt vorausschauendes Handeln und kann nur gelingen, wenn mögliche Risiken rechtzeitig erkannt, bewertet und kommuniziert werden. Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich dieser Aufgabe gestellt und in einem Positionspapier zum Umgang mit Nanomaterialien am Arbeitsplatz den Rahmen für ein verantwortungsvolles Vorgehen abgesteckt.



Positionspapier der gesetzlichen Unfallversicherung

Verantwortungsvoller Umgang mit Nanomaterialien

Seit Ende 2006 führt die NanoKommission der Deutschen Bundesregierung einen Stakeholder-Dialog, der die Einführung der Nanotechnologie als vielversprechende innovative Schlüsseltechnologie gesellschaftlich begleitet. Dabei ist die Frage nach möglichen Risiken für Umwelt und Gesundheit aus Sicht des Arbeitsschutzes von besonderer Bedeutung. Im November 2008 veröffentlichte die NanoKommission Empfehlungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Nanotechnologien,¹ die als Leitlinien für die weitere Entwicklung dienen sollen.

In Erfüllung ihres Auftrags zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit haben die Unfallversicherungsträger in einem „Positionspapier zum ver-

antwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien“² eine deutliche und öffentlich wahrgenommene Stellung im anhaltenden gesellschaftlichen Dialog bezogen. Das Papier wurde Ende Mai 2010 von der Mitgliederversammlung der DGUV beschlossen und steckt den Rahmen für ein vorausschauendes, zielorientiertes und geschlossenes Handeln ab. Es basiert auf der Position der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention vom 1. Dezember 2008³ und wendet die dort formulierten Leitlinien auf die Thematik „Nanotechnologie“ an. Zusätzlich werden zwei tragende Elemente der Empfehlungen der NanoKommission explizit in Bezug genommen und unterstützt: Das „Vorsorgeprinzip“ und die „Prinzipien für einen verantwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien“.

Vorsorgeprinzip

Ausgangspunkt der Empfehlungen der NanoKommission ist das Vorsorgeprinzip. Es ist völkerrechtlich im Rahmen der Rio-Deklaration der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung verankert und seit 1993 Bestandteil des „Vertrags über die Europäische Union“ (Maastricht-Vertrag). Was hat es damit auf sich und sind damit neue Herausforderungen an den Arbeitsschutz verbunden?

Das herkömmliche und bewährte Prinzip des Vorbeugens widmet sich der Abwehr der Schäden durch tatsächlich vorhandene und wissenschaftlich bestätigte Risiken. Es hat im Arbeitsschutz, z. B. bei der Prävention von Berufskrankheiten, eine lange und bewährte Tradition.

Das Vorsorgeprinzip (Abbildung 1) beschäftigt sich mit dem Handeln unter Unsicherheitsbedingungen. Es entspringt der Erkenntnis, dass neue Technologien durchaus Schäden nach sich ziehen können, die erst Jahrzehnte später erkannt werden – man denke nur an den großflächigen Einsatz von Asbest und seine Folgen. Analog dem Sprichwort „Vorsicht ist besser als Nachsicht“ geht es bei der Anwendung des Vorsorgeprinzips um die Minimierung von Schadensmöglichkeiten bei begründetem Verdacht auf bestehende Risiken. Der Kerngedanke dieses Prinzips ist die Abkehr von einer rein abwartend reagierenden Politik und Hinwendung zu einem vorausschauenden Agieren. Auch in Situationen, in denen Unsicherheit über Risiken und deren Ausmaß für Mensch und Umwelt besteht, wird ein präventives Handeln gefordert, damit ein angemessenes Schutzniveau gewährleistet ist. Ein Mangel an wissenschaftlichen und technischen Kenntnissen darf kein Grund sein, untätig zu bleiben und auf ein Risikomanagement zu verzichten. So innovativ dieses Grundverständnis aus dem Blickwinkel des Völkerrechts auch sein mag, für die gesetzliche Unfallversicherung ist es spätestens seit der Erweiterung des gesetzlichen Auftrags um die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch das SGB VII im

Jahr 1996 gute Praxis der täglichen Präventionsarbeit. Obwohl das Vorsorgeprinzip in mehreren internationalen Übereinkommen seinen Niederschlag gefunden hat, geht es bisher nicht über den Charakter eines reinen Handlungsgrundsatzes hinaus und ist ebenso wie die Voraussetzungen zu seiner Anwendung nicht eindeutig und rechtsverbindlich definiert. Diese Situation hat die EU-Kommission zum Anlass genommen, die „Anwendbarkeit des Vorsorgeprinzips“ in einer gleichlautenden Mitteilung aus dem Jahr 2000 zu erläutern.⁴ Darin werden drei Grundsätze für einen Rückgriff auf das Vorsorgeprinzip klargestellt:

1. Risikoabschätzung auf wissenschaftlicher Basis mit Angabe des Ausmaßes der Unsicherheit
2. Bewertung des Risikos und Abwägung der Vor- und Nachteile eines Tätigwerdens oder Nichttätigwerdens
3. Festlegung der in Betracht gezogenen Maßnahmen unter Einbeziehung aller Betroffenen (Risikomanagement).

Das Vorsorgeprinzip unterliegt somit bestimmten Anwendungsvoraussetzungen und ist keinesfalls mit einer Forderung nach einem „Null-Risiko“ in Einklang zu bringen. Auch bei Berufung auf das Vorsorgeprinzip gelten die üblichen allgemeinen Grundsätze eines Risikomanage-

ments, insbesondere der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, das heißt, die ergriffenen Maßnahmen sollten im Verhältnis zum erforderlichen Schutzniveau stehen. Sie sind nur vorläufig und so lange aufrechtzuerhalten, bis der wissenschaftliche Kenntnisstand eindeutige Schlüsse zulässt.

1 Verantwortung und Management definieren und offenlegen (Good Governance)

2 Transparenz hinsichtlich Nanotechnologie-relevanter Informationen, Daten und Prozesse

3 Bereitschaft zum Dialog mit Interessengruppen

4 Risikomanagement etablieren

5 Verantwortung in der Wertschöpfungskette übernehmen

Abbildung 2: Prinzipienpapier der NanoKommission



Das Vorsorgeprinzip kommt dann zum Tragen, wenn angesichts möglicher Gefahren für die Gesundheit von Menschen ... dringender Handlungsbedarf besteht und die verfügbaren wissenschaftlichen Daten eine umfassende Risikobewertung nicht zulassen.

Mitteilung KOM (2000)

Abbildung 1: Das Vorsorgeprinzip der EU

Prinzipienpapier der NanoKommission

Getragen vom Vorsorgeprinzip hat die NanoKommission auf Basis des aktuellen Wissensstands fünf Prinzipien für einen verantwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien formuliert (Abbildung 2). Sie richten sich in erster Linie an Unternehmen und sollen auf dem Wege einer freiwilligen Selbstverpflichtung die bereits existierenden regulativen Vorgaben (REACH, branchenbezogene EU-Richtlinien) ergänzen. Die Prinzipien sollen durch praxisnahe Umsetzungshilfen (Leitfäden) unterstützt und konkretisiert werden. Alle Prinzipien sind im Bericht der NanoKommission mit ausführlichen Erläuterungen versehen, in denen Zielsetzungen und die für eine Umsetzung unverzichtbaren Elemente aufgeführt sind.¹



Quelle: NanoKommission; DGUV

„Transparenz ist eines der fünf Prinzipien für einen verantwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien. Diese Prinzipien basieren auf dem Vorsorgeprinzip.“

So werden beispielsweise im Prinzip 2 „Transparenz“ unter anderem zielgruppengerechte Informationen über

- verwendete Nanomaterialien und deren Produkte,
 - die für die Sicherheitsbeurteilung relevanten Daten unter Berücksichtigung des gesamten Lebenszyklusses und
 - Maßnahmen für die sichere Verwendung
- gefordert.

Während die NanoKommission in ihrem Bericht von 2008 Herstellern und Anwendern eine Umsetzung des Prinzipienpapiers bis 2010 empfohlen hat, ist derzeit absehbar, dass dieses Ziel aus vielerlei Gründen nicht erreicht werden konnte. Dass diese Prinzipien nach wie vor sachgerecht und zielführend sind, steht jedoch außer Frage.

Handlungsfelder der Unfallversicherung

Mit dem Positionspapier hat die gesetzliche Unfallversicherung im Einklang mit anderen Stakeholdern nicht nur Verantwortung bei der Bewältigung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe übernommen, sondern auch einen Handlungsrahmen für ein verantwor-

tungsvolles und koordiniertes Vorgehen abgesteckt. Zugleich wird Unternehmen und Versicherten eine strategische Partnerschaft bei der praktischen Umsetzung angeboten. Die Mitgliederversammlung hat den Unfallversicherungsträgern empfohlen, ihre Aktivitäten am Positionspapier auszurichten.

Wie sieht dieser Handlungsrahmen aus?

Er ist durch fünf Handlungsfelder (Abbildung 3) charakterisiert, die die Möglichkeiten und Stärken der Gesetzli-

chen Unfallversicherung zum Tragen bringen. Beim derzeitigen Stand des Wissens kommt der Forschung in den eigenen Instituten und der Förderung der Forschung Dritter als Handlungsfeld eine besondere Rolle zu. Schwerpunkte liegen in der Sicherheitsforschung, insbesondere bei Bemühungen um eine möglichst präzise Abschätzung von Risikopotenzialen durch geeignete Messtechnologien. Es gilt Messtechniken und -strategien zu entwickeln, die standardisiert und flächendeckend zum Einsatz kommen können. Weitere



Abbildung 3: Die fünf Handlungsfelder des Positionspapiers

*

- 1 *Bericht und Empfehlungen der Nano-Kommission*, www.bmu.de/files/pdfs/allgemein/application/pdf/nanokomm_abschlussbericht_2008.pdf.
- 2 *Positionspapier zum verantwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien (auch in englischer Sprache verfügbar)*, www.dguv.de/inhalt/praevention/themen_a_z/nano/Positionspapier_Nano.pdf.
- 3 *Die Position der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention*, www.dguv.de › Webcode: d54589.
- 4 *Anwendbarkeit des Vorsorgeprinzips, Mitteilung der EU-Kommission*, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2000/com2000_0001de01.pdf.
- 5 *Ultrafeine Aerosole und Nanopartikel am Arbeitsplatz*, www.dguv.de › Webcode: d90477.
- 6 *Nanotechnologie*, www.dguv.de › Webcode: d92133.

zentrale Fragen bestehen hinsichtlich möglicher Gesundheitsrisiken (Nanotoxikologie) und anderer gefährlicher Eigenschaften (Brände, Explosionen) sowie der Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen. Hier ist die DGUV gemeinsam mit ihren Trägern durch die eigenen Forschungseinrichtungen auch unter internationalen Maßstäben bereits gut aufgestellt.

Ein zweites Handlungsfeld macht sich die Funktion der Gesetzlichen Unfallversicherung als größter nichtstaatlicher Bildungsträger zu Nutze. In diesem Bereich besteht zunächst die Möglichkeit, die eigenen Mitarbeiter für die Thematik zu sensibilisieren und deren Kompetenz als Ansprechpartner für die Betriebe durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu fördern. Ein nächster Schritt ist die Entwicklung und Durchführung maßgeschneiderter Beratungs- und Informationsangebote für spezifische Zielgruppen. Im Vordergrund steht die Förderung einer angemessenen Wachsamkeit beim Umgang mit Nanomaterialien in den Betrieben. Aber auch ganz generell heißt es, Verantwortung übernehmen und sich an öffentlichen Dialogen zu Nanotechnologien beteiligen, um auf die Prinzipien der NanoKommission aufmerksam

zu machen und zugleich Zielvorstellungen aus Sicht des Arbeitsschutzes und Wege zu deren Erreichung zu kommunizieren.

Ein weiteres Pfund, mit dem gewuchert werden kann, ist der direkte Zugang zu den Betrieben. Er ermöglicht es nicht nur vor Ort eine angemessene Wachsamkeit beim Umgang mit Nanomaterialien zu fördern, sondern zugleich auch Probleme zu erkennen und Hilfestellung zu leisten. Die jahrzehntelangen Erfahrungen im Umgang mit Gefahrstoffen zeigen, dass vor allem Anwender und kleine und mittlere Unternehmen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Während der Informationsweg vom Hersteller über Weiterverarbeiter und Anwender bis hin zum Versorger mit jedem Glied der Lieferkette immer länger wird, hat die Unfallversicherung auf jeder dieser Ebenen die Möglichkeit zum unmittelbaren Wissenstransfer. Das erleichtert es, den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln und die erforderlichen praxisbezogenen Informationen, so sie denn verfügbar sind, direkt ans Ziel zu bringen. Hier gibt es sicher noch viel zu tun, wenngleich im Internet über das Angebot des IFA⁵ und die „Nano-seite“ der DGUV⁶ bereits viele Fachinformationen und Links zu anderen Quellen verfügbar sind. Mit der in Kooperation mit der Suva erstellten BGI/GUV-I 5149 „Nanomaterialien am Arbeitsplatz“ liegt eine all-gemeine Informations- und Handlungshilfe für die betriebliche Praxis vor.

Ein wertvolles Instrument der Prävention ist die Orientierung am guten Beispiel anderer. Insofern besitzt die Ermittlung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis im Umgang mit Nanomaterialien einen hohen Stellenwert. Auch in diesem Feld bietet der direkte Kontakt mit den Betrieben der Unfallversicherung die Möglichkeit, unmittelbar Erkenntnisse zu gewinnen, die dann mediengerecht aufgearbeitet und unter Nutzung der bewährten Strukturen der Öffentlichkeitsarbeit verbreitet werden können.

Zu guter Letzt – Nanotechnologie kennt keine Ländergrenzen. So wie die heutige Wissenschaft international aufgestellt ist, werden auch die maßgeblichen Debatten über Regulierung oder Normung im internationalen Raum geführt. Will man sich

darin beteiligen und mitgestalten, dann ist ein Agieren auf internationaler Bühne unverzichtbar.

Neben der konkreten Beschreibung von Handlungsfeldern verfügt das Positionspapier zugleich über eine generelle mobilisierende Wirkung, die zu weiteren Aktivitäten anregt. Damit einher geht der Ausbau einer Netzwerkstruktur innerhalb der Unfallversicherungsträger (UV-Träger). Ein von den Präventionsleitern der UV-Träger eingerichteter Arbeitskreis „Nanotechnologie“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, hier weitere Impulse zu setzen. Informationsaustausch und Abstimmung interner Aktivitäten müssen gefördert werden, so dass der Weg für ein geschlossenes und koordiniertes Vorgehen bereitet wird.

Es zeigt sich, dass sich die Leitlinien zur Prävention auch bei der Bewältigung ganz neuer Herausforderungen bewähren. Mit ihrer Umsetzung durch das Positionspapier zum verantwortungsvollen Umgang mit Nanomaterialien lassen sich die weitere Entwicklung und die Klärung offener Fragen auf einer soliden Basis unter Verzahnung von Wissenschaft und Praxis aktiv mitgestalten. Dabei werden sich das reichhaltige Wissen und die langjährigen Erfahrungen der Unfallversicherungsträger in der Prävention als besonders wertvoll erweisen. ●

Autor



Foto: Privat

Dr. Jürgen Milde

Leiter des Referats Medizinisch-Wissenschaftliche Kooperation, Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV
E-Mail: juergen.milde@dguv.de

Lärmprävention

Schwerpunktaktion „Lärm-Stopp 2009“

Im Jahr 2009¹ führte die damalige Fleischerei-Berufsgenossenschaft (FBG) die Schwerpunktaktion „Lärm-Stopp 2009“ durch, die durch eine Evaluation begleitet wurde. Unterstützung bei der Evaluation erhielt die FBG vom Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.



1 Themenfindung für eine Schwerpunktaktion

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga)² hat 2006 eine Vorgehensweise zur Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen erarbeitet. Wesentliche Bestandteile der Vorgehensweise sind ein Rangordnungsverfahren und Expertengespräche, mit deren Hilfe Ziele für künftige Präventionsthemen festgelegt werden sollen. Die damalige Fleischerei-BG (FBG) war eine der ersten Berufsgenossenschaften, die das Rangordnungsverfahren und die Expertengespräche angewendet haben.³ Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass Erkrankungen durch Lärm von 2002 bis 2007 in der Fleischbranche von Rang 6 der Berufskrankheiten auf Rang 4 gestiegen und in 2008 sogar Rang 3 eingenommen haben. Die Einschätzung der Experten ging zudem dahin, dass bei Lärm eine nachhaltige Prävention sehr wichtig

sei, weil ansonsten mit zunehmenden Erkrankungen und dadurch steigenden Kosten gerechnet werden müsse und die durchschnittliche Latenzzeit von 34 Jahren bedeute, dass die Versicherten frühzeitig und intensiv beraten und motiviert werden müssten. Daher wurde das Thema Lärm von der Expertengruppe in seiner Priorität noch höher eingestuft, als die rein mathematische Auswertung mittels Rangordnungsverfahren ergeben hatte. Folgende Ober- und Teilziele wurden von der Expertengruppe entwickelt.

Oberziel:

Weitere Reduzierung von Lärmschwerhörigkeit als Berufskrankheit

Teilziele mit Bezug zu:

Verhältnissen:

1. Entwicklung eines lärmarmen Kutters für die Betriebe (Forschungsprojekt)
2. Anzahl der Betriebe mit Lärmkataster

und lärmakustischen Maßnahmen erhöhen

3. Erhöhung der Tragequote von PSA, speziell Gehörschutz

Verhalten:

1. Teilnahme an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen erhöhen
2. Tragebereitschaft von PSA bei den Beschäftigten erhöhen
3. Bereitschaft der Unternehmer zum Einsatz lärmarmen Maschinen erhöhen
4. Lärmimpulse durch eigenes Verhalten vermeiden

Zielgruppen:

1. Jugendliche Beschäftigte werden sensibilisiert und motiviert zum Lärmschutz auch im privaten Bereich.
2. Unternehmer werden für Lärmschutzmaßnahmen sensibilisiert.

2 Planung der Schwerpunktaktion und der Evaluation

Bereits bei der Planung der einzelnen Maßnahmen wurde überlegt, wie und mit welchen Methoden die Effekte evaluiert werden könnten. Als Ergebnis entstand eine Tabelle mit den Teilzielen, den entsprechenden Maßnahmen, Teilelementen der Maßnahmen, Indikatoren für den Effekt der Maßnahme und schließlich der Methode, mit der die Wirksamkeit der Maßnahme gemessen werden könnte. Im Rahmen der Schwerpunktaktion sollte sich zum Beispiel die Anzahl der Betriebe

Tabelle 1: Beispiel aus der Planung der Schwerpunktaktion und der Evaluation

| Teilziel | Maßnahme | Teilelemente der Maßnahme | Indikatoren | Methode |
|--|--|---|---|--|
| Anzahl der Betriebe mit Lärmkataster und lärmakustischen Maßnahmen erhöhen | <ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungsanalyse • Prämien-Verfahren • Best-Practice-Prämierung (Versichertenpreis) • Einkäuferschulung | <ul style="list-style-type: none"> • Fördern von Otoplasten • Fördern von aktivem Gehörschutz • Instrumente für Gefährdungsanalyse | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Betriebe mit Lärmkataster • Anzahl der Betriebe mit lärmakustischen Maßnahmen | Erhebung (Befragung) im Betrieb (Vorher-Nachher) |

*

- 1 Zum 1.1.2011 fusionierten die Fleischerei-Berufsgenossenschaft (FBG) und die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) zur Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe.
- 2 iga ist eine Gemeinschaftsinitiative zwischen Unfall- und Krankenversicherung. Mehr zu iga und zum iga-Rangordnungsverfahren unter: www.iga-info.de.
- 3 Das Vorgehen bei dem Rangordnungsverfahren und den Expertengesprächen am Beispiel der Fleischerei-BG findet sich in: Jahn, F., Wetzstein, A. & Krüger, H. (2007). Entwicklung von Präventionszielen – Beispiele aus der Praxis. Die BG, Nr. 9, S. 364–368.
- 4 Das Unternehmermodell war nach der bis zum 30.12.2010 gültigen Unfallverhütungsvorschrift „BGV A2“ (ab 31.12.2010 DGUV Vorschrift 2) eine für kleine Betriebe mit bis zu 50 Beschäftigten entwickelte Form der sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung. Der Unternehmer nimmt an Seminaren teil und wird zu Fragen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes geschult. Anschließend kann der Unternehmer die Aufgaben im Arbeitsschutz überwiegend selbst wahrnehmen und anhand seines Bedarfs entscheiden, wann er eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einen Betriebsarzt hinzuzieht.

mit Lärmkatastern und lärmakustischen Maßnahmen erhöhen (siehe [Tabelle 1](#)). Dies sollte unter anderem durch Gefährdungsanalysen, einen Versichertenpreis sowie durch ein Prämienvorgang erreicht werden, in dem zum Beispiel raumakustische Maßnahmen und das Tragen von Otoplasten prämiert wurden. Durch einen Vergleich der Werte vor und nach der Schwerpunktaktion („Prä-Post-Messung“) sollte sich zeigen, ob nach der Aktion mehr Betriebe ein Lärmkataster hätten als vorher und häufiger lärmakustische Maßnahmen umgesetzt würden.

Die Vorher-Befragung („Prä-Messung“) im Frühjahr 2008, das heißt vor Bekanntgabe und Start der Aktion, diente dazu, den Stand in den Unternehmen zu Lärmbereichen und bereits umgesetzten beziehungsweise geplanten Maßnahmen zu erfassen. So konnte die FBG die Schwerpunktaktion besser vorbereiten und erhielt Anregungen, wie die Maßnahmen genauer an die Wünsche und Erfordernisse der betroffenen Betriebe angepasst werden könnten. Durch

die Nachher-Befragung („Post-Messung“) im Frühjahr 2010 wurde überprüft, ob die Aktion den erhofften Erfolg gebracht hat. Um die Nachhaltigkeit der erzielten Änderungen zu ermitteln, soll gegebenenfalls 2011 eine weitere Befragung („Follow-up-Messung“) durchgeführt werden.

3 Durchführung und Ergebnisse der Vorher-Befragung

Im April 2008 wurden 1.164 Personen, nämlich 717 Unternehmer, die das Unternehmermodell⁴ gewählt haben, sowie 447 Fachkräfte für Arbeitssicherheit zum Thema Lärm in ihrem Betrieb schriftlich befragt. Der Rücklauf lag mit 475 Fragebögen (entspricht etwa 41 Prozent) deutlich über den in postalischen Befragungen üblichen Quoten. Die Vorher-Befragung ergab, dass fast jeder Betrieb einen oder mehrere Lärmbereiche hatte. Unter den größeren Betrieben (das heißt mehr als 50 Beschäftigte) gab es keinen ohne Lärmbereich. Ein Lärmkataster war bei 5 Prozent der kleinen (bis 50 Beschäftigte) und 42 Prozent der großen Betriebe vorhanden. Lärmmessungen waren in einem Viertel der kleinen und 86 Prozent der großen Betriebe durchgeführt worden.

Dass wenige Betriebe beabsichtigten, Maßnahmen umzusetzen, lag nicht selten an dem fehlenden Wissen über die Effekte von Lärm. Genau an dieser Stelle wollte die FBG ihre Mitgliedsbetriebe im Rahmen der einjährigen Schwerpunktaktion unterstützen.

Am Ende des Fragebogens konnten die Unternehmer äußern, welche Unterstützung sie sich im Rahmen der FBG-Aktion wünschten. Am häufigsten genannt wurden die Zusendung von Informationsmaterial (zum Beispiel Broschüren, Flyer, Plakate, aber auch CDs und DVDs), die Durchführung von Lärmmessungen beziehungsweise die Bereitstellung von Lärmmessgeräten, die Bereitstellung von Gehörschutz sowie die Beratung, Aufklärung und Schulung der Beschäftigten. Das waren wichtige Hinweise für die FBG, die auf dieser Basis ein Aktionsset entwickelte, das neben Informationsmedien und Unterweisungs- sowie Einkaufshilfen auch einen Lärmdetektor enthielt und von Mitgliedsbetrieben mittels eines Coupons angefordert werden konnte (siehe [Abbildung 1](#)). ▶



Abbildung 1: Aktionsset zur Schwerpunktaktion der ehemaligen FBG

Quelle: FBG



Abbildung 2: Normaler und lärmgeminderter Edelstahlkutterwagen

4 Durchführung der Schwerpunktaktion „Lärm-Stopp 2009“

Im Vorfeld der Schwerpunktaktion wurde mit renommierten europäischen Kutterherstellern und dem Fraunhofer-Institut in Darmstadt an der Schallentstehung und -ausbreitung geforscht, um Grundlagen für eine effektive Dämmung dieser am häufigsten anzutreffenden Fleischereimaschine zu ermitteln. Im Ergebnis erfolgt die Schallübertragung vor allem über Körperschall und weniger über Luftschall wie vorher angenommen.

Mit dem Institut für Arbeitsschutz (IFA, vormals BGIA) in St. Augustin und entsprechenden Herstellern wurden je ein lärmgeminderter Kutterwagen aus Edelstahl und einer aus Kunststoff entwickelt (siehe **Abbildung 2**) und lärmdämmendes Material in zwei Mitgliedsbetrieben der FBG in der Praxis getestet.



Abbildung 4: Demonstration des Effektes von Lärmwellen

Da mit der neuen Maschinenrichtlinie 2006/42/EG einhergehen würde, dass Maschinenhersteller schon auf Werbeproschüren Angaben zum Thema Lärmemission machen müssten, bestand hier großes Interesse an einer von der FBG durchgeführten Schulung zur Schalleistungsmessung (siehe **Abbildung 3**). Neben einem Aktionsset wurde ein eigener Internetauftritt zur Schwerpunktaktion entwickelt und kontinuierlich aktualisiert. Daneben wurde Lärmschutz in dem monatlichen Newsletter der FBG jeweils mehrfach anhand unterschiedlicher Aspekte thematisiert.

Die durch den Versichertenpreis gewonnenen Beispiele guter Praxis wurden im Rahmen des vorgenannten Lärmsymposiums vorgestellt und in einer Broschüre und als Download im Internet zusammengefasst zur Verfügung gestellt.

In mehreren Großbetrieben wurden Lärmschutztage gemeinsam geplant und durchgeführt, daneben wurde das Thema in zahlreichen Innungsversammlungen vorgestellt, wobei praktische Darstellungen, wie das Ausblasen von Kerzen durch Schallwellen, besonderen Eindruck hinterließen (siehe **Abbildung 4**).



Abbildung 3: Schalleistungsmessung im Aus- und Fortbildungszentrum für Arbeits- und Gesundheitsschutz der damaligen Fleischerei-Berufsgenossenschaft

Zur aktiven Einbindung der Mitgliedsbetriebe wurde erstmals ein Versichertenpreis ausgelobt, an dem sich 46 Unternehmen aller Größen beteiligten. Die Bandbreite der vorgeschlagenen Lösungen war sowohl geldlich von wenigen Euro bis hin zu Großinvestitionen als auch konzeptionell recht groß. Interessant war zum Beispiel die Änderung der Software eines Kutters, durch die der Lärmschutzdeckel wenige Sekunden früher nach dem Beschicken schloss und wenige Sekunden nach dem Kuttern später öffnete, was allein eine Senkung des Lärmpegels um 5 dB (A) brachte.

Vielfach waren Versicherte überrascht zu sehen, wie laut die Maschinen tatsächlich waren, mit denen sie täglich umgehen, sodass Gruppenarbeiten sehr engagiert verliefen. Auszubildende waren davon beeindruckt, wie sich ihre Lieblingsmusik bei Schwerhörigkeit anhören würde. Hierzu war eigens eine Software entwickelt worden, mit der mitgebrachte Musik entsprechend verzerrt dargestellt werden konnte.

In den Seminaren im Ausbildungszentrum FBG Reinhardtbrunn mussten die Teilnehmer im Rahmen der Begehung

„Erkrankungen durch Lärm sind von 2002 bis 2007 in der Fleischbranche von Rang 6 der Berufskrankheiten auf Rang 4 gestiegen und haben 2008 sogar Rang 3 eingenommen.“

der Muster-Wurstküche raten, wie laut welche Maschinen waren, und anschließend entsprechend beschriftete Bojen über den Maschinen aufhängen (siehe [Abbildung 5](#)). Dies war nicht nur eine gute Auflockerung, sondern wirkte nachhaltig auf die Seminarteilnehmer.

5 Durchführung und Ergebnisse der Nachher-Befragung

Etwa dreieinhalb Monate nach Ende der Aktion und fast genau zwei Jahre nach der Prä-Messung wurden im April 2010 die gleichen Unternehmer und Sicherheitsfachkräfte im Rahmen der Post-Messung erneut angeschrieben und um Teilnahme an der Befragung gebeten. Um die Ergebnisse besser vergleichen zu können, waren sowohl zum ersten als auch zum zweiten Befragungszeitpunkt die Mitgliedsnummern der Betriebe auf dem Fragebogen vermerkt.⁵



Abbildung 5: Aufhängen von „Lärmbojen“

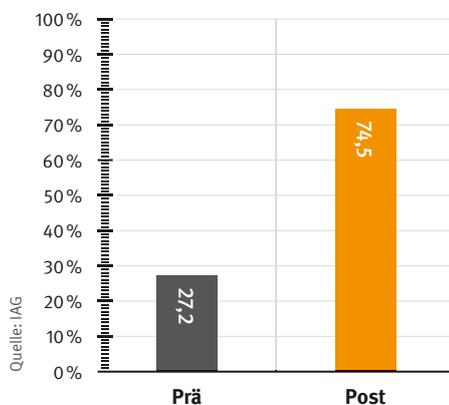


Abbildung 6: Maßnahmen geplant (Prä-Messung) versus umgesetzt (Post-Messung)

An der Postbefragung beteiligten sich 367 Betriebe, was einem Rücklauf von rund 32 Prozent entspricht, wobei 262 Betriebe (circa 76 Prozent) an beiden Befragungen teilgenommen haben. Hatten vor der Aktion nur 27 Prozent der Betriebe angegeben, in den nächsten zwölf Monaten Maßnahmen zur Lärminderung im Betrieb umzusetzen, haben im Rahmen der Aktion fast 75 Prozent der Unternehmen Maßnahmen umgesetzt (siehe [Abbildung 6](#)).

Besonders häufig erfolgten in diesen Betrieben die Bereitstellung von persönlichem Gehörschutz (82 Prozent), die

Schulung und Unterweisung der Mitarbeiter (81 Prozent) sowie Lärmmessungen (55 Prozent), die vor allem in den größeren Betrieben durchgeführt worden sind (70 Prozent).

*
5 Mithilfe eines sogenannten „Datenschutzblatts“ wurden die Betriebe darüber informiert und es wurde ihnen versichert, dass dies ausschließlich dem Vergleich der beiden Messzeitpunkte dient. Durch getrennte Speicherung im IAG von Adress- und Befragungsdaten ist die Zuordnung von Antworten zu einzelnen Personen nicht möglich.

„Im Rahmen von „Lärm-Stopp 2009“ wurde das Aktions-Set als besonders hilfreich eingeschätzt.“

Mehrfachnennungen waren hier möglich. Als besonders hilfreich im Rahmen von „Lärm-Stopp 2009“ schätzten 79 Prozent der befragten Betriebe das Aktions-Set ein. An zweiter Stelle folgte die persönliche Beratung durch die Aufsichtsperson mit 29 Prozent. Vertiefende Auswertungen zeigten, dass so beratene Betriebe besonders häufig Maßnahmen umgesetzt haben. Knapp 23 Prozent fanden den Newsletter besonders hilfreich. Etwa 31 Prozent der Betriebe, die zur Vorher-Befragung angegeben haben, keine Lärmmessungen durchgeführt zu haben, haben diese im Rahmen der Aktion durchgeführt.

Ebenfalls statistisch signifikant ist der Anteil der Betriebe von 24 auf 31 Prozent gewachsen, die über ein Lärmkataster verfügen. Auch hier haben Berechnungen ergeben, dass ein Lärmkataster eher dann vorlag, wenn Lärmmessungen erfolgt waren.

Der Anteil der Betriebe, der den Mitarbeitern Gehörschutz zur Verfügung stellt, erhöhte sich vor allem unter den kleinen Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten von 83 auf 93 Prozent. Da die großen Betriebe bei der Vorher-Befragung bereits zu 98 Prozent diese Frage bejaht hatten, war hier kaum noch eine Steigerung möglich. Dieser Wert ist konstant geblieben.

Nur eine kleine Veränderung zeigte sich bei der Nutzung von Gehörschutz, aber auch hier war das Ausgangsniveau, zumindest in den großen Betrieben, schon recht hoch. Ebenfalls nur kleine Verbesserungen waren zu verzeichnen bei der Aussage „Unser Betrieb achtet bereits darauf, lärmarme Maschinen zu beschaf-

fen und lärmarme Arbeitsverfahren einzuführen“. Keine Veränderungen zeigten sich dagegen bei dem Einsatz lärm-dämmender Raumauskleidungen. Wahrscheinlich war hierfür der Zeitraum für die Umsetzung noch zu kurz, denn das Thema stieß im Rahmen des Lärmsymposiums auf großes Interesse und die Aussteller von Raumauskleidungen erhielten regen Standbesuch. Auch das bereits recht hohe Niveau bei den Unterweisungen ließ sich kaum verbessern und hat sich durch die Aktion nicht signifikant verändert.

Besonders laute Maschinen wurden etwas häufiger separat aufgestellt (37 Prozent vorher, 44 Prozent nachher). Spezielle Schallschutzkabinen kamen aber durch die Aktion nicht viel häufiger zum Einsatz. Als Gesamturteil erhielt die Aktion „Lärm-Stopp 2009“, von kleinen wie von großen Betrieben, im Durchschnitt die Note „gut“ (2,1).

6 Fazit

Als besonders positiv ist festzuhalten, dass die Werbung für die Aktion und die regelmäßigen Informationen über Internet, Newsletter, Mitteilungsblatt und Fachzeitschriften nicht nur von der Industrie, sondern auch von kleinen Handwerksbetrieben aufgenommen und angewendet wurden. Das zeigt im Übrigen die Beteiligung am Versichertenpreis, bei dem auch kleine Betriebe aktiv waren. Wichtig für die Umsetzung von Maßnahmen war die Beratung durch Aufsichtspersonen, die für zusätzliche Motivation sorgte. Insgesamt konnte für lärmarme Verfahren und die Auswahl von PSA sensibilisiert werden, wobei bei Letzterem sicher auch half, dass die FBG für die Branche besonders günstige Konditi-

onen bei zwei Otoplastenherstellern für die Dauer der Aktion vereinbaren konnte. Lärmdämmende Raumauskleidung wurde von den Betrieben mit Interesse aufgenommen, hier ist jedoch noch Potenzial für eine stärkere Umsetzung in der Praxis.

Selbst im November 2010, fast ein Jahr nach Ende der Schwerpunktaktion, werden von den Unternehmen nach wie vor Lärmschutz-Aktionssets angefordert und Projekte zum Lärmschutz angestoßen, so dass von einer guten Nachhaltigkeit der Aktion ausgegangen werden kann. ●

Autoren

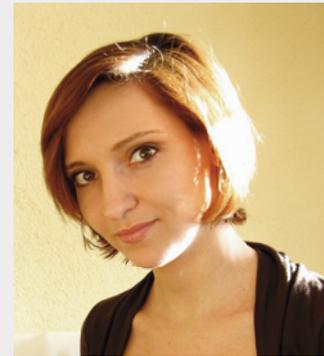


Foto: Privat

Marlen Kaufmann

Doktorandin am Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV
E-Mail: marlen.kaufmann@dguv.de



Foto: Privat

Henning Krüger

Stv. Leiter Fleischwirtschaft, Geschäftsbereich Prävention, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
E-Mail: henning.krueger@bgn.de

Behandlung von Berufskrankheiten

Quo Vadis – Mesotheliomtherapie in Deutschland



Foto: Ingram Publishing

Maligne Mesotheliome gehören zu den durch Asbest verursachten Berufskrankheiten (BK-Nr. 4105). Sie zeigen einen schweren Krankheitsverlauf, die Erkrankten sterben meist schon wenige Monate, nachdem die Erkrankung diagnostiziert wurde. Dies stellt besondere Anforderungen an die Unfallversicherungsträger (UV-Träger). Die Versicherten benötigen die bestmögliche kurative beziehungsweise palliative Therapie. Standards für die Therapie gibt es leider noch nicht. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat daher die Erfahrungen der UV-Träger erhoben und ausgewertet, um Hinweise zu verbesserten Therapiemöglichkeiten und geeigneten Therapieeinrichtungen zu geben.

Hintergrund

2008 wurden deutschlandweit insgesamt 987 Mesotheliomerkrankungen als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 4105 („Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards“) der Berufskrankheitenverordnung (BKV) durch die Unfallversicherungsträger neu anerkannt.

Mesotheliome sind primäre Malignome, die sich infolge einer (beruflichen) Asbestexposition aus dem Mesothel des Lungenfells (Pleura) entwickeln (90 Prozent der Erkrankungsfälle), bei knapp 10 Prozent ist das Bauchfell (Peritoneum) betroffen. Vereinzelt kommen auch Mesotheliome der Hodenhüllen (Tunica vaginalis testis) und des Herzfells (Perikard) vor.

Die Prognose ist trotz neuer, vielfach innovativer Therapieverfahren meist infaust. Die mediane Überlebenszeit nach Diagnosestellung beträgt zwischen 6 und 13 Monaten. Prognostisch sind in den nächsten Jahren keine sinkenden Neuerkrankungszahlen zu erwarten, obwohl in Deutschland bereits seit 1993 ein Asbestverwendungsverbot besteht. ▶

Dies ist Folge der für asbestbedingte Erkrankungen typischen langen Latenzzeiten zwischen Exposition und Erkrankungsbeginn.

Therapie des malignen Mesothelioms

Zur Behandlung einer Mesotheliom-erkrankung stehen derzeit neben der chirurgischen Intervention Chemotherapie und Bestrahlung zur Verfügung; multimodale Therapieansätze werden dabei favorisiert. Ziel des chirurgischen Eingriffs ist in frühen Krankheitsstadien die möglichst vollständige Entfernung der tumortragenden Strukturen. Die Chemotherapie kann dabei neoadjuvant (präoperativ) oder adjuvant (postoperativ) erfolgen.

In fortgeschrittenen Stadien kommt bislang nur eine palliative, meist chemotherapeutische Behandlung in Betracht. Die Therapien sind auf eine Lebensverlängerung hin ausgerichtet, wobei die Lebensqualität der Betroffenen im Mittelpunkt steht.

Ziel der Erhebung

Die Erfahrungen der UV-Träger mit Feststellungsverfahren zur BK-Nr. 4105 sind heterogen. Einige UV-Träger betreuen, teilweise durch Sondersachbearbeiter, eine große Versichertengruppe, andere bearbeiten nur ganz vereinzelt entsprechende Erkrankungsfälle.

Das schwere Krankheitsbild und die schlechte Prognose stellen die UV-Träger vor besondere Anforderungen. Vor allem muss zeitnah Kontakt mit den Versicherten aufgenommen und die jeweils bestmögliche Therapie (kurativ/palliativ) eingeleitet werden.

Seitens der medizinischen Fachgesellschaften wird derzeit eine S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des malignen Mesothelioms“ nach AWMF-Schema erarbeitet. Diese soll den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Therapie des malignen Mesothelioms zusammenfassen. Die DGUV geht davon aus, dass die künftige Leitlinie mittelfristig eine Basis für die Bestimmung von Kompetenzzentren bilden wird, die eine optimale medizinische Behandlung (ein-

schließlich palliativer Betreuung) gewährleisten sollen.

Für die Zwischenzeit war der aktuelle Sachstand zur Mesotheliomtherapie bei den UV-Trägern zu ermitteln. Die DGUV führte dazu 2010 bei ihren Mitgliedern eine Erhebung über die Therapiemaßnahmen im ersten Halbjahr 2009 durch. Ziel der Abfrage war, Erkenntnisse zu folgenden Fragen zu erhalten:

- In welchen Kliniken/Zentren werden in Deutschland im Schwerpunkt pleurale und peritoneale Mesotheliome behandelt?
- Welche Therapieformen (kurativ/palliativ) kommen zur Anwendung?
- Gibt es Versicherte, die an Therapiestudien teilnehmen? Wenn ja, an welchen?

Die wesentlichen Ergebnisse der Erhebung „Die Therapie des Mesothelioms (BK-Nr. 4105) – Eine Auswertung der im ersten Halbjahr 2009 seitens der UV-Träger veranlassenden Therapien“ sind hier zusammengefasst.

Ergebnisse

Abgefragt wurden vor allem die durchgeführten Maßnahmen/Therapien (kurativ: ambulant/stationär; palliativ: ambulant/stationär; Hospiz/Palliativstation).

Aus den Bereichen der Berufsgenossenschaften (für die gewerbliche Wirtschaft) und der Unfallkassen (für die öffentliche Hand) wurden Daten zu 544 Erkrankungsfällen mit insgesamt 872 Maßnahmen gemeldet (siehe **Tabelle 1**). 510 gemeldete Versicherte waren Männer, 34 Frauen (siehe **Tabelle 2**).

1 Mesotheliomtherapien insgesamt, Geschlecht und Alter der Versicherten

Aus den Strukturdaten (**Tabellen 1 und 2**) kann im Vergleich mit der Gesamtverteilung der anerkannten BKen nach Nr. 4105 die Repräsentativität dieser Stichprobe abgeleitet werden.

2 Therapien

Besondere Schwerpunkte der Therapien konnten aus den Abfrageergebnissen nicht abgeleitet werden (siehe **Tabelle 3**).

Tabelle 4 zeigt auf, dass die Mehrzahl der durchgeführten Maßnahmen beziehungsweise Maßnahmenbündel die medizinische Behandlung, oft in Kombination mit palliativen Maßnahmen, betrafen. Ambulante Therapiemaßnahmen standen dabei aber deutlich im Vordergrund. Erfolgt palliative Maßnahmen, dann wurden diese vor allem in Palliativstationen und nur vereinzelt in Hospizen durchgeführt.

Die Verteilung der Behandlungen auf die Einrichtungen und deren Verteilung über das Bundesgebiet zeigen die **Tabellen 5 und 6**. Es wird deutlich, dass sich keine trägerseitigen örtlichen und/oder fachlichen Schwerpunktsetzungen ableiten lassen.

Tabelle 1: Mesotheliomfälle gegliedert nach UV-Trägern (Bezeichnung ohne Berücksichtigung nachgehender Fusionen)

| UV-Träger | Zahl der Fälle |
|---|----------------|
| Bergbau-BG | 16 |
| Steinbruchs-BG | 2 |
| BG Gas und Wasser | 6 |
| Hütten- und Walzwerks-BG | 12 |
| Maschinenbau- und Metall-BG | 55 |
| BG Metall Nord Süd | 97 |
| BG Elektro, Textil, Feinmechanik | 97 |
| BG Chemie | 48 |
| Holz-BG | 12 |
| BG Handel und Warendistribution | 26 |
| Verwaltungs-BG | 40 |
| BG Bahnen | 3 |
| BG Fahrzeughaltungen | 8 |
| See-BG | 14 |
| BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege | 4 |
| BG BAU | 87 |
| LBG Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben | 2 |
| Unfallkasse Baden-Württemberg | 2 |
| Unfallkasse des Bundes | 5 |
| Unfallkasse Post und Telekom | 2 |
| Unfallkasse Berlin | 3 |
| Unfallkasse Nord | 3 |
| Zusammen | 544 |

Tabelle 2: Geschlecht und Alter der Versicherten

| Alter bei Therapie | Geschlecht | | zusammen |
|-----------------------|------------|-----------|------------|
| | männlich | weiblich | |
| 35 bis unter 40 Jahre | 1 | 0 | 1 |
| 40 bis unter 45 Jahre | 1 | 0 | 1 |
| 45 bis unter 50 Jahre | 5 | 0 | 5 |
| 50 bis unter 55 Jahre | 16 | 1 | 17 |
| 55 bis unter 60 Jahre | 23 | 3 | 26 |
| 60 bis unter 65 Jahre | 49 | 7 | 56 |
| 65 bis unter 70 Jahre | 117 | 6 | 123 |
| 70 bis unter 75 Jahre | 155 | 7 | 162 |
| 75 bis unter 80 Jahre | 76 | 5 | 81 |
| 80 Jahre und älter | 48 | 2 | 50 |
| keine Angabe | 19 | 3 | 22 |
| Zusammen | 510 | 34 | 544 |

Tabelle 3: Therapien beim Pleuramesotheliom

| Berichtete Maßnahmen | | Zahl der Fälle |
|----------------------|----------------------------------|----------------|
| Chemotherapie Pleura | präoperativ | 104 |
| | postoperativ | 319 |
| | beides | 33 |
| | zusammen | 456 |
| OP Pleura | Pleurektomie/Dekortikation | 184 |
| | extrapleurale Pleuropneumektomie | 43 |
| | sonstige | 66 |
| | zusammen | 293 |
| Bestrahlung Pleura | des Stichkanals | 75 |
| | des Hemithorax | 49 |
| | zusammen | 124 |
| Pleurodese ja/nein | ja | 72 |

2.1 Chemotherapie

Bei einer Chemotherapie werden Zytostatika (pharmakologische Substanzen) eingesetzt, die zytotoxisch (zellabtötend) auf die Tumorzellen einwirken. Da die verschiedenen Tumorentitäten unterschiedlich sensibel auf die verschiedenen Zytostatika reagieren, kommen verschiedene Chemotherapeutika, einzeln oder kombiniert, zum Einsatz. Zur Behandlung des malignen Mesothelioms werden in der Regel die folgenden Therapieschemata angewandt: als Polychemotherapie (Wirkstoffe): Pemetrexed und

Cisplatin (Supplementation mit B12 und Folsäure), Pemetrexed und Carboplatin (Supplementation mit B12 und Folsäure), Gemcitabin und Cisplatin, Gemcitabin und Carboplatin, als Monochemotherapie: Vinorelbin, Pemetrexed, Gemcitabin, Cisplatin, Carboplatin und Doxorubicin (siehe [Tabelle 7](#)).

2.2 Palliative Therapien

Das Ergebnis der Erhebung zu den palliativen Behandlungen in Hospizen und Palliativstationen ([Tabelle 8](#)) weist auf eine dezentrale Versorgung hin.

3 Studienteilnahme

In der Erhebung wurde auch eine eventuelle Studienteilnahme abgefragt. In den relevanten Studien werden spezifisch gegen Zelloberflächen der Mesotheliomzellen gerichtete Immunotoxine und Antikörper erprobt. Wirkstoffe, die sich in präklinischen Studien (Labor) als Erfolg versprechend erwiesen haben, werden dabei am Menschen überprüft. Nach dem Ergebnis der Erhebung waren bundesweit nur vier UV-Versicherte in eine Studie eingebunden, sodass eine Studienteilnahme die Ausnahme darstellte. ▶

Tabelle 4: Art der Maßnahmen

| Berichtete Maßnahmen | | Zahl der Maßnahmen | Prozent |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|------------|
| Therapie | ambulante Therapie | 515 | 59,1 |
| | stationäre Therapie | 221 | 25,3 |
| | beides | 31 | 3,6 |
| | keine Therapie | 105 | 12,0 |
| | Maßnahmen insgesamt | 872 | 100 |
| Palliative Maßnahme | ambulant | 146 | 16,7 |
| | stationär | 97 | 11,1 |
| | beides | 12 | 1,4 |
| | keine palliative Maßnahme | 617 | 70,8 |
| | Maßnahmen insgesamt | 872 | 100 |
| Behandlung in Hospiz/Palliativstation | Hospiz | 16 | 1,8 |
| | Palliativstation | 141 | 16,2 |
| | anderweitige palliative Betreuung | 98 | 11,2 |
| | keine palliative Maßnahme | 617 | 70,8 |
| | | | |

Tabelle 5: Therapien nach Art der Einrichtung

| Art des Krankenhauses | Art der Therapie | | | |
|--|------------------|------------|-----------|------------|
| | ambulant | stationär | beides | zusammen |
| BG-Klinik, auch Kooperationsklinik einer BG-Klinik | 17 | 2 | 0 | 19 |
| Sonstiges Krankenhaus mit VAV-Zulassung | 159 | 51 | 5 | 215 |
| Krankenhaus ohne VAV-Zulassung, mit D-Arzt | 27 | 7 | 3 | 37 |
| Sonstiges Krankenhaus | 235 | 83 | 20 | 338 |
| Medizinische Reha-Klinik | 20 | 1 | 0 | 21 |
| Sonstige Klinik | 49 | 8 | 3 | 60 |
| Keine Klinik | 8 | 69 | 0 | 77 |
| Zusammen | 515 | 221 | 31 | 767 |

„Schwere Krankheiten wie das Mesotheliom stellen besonders hohe Anforderungen an die Behandlung – und an den zuständigen Unfallversicherungsträger. Alle Beteiligten müssen eng zusammenarbeiten, um den Patienten optimal zu beraten und zu unterstützen.“



Foto: Fotolia

Fazit

Aus den Ergebnissen der Erhebung konnten unter Beachtung der Ziele der Fallsteuerung Vorschläge für die Sachbearbeitung der UV-Träger im Sinne von „best practice“ abgeleitet werden.

In die Vorschläge sind die Erfahrungen der BG Metall Nord Süd mit deren Modell der „besonderen Krebs-Sachbearbeitung“

beispielhaft eingeflossen. Die Ausführungen sind als Empfehlung/Anregung an die UV-Träger zur Optimierung ihrer Verfahren zu verstehen.

Das Modell der „besonderen Krebs-Sachbearbeitung“ der BG Metall Nord Süd sieht nach Eingang einer Verdachtsanzeige zur BK-Nr. 4105 unter anderem vor, dass die Versicherten möglichst innerhalb

von zehn Arbeitstagen persönlich von zwei BG-Mitarbeitern aus dem Leistungs- und Präventionsbereich aufgesucht werden. Diese ermitteln die Krankheits- und Arbeitsvorgeschichte gemeinsam mit den Versicherten, helfen beim Ausfüllen der notwendigen Formulare und informieren über die Leistungen der Unfallversicherung.

Zusätzlich können durch den Besuch wichtige Erkenntnisse über die aktuelle gesundheitliche Verfassung der Versicherten sowie ihre Wohn- und Lebensumstände (relevant für Pflege und Hilfsmittelversorgung) gewonnen werden. Die persönliche Betreuung wird von den meisten Versicherten in ihrer besonderen Situation zudem als hilfreich empfunden, die BG „kümmert sich“.

Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Berufskrankheit können im Einzelfall bereits im Rahmen des Erstbesuchs geklärt werden.

Wird der Versicherungsfall bejaht, werden umgehend, gegebenenfalls im Rahmen der vorläufigen Zuständigkeit, die Kosten der Heilbehandlung übernommen. Falls erforderlich, ist auch die Kostenübernahme einer Schmerztherapie zu erklären und der behandelnde Arzt über das Leistungsspektrum der Unfallversicherung zu informieren.

Tabelle 6: Therapien nach Art und Ort der Einrichtung

| PLZ-Bereich des Therapie-Krankenhauses | Art des Krankenhauses | | | | | | Zusammen |
|--|---|---|--|-----------------------|--------------------------|-----------------|------------|
| | BG-Klinik, auch Kooperations-Klinik einer BG-Klinik | Sonstiges Krankenhaus mit VAV-Zulassung | Krankenhaus ohne VAV-Zulassung, mit D-Arzt | Sonstiges Krankenhaus | Medizinische Reha-Klinik | Sonstige Klinik | |
| 0 ... | 3 | 11 | 2 | 56 | 0 | 1 | 3 |
| 1 ... | 0 | 12 | 1 | 31 | 1 | 2 | 0 |
| 2 ... | 0 | 46 | 9 | 101 | 12 | 8 | 0 |
| 3 ... | 0 | 14 | 1 | 20 | 1 | 3 | 0 |
| 4 ... | 0 | 41 | 9 | 19 | 0 | 7 | 0 |
| 5 ... | 0 | 23 | 4 | 15 | 2 | 5 | 0 |
| 6 ... | 10 | 14 | 3 | 24 | 0 | 15 | 10 |
| 7 ... | 1 | 20 | 2 | 15 | 1 | 5 | 1 |
| 8 ... | 4 | 7 | 3 | 38 | 3 | 5 | 4 |
| 9 ... | 1 | 27 | 3 | 19 | 1 | 9 | 1 |
| Zusammen | 19 | 215 | 37 | 338 | 21 | 60 | 690 |

Tabelle 7: Chemotherapie beim Pleuramesotheliom

| Berichtete Maßnahmen zum Pleuramesotheliom | | Zahl der Fälle | Prozent |
|--|----------------------------|----------------|------------|
| Chemotherapie bei Pleuramesotheliom | Pemetrexed und Cisplatin | 127 | 27,9 |
| | Pemetrexed und Carboplatin | 97 | 21,3 |
| | Gemcitabin und Cisplatin | 12 | 2,6 |
| | Gemcitabin und Carboplatin | 31 | 6,8 |
| | Vinorelbin | 16 | 3,5 |
| | Pemetrexed | 131 | 28,7 |
| | Gemcitabin | 26 | 5,7 |
| Übrige | 16 | 3,5 | |
| Zusammen | | 456 | 100 |

Tabelle 8: Palliativstationen und Hospize nach Ort der Einrichtung

| PLZ-Bereich der pall. stat. Behandlung | Hospiz | Palliativstation | Zusammen |
|--|-----------|------------------|------------|
| 0 ... | 0 | 4 | 4 |
| 1 ... | 1 | 14 | 15 |
| 2 ... | 2 | 45 | 47 |
| 3 ... | 2 | 7 | 9 |
| 4 ... | 2 | 20 | 22 |
| 5 ... | 6 | 8 | 14 |
| 6 ... | 2 | 11 | 13 |
| 7 ... | 0 | 6 | 6 |
| 8 ... | 1 | 6 | 7 |
| 9 ... | 0 | 17 | 17 |
| Zusammen | 16 | 141 | 157 |

Zu klären ist auch, in welcher Klinik beziehungsweise Einrichtung die weitere Behandlung stattfinden soll. Für die bestmögliche kurative, aber auch palliative Behandlung sind eine gute Diagnostik, Erfahrungen im Umgang mit Mesotheliompatienten, Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes und Erfahrungen in der Schmerzbehandlung wesentliche Voraussetzungen. Das Ergebnis der Erhebung hat gezeigt, dass die Versorgung bislang meist dezentral (mutmaßlich unter dem Primäraspekt der Heimatnähe) erfolgt.

Nach den Erfahrungen der BG Metall Nord Süd bietet die Überweisung der Versicherten in eine Schwerpunktambulanz Vorteile. Da Mesotheliome zu den seltenen Krebserkrankungen gehören, bestehen in vielen Kliniken nur geringe praktische Erfahrungen mit geeigneten Therapien dieser speziellen Krebsentität. Schwerpunktambulanzen weisen einen größeren Erfahrungsschatz auf und sind zudem meist Vorreiter bei neuen kurativen/palliativen und/oder schmerztherapeutischen Therapieansätzen.

Den besonderen Anforderungen für die Behandlung maligner Mesotheliom-erkrankungen entsprechen derzeit am ehesten spezialisierte Zentren, die nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Deutsche Tumorzentren e. V. folgende Voraussetzungen erfüllen sollten:

- Behandlung von jährlich mindestens 200 Lungenkrebspatienten
- Offenlegung der Arbeitsweise und externe Prüfung
- Dokumentation der Qualität der Behandlung
- Teilnahme an klinischen Studien
- Enge Zusammenarbeit mit den kooperierenden klinischen Registern
- Beteiligung aller Spezialisten an einer interdisziplinären Kooperation mit regelmäßigen Besprechungen.

Wegen der Seltenheit von Mesotheliom-erkrankungen wird pro Zentrum eine Behandlung von mehr als 20 Mesotheliompatienten/-innen pro Jahr empfohlen. Eine Liste der von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Lungenkrebszentren steht auf der Homepage der DKG bereit: www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierung_krebszentren_lungenkrebs_liste,123705.html

Im Interesse einer optimalen Therapie empfehlen die Autoren des Ergebnisberichts, den Versicherten die Behandlung in einer zertifizierten Lungenkrebsambulanz zu ermöglichen. Auf die Wünsche der Versicherten und ihrer Angehörigen ist dabei – insbesondere bei großer Entfernung vom Wohnort – Rücksicht zu nehmen.

Des Weiteren empfehlen die Autoren, den bewährten Vor-Ort-Beratungsdienst der BG

Metall Nord Süd, den diese bereits in verschiedenen Krankenhäusern durchführt, UV-weit zu etablieren. Regelmäßig (1-mal monatlich) sprechen die Mitarbeiter der UV-Träger, die behandelnden Ärzte und Patienten miteinander, um die gegebenen Therapiemöglichkeiten optimal zu nutzen und die Patienten zu beraten und zu unterstützen.

Der persönliche Austausch im Beratungsdienst bietet zudem die Möglichkeit, die behandelnden Mediziner für mögliche berufliche Ursachen von Erkrankungen zu sensibilisieren, sodass auch bislang nicht gemeldete BK-Fälle entdeckt und gemeldet werden können. ●

Autoren

Dr. Martin Butz, Leiter des Referats Statistik-Berufskrankheiten, Direktionsbüro, DGUV
E-Mail: martin.butz@dguv.de

Melanie Duell, Referentin Berufskrankheiten, Referat Berufskrankheiten, Abteilung Versicherung und Leistungen, DGUV
E-Mail: melanie.duell@dguv.de

Evelyn Jürs, Geschäftsführerin Bezirksverwaltung Hamburg, Berufsgenossenschaft Holz und Metall
E-Mail: evelyn.juers@bghm.de

Volker Neumann, Leiter der Analytik, Deutsches Mesotheliomregister
E-Mail: volker.neumann@ruhr-uni-bochum.de

DGUV Handlungsleitfaden

Das Rehabilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung – Der Handlungsleitfaden

Die Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat im September einen Handlungsleitfaden verabschiedet, der sich an Führungskräfte und Mitarbeiter richtet, die im Reha-Management der Unfallversicherungsträger tätig sind. Er konkretisiert und erweitert die im Jahr 2008 verabschiedeten Eckpunkte für ein gemeinsames Reha-Management und trägt zu einem einheitlichen Bild der gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber Versicherten, Unternehmern und anderen beteiligten Reha-Partnern bei gleichzeitiger Erhaltung der branchen- und aufgabenbezogenen Besonderheiten bei.



Rehabilitation aus einer Hand

Seit jeher kommt der Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung eine zentrale Rolle zu. Nach einem Arbeitsunfall werden entsprechend dem Grundsatz „alles aus einer Hand“ nicht nur die Akutversorgung und die medizinische Rehabilitation sichergestellt, sondern auch alle erforderlichen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft erbracht. Um eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung zu erreichen, ist es erforderlich, dass alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten (Versicherte, Unfallversicherungsträger, Ärzte, Kliniken, berufliche Einrichtungen) eng zusammenarbeiten.

Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichte-

te, aktivierende Begleitung der Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe auf Grundlage eines individuellen Rehabilitationsplans, unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

Hierzu wird die Systematik und Methodik des Case Managements, welches sich als ein „Unterstützungsmanagement“ für Menschen in besonders schwierigen und komplexen Problemlagen versteht, genutzt. Im Mittelpunkt stehen die zielgerichtete Verknüpfung von bedarfsgerechten Hilfeangeboten und die Sicherstellung der Selbstbestimmung der betroffenen Menschen (DGCC 2009). Dabei spielt der persönliche Kontakt von Mitarbeitern der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen (Reha-Managern) mit den betroffenen Menschen eine wichtige Rolle.

Reha-Management bedeutet:

- umfassende Planung, Reha-Plan
- Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der Rehabilitation und Teilhabe
- partnerschaftliche Einbindung aller am Verfahren Beteiligten
- Orientierung am ICF.

Die Unfallversicherungsträger praktizieren seit vielen Jahren erfolgreich Heilverfahrenssteuerung und Berufshilfe, mit vielen Gemeinsamkeiten im Reha-Management, zum Teil aber unterschiedlichen Verfahren. Der Handlungsleitfaden definiert gemeinsame Rahmenbedingungen für eine einheitliche Vorgehensweise und (Mindest-)Standards.

Fallauswahl

Eine wesentliche Weichenstellung ist die Auswahl für das Reha-Management, mit in mehrfacher Hinsicht bedeutsamen Auswirkungen. Neben der sozialen Tragweite, welche Versicherte ins Reha-Management aufgenommen werden, beeinflusst sie auch die Fall-Menge und damit den Aufwand an qualifiziertem Personal und somit die aufzuwendenden Kosten.

Schwere Unfallverletzungen bergen ein erhöhtes Komplikationspotenzial, das die ohnehin schon langen Heilverläufe noch verlängern kann. Eine möglichst kurze Arbeitsunfähigkeitsdauer, die Wiederherstellung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit können dennoch häufig mit einer optimalen Koordination aller erforderlichen Leistungen erreicht werden.

Einen wichtigen Hinweis gibt die Diagnose in Relation zu der damit verbundenen voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit. Liegt die Prognose der Arbeitsunfähigkeit bei 112 Tagen (16 Wochen) oder darüber, handelt es sich nach unfallmedizinischer Erfahrung meist um komplexe Störungen. Bei optimaler Steuerung (= Reha-Management) sind auch hier oft erhebliche Verbesserungen realisierbar. Damit begründet eine derartige Arbeitsunfähigkeitsprognose das Erfordernis der Aufnahme ins Reha-Management.

Idealerweise wird diese Fallzuweisung durch EDV-gestützte Hilfen, die Diagnose mit einer Arbeitsunfähigkeitsprognose verknüpfen, unterstützt. Daneben kann in speziell gelagerten Fällen die individuelle Einschätzung der Arbeitsunfähigkeitsdauer durch den beratenden Arzt des Unfallversicherungsträgers hilfreich sein.

Neben der Prognose der Arbeitsunfähigkeitsdauer gibt es weitere Gründe, die

eine Aufnahme ins Reha-Management erfordern, zum Beispiel wenn erhebliche Störfaktoren bestehen, die eine Gefährdung oder Verzögerung des Rehabilitationserfolgs befürchten lassen. Dies können beispielsweise medizinische Komplikationen im Heilverlauf, Probleme im beruflichen oder sozialen Umfeld oder Konflikte im Rehabilitationsverlauf (zum Beispiel fehlende Compliance, sekundärer Krankheitsgewinn, etc.) sein.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt als Hinweis auf das Erfordernis des Reha-Managements mangels einer Arbeitsunfähigkeitsprognose eine Verletzung nach dem Verletztenarten-Katalog der Unfallversicherung, verbunden mit einem mindestens einwöchigen stationären Aufenthalt. Weitere Gründe für das Reha-Management sind zum Beispiel bestehende erhebliche Vorschädigungen, Probleme im familiären oder schulischen Umfeld oder in der Ausbildung.

Zentrale Merkmale des Reha-Managements sind:

- persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Reha-Manager
- zielorientierte Steuerung und Koordination der Heilverfahren gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen, Ärzten und Therapeuten, Arbeitgebern und Reha-Managern
- Planung einer nahtlosen Rehabilitation mit zeitnaher beruflicher oder schulischer Wiedereingliederung
- Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe.

Bei Kindern wie Erwachsenen kann sich das Erfordernis für das Reha-Management in jeder Phase der Rehabilitation oder bei Wiedererkrankung ergeben. Daher müssen alle Unfallsachbearbeiter und Reha-Manager auf entsprechende Anzeichen bei den Versicherten oder in deren Umfeld sowie auf Hinweise von Leistungserbringern achten. Das frühzeitige Erkennen solcher Problematiken und die unverzügliche Einbeziehung ins Reha-Management sind in diesen Fällen maßgeblich für den Erfolg der Rehabilitation.

Der erste Schritt für die Reha-Planung

Zur Vorbereitung der Rehabilitationsplanung und zur Steuerung des Verfahrens muss sich der Reha-Manager zunächst ein Bild von dem voraussichtlich zu erwartenden Rehabilitationsverlauf machen. Dies erfolgt unter anderem unter folgenden Aspekten:

- Ist die Diagnose gesichert?
- Stimmt die bisher prognostizierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit?
- Wie sehen Art, Häufigkeit und Dauer der Therapie bei dieser Verletzung aus?
- Ist die Verlegung in eine andere Einrichtung erforderlich?
- Welche Bedarfe an Hilfsmitteln, Reha-, Teilhabe- und Pflegeleistungen könnten bestehen?
- Wie sieht das Tätigkeitsprofil aus?
- Wie ist der berufliche Status?
- Besteht die Möglichkeit zur Aufnahme der bisherigen Tätigkeit?
- Ist eine Belastungserprobung und/oder Arbeitstherapie erforderlich und möglich?
- Welche personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren könnten hemmend oder fördernd für die Rehabilitation sein? ▶

In die Vorbereitung fließen die Informationen aus dem Erstgespräch mit dem Versicherten, eventuell vorhandene datenverarbeitungsunterstützte Heilverfahrenssteuerung, Arbeitshinweise des jeweiligen Unfallversicherungsträgers, eigene Erfahrungen und Ergebnisse aus der Besprechung mit dem beratenden Arzt des Unfallversicherungsträgers ein.

Erstellung des Reha-Plans

Der Reha-Plan wird in einem gemeinsamen Gespräch mit Versichertem, Arzt und Reha-Manager sowie bei Bedarf mit weiteren Beteiligten erstellt. Hierin wird das Ziel und der konkrete geplante Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen (zum Beispiel: Erweiterte Ambulante Physiotherapie oder Belastungserprobung) mit entsprechenden zeitlichen Daten vereinbart. In der Regel ist der Reha-Plan innerhalb eines Monats nach dem Unfall zu erstellen. Er wird von allen Gesprächsteilnehmern unterschrieben und ist verbindlich.

Die Planung der Rehabilitation erfolgt auf der Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabepan“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Die Rolle des Arztes

Der behandelnde Durchgangsarzt sowie der beratende Arzt des Unfallversicherungsträgers erfahren im Reha-Management eine weitere Bedeutung.

Der Durchgangsarzt ist Ansprechpartner vor Ort und überwacht den Heilverlauf entsprechend der medizinischen Notwendigkeit. Bei Bedarf wird der beratende Arzt von Seiten der Verwaltung herangezogen und Hinweise für das weitere Vorgehen geben. Auch bei der Identifikation der im Reha-Management zu behandelnden Fälle kann er unterstützend wirken.

Neu ist die ärztliche Rolle bei der Reha-Planung. Hier soll im Teamgespräch zwischen Versichertem und Reha-Manager sowie dem Arzt der bisherige Verlauf eingeschätzt, die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen geprüft und eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit abgegeben werden. Unterstützend können auch Fachtherapeuten (Physiotherapie, Ergo-/Arbeits-therapie) hinzugezogen werden. Häufig ist der betreffende Arzt in einem Kompetenzzentrum (zum Beispiel BG-Klinik) tätig, welches neben der unfallchirurgischen Fachkompetenz über weitere Spezialisten und über Erfahrung auf dem Gebiet der Rehabilitation Unfallverletzter verfügt.

Der behandelnde Arzt wird einbezogen bei:

- der Feststellung einer validen Diagnose
- Auskünften zum bisherigen Behandlungsverlauf
- Feststellung und Prognose der Arbeitsunfähigkeit
- Umsetzung des Reha-Plans.

Bei der Reha-Planung erfolgt, nach Sichtung der von der zuständigen Verwaltung vorgelegten Unterlagen, eine ärztliche Untersuchung. Anschließend wird im Teamgespräch der weitere Ablauf des Heilverfahrens besprochen. Dabei geht es insbesondere um die folgenden Fragestellungen:

- Sind weitere operative Maßnahmen notwendig?
- Welche therapeutischen Maßnahmen sind zu welchem Zeitpunkt und über welche Dauer erforderlich?
- Welche arbeitsplatzspezifischen Maßnahmen sind erforderlich?
- Ist mit Arbeitsfähigkeit zu rechnen, und wenn ja: wann?
- Ist das Erfordernis für (berufliche) Teilhabeleistungen absehbar?

Die Rehabilitation wird unter Berücksichtigung eines komplikationslosen Verlaufs bis zum Ende, also der beruflichen und sozialen Eingliederung, durchgeplant. Bei Abweichungen können so Verzögerungen und Komplikationen frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Die Teamgespräche ermöglichen hierbei die unverzügliche Einleitung/Genehmigung der notwendigen Maßnahmen ohne Zeitverzug durch den Unfallversicherungsträger. Ist eine Reha-Planung ambulant nicht möglich, muss eine stationäre Reha-Abklärung erwogen werden.

Die heimatnahe Betreuung der Versicherten durch den Durchgangsarzt ist erforderlich und Teil der Umsetzung und engmaschigen „Überwachung“ des Reha-Plans.



Deutsche Gesellschaft für Case- und Care-Management: Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept CM, 2009.

Donabedian, A: Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966), 166–206.

Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (1992): The Balanced Scorecard – Measures that drive Performance. Harvard Business Review.

Ziele und Erwartungen an das Reha-Management:

- Planungssicherheit für alle Prozessbeteiligten
- Abbau von Schnitt- und Konfliktstellen
- gesteigerte Versicherten-zufriedenheit
- erheblicher Imagegewinn bei Versicherten, Arbeitgebern und Öffentlichkeit.

Koordinierung des Reha-Prozesses

Sobald der Reha-Plan steht, unterrichtet der Reha-Manager alle am Reha-Prozess Beteiligten und koordiniert die nahtlose Durchführung der festgelegten Maßnahmen. Eine wesentliche Aufgabe im weiteren Verlauf ist zudem der Abgleich des Tätigkeitsprofils des Versicherten mit dem Behandlungsfortschritt (Fähigkeitsprofil), um bei Störungen frühzeitig weitere Maßnahmen einleiten zu können. Da die Kommunikation mit allen Beteiligten persönlich beziehungsweise telefonisch erfolgt, können Probleme im Reha-Verlauf frühzeitig erkannt und gemeinsam unmittelbar passgenaue Lösungen entwickelt werden.

Evaluation und Qualitätssicherung

Entsprechend dem Grundsatz, dass nur „gemanagt“ werden kann, was gemessen werden kann (Kaplan 1982), stellt die Evaluation und Qualitätssicherung einen integralen und verpflichtenden Bestandteil des Reha-Managements im Sinne des Handlungsleitfadens dar.

Evaluation bedeutet hier eine fallbezogene Überprüfung des Reha-Ergebnisses und des Reha-Verlaufs. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob das Reha-Ziel erreicht wurde und was aus dem Verlauf für künftige Fälle gelernt werden kann. Zur Evaluation können Instrumente eingesetzt werden, die das erreichte Ziel im Vergleich zum festgestellten Reha-Bedarf messen. Dazu gehören funktions-, diagnose- oder lebensqualitätsbezogene Frage- und Erhebungsbögen (Assessmentinstrumente) und interne Fallbesprechungen mit dem Ziel, Schwachstellen zu entdecken und Lösungen zu entwickeln.

Qualitätssicherung im Sinne des Handlungsleitfadens ist die systematische Überwachung, Sicherung und Optimierung der Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität. Grundlagen stellen die Daten und Erfahrungen der Fallevaluation dar.

Die Ergebnisqualität orientiert sich am gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherung. Dieser lautet:

- die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- die Sicherstellung der beruflichen Teilhabe (in der Regel die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf)
- die Sicherstellung der Teilhabe an der Gemeinschaft
- die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne einer positiven Kosten-Nutzen-Relation.

Für die Umsetzung des DGUV Handlungsleitfadens werden zu den einzelnen Messgrößen Messinstrumente und konkrete Kennzahlen entwickelt, die eine Bewertung der erreichten Qualität zulassen. Um den Aufwand für die Messung auf einen vertretbaren Umfang zu beschränken, ist angedacht, sich zunächst auf ein Set von sechs Messgrößen zu beschränken. Diese sollen sich an wichtigen Zielvorgaben ausrichten und werden derzeit erarbeitet.

Ausblick

Der im Herbst 2010 verabschiedete Handlungsleitfaden ist als „Paper in Progress“ zu verstehen und wird fortgeschrieben.

Schwerpunkte des Handlungsleitfadens:

- Definition und Ziele des Reha-Managements
- Fallauswahl
- Mitwirkung beteiligter Ärzte
- Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen
- Qualitätssicherung und Evaluation des Reha-Managements
- weitere Informationen unter www.dguv.de

Der Leitfaden und seine Inhalte sollen im Laufe des Jahres 2011 auf Informations- und Schulungsveranstaltungen für die in den Verwaltungen der Unfallversicherungsträger Tätigen, wie auch für Durchgangsarzte und andere Partner kommuniziert werden.

Die DGUV-Arbeitsgruppe Reha-Management befasst sich zurzeit mit der Bewertung und (Fort-)Entwicklung von gemeinschaftlichen Vordrucken/Formtexten, Assessments und der Qualitätssicherung. Zudem wird die Festlegung von Standards (für Unfallversicherungsträger und Kliniken) von einer weiteren DGUV-Arbeitsgruppe derzeit erarbeitet.

Der Handlungsleitfaden in der jetzigen Fassung soll evaluiert werden. Hierzu kann gegebenenfalls das im Januar startende Benchmarking-Projekt „Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“ erste Erkenntnisse liefern. ●

Autoren

Michael Behrens, Stv. Bezirksdirektor Köln, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
E-Mail: michael.behrens@bgrci.de

Dr. Andreas Dietrich, Chefarzt Diakoniekrankenhaus Friederikenstift, BG-Sonderstation, Zentrum für integrative Rehabilitation
E-Mail: andreas.dietrich@friederikenstift.de

Doris Habekost, Leiterin des Referats „Teilhabe/Reha-Management“, DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de

Gaby Koczy-Rensing, Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Hannover, Berufsgenossenschaft Holz und Metall
E-Mail: g.koczy-rensing@bghm.de

Arne Lücking, Leiter der Abteilung „Rehabilitation und Regress“, Unfallkasse Post und Telekom
E-Mail: luecking@ukpt.de

Prof. Dr. Edwin Toepler, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Sozialversicherung, Campus Hennef
E-Mail: edwin.toepler@h-brs.de

Europäische Union

Was hat Brüssel in diesem Jahr vor?

2011 könnte für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auf europäischer Ebene ein abwechslungsreiches Jahr werden. Neben der Weiterführung bereits laufender Gesetzgebungsverfahren plant die EU-Kommission neue Maßnahmen vorzulegen, die auch für die gesetzliche Unfallversicherung von Interesse sind (Stand des Beitrags Dezember 2010).



Patientenrechte: Einigung in Aussicht?

Gleich zu Beginn des Jahres stehen im Bereich der Gesundheitspolitik die Patientenrechte ganz oben auf der Tagesordnung. Bereits 2008 hat die Kommission einen Richtlinienvorschlag auf den Weg gebracht, mit dem Ziel, die bestehende Rechtsprechung im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu bündeln. Die konkreten Ausformulierungen ließen jedoch eine Bedrohung für das Durchgangsarztverfahren und das Verletzungsartenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung befürchten. Mit dem im Sommer letzten Jahres ausgehandelten Kompromissvorschlag der spanischen Ratspräsidentschaft – der in weiten Teilen von den Vorstellungen der Europaabgeordneten abwich – würde jedoch eine europarechtlich ausreichende Grundlage für das System der gesetzlichen Unfallversicherung geschaffen. Ob diese Formulierungen im Rahmen der letzten Einigungsversuche zwischen Ver-

tretern des Europäischen Parlaments und der Mitgliedstaaten beibehalten werden, bleibt abzuwarten. Aufgrund zahlreicher Zugeständnisse von Seiten der Abgeordneten und der Mitgliedstaaten schien zumindest im Dezember letzten Jahres eine Einigung auf einen gemeinsamen Richtlinienentwurf in Aussicht.

Sozialpolitische Aktivitäten

Auf dem Gebiet der Sozialpolitik möchte die Kommission mit einem neuen Vorschlag versuchen, die in der Europäischen Union geltenden einheitlichen Arbeitszeitregeln zu überarbeiten. Die Arbeitszeitrichtlinie legt Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer bei der Arbeitszeitgestaltung fest. Nachdem im Jahr 2009 eine Einigung zur Revision der Vorschriften gescheitert ist, möchte die Kommission nun erneut versuchen, den Rechtsrahmen an die sich geänderten Bedürfnisse von Arbeitnehmern und Unternehmern sowie den öffentlichen

Dienst anzupassen. Insbesondere soll eine Lösung für die Problematik des Bereitschaftsdienstes gefunden werden, der vom EuGH schon mehrfach als Arbeitszeit eingestuft wurde.

Daneben ist ein Legislativvorschlag zur besseren Umsetzung der Arbeitnehmersenderichtlinie geplant. Damit möchte die Kommission insbesondere versuchen, die Rechte entsandter Arbeitnehmer wirksamer zu wahren und die Pflichten nationaler Behörden und Unternehmen zu präzisieren. In diesem Zusammenhang soll auch eine klärende Bestimmung zum Verhältnis der sozialen Grundrechte zu den Grundfreiheiten des Binnenmarktes aufgenommen werden. Diese Ergänzung rührt aus den sehr umstrittenen Urteilen des Europäischen Gerichtshofs in den Rechtssachen „Viking“, „Laval“, „Rüffert“ und „Kommission gegen Luxemburg“, in denen die Richter die wirtschaftlichen Grundfreiheiten über die sozialen Rechte der Arbeitnehmer gestellt hatten.

Schließlich plant die Kommission, die bereits mehrfach angekündigte Gemeinschaftsinitiative zum Schutz der Arbeitnehmer vor Muskel- und Skelett-Erkrankungen zu veröffentlichen. Ziel dieser Initiative ist es, die Bestimmungen über den Gesundheitsschutz und den Schutz der Arbeitskräfte gegen arbeitsbedingte Erkrankungen des Bewegungsapparats in einem einzigen Rechtsakt zusammenzufassen.

Fortführung der Diskussionen zu sozialen Diensten von allgemeinem Interesse

Die EU-Kommission möchte auch in diesem Jahr die Diskussionen zu den sozialen Diensten von allgemeinem Interesse weiterführen. Seitdem dieser Bereich aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen wurde, stellt sich die Frage, ob es hierfür einer europäischen Regelung bedarf. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang insbesondere, ob soziale Dienstleistungen dem europäischen Wettbewerbs- und Binnenmarktrecht unterfallen. Nach Auffassung der EU-Kommission können praktisch alle Dienstleistungen im sozialen Bereich als „wirtschaftliche Tätigkeit“ betrachtet werden. Auch Leistungen, die von obligatorischen Systemen der sozialen Sicherung erbracht werden – wie z. B. Rehabilitationsleistungen oder Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung – werden in die Kategorie der „sozialen Dienste von allgemeinem Interesse“ mit eingeschlossen. Während auf dem Gebiet der Gesundheitsdienstleistungen zwischenzeitlich ein Richtlinienentwurf diskutiert wird, bleibt abzuwarten, ob die Kommission in dem für Ende des Jahres angekündigten Maßnahmenpaket zu Diensten von allgemeinem Interesse ihr weiteres Vorgehen in Bezug auf die sozialen Dienste konkretisieren wird.

Brauchen wir ein europäisches Qualitätskonzept zu sozialen Diensten?

Daneben möchte die Kommission die Arbeit an der Entwicklung eines Europäischen Qualitätskonzepts zu sozialen Diensten von allgemeinem Interesse aufnehmen. Bereits im vergangenen Jahr hatte der aus Vertretern der Mitgliedstaaten und der EU-Kommission bestehende Ausschuss für Sozialschutz einen freiwilligen EU-Qualitätsrahmen mit methodischen Leitlinien für die Festlegung, Überwachung und Bewertung von Qualitätsstandards erarbeitet, den die EU-Kommission als Grundlage für ihre Arbeit nehmen wird. Inwieweit könnte die gesetzliche Unfallversicherung hiervon betroffen sein? Die Leistungserbringer der gesetzlichen Unfallversicherung erfüllen im Vergleich zu anderen Einrichtungen sehr hohe Qualitätsstandards. Europäische Qualitäts- und Sicherheitsstandards könnten, auch wenn sie lediglich unverbindlichen Charakter haben sollten, den Grundstein dafür legen, nationale Standards hinsichtlich ihres Erfolges zu vergleichen und langfristig anzugleichen. Selbst wenn die Leistungserbringer der gesetzlichen Unfallversicherung keinen Vergleich mit anderen Einrichtungen im europäischen Ausland scheuen, sollte eine Orientierung „nach unten“, d. h. an den geringsten inhaltlichen Leistungsanforderungen vermieden werden.

Kommission plant Rechtsinstrument zu Dienstleistungskonzessionen

Zudem ist ein Legislativvorschlag in Arbeit, mit dem die Kommission die Vergabe von Dienstleistungskonzessionen europäischen Vergaberechtsregeln unterwerfen möchte. Bisher unterliegt die Vergabe einer Dienstleistungskonzession nicht den europäischen Vergaberechtsregeln.

Die Kommission erhofft sich hierdurch mehr Rechtssicherheit und Transparenz zu schaffen, um auf diese Weise privaten Anbietern den Marktzugang zu erleichtern. Generell ist diese verfahrensweise kritisch zu sehen. Auch die Abgeordneten des EU-Parlaments stehen der Initiative differenziert gegenüber und betonen, dass eine Unterwerfung unter die europäischen Vergaberechtsregeln den Auftraggebern und Auftragnehmern die notwendige Flexibilität nehmen würde.

Änderung im Bereich des Normungsverfahrens

Schließlich ist auch die für 2011 geplante Änderung des Rechtsrahmens im Bereich der Normung für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger von Interesse. Ziel dieser Initiative ist es, die Normungsverfahren effektiver, effizienter und partizipativer zu machen. ●

Autorin



Foto: Privat

Ilka Wölfle LL.M.

Referentin der DGUV in der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung
E-Mail: ilka.woelfle@dguv.de

Bundesverfassungsgericht zur Haftungsprivilegierung Zum Schutz der Familie



Mit der Frage, ob die Haftungsprivilegierung des § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X auch zu Gunsten eines Elternteils greift, der nicht mit dem Kind in einem Haushalt lebt, hat sich jetzt das Bundesverfassungsgericht beschäftigt.

Gemäß § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X ist der Übergang eines auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhenden Anspruchs auf Schadensersatz auf den Versicherungsträger oder Träger der Sozialhilfe bei nicht vorsätzlichen Schädigungen durch Familienangehörige, die zum Zeitpunkt des Schadensereignisses mit dem Geschädigten oder seinen Hinterbliebenen in häuslicher Gemeinschaft leben, ausgeschlossen. Nunmehr hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die durch den Ausschluss des Anspruchsübergangs erfolgende Privilegierung von Familienangehörigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, gegen-

über Familienangehörigen, die getrennt leben, sachlich gerechtfertigt und § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X mit dem Grundgesetz vereinbar ist.¹ Allerdings kann eine haftungsprivilegierte häusliche Gemeinschaft unter bestimmten Voraussetzungen auch zwischen einem Kind und einem getrennt lebenden Elternteil bestehen.

Ausgangslage

Der Beklagte des Ausgangsverfahrens² ist Vater eines im Jahr 2000 nichtehelich geborenen Sohnes, für den beide Elternteile die Personensorge gemeinsam ausübten. Der Junge lebte bei seiner Mutter. Der Beklagte kam seiner Unterhaltspflicht

für das Kind uneingeschränkt nach. Regelmäßig jedes zweite Wochenende hatte er Umgang mit dem Jungen, und zwar im Hausanwesen der Großeltern des Kindes, in dem der Beklagte auch selbst wohnte. Während eines solchen Besucherwochenendes Anfang August 2000 fiel das einige Minuten unbeaufsichtigte Kind in eine auf dem Grundstück stehende, ungesicherte Regentonne. Der Junge befand sich etwa zehn Minuten lang unter Wasser. Hierdurch erlitt er schwerste Schäden, die voraussichtlich auf Lebensdauer zu einem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf führen werden. Der zuständige Sozialhilfeträger erbringt seit August 2002 für das



Foto: fotolia / teteastock

vorgelegt, ob § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X insoweit mit dem Grundgesetz vereinbar ist, als er eine Haftungsprivilegierung des nicht in häuslicher Gemeinschaft lebenden, unterhaltspflichtigen Kindesvaters im Gegensatz zu in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen nicht vorsieht.³

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Die durch den Ausschluss des Anspruchsübergangs erfolgende Privilegierung von Familienangehörigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, sei gegenüber getrennt lebenden Familienangehörigen auch im Hinblick auf Eltern und ihre Kinder sachlich gerechtfertigt. Allerdings sei § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X unter Berücksichtigung des grundrechtlichen Schutzes der Familie und des Elternrechts dahingehend auszulegen, dass eine haftungsprivilegierende häusliche Gemeinschaft auch zwischen dem Kind und demjenigen Elternteil entstehe, der zwar von ihm getrennt lebe, jedoch seiner Verantwortung für das Kind in dem ihm rechtlich möglichen Maße nachkomme und regelmäßigen sowie längeren Umgang mit dem Kind pflege, sodass dieses zeitweise auch in seinen Haushalt integriert sei.

Kind Leistungen der Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe. Er ist Kläger des Ausgangsverfahrens und nimmt den Beklagten aus gemäß § 116 Abs. 1 SGB X übergegangenem Recht wegen Verletzung der Aufsichtspflicht in Anspruch.

Das Landgericht Memmingen geht davon aus, dass der Beklagte seine Aufsichtspflicht grob fahrlässig verletzt hat und deshalb der familienrechtliche Haftungsausschluss nach § 1664 Abs. 1 BGB für ihn nicht greift. Durch Beschluss vom 27. April 2009 hat das Landgericht das Verfahren aber ausgesetzt und dem Bundesverfassungsgericht die Frage zur Entscheidung

Leben in häuslicher Gemeinschaft

Der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ist zuzustimmen. Es hat zutreffend die für den Ausschluss des Anspruchsübergangs maßgebliche Voraussetzung eines Lebens in häuslicher Gemeinschaft⁴ in den Vordergrund gestellt und die unterschiedlichen Auswirkungen gegenüber dem Getrenntleben herausgestellt. Familienmitglieder, die in häuslicher Gemeinschaft leben, führen regelmäßig auch einen gemeinsamen Haushalt und bilden deshalb eine wirtschaftliche Einheit,⁵ bei der die Einkünfte aller Haushaltsmitglieder zusammenfließen und für die Ausgaben aller zur Verfügung stehen.

Werden einem in einer solchen familiären Gemeinschaft Lebenden Sozialleistungen wegen einer Schädigung erbracht, die ihm ein Angehöriger zugefügt hat, und könnte der Leistungsträger den auf ihn übergeleiteten Schadensersatzanspruch des Geschädigten beim Schädiger zugleich wieder einfordern, minderte dies die gemeinsame Familienkasse und träfe damit auch den Geschädigten. Durch einen Rückgriff auf den Schädiger würde dem Geschädigten letztlich wieder genommen, was ihm eigentlich an Schadensersatz zusteht.⁶ Um dies zu verhindern, hat der Gesetzgeber davon abgesehen, den Schädiger in Regress zu nehmen.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen findet hingegen ein gemeinsames Wirtschaften in der Regel nicht statt. Sie haushalten jeweils für sich selbst und verfügen über ihre Einkünfte allein. Fordert hier ein Leistungsträger beim schädigenden Familienangehörigen Schadensersatz ein, verschlechtert sich zwar dessen finanzielle Situation. Dies hat jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Haushaltslage des von ihm getrennt lebenden geschädigten Angehörigen. Dieser kann ungeschmälert über die ihm gewährten Sozialleistungen verfügen und bedarf insofern keines besonderen Schutzes durch eine Haftungsprivilegierung des Schädigers. ▶

*

- 1 BVerfG, Beschl. vom 12.10.2010 – 1 BvL 14/09.
- 2 Landgericht Memmingen – 2 O 2548/05, UVR 015/2009 vom 5.8.2009, S. 931.
- 3 LG Memmingen vom 27.4.2009, UVR 015/2009, S. 931.
- 4 Zur häuslichen Gemeinschaft i. S. d. § 116 Abs. 6 SGB X und i. S. d. § 86 Abs. 3 VVG, Dahm, NZV 2008, S. 280.
- 5 Dahm, BG 1998, 422, unter Hinweis auf BT-Drucksache 9/95, S. 28.
- 6 Immer wiederkehrende Begründung für Sinn und Zweck des Familienprivilegs, vgl. Dahm, DSozVers 1999, S. 321.

- 7 BVerfG vom 12.10.2010, Rd.-Nr. 49.
- 8 Dahm, Die Leistungen 2009, S. 707.
- 9 BVerfG vom 12.10.2010, Rd.-Nr. 54.
- 10 BVerfG vom 12.10.2010, Rd.-Nr. 58.
- 11 BVerfG, Urt. vom 1.4.2008 – 1BvR 1620/04, BVerfGE 121, S. 30; BVerfG, Beschl. vom 9.4.2003 – 1 BvR 1493/96, 1724/01, BVerfGE 108, S. 83.
- 12 BVerfG vom 12.10.2010, Rd.-Nrn. 62/63.
- 13 Zum Beispiel BGH, Urt. vom 30.6.1971 – IV ZR 189/69, VersR 1971, S. 901. Zu einem ebenfalls das Familienprivileg des § 116 SGB X berührenden Problem, die Anwendung des § 116 Abs. 6 SGB X auf die nichteheliche Lebensgemeinschaft: – hierzu im Einzelnen Dahm, BG 2003, S. 115 und NZV 2008, S. 280 – hat die Rechtsprechung in dieser Klarheit bisher nicht Stellung genommen.
- 14 KassKomm/Kater, § 116 SGB X, Rd.-Nr. 247.
- 15 Krauskopf, D./Marburger. H.: Die Ersatzansprüche nach § 116 SGB X, 6. Aufl. 2006, S. 46.

Nach zutreffender Auffassung des Bundesverfassungsgerichts rechtfertigt dies, dass der Gesetzgeber bei getrennt lebenden Familienangehörigen – anders als bei solchen, die in häuslicher Gemeinschaft zusammenleben – nicht auf einen Forde- rungsübergang verzichtet hat. Denn nur, wenn einem Geschädigten durch Rückgriff auf den Schädiger Nachteile entstehen können, besteht Anlass, einen Schädiger zu Lasten der Allgemeinheit zu verschonen und Schadensersatzansprüche des Geschädigten nicht auf den staatlichen Leistungsträger übergehen zu lassen.⁷

Erhaltung des Familienfriedens

Auch die Erhaltung des Familienfriedens als Sinn und Zweck des § 116 Abs. 6 SGB X⁸ wird vom Bundesverfassungsgericht zu Recht herangezogen, den Übergang des Anspruchs nur bei Familienangehörigen auszuschließen, die in häuslicher Gemein- schaft leben. Zur Begründung wird ausge- führt, dass die mit einem Übergang der Schadensersatzforderung des Geschädig-

ten auf den Sozialleistungsträger verbun- dene Gefahr einer Störung des häuslichen Friedens zwischen dem schädigenden und geschädigten Familienangehörigen mit negativen Auswirkungen auf den Geschä- digten deutlich größer sei als in Fällen, in denen die beiden Parteien getrennt vonei- nander wohnten. Dies trage zur Rechtfertigung bei, den Übergang des Anspruchs im Interesse des Geschädigten nur bei Fa- milienangehörigen auszuschließen, die in häuslicher Gemeinschaft leben.⁹ Es ist einleuchtend, wenn das Bundesverfassungs- gericht in diesem Zusammenhang feststellt, dass schon allein das Schadensereignis ein Konfliktpotenzial zwischen Schädiger und Geschädigtem entstehen lasse, das ihr Ver- hältnis zueinander schwer belasten könne. Und leben die beiden zudem in häuslicher Gemeinschaft und entstehen Streitigkeiten über die Verantwortlichkeit der Schadens- zufügung, wird hiervon insbesondere der Geschädigte in weit stärkerem Maße in Mit- leidenschaft gezogen als bei einer räumli- chen Distanz zwischen ihm und dem Schä- diger.

Gemeinschaft zwischen Kind und Elternteil

Die für den Ausschluss des Anspruchs- übergangs nach § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X maßgebliche Voraussetzung, dass der schädigende mit dem geschädigten Fa- milienangehörigen in häuslicher Gemein- schaft lebt, ist allerdings bei Kindern und von ihnen getrennt lebenden Elternteilen im Lichte des Schutzes der auch zwischen ihnen bestehenden Familie nach Art. 6 Abs. 1 GG sowie des Elternrechts des ge- trennt lebenden Elternteils aus Art. 6 Abs. 2 GG auszulegen. Von einer häuslichen Gemeinschaft zwischen einem Kind und seinem von ihm getrennt lebenden Eltern- teil ist demnach dann auszugehen, wenn der Elternteil seiner Verantwortung für das Kind in dem ihm rechtlich möglichen Maße tatsächlich nachkommt und regel- mäßig längeren Umgang pflegt, sodass das Kind zeitweise auch in seinen Haus- halt integriert ist und bei ihm ein Zuhau- se hat.¹⁰ Die sich anschließende Aussage des Bundesverfassungsgerichts ist über-



Quelle: Fotolia / cabosgardel

zeugend: Bei dieser Art familiären Zusam- menlebens von Elternteil und Kind entste- he auch eine häusliche Gemeinschaft im Sinne des § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X. Diese häusliche Gemeinschaft ist nach Auffas- sung der Karlsruher Richter nicht min- der schützenswert als diejenige, bei der Elternteil und Kind täglich zusammenle- ben. Das Bundesverfassungsgericht will dieser häuslichen Gemeinschaft in glei- cher Weise den Schutz aus Art. 6 Abs. 1 GG zusprechen.

In Anlehnung an seine früheren Entschei- dungen¹¹ betont das Bundesverfassungs- gericht, dass einer solchermaßen gelebten familiären Beziehung zwischen Kind und Elternteil nicht allein aufgrund der Tat- sache, dass beide nicht ständig zusam- menleben, ein Leben in häuslicher Ge-



„Von einer häuslichen Gemeinschaft zwischen einem Kind und seinem von ihm getrennt lebenden Elternteil ist dann auszugehen, wenn der Elternteil seiner Verantwortung für das Kind in dem ihm rechtlich möglichen Maße tatsächlich nachkommt und regelmäßig längeren Umgang pflegt, sodass das Kind zeitweise auch in seinen Haushalt integriert ist und bei ihm ein Zuhause hat.“

sei im Hinblick auf den mit § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X verfolgten Schutzzweck mit einer häuslichen Gemeinschaft gleichzusetzen, in der ein Elternteil mit seinem Kind tagtäglich zusammenlebe.¹²

Blick auf Rechtsprechung und Schrifttum

Diese verfassungskonforme Auslegung des Lebens in häuslicher Gemeinschaft als Voraussetzung für den Ausschluss des Anspruchsübergangs in § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X fügt sich im Übrigen auch in den Gehalt ein, den Rechtsprechung und Schrifttum der Tatbestandsvoraussetzung „Leben in häuslicher Gemeinschaft“ im Kontext von gesetzlichen Regressausschlüssen gegeben haben. So hat der Bundesgerichtshof mehrfach entschieden, dass eine häusliche Gemeinschaft nicht an einen überwiegenden Aufenthalt der Familienangehörigen in der Familienwohnung geknüpft ist, sofern die Abwesenheit eines Angehörigen Gründe hat, die nicht für eine Lockerung des Familienbandes sprechen.¹³

Auch das Schrifttum geht davon aus, dass eine häusliche Gemeinschaft dann vorliegt, wenn ein gemeinsamer Haushalt besteht beziehungsweise ein Familienangehöriger vom Haushalt eines anderen finanziell abhängig ist.¹⁴ Dabei wird angenommen, dass eine solche häusliche Gemeinschaft auch bei länger andauerndem Getrenntleben nur beendet wird, wenn zur Trennung die Willensbekundung hinzukommt, die Gemeinschaft nicht mehr fortsetzen zu wollen.¹⁵

meinschaft abgesprochen werden kann. Dies gelte nicht nur für den Fall, dass sich das Kind im Wechsel gleich lange Zeit bei jedem Elternteil aufhält, sondern auch dann, wenn das Kind in regelmäßigen Abständen einige Tage bei einem Elternteil verbringt und während dieser Zeit bei ihm übernachtet, dort zumindest einen festen Schlafplatz hat, von ihm verköstigt wird und insofern bei ihm ein zweites Zuhause hat. Liegen diese Voraussetzungen vor – so das Bundesverfassungsgericht – sei von einer häuslichen Gemeinschaft zwischen dem Elternteil und dem Kind auszugehen, die von ausgeübter Verantwortung für das Kind und einem zumindest zeitweisen Zusammenleben und Haushalten mit dem Kind getragen sei. Ein solches Leben in häuslicher Gemeinschaft unter dem Vorzeichen getrennt lebender Eltern

Fazit

Wenn ein Elternteil, der zwar nicht dauernd mit seinem Kind zusammenlebt, aber regelmäßig mit seinem Kind auch in seinem eigenen Haushalt zusammenfindet, im Rahmen des ihm Möglichen tatsächlich Verantwortung trägt und damit zum Ausdruck bringt, eine familiäre Gemeinschaft mit dem Kind pflegen und aufrechterhalten zu wollen, erfüllt er die von Rechtsprechung und Literatur für die Annahme eines Lebens in häuslicher Gemeinschaft genannten Voraussetzungen. Die Haftungsprivilegierung des § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X ist in diesem Fall anzuwenden. ●

Autor



Foto: Privat

Dirk Dahm

Leiter der Abteilung Recht der Bezirksdirektion Bochum, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
E-Mail: dirk.dahm@bgrci.de

Neuordnung der Unfallversicherung

Neuorganisation der gewerblichen und öffentlichen Unfallversicherung

Aus 35 mach 9 – dies ist die Kurzform für die Entwicklung der Trägerstruktur der gewerblichen Unfallversicherung zwischen dem 31. Dezember 2004 und dem 1. Januar 2011. Anlass für einen zusammenfassenden Rückblick auf diesen Prozess. Da das Gesetz auch für die öffentliche Unfallversicherung Zielvorstellungen im Hinblick auf eine zukünftige Trägerlandschaft enthält, werden die Entwicklungen in diesem Bereich ebenfalls kurz beleuchtet.

Am 1. Januar 2011 trat um 0:00 Uhr das ein, was das Ehrenamt des ehemaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) mit seinem Beschluss zur „Strukturellen Neuordnung“ gute vier Jahre zuvor in die Wege geleitet hat. Seit Jahresbeginn gibt es nur noch neun gewerbliche Berufsgenossenschaften. Zur Erinnerung: Am 31. Dezember 2004 betrug deren Zahl noch 35.

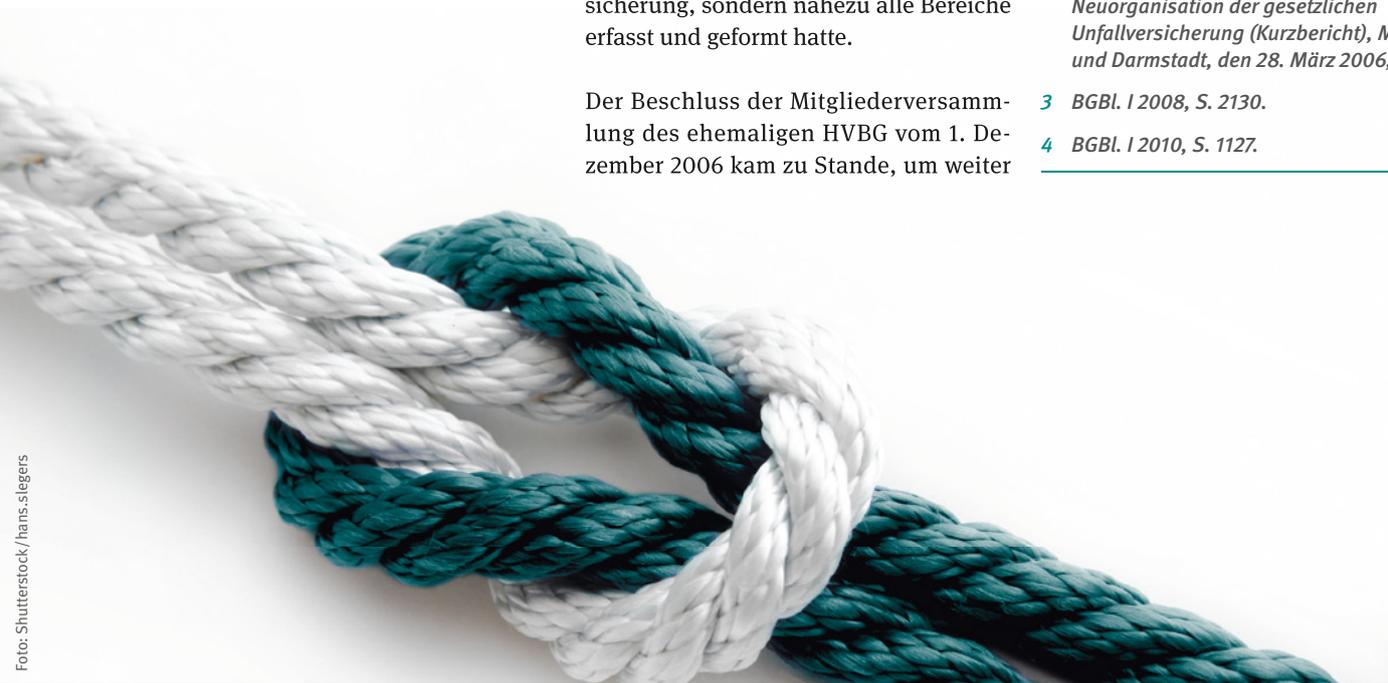
Von verschiedenen Seiten, auch im politischen Bereich, war die bestehende Trägerstruktur der gewerblichen Unfallversicherung zu Beginn des 21. Jahrhunderts wiederholt als veränderungsbedürftig bezeichnet worden. Da die Träger als Bestandteil der mittelbaren Staatsverwaltung zwar selbstverwaltet agieren, aber gleichwohl den politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen unterworfen sind, konnte die sich verstärkende Erwartungshaltung in Richtung auf Trägerfusionen nicht folgenlos bleiben. Zumal die Konzentrationstendenzen in der Sozialversicherung nicht allein die Unfallversicherung, sondern nahezu alle Bereiche erfasst und geformt hatte.

Der Beschluss der Mitgliederversammlung des ehemaligen HVBG vom 1. Dezember 2006 kam zu Stande, um weiter

gehenden Forderungen nach dem Fortbestand lediglich einer Handvoll oder sogar nur eines einzigen Unfallversicherungsträgers entgegenzuwirken. So hielt eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Ende Juni 2006 eine Zahl von höchstens sechs gewerblichen Berufsgenossenschaften für ausreichend.¹ Drei Monate zuvor hatte ein Gutachten der Professoren Steinmeyer und Rürup einen einzigen bundesunmittelbaren Zentralträger für die gesamte gesetzliche Unfallversicherung mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Unfallversicherung präferiert.² Mit dem eigenen Konzept der strukturellen Neuordnung wurde ein Kontrapunkt gesetzt, der den unschätzbaren Vorteil aufwies, von den Betroffenen selbst entwickelt worden zu sein und freiwillige Trägervereinigungen vorzusehen.

*

- ¹ *Beschluss der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29. Juni 2006, Eckpunkte zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, S. 3f.*
- ² *Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer/ Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup, Gutachten zur Neuorganisation der gesetzlichen Unfallversicherung (Kurzbericht), Münster und Darmstadt, den 28. März 2006, S. 3f.*
- ³ *BGBI. I 2008, S. 2130.*
- ⁴ *BGBI. I 2010, S. 1127.*



In der Hand der Träger

Der Gesetzgeber hat die vom damaligen Hauptverband (beziehungsweise von der 2007 entstandenen Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV) beschriebene Untergrenze von neun gewerblichen Berufsgenossenschaften in das Unfallmodernisierungsgesetz vom 30. Oktober 2008³ übernommen und die Umsetzung in die Hand der Träger gelegt. Dabei galt es, unterschiedliche Strukturen und Philosophien zusammenzuführen. Altbekanntes und Geschätztes geriet plötzlich ins Wanken, die Welt der gewerblichen Berufsgenossenschaften erlebte die einschneidendste Veränderung ihrer Trägerstrukturen seit Bismarcks Zeiten.

Bei alledem zeigte sich ein vermeintliches Paradox. Die Fusionen von Berufsgenossenschaften mit weniger homogenen Mitgliederstämmen gestalteten sich oftmals reibungsloser als der Zusammenschluss branchennaher Träger. Eine Erklärung hierfür ist so einfach wie verblüffend. Je größer die Schnittmengen, desto größer war die Notwendigkeit, unterschiedliche Arbeitsweisen, insbesondere im Hinblick auf Präventionsansätze, zu harmonisieren. Waren die Schnittmengen geringer, hatten es die Fusionspartner leichter, die Eigenheiten des jeweils anderen Trägers mit den insoweit nicht stark ausgeprägten eigenen Strukturen zu verbinden.

Umgekehrt erwies sich der Vorlauf verschiedener Fusionen branchenverwandter oder gar -identischer Berufsgenossenschaften in einigen Fällen deutlich unrunder als oberflächlich betrachtet zu erwarten gewesen wäre.

Letztlich wurde aber doch die Zahl von neun Trägern erreicht. Ein nicht unerheblicher Anteil hieran kommt dem Gesetzgeber zu. Denn im Dritten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 5. August 2010⁴ hatte dieser die Konsequenz aus der Tatsache gezogen, dass die in § 222 Abs. 1 SGB VII geforderte Reduzierung der Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf neun bis 31. Dezember 2009 nicht (fristgerecht) erfolgt war. Der neu eingefügte § 225 SGB VII enthielt aus diesem Grund eine Verpflichtung für

verschiedene Träger, näher bestimmte Fusionen spätestens zum 1. Januar 2011 umzusetzen. Für den Fall, dass die erforderlichen Genehmigungsunterlagen dem BVA nicht bis zum 1. Oktober 2010 vorgelegt würden, sollten die Vereinigungen zum 1. Januar 2011 durch die Aufsichtsbehörde, das Bundesversicherungsamt, durchgeführt werden.

Zu „Zwangsfusionen“ ist es aber nicht gekommen. Damit ist den betroffenen Selbstverwaltungen Spielraum für die Ausgestaltung der Trägervereinigungen verblieben. Man wird aber eingestehen müssen, dass dieser Spielraum in der letzten Fusionsphase immer geringer geworden ist.

Während die Trägerstruktur der gewerblichen Berufsgenossenschaften nunmehr den rechtlichen Vorgaben entspricht, gibt es im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand noch eine Reihe offener Fragen.

Hier war allerdings auch die Ausgangslage eine andere. Statt starrer Vorgaben hatte der Gesetzgeber den Versicherungsträgern „lediglich“ aufgegeben, Konzepte zur Neuorganisation vorzulegen. Diese sollten „eine umfassende Prüfung der Möglichkeiten“ zur Reduzierung der Trägerzahl enthalten. Als Zielzahlen nennt das Gesetz einen landesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand pro Bundesland (§ 223 SGB VII) sowie einen einzigen bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (§ 224 SGB VII).

Aktuell gibt es noch 27 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Neben den drei bundesunmittelbaren Unfallkassen sind dies die 15 Unfallkassen im Landesbereich, fünf kommunale Unfallversicherungsträger sowie vier Feuerwehr-Unfallkassen. Neben dem Bund selbst – mit drei Trägern – weisen insbesondere die Länder Bayern – mit insgesamt noch drei – und Niedersachsen – mit zusammen fünf öffentlichen Trägern – abweichende Strukturen von der – rechtlich die Länder nicht bindenden – Zielvorstellung des Bundesgesetzgebers auf; auch Brandenburg verfügt derzeit noch über zwei eigene Unfallversicherungsträger. Daneben sind fünf der Bundesländer mit

Unfallkassen im Landesbereich an jeweils einer der zwei länderübergreifenden Feuerwehr-Unfallkassen beteiligt. Von diesen Ländern haben wiederum Hamburg und Schleswig-Holstein 2008 eine gemeinsame Unfallkasse gebildet.

Da die letzten Trägervereinigungen im Bereich der öffentlichen Hand zum Jahresbeginn 2008 – und damit vor Inkrafttreten der §§ 223, 224 SGB VII – stattgefunden haben, hat die gesetzliche Zielvorstellung bislang oberflächlich betrachtet keine Folgen nach sich gezogen. Doch scheint diese Betrachtungsweise zu kurz gegriffen. So finden sowohl bei den bundes- wie den landesunmittelbaren Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand Gespräche über weitere Zusammenschlüsse statt.

Möglicherweise wirkt das Erreichen der Fusionsvorgaben für die gewerblichen Berufsgenossenschaften als Katalysator für entsprechende Pläne im öffentlichen Bereich. Bei den bundesunmittelbaren Trägern der öffentlichen Hand sind derartige Gespräche in ein neues Stadium eingetreten. Die DGUV hat dabei auf Wunsch der betroffenen Träger und Bundesministerien eine moderierende Rolle übernommen. Natürlich gibt es auch hierbei eine Fülle von Besonderheiten zu beachten und Schwierigkeiten zu überwinden. Aber vor dieser Ausgangslage standen und stehen letztlich alle Trägerfusionen. ●

Autor



Foto: Privat

Michael Quabach

Leiter des Referats „Zuständigkeit/ Organisation der Abteilung“, Versicherung und Leistung, DGUV
E-Mail: michael.quabach@dguv.de



Neuregelungen im D-Arzt-Verfahren

Durchgangsarztverfahren neu definiert

Die Konzepte zur Neuausrichtung der ambulanten und stationären Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung beinhalten wesentliche Änderungen im Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren). Die neuen Anforderungen und Vorgaben hierzu werden seit dem 1. Januar 2011 umgesetzt.

Die Neufassung des Vertrags zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern (Ärztevertrag) konnte ebenso wie die neuen Anforderungen an die Ärzte zur Beteiligung am D-Arzt-Verfahren im Laufe des Jahres 2010 von den Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sowie vom Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung verabschiedet werden. Die Vertragsverhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) konnten zeitgleich zum Abschluss gebracht werden, sodass die umfassenden Neuregelungen im Durchgangsarztverfahren zum Jahresbeginn 2011 in Kraft getreten sind. Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen dargestellt.

Differenzierung des D-Arzt-Verfahrens

Mit der Muster-Weiterbildungsordnung 2003 wurden die Fachgebiete der Orthopädie und Unfallchirurgie im Bereich der ärztlichen Weiterbildung zusammengeführt und ein gemeinsamer Facharzt geschaffen. Dies wird mittel- und langfristig dazu führen, dass sich die Anzahl, die Ausbildung und damit das Qualifikationsprofil der für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter zur Verfügung stehenden Ärzte ändern werden.

Die gesetzliche Unfallversicherung reagiert hierauf mit einer Differenzierung des Beteiligungsverfahrens für Durchgangsarzte. Seit dem Jahr 2005 wurde von jedem Durchgangsarzt der Nachweis der dreijährigen Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ verlangt. Im Hinblick auf den Aufwand und die Inhalte der Weiterbildung erschien diese undifferenzierte Betrachtungsweise nicht länger geboten.

Deshalb wird die Zulassung künftig differenziert nach dem Schwerpunkt der Tätigkeit, dem Standort des Durchgangsarztes und der jeweils vorhandenen Qualifikation geregelt. Als Basisqualifikation für jeden Durchgangsarzt gilt dabei die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und

Unfallchirurgie. Zum Erwerb besonderer unfallchirurgischer Kompetenzen muss der Arzt nach Erwerb der Facharztbezeichnung ein Jahr in der Abteilung zur Versorgung schwer Unfallverletzter in einem zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassenen Krankenhaus tätig gewesen sein.

Aufbauend auf dieser fachlichen Qualifikation müssen Ärzte, die im Schwerpunkt operativ tätig sind, weiterhin die dreijährige Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ nachweisen. Hierbei handelt es sich um Durchgangsarzte am Krankenhaus, aber auch um niedergelassene D-Ärzte, die umfassend am ambulanten stationärsersetzenden Operieren teilnehmen wollen. Durchgangsarzte an einem zum VAV zugelassenen Krankenhaus müssen schließlich wie bisher zusätzlich zur Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ über die Weiterbildungsbefugnis verfügen und eine dreijährige Tätigkeit an einem VAV-Haus nachweisen.

Auslaufen des H-Arzt-Verfahrens

Aufgrund der neuen Basisqualifikation im D-Arzt-Verfahren, für die im Grundsatz der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend ist, entfällt die Notwendigkeit eines zweiten Beteiligungsverfahrens

im niedergelassenen Bereich in Form des heutigen H-Arzt-Verfahrens („H“ steht für „an der besonderen Heilbehandlung beteiligt“). Ab 1. Januar 2011 werden deshalb keine neuen H-Ärzte mehr von den Landesverbänden der DGUV zugelassen. Die heute beteiligten H-Ärzte können innerhalb einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach den bislang geltenden Regelungen weiterhin für die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand tätig sein und ihre Leistungen entsprechend abrechnen. Danach besteht für die H-Ärzte die Möglichkeit der Überleitung ins D-Arzt-Verfahren, wenn die im Folgenden dargestellten neuen Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Das H-Arzt-Verfahren wird also innerhalb der nächsten fünf Jahre aus-

laufen und in ein qualitativ neu ausgerichtetes Durchgangsarztverfahren münden.

Qualitätssicherung im D-Arzt-Verfahren

Die Qualitätssicherung im Durchgangsarztverfahren wird künftig auf mehreren Säulen beruhen. Neu dabei ist, dass die Qualität der durchgangsarztlichen Versorgung regelmäßig und kontinuierlich überprüft wird. Zu Beginn der Beteiligung müssen wie bisher die fachliche Qualifikation des Arztes sowie die geforderte Praxisausstattung und das Vorhandensein eines entsprechenden Assistenzpersonals nachgewiesen werden. Gleiches gilt grundsätzlich für die heute schon geforderte Absolvierung eines Einführungslehrganges in die durchgangsarztliche Tätigkeit.

Weitere Qualitätsanforderungen werden erstmals nach fünf Jahren und dann jeweils in diesem Rhythmus wiederkehrend überprüft. Hierzu gehören insbesondere erweiterte Fortbildungspflichten, die dem besonderen Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung Rechnung tragen und insbesondere die Rehabilitation stärker in das Blickfeld der Durchgangsarzte rücken sollen. Neben den in der Vergangenheit bereits geforderten Fortbildungen im Bereich der Unfallchirurgie müssen innerhalb des genannten 5-Jahres-Zeitraums künftig auch Fortbildungen in den Bereichen Begutachtungswesen, Rehabilitation sowie im Bereich der Kindertraumatologie absolviert und den Landesverbänden der DGUV nachgewiesen werden.

Darüber hinaus sollen die traditionell sehr hohen Anforderungen an die Strukturqualität bei den Durchgangsarzten mittelfristig durch Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität ergänzt werden. Die Ergebnisse der durchgangsarztlichen Tätigkeit und die Behandlungsabläufe sollen nach Möglichkeit in einem einheitlichen Bewertungssystem abgebildet werden. Geplant ist dabei, zum einen die Qualität der Durchgangsarztberichte zu prüfen, andererseits aber auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit der Unfallverletzten zu messen. Ein entsprechendes Konzept wird in einem wissenschaftlichen Projekt ab dem Jahr 2011 entwickelt. Ziel des Konzeptes ist es, die D-Ärzte über die Ergebnisse der Prüfungen und Befragungen zu informieren und somit positiv auf das Qualitätsmanagement in den Praxen einzuwirken.

Zu einer weiteren Qualitätssteigerung im D-Arzt-Verfahren soll schließlich auch die Erhöhung der heute geltenden Mindestfallzahl von 150 auf 250 Fälle pro Jahr führen. Die Mindestfallzahl bezieht sich dabei auf die erstversorgten Fälle an einem D-Arzt-Standort. Sie gilt dann als erreicht, wenn sie in dem für die Qualitätssicherung künftig maßgeblichen 5-Jahres-Zeitraum im Durchschnitt oder in den letzten drei Jahren dieses Zeitraums jeweils erfüllt wurde. ▶



Die Qualität der durchgangsarztlichen Versorgung wird künftig kontinuierlich und perspektivisch auch unter dem Aspekt der Patientenzufriedenheit überprüft.

„Die gesetzliche Unfallversicherung reagiert mit den Neuregelungen im D-Arzt-Verfahren auf eine veränderte Versorgungslandschaft. Sie verwirklicht ihre Ansprüche an eine wirksame und regelhafte Sicherung der Qualität.“

Der Sicherstellungsauftrag der Unfallversicherungsträger zur bedarfs- und flächendeckenden Versorgung von Arbeitsunfallverletzten wird dabei nicht infrage gestellt. Bei drohender Unterversorgung oder „weißen Flecken“ auf der Landkarte sind regional Ausnahmezulassungen auch bei nicht erreichter Mindestfallzahl vorgesehen. Dabei wird sowohl auf die Versorgungsdichte in den einzelnen Regionen als auch auf die Erreichbarkeit von Durchgangärzten abgestellt. So darf in den Landkreisen und kreisfreien Städten eine Versorgungsquote von einem D-Arzt je 30.000 Versicherten nicht unterschritten werden. Zudem muss von jedem Ort in Deutschland aus innerhalb von 30 Minuten ein D-Arzt erreichbar sein.

Veränderungen im vertragsärztlichen Bereich

In den vergangenen Jahren ist im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit eine weit reichende Flexibilisierung festzustellen. Insbesondere als Folge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes aus dem Jahr 2005 haben sich die Möglichkeiten für eine Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder auch an mehreren Praxisstandorten deutlich erweitert. Hinzu tritt eine Ausweitung des ambulanten Operierens, die gerade für den Bereich der orthopädischen und unfallchirurgischen Versorgung Auswirkungen zeigt. Vor dem Hintergrund dieser Flexibilisierungstendenzen, die für viele Ärzte auch eine wirtschaftliche Notwendigkeit darstellen, hat die DGUV in Abstimmung mit ihren ärztlichen Partnern Lösungen gefunden, die einerseits die besonderen Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung an die persönliche Leistungserbringung des Durchgangsarztes und seine unfallärztliche Bereitschaft wahren, andererseits den Ärzten die Möglichkeit bietet, in gewissem Umfang auch außerhalb ihrer Praxen tätig zu sein. Sichergestellt wird dies durch die Möglichkeit zur ständigen und vorübergehenden Vertretung unter Wahrung der Versorgungsqualität. So kann ein D-Arzt beispielsweise innerhalb der unfallärztlichen Bereitschaftszeit an zwei halben Tagen in der Woche in einem ambulan-

ten OP-Zentrum tätig sein, wenn er sich – auch außerhalb der Praxis – in dieser Zeit durchgangsärztlich vertreten lässt.

Fazit und Ausblick

Mit dem Inkrafttreten des neu gefassten Ärztevertrags und den neuen Anforderungen an die Beteiligung von Durchgangärzten zum 1. Januar 2011 hat die gesetzliche Unfallversicherung unter Beweis gestellt, dass sie neue Herausforderungen annimmt und in sachgerechter Form auf die Veränderungen der medizinischen Versorgungslandschaft reagiert. Mit den nunmehr beschlossenen Vorgaben zur Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens wird der zunehmenden Forderung nach einer wirksamen und kontinuierlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Rechnung getragen. Bei der Entwicklung und Verabschiedung der Konzepte hat sich die traditionell enge und vertrauensvolle Kooperation mit den ärztlichen Partnern und ihren Interessenverbänden einmal mehr bewährt. Die erreichten Ergebnisse im Durchgangsarztverfahren sind für die Unfallversicherungsträger Ansporn, die ebenfalls aktuell diskutierten Konzepte zur qualitätsorientierten Neuordnung der stationären Heilverfahren weiter auszuarbeiten und umzusetzen. ●

Autor



Foto: Privat

Markus Oberscheven

Leiter des Referats
Heilbehandlung/Medizinische
Rehabilitation, DGUV
E-Mail: markus.obersheven@dguv.de

the **NATURAL**®



TIGUA ESD | SI

SICHERHEIT

GESUNDHEIT

the **NATURAL**®



MOHAVE | SI

KOMFORT

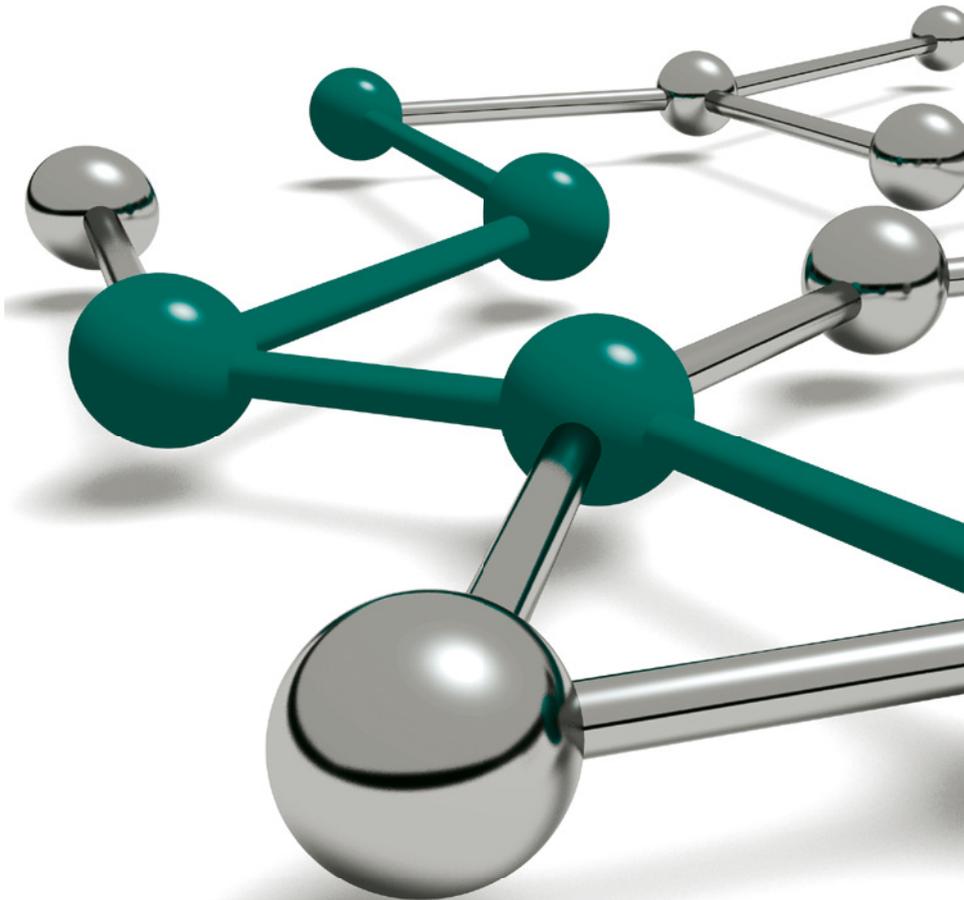
FOOTWEAR **BEYOND** SAFETY

Moderne Facharbeiter wollen mehr als nur Sicherheit an Ihren Füßen. Sie wollen einen Schuh, der gut aussieht, bequem ist und die Füße bei der Arbeit fit hält. Vor allem Letzteres wissen auch die Arbeitgeber zu schätzen. Deshalb steht bei Bata Industrials das Erlebnis des Benutzers im Mittelpunkt. Seine Wünsche und Bedürfnisse bestimmen unsere täglichen Bemühungen im Bereich Forschung, Entwicklung und Design und spornen uns zu Leistungen an, die die geltenden Normen bei Weitem überschreiten. Weiter in Bezug auf die Schutzeigenschaften. Weiter in Bezug auf den Halt. Und weiter in Hinblick auf Paßform und Tragekomfort. Man merkt kaum noch, dass man Sicherheitsschuhe trägt. So steht jeder Schuh von Bata Industrials für „Footwear beyond Safety“, ein Versprechen, das bis ins kleinste Detail eingehalten wird.



Bata Industrials®

Informationen und Wissen sind Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Aufgabenerledigung. Die Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) hat ein Konzept entwickelt, das jedem Mitarbeiter die für ihn relevanten Informationen sekundenschnell verfügbar machen soll: komprimiert, strukturiert und von hoher Qualität.



Beispiel guter Praxis

Kompetenzbildung durch Informations- und Wissensmanagement

In einer Wissensgesellschaft erlangt die informationsgestützte Kompetenz eine immer größere Bedeutung. Sie wirkt sich auf die Qualität der Dienstleistungen und den Ressourceneinsatz aus. Wissen wird so bedeutsam, dass es zunehmend als dominanter Produktiv- wie Erfolgsfaktor angesehen wird.¹ Allerdings sehen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zunehmend einer Überflutung mit Informationen aus vielen unterschiedlichen Quellen ausgesetzt. Die Suche nach der passenden Information benötigt Zeit – ohne Gewähr eines aktuellen und gültigen Stands. Die elektronische Kommunikation und die damit verbundenen Belastungen können gesundheitliche Auswirkungen haben, die zunehmend diskutiert werden.

Wie kann dem entgegengesteuert und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zu einem wesentlichen Teil über das bereitstehende Wissen bestimmt wird, gestärkt werden? Hier greift das Konzept INWI der BGHW. Die Informations- und Wissensplattform im Intranet gewährleistet eine Entlastung der Anwender/innen von der Informationsverwaltung, die Einbeziehung ihrer praxisbezogenen und bewährten Kenntnisse und einen schnellen, webbasierten Zugriff auf aktuelle Bearbeitungsinformationen.²

Die Problemfelder in der Verwaltungspraxis

Die Probleme in dem zu betrachtenden Themenbereich sind vielfältig. Im Vordergrund stehen die stetige Vermehrung der

übermittelten Informationen, die elektronisch schnell an viele Adressaten übermittelt werden können, und das Anwachsen der Datenbestände bei Vernachlässigung des Abbaus nicht mehr aktueller Informationen.

Werden Informationen nicht in einem Gesamtsystem verwaltet, verteilen sie sich auf „Informationsinseln“. Das sind zum Beispiel die Netzlaufwerke, die zentralen und persönlichen Papierarchive, die Kommentarwerke, Datenbanken und Webmedien. Dies erschwert den schnellen Zugriff auf qualitativ hochwertige und gesicherte Informationen. Oft liegen Informationen in Office-Dokumenten mit kryptischen Dateinamen in Netzlaufwerken. Erschließt sich der Inhalt dann nicht unmittelbar,

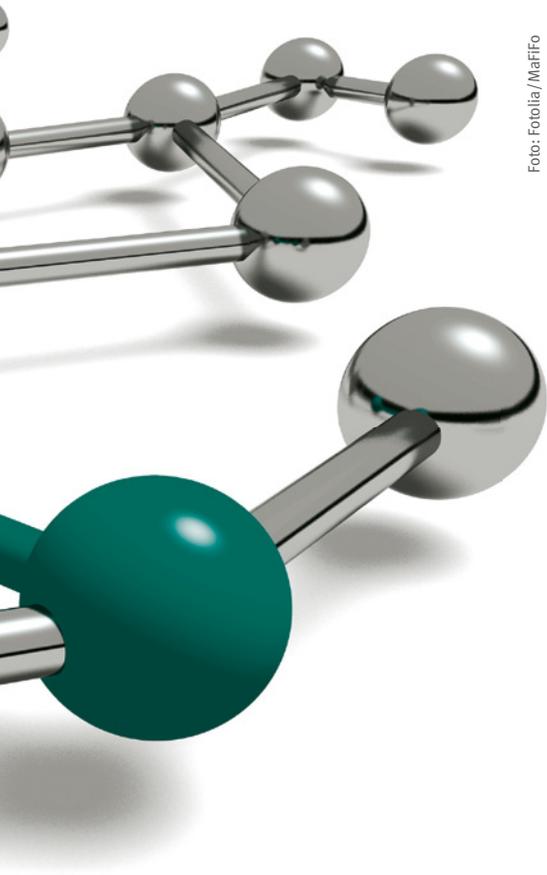


Foto: Fotolia/Matifo

ten Information ist dabei keineswegs gesichert und kann mit anderen Quellen in Konkurrenz stehen. Die Suche und der Entscheidungsprozess, welche Information die „richtige“ ist, erfordert Zeit, die für andere Aufgaben nicht mehr zur Verfügung steht. Selbst die Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten begründet keinen garantierten Standard und ist abhängig von der persönlichen Bereitschaft der Wissensträger, Fach- und Erfahrungswissen mit anderen zu teilen. Auch muss eine Problemstellung erst erkannt sein, um zielgenau recherchieren zu können.

Die einfache Erzeugung und Übertragung von Informationen kann dazu führen, dass Dokumente unübersichtlich, unstrukturiert, zu umfangreich und mit einzeln zu öffnenden Anhängen versehen sind und dann – wer hätte es nicht schon selbst erlebt – an (zu) viele Adressaten per E-Mail versandt werden. Diese fragen sich gelegentlich, welche Bedeutung die Mitteilung für sie haben soll. Es bleibt den Adressaten überlassen, die ankommenden Informationen so zu verwalten, dass im Bedarfsfall schnell und reversionssicher auf sie zugegriffen werden kann – bei ohnehin zunehmender Arbeitsverdichtung.

Die Geschwindigkeit im Informationszeitalter belastet, und dies bei einer demografischen Entwicklung mit alternder Arbeitsbevölkerung. Es verwundert vor diesem Hintergrund nicht, dass zunehmend gesundheitliche Probleme durch die Dauerkommunikation und den Umgang mit ständig zugehenden Informationen diskutiert werden.³

Das Konzept INWI

Die BGHW ist zum 1. Januar 2008 aus der Fusion der BG für den Einzelhandel und der Großhandels- und Lagerei-BG hervorgegangen. Sie hat bundesweit an zehn Standorten rund 1.800 Beschäftigte. Zeitnah zum Fusionszeitpunkt wurde die Entscheidung getroffen, das vorhandene Intranet zur zentralen Informations- und Wissensplattform für die Beschäftigten der BGHW auszubauen, zunächst im Schwerpunktbereich Rehabilitation und Entschädigung. Mit der Fusion war es geboten, die Unfall- und Berufskrankheitensachbearbeitung sowie die Re-

habilitations-Beratung zeitnah auf eine gemeinsame Informationsgrundlage zu stellen.

Im Konzept INWI wurden folgende Ziele gesetzt:

- Entlastung der Beschäftigten bei der Informationsverwaltung und -suche
- Praxisnähe durch Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Kompetenzbildung durch gesicherte Information, Einbindung in die weiteren kompetenzbildenden Maßnahmen (Weiterbildung, Dienstbesprechungen)
- Reduzierung von redundanter Informationshaltung
- Steigerung der Personalisierung von Information
- Steigerung der Geschwindigkeit und Vereinfachung bei der Recherche
- Ablösung von heterogenen Informationsinseln
- Revisionssichere, ständig anzupassende Wissensbasis in einer lernenden Organisation
- Gemeinsame Informationsgrundlage in der fusionierten BGHW. ▶



- 1 Wilke, H.: *Einführung in das systemische Wissensmanagement*, 2. Auflage, Heidelberg 2007, S. 21/Doecke, T.: *Debriefing und Wissensmanagement*. In: Froese, E. (Hrsg.): *Reha-Management*, 1. Auflage, Stuttgart 2009, S. 93/Lehner, F.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, München, Wien 2009, S. 8 ff.
- 2 *Ausgezeichnet mit dem Hauptpreis 2010 der IVSS – Sektion Europa – für gute Praxis: www.issa.int/ger/Observatory/Good-Practices/Information-and-Knowledge-Platform-of-the-BGHW-BGHW-INWI*. Zum Thema vgl. auch Häfele, H.; Abele, E.: *Wissen strukturiert bereitstellen*. In: *Behörden Spiegel* 3/2006, S. 39; Ulschmid, L.: *Wissensmanagement stärker in der Verwaltung nutzen*. In: *Innovative Verwaltung. Fachzeitschrift für erfolgreiches Verwaltungsmanagement*, 2/2006, S. 16.
- 3 *Zu den Problemen aus Bearbeitersicht: Hans, G.: Aspekte des Informationsmanagements am Arbeitsplatz*. In: *Die BG 2002*, S. 523 f. *Zu den gesundheitlichen Auswirkungen: Ehrig, K.: Stressfaktor Informationsflut*. In: *VMBG Mitteilungen (Gem. Mitteilungsblatt der Metall-BGen)*, 5/2009, S. 10/*Sobull, D.: Wenn das Postfach überläuft*. In: *BG Bau aktuell* 1/2010, S. 30/*Daten-Sucht*. In: *Der Spiegel* 33/2008, S. 80.

müssen Dokumente zeitaufwändig geöffnet werden. Sinnvolle Vernetzung findet dabei nicht immer statt. Problematisch sind auch Informationsvermischungen, also die Aufnahme verschiedenartiger Informationen in ein Dokument, das dann in dem jeweils behandelten Sachbereich und damit mehrfach zugeordnet werden muss. Das begünstigt redundante Datenhaltung.

Wer unter einem Schlagwort mit Suchmaschinen wie etwa Google oder Yahoo im World Wide Web nach Informationen sucht, wird mit einer immer höheren Zahl an „Treffern“ konfrontiert. Hier sind kreative Suchstrategien und Sucherfahrungen notwendig, um sich schnell orientieren zu können. Die Qualität der recherchiert-

Informations-, Wissens- und Kompetenzmanagement: Begriffsklärungen

Informationsmanagement

Management bezeichnet eine systematische Steuerung von Ressourcen zur Erreichung bestimmter Ziele im Kontext von Organisationen.⁴ Das Informationsmanagement in der hier zu Grunde gelegten Bedeutung umfasst alle Managementpraktiken, die Informationen als Einzelbausteine des Wissens betreffen. Es bezieht sich auf die einzelne Information, beginnend mit der Entstehung über die Abfassung und Gestaltung, den Transfer und die Verteilung bis hin zur Übermittlung an die Adressaten. Die Empfänger, die am Ende der Informationskette stehen, werden durch die dargestellten Bestandteile des Informationsprozesses in ihren Möglichkeiten der Aufnahme, der Speicherung und Dokumentation stark beeinflusst. Das Informationsmanagement umfasst damit zunächst den Umgang mit Informationen.⁵ Das Erfassen einer Information wird vereinfacht, wenn standardmäßige Vorgaben für die Abfassung und Übermittlung der Einzelinformation eingehalten werden, zum Beispiel: Gliederung bei umfangreicheren Informationen, systematischer Aufbau, Angabe des „Betreff“ und der DOK-Nr., Beschränkung auf die wesentlichen Aussagen und den notwendigen Adressatenkreis, Vermeidung von Informationsvermischungen.

Das Informationsmanagement mit dem dargestellten Begriffsinhalt, sonst oft im Rahmen des Wissensmanagements mit erfasst, ist von wesentlicher Bedeutung und wird daher hier als eigenständiger Bereich geführt.

Wissensmanagement

Wissensmanagement bezieht sich auf die Organisation des in der Verwaltung verfügbaren und benötigten Wissens. Es umfasst das geplante, fortlaufende Management von Aktivitäten und Prozessen, die die Wirksamkeit von Wissen steigern und die Erzeugung und Nutzung von individuellen und kollektiven Wissensressourcen stärken.⁶ Die Informationen werden organisatorisch und inhaltlich zu einer Wissensbasis verknüpft. Man kann hier von einem Wissenskreislauf sprechen (siehe [Abbildung 1](#)).⁷

Kompetenz

Ziel des Kompetenzmanagements ist es, die Potenziale, die jede Verwaltung aufgrund vorhandener Mitarbeiterfähigkeiten und -fertigkeiten hat, effektiv zu nutzen und darauf basierend die für eine nachhaltige Bearbeitungsqualität notwendigen Kompetenzen zu entwickeln. Im Vordergrund steht das Umsetzen des Wissens in Handlungen. Kompetenz wird in vielfältiger Art und Weise aufgebaut, zum Beispiel durch Aus- und Weiterbildung oder Dienstbesprechungen. Hier wird der Aspekt der Bereitstellung der für die Aufgabenerfüllung relevanten Informationen betrachtet. So ist nach Qualifizierungsmaßnahmen sicherzustellen, dass die vermittelten Inhalte dauerhaft und schnell im Bedarfsfall abgerufen werden können. Gleiches gilt für Dienstbesprechungen. Es ist unerlässlich, Informationsquellen aufzubauen, aufgabenorientiert und damit anwenderbezogen zu pflegen und den zeitnahen Zugriff sicherzustellen. Intuitive Navigationsstrukturen (Wissenslandkarten) und logische Verknüpfungen der Inhalte (semantische Netze) bilden die Grundlage hierfür.

Kompetenzmanagement ist daher eng mit dem Wissensmanagement verbunden.⁸ Beide verknüpften Bereiche sind für die Qualität der Dienstleistung von großer Bedeutung. So werden, um ein Beispiel zu beschreiben, bei einer Leistung „Pflege“ die Beratung und Bearbeitung im Einzelfall bestimmt durch die schnelle, standardmäßige Verfügbarkeit von Informationen über Pflegeeinrichtungen, die Einschätzung gesundheitlicher Risiken, die Unterstützung pflegender Angehöriger, Hilfsmittel und so weiter. Nach dem Abschluss eines Benchmarking-Projekts „Pflege“ geht es darum, Empfehlungen auch mit diesem Instrument zielgenau in Handlungen umzusetzen.



Abbildung 1: „Bausteine“ im Wissenskreislauf

Das Werkzeug

Als zentrales Werkzeug stand das Intranet zur Verfügung, das wie die anderen Webmedien der BGHW mit dem Web-Content-Management-System (WCMS) Plone, einem Open-Source-Produkt, realisiert wurde. Plone baut auf dem Open Source Application Server Zope und dem zugehörigen Content-Management-Framework auf, das von Tausenden von Entwicklern weltweit unterstützt wird. Plone gilt als das erfolgreichste Projekt, das auf Zope basiert. Plone verfügt über ein intuitiv erlernbares Redaktionssystem und einen integrierten effizienten Editor, der die HTML-Programmierung für die Autoren unsichtbar im Hintergrund umsetzt.

Strategie und Realisierung

Ziel von INWI ist es, das praxisrelevante Wissen in einer hohen Qualität und schnell verfügbar für die Mitarbeiter vorzuhalten, die tägliche Informationsflut einzudämmen und zu komprimieren.

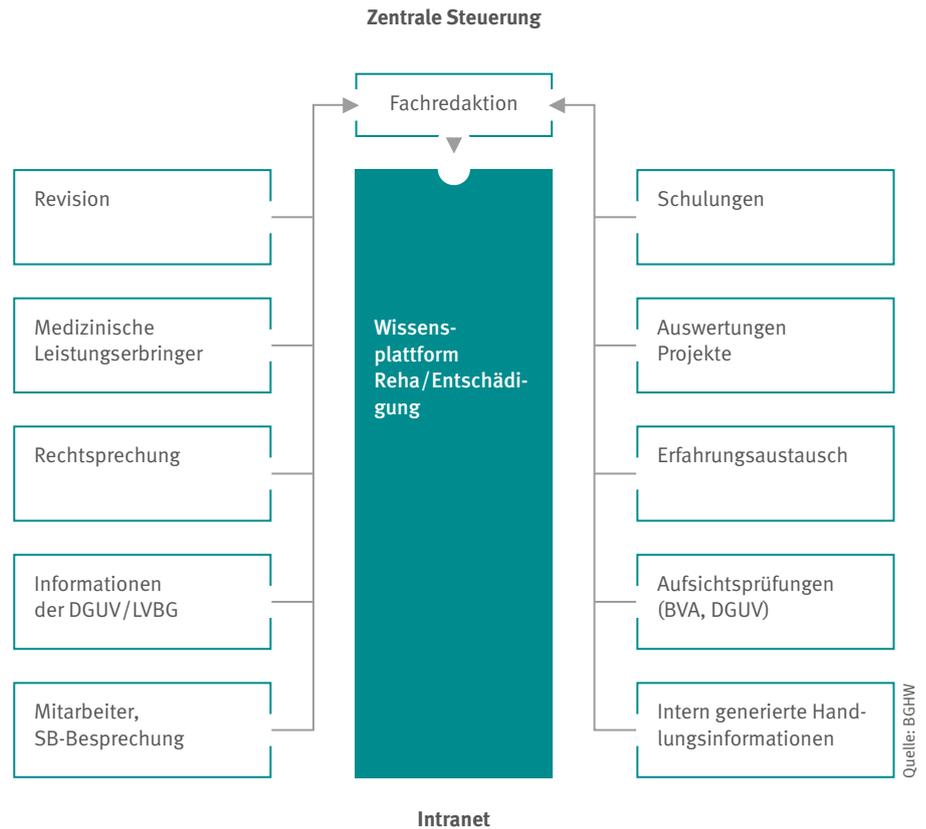


Abbildung 2: Überblick „Informations- und Wissensmanagement“

★

- 4 Wilke, H.: *Einführung in das systemische Wissensmanagement*, 2. Auflage, Heidelberg 2007, S. 17/Vgl. auch Klinkert, M.: *Perspektiven des Reha-Managements*. In: *DGUV Forum* 3/2010, S. 28.
- 5 Hans, G.: *Aspekte des Informationsmanagements am Arbeitsplatz*. In: *Die BG* 2002, S. 521/Vgl. dazu auch Hasler Roumois, U.: *Studienbuch Wissensmanagement*, Zürich 2007, S. 75.
- 6 Kilian, D. et al.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, Wien 2007, S. 16.
- 7 Gerhards, S.; Trauner, B.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, München 2007, S. 31.
- 8 Kilian, D. et al.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, Wien 2007, S. 17; Hasler Roumois, U.: *Studienbuch Wissensmanagement*, Zürich 2007, S. 122.
- 9 So zu Recht Kilian, D. et al.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, Wien 2007, S. 68 f./Doecke, T.: *Debriefing und Wissensmanagement*. In: *Froese, E. (Hrsg.): Reha-Management*, 1. Auflage, Stuttgart 2009, S. 95.

Dabei ist die Überzeugung führend, dass die gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über umfangreiches Wissen und Erfahrung verfügen. Diese wertvolle Ressource galt es nach dem Grundsatz „Aus der Praxis für die Praxis“ zu nutzen und von der Individual- auf die Gruppenebene zu erweitern.

Organisation

Es wurde ein Referat „Information und Wissen“ gebildet. Dieses steuert zunächst mit Schwerpunkt im Leistungsbereich die Informationsabläufe und die Wissensentwicklung. Zur organisatorischen Ausgestaltung:

- Die verschiedenen Informationsquellen (Wissen der Beschäftigten, Rechtsprechung etc.) sind angeschlossen, um einen breiten Informationsfluss zu gewährleisten. Besondere Bedeutung hat die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über die

wichtigen praxisbasierten Wissensressourcen verfügen.⁹

- Der Wissensmanager (Fachredakteur) des Bereichs „Information und Wissen“ filtert die internen und externen Informationsquellen und identifiziert relevante Informationen für die Bearbeiter. Beiträge werden regelmäßig im Fachdezernat und von den Mitarbeitern praxisbezogen erstellt.
- Anschließend stellt der Wissensmanager die neuen Informationen auf der Informationsplattform komprimiert, aufbereitet und aufgabenbezogen zur Verfügung. Damit wird eine validierte Grundlage gewährleistet.
- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungsbereichs erhalten aus der Flut von Informationen nur noch diejenigen, die sie tatsächlich betreffen. Die Gestaltung der Informationen unterliegt dabei Standards, um die Aufnahme der Inhalte zu erleichtern. ▶

Quelle: BGHW

Informationsplattform Reha und Entschädigung - BGHW-INWI

Herzlich willkommen auf Ihrer Informationsplattform. Hier finden Sie alle aktuellen Informationen aus dem Bereich Reha und Entschädigung.

Um Ihnen die Suche nach den neuesten Infos aus dem Bereich Reha und Entschädigung zu erleichtern, haben wir drei Portale für Sie gebildet. Egal welcher Tätigkeit Sie im Geschäftsbereich Reha und Entschädigungsmaßnahmen, mit den folgenden Portalen können Sie gezielt die Informationen aufsuchen, die Sie betreffen!

zu den Rubriken

Infos Sachbearbeitung | Infos Reha-Beratung | Infos Rechenstellen

Um Informationen und Wissen zu bestimmten Themengebieten zu recherchieren, benutzen Sie Ihre

Wissensplattform

INWI-Rechenstellen

| Titel | Beschreibung | Änderungsdatum |
|-------|--------------|----------------|
|-------|--------------|----------------|

Wissensplattform Reha und Entschädigung - BGHW-INWI

Herzlich willkommen auf Ihrer Wissensplattform.

Sie haben beim Lesen in der Wissensplattform festgestellt, dass ein Artikel ergänzt oder geändert werden sollte? Sie sehen eine Möglichkeit, wie die Plattform technisch verbessert werden könnte? Bitte benutzen Sie (ausschließlich) das Formular Änderungswunsch INWI, tragen Sie Ihre Vorschläge ein und senden Sie das Formular an: SK-Konzepte@bghm.de. Das Konzept Ihrer Informations- und Wissensplattform finden Sie hier.

| Wissensplattform | wichtige Links |
|--|--|
| 1. Geschätzte des Leistungsrechts | Infoplattform BGHW-INWI |
| 2. Zuständigkeit | > Arbeitsstätten BGHW < |
| 3. versicherter Personenkreis | Liste - Äztl. BeraterInnen der BGHW |
| 4. Versicherungsfall (inkl. § 3 BKV) | Protokolle str. BGF S.A.L. Sitzungen RfE |
| 5. Heilbehandlung | Bf. Vollerhebungs- / Insolvenzverfahren |
| 6. Verletzungsarten / Ärzte / Gutachter | Sonstige Verfahren (Ableitung etc.) |
| 7. Teilbabe am Arbeitsleben / Gemeinschaft | Gesetze (SGB s. Abkürzungsverz) |
| 8. Verletztengeld / Übergangsgeld / Beihilfe | SGB IV SGB VII SGB IX SGB X SGB XI |
| 9. Versichertereente / Abfindungen | Kommentare juris SGB I SGB IV SGB VII |

Informationssuche und -verwaltung leicht gemacht: Informations- und Wissensplattform stellen arbeitsrelevantes Wissen standardmäßig zur Verfügung.

Informationsmanagement

Auf der Grundlage eines ganzheitlichen Ansatzes wurden Standards für die Abfassung von Informationen erstellt. Dazu gehören Hinweise bezüglich eines „Betreff“ mit aussagekräftigem Inhalt, eine Strukturierung der Inhalte, Vermeidung von Informationsvermischungen und dergleichen. Die so optimiert aufbereiteten Informationen werden dann den Adressaten zur Kenntnisnahme übermittelt. Dabei wird durch Aufteilung der Informationsplattform darauf hingewirkt, dass die Informationen möglichst adressatenbezogen zugesteuert werden. Die Übersendung per E-Mail in die individuellen elektronischen Postfächer entfällt.

Wissensplattform

Die Information wird zeitgleich auf der Wissensplattform bereitgestellt. Auf der Wissensplattform haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BGHW gemein-

sam mit dem Fachdezernat ihr Erfahrungs- und Expertenwissen gebündelt und einer Navigationsstruktur (Wissenslandkarte) zugeordnet. Damit wird eine Verknüpfung (semantische Netze) von praxisrelevanten Inhalten und Wissensquellen verwirklicht, die intuitiv genutzt werden kann.

Alle Mitarbeiter/innen der BGHW können gezielt nach Themengebieten und Bearbeitungstatbeständen recherchieren, um konkrete Handlungsinformationen zu erhalten. Dies wird durch einen dreifachen Zugriff ermöglicht:

- Suche mittels Struktur (intuitiv, im systematischen Zusammenhang, dabei mit „Umgebungslernen“), die sich an Bearbeitungsbereichen und Geschäftsprozessen orientiert. Der Arbeitsablauf wird damit gespiegelt, sodass eine schnelle Orientierung möglich ist,¹⁰ auch wenn ein Problem im Einzelfall noch nicht erkannt sein sollte.

- nach Schlagwort (Intranet-Suchmaschine)
- nach DOK-Nummer (Ordnungssystem nach Dokumentationsnummern).

Begleitende Maßnahmen

Die Entwicklung des INWI wird mit folgenden Maßnahmen gestaltet:

- TOM-Modell: Technik (Intranet) – Organisation (Integration in die Prozesse der Verwaltungspraxis, zum Beispiel bei der Weiterbildung) – Mensch (Entwicklung einer Unternehmenskultur, die Wissensteilung unterstützt)
- Verfahren, um implizites Wissen zu explizieren¹¹
- Push- und Pull-Mechanismen zur Informations- und Wissensteilung
- Gezielter Einsatz von Wissenswerkzeugen (Wissensartikel, „Gelbe Seiten“, Wissenslandkarten, Best-Practice-Verfahren etc.)
- Workshops über webgerechtes Schreiben von Online-Artikeln
- Redaktionelle Regeln, Maßnahmen zur Informationsoptimierung.

Für das Wissensmanagement ist die Bedeutung der Unternehmenskultur nicht zu unterschätzen. Daher sollte dieser Aspekt auch in die Entwicklung und Umsetzung der Unternehmenskultur einbezogen werden.¹²

Ressourcenzuordnung und Nutzen

Zur Verwirklichung der Informations- und Wissensplattform wurden in geringem Umfang materielle, zum überwiegenden Teil aber immaterielle Ressourcen eingesetzt. Das Konzept wäre ohne das Engagement derjenigen, die sich mit ihren Beiträgen beteiligt beziehungsweise ihre Kenntnis-

„INWI hat die Bedeutung des Wissenskapitals als wesentlichen wertbestimmenden Faktor für die Qualität der Dienstleistungen, die Versicherten und Mitgliedern erbracht werden, herausgestellt.“



Foto: Fotolia / Iiro

se allgemein zur Verfügung gestellt haben und die sich fortlaufend mit Rückmeldungen und Informationen einbringen, nicht erfolgreich umzusetzen gewesen.

Welche Ergebnisse wurden bisher erzielt? Durch die Informations- und Wissensmanagementinitiative wird vorhandenes Wissen erschlossen und reversionssicher allgemein in der fusionierten BGHW zur Verfügung gestellt. Bearbeitungsrelevantes Wissen kann standardmäßig abgerufen werden, ist nicht mehr so stark individuell gebunden. Damit wird die zielgerichtete, rechtmäßige und schnelle Leistungserbringung sowie eigenverantwortliches, selbstständiges Handeln gefördert. Informationsadressaten werden bei der Informationsaufnahme wie -verwaltung entlastet. Sie haben damit mehr Raum für die Fallbearbeitung. „Umgebungs-lernen“ wird ermöglicht und stärkt die motivierende Kompetenz im Aufgabenbereich; neue Mitarbeiter können mit dem Zugriff auf den allgemeinen Informationsstand schneller eingearbeitet werden.

Akzeptanz

Zu Beginn des Projekts gab es auch skeptische Stimmen, wie sie bei Neuentwicklungen nicht ungewöhnlich sind. Mit der Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in das laufende Projekt und in flächendeckende Informationsveranstaltungen konnte das Interesse aber zunehmend geweckt werden, denn ein Bedarf für ein effizientes Informations- und Wissensmanagement wird verbreitet bejaht.

Entscheidender Faktor für das Gelingen der seit 21. April 2009 produktiv eingeführten Informations- und Wissensplatt-

form ist die Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Entwicklung der Plattform. Viele haben schon zu Beginn mit eigenen Beiträgen die Voraussetzungen für den Erfolg geschaffen und gestalten im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungs- und Aktualisierungsprozesses durch Änderungs- und Ergänzungsvorschläge aktiv mit.

Ausblick

INWI hat das Thema Information, Wissen und Kompetenz verdeutlicht und die Bedeutung des Wissenskapitals als wesentlichen wertbestimmenden Faktor für die Qualität der Dienstleistungen, die Versicherten und Mitgliedern erbracht werden, herausgestellt.

Unabhängig davon verfolgt die BGHW mit dem UV-IT-Verbund,¹³ einer Kooperation von Unfallversicherungsträgern, konsequent eine verbesserte Vernetzung mit den Informationsangeboten der Partner des UV-IT-Verbunds und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Ziel ist hier, die Redundanz von Information weiter einzuschränken und Informationsflüsse durch Verwendung von Abonnements in beide Richtungen durch RSS-Feeds¹⁴ in ihren Intranets zu kanalisieren. Eine solche Vernetzung würde in den webgesteuerten Informations- und Wissensplattformen noch mehr Effizienz erzeugen und den Aufwand für den einzelnen Träger weiter vermindern.

Intern wird das Werkzeug, das Web-Content-Management Plone, in einer weiteren Stufe in Richtung Personalisierung dahingehend ausgebaut, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neben den Informationsangeboten ihrer Informations- und Wissensplattformen zusätzlich eine konsequent aufgabenbezogen gefilterte und personalisierte Sicht des Intranets erhalten. Je nach individuellem Bedarf wird sich jeder zusätzlich noch ein persönliches Intranet-Informationsangebot mit Modulen aus internen und externen Inhalten zusammenstellen können.

Bei all den Überlegungen ist zu beachten, dass stets die Anforderungen der Anwender an einen schnellen und leichten Informationszugriff maßgeblich sind. ●

Autoren



Foto: BGHW

Dr. Günter Hans

Mitglied der Geschäftsführung, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW)
E-Mail: g.hans@bghw.de



Foto: M. Bauer

Thomas Kluge

Referent Interne Kommunikation, BGHW
E-Mail: t.kluge@bghw.de



Foto: BGHW

Sven Königler

Referent für Wissensmanagement, Hauptabteilung Zentrale Dienste, BGHW
E-Mail: s.koeniger@bghw.de

*
10 Hans, G.: *Aspekte des Informationsmanagements am Arbeitsplatz*. In: *Die BG 2002*, S. 524 ff.
11 Wilke, H.: *Einführung in das systemische Wissensmanagement*, 2. Auflage, Heidelberg 2007, S. 35.
12 Kilian, D. et al.: *Wissensmanagement*, 3. Auflage, Wien 2007, S. 23.
13 www.uv-it-verbund.de.
14 de.wikipedia.org/wiki/RSS.

Wegeunfall

Zur Frage des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung für eine pflegende Angehörige bei der Begleitung ihrer pflegebedürftigen Eltern auf dem Rückweg aus deren Urlaub.

§ (Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17.9.2010 – L 4 U 57/09 –, UV-Recht Aktuell 019/2010, S. 1225–1232)

Streitig war das Vorliegen eines Arbeitsunfalls. Die Klägerin hatte sich in der Zeit von Ende Juli bis zum 14. August 2000 mit ihren pflegebedürftigen Eltern in deren Zweitwohnung in Spanien befunden und die Eltern auch dort gepflegt. Nach dem Rückflug war die Kl. am 14. August 2000 am Flughafen Düsseldorf auf die linke Hüfte gestürzt, als sie nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug der Johanniter Unfallhilfe, mit dem ihre Eltern und sie zum Parkplatz ihres Fahrzeugs gebracht worden waren, zu ihrem Fahrzeug gehen wollte. Dabei hatte sie sich eine Schenkelhalsfraktur zugezogen.

Das LSG hat einen Arbeitsunfall bejaht. Zwar habe sich der Unfall nicht im Rahmen einer Tätigkeit als Pflegeperson ereignet. Es liege jedoch ein Wegeunfall vor. Die Handlungstendenz der Kl. zum Unfallzeitpunkt sei darauf gerichtet gewesen, nach Beendigung der als solche versicherten Pflegeleistungen am Urlaubsort der Eltern zurück nach Hause zu ge-

langen. Der Aufenthalt der Kl. sei nicht wesentlich als gemeinsamer Erholungsurlaub mit den Eltern anzusehen, sondern ganz maßgeblich durch die Tendenz geprägt gewesen, den pflegebedürftigen Eltern am Urlaubsort Pflegeleistungen zu erbringen. Sie habe ihre Eltern zu deren Wohnung in Spanien begleitet und während des dortigen Aufenthaltes im üblichen Rahmen gepflegt. Gegen die Annahme eines Erholungsurlaubes der Kl. spreche, dass die Eltern auch ihre Urlaubskosten getragen hätten und die Kl. im Übrigen glaubhaft versichert habe, dass sie die Reise bei Verhinderung der Eltern nicht alleine angetreten hätte und ihr Ehemann zu Hause verblieben sei. Aus Sicht der Kl. sei die Reise nach Spanien, wenn nicht ausschließlich, doch zumindest ganz überwiegend vom Gesichtspunkt der Pflegetätigkeit zu Gunsten ihrer Eltern bestimmt gewesen. Auch sei das Zurücklegen des Weges vom Ort der Pflegetätigkeit zurück nach Hause als einheitlicher Vorgang zu werten, sodass die zum Unfall führende Tätigkeit der Kl. – das Zurücklegen des Weges, um das Fahrzeug zu holen – Teil des versicherten Heimweges gewesen sei. Der Senat hat Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtsache zugelassen.

Regress

Zum regressrechtlichen Familienprivileg eines Elternteils, dessen Kind aufgrund der Trennung der Eltern nicht ständig bei ihm lebt, bei tatsächlicher Übernahme von Verantwortung für sein Kind und häufigem Umgang mit diesem.

§ (Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 12.10.2010 – 1 BvL 14/09 –, UV-Recht Aktuell 020/2010, S. 1319–1337)

Der Beklagte des Ausgangsverfahrens ist Vater eines im Januar 2000 nichtehelich geborenen Sohnes, für den beide Elternteile die Personensorge gemeinsam ausübten. Der Junge lebte bei der Kindesmutter. Der Bekl. kam seiner Unterhaltspflicht für das Kind uneingeschränkt nach. Zwischen ihm und dem Jungen fand regelmäßig jedes zweite Wochenende Umgang statt. Während eines solchen Besuchswochenendes Anfang August 2001 fiel das einige Minuten unbeaufsichtigte Kind in eine ungesicherte Regentonne und erlitt schwerste Schäden. Der klagende Sozialhilfeträger erbringt für das Kind Leistungen und nimmt den Bekl. wegen Verletzung der Aufsichtspflicht auf Schadensersatz in Anspruch. Das regressrechtliche Familienprivileg nach § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X gilt nach Ansicht des Landgerichts Memmingen

wegen Fehlens einer häuslichen Gemeinschaft zwischen Vater und Kind hier nicht. Das LG hatte beim BVerfG angefragt, ob dies mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist die regressrechtliche Privilegierung von Familienangehörigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, gegenüber getrennt lebenden Familienangehörigen auch im Hinblick auf Eltern und ihre Kinder sachlich gerechtfertigt und grundgesetzkonform. Allerdings sei § 116 Abs. 6 Satz 1 SGB X unter Berücksichtigung des grundrechtlichen Schutzes der Familie und des Elternrechts dahingehend auszulegen, dass eine haftungsprivilegierende häusliche Gemeinschaft auch zwischen dem Kind und demjenigen Elternteil entstehe, der zwar von ihm getrennt lebe, jedoch seiner Verantwortung für das Kind in dem ihm rechtlich möglichen Maße nachkomme und regelmäßigen sowie längeren Umgang mit dem Kind pflege, sodass dieses zeitweise auch in seinen Haushalt integriert sei. Dies werde gegebenenfalls zu prüfen sein.

Kontakt: Dr. Horst Jungfleisch, E-Mail: horst.jungfleisch@dguv.de

BG Unfallklinik Tübingen mit neuem Ärztlichen Direktor

Der Vorstand des Klinikträgers hat Professor Ulrich Stöckle zum neuen Ärztlichen Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Tübingen gewählt. Er wird zum 1. April die Nachfolge von Professor Kuno Weise antreten, der altersbedingt aus dem Amt ausgeschieden ist. Wie auch sein Vorgänger soll Professor Stöckle zugleich die Professur für Unfallchirurgie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen übernehmen.

Sein Medizinstudium begann Professor Stöckle 1984 an der Technischen Universität München. Nach 14 Jahren an der Charité Berlin, zuletzt als stellvertretender Leiter der Chirurgie, arbeitete er seit

2007 als Leiter der Abteilung für Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar in München.

Die klinischen Schwerpunkte von Stöckle liegen insbesondere in der Versorgung von Mehrfachverletzten. In seiner Forschungsarbeit konzentrierte er sich in den vergangenen Jahren auf die Entwicklung neuer Implantate und verbesserter Operationstechniken.

„Wir freuen uns sehr, dass wir mit ihm unseren Wunschkandidaten für das Amt des Ärztlichen Direktors in Tübingen verpflichten konnten“, sagte Fabian Ritter, der Geschäftsführer des Trägervereins der BGU Tübingen.



Foto: BGU Tübingen

Die Eisenbahn-Unfallkasse, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Sitz in Frankfurt am Main, betreut als zuständiger gesetzlicher Unfallversicherungsträger die Deutsche Bahn AG und die hieraus ausgegliederten Unternehmen sowie das Bundeseisenbahnvermögen.

Wir suchen für die Abteilung Prävention und Gesundheitsschutz in **Frankfurt am Main** zum nächstmöglichen Eintrittstermin

Dipl.-Ingenieure/innen (FH) zur Ausbildung als Aufsichtsperson (nach § 18 SGB VII)

Neben einem abgeschlossenen Ingenieurstudium an einer Fachhochschule in der Fachrichtung Maschinenbau, Elektrotechnik oder Bauwesen erwarten wir, dass Sie mindestens in den letzten 2 Jahren als Dipl.-Ingenieur/in tätig waren.

Nach einer 2-jährigen Ausbildung zur Aufsichtsperson nach § 18 SGB VII umfasst das Aufgabengebiet die Beratung unserer Mitgliedsbetriebe in allen Fragen des Arbeitsschutzes, die Vorbereitung und Durchführung von Seminaren, die Ermittlung von Unfallursachen und die Überwachung von Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Die Stelle ist nach Besoldungsgruppe A 11 BBesO/Vergütungsgruppe IVa AnTV (analog BAT) bewertet.

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte bis 3 Wochen nach Erscheinen der Anzeige an die

**Eisenbahn-Unfallkasse
-Personalabteilung-
Postfach 200152
60605 Frankfurt am Main**

EUK Eisenbahn-Unfallkasse
Gesetzliche Unfallversicherung

Schwerbehinderte Menschen werden bei entsprechender Eignung bevorzugt berücksichtigt. Die Eisenbahn-Unfallkasse hat sich die Gleichstellung von Frauen und Männern zum Ziel gesetzt und strebt eine Erhöhung des Frauenanteils in diesem Fachbereich an. Qualifizierte Frauen werden daher ausdrücklich zur Bewerbung aufgefordert.

Anzeige

Rezension: „Wannagat“ in neuer Form



Es gehört ein gerüttelt Maß an Mut dazu, ein etabliertes Loseblattwerk zu verabschieden und einem gebundenen Buch (ohne beiliegende CD und ohne Online-Version) die Zukunft anzuvertrauen – das ist außergewöhnlich und verdient Respekt. Ob das Vorhaben reüssiert, ist allerdings davon abhängig, was die Autoren Gerd Bigge, Prof. Dr. Raimund Waltermann und Michaela Merten aus Wissenschaft und Praxis uns servieren. Die Herausgeber Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer und Prof. Dr. Ulrich Wenner jedenfalls erhoffen sich vom neuen Kommentar zum Sozialgesetzbuch VII Gesetzliche Unfallversicherung „einen soliden Einblick in und einen anschaulichen Überblick über das Sozialversicherungsrecht“. Das ist sicher-

lich mit dem vorliegenden Kommentar im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sehr gut gelungen. Aber: Solidität und Anschaulichkeit eines jede Norm kommentierenden Dreiklangs von „Inhalt, Entstehungsgeschichte, Erläuterungen“ – reicht das, um in diesem hart umkämpften Marktsegment Erfolg zu haben? Sicherlich wird der Leser mit einer Fülle von für Theorie und Praxis wertvollen Informationen gefüttert; aber im Premiumbereich oberhalb von Solidität und Anschaulichkeit ist noch Spielraum. Entwickelt sich der Kommentar dahin, werden Verlag, Autoren und Leser noch mehr Freude haben am „Wannagat“.

Rezensent:

Prof. Dr. Laurenz Mülheims
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg,
Fachbereich Sozialversicherung,
Dekan Standort Hennef
E-Mail: laurenz.muelheims@
hochschule-bonn-rhein-sieg.de



„Wannagat“ – Kommentar zum Sozialgesetzbuch VII Gesetzliche Unfallversicherung ist 2011 erstmalig in gebundener Auflage im Verlag Luchterhand erschienen. ISBN 978-3-472-07702-2, 119 Euro.

Software für Gehörlose und Hörgeschädigte



Gehörlose und hörgeschädigte Personen können die Informationsangebote von Behörden und Verwaltung jetzt einfacher erreichen. Grundlage ist ein vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Unterstützung des Deutschen Gehörlosenbundes entwickeltes Software-Programm. Das Programm ist auf die Bedürfnisse von Gehörlosen und Hörgeschädigten zugeschnitten. Es bietet die Möglichkeit, ohne Hilfe Dritter mittels Gebärdensprache und Videotelefonie Auskünfte der öffentlichen Verwaltung zu erhalten. Eine Kommunikation in der Deutschen Gebärdensprache wird – direkt und ohne Dolmetscher – möglich. Speziell ausgebildete gehörlose Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgerservice beantworten die Fragen. Zur Nutzung des neuen kostenlosen Softphones benötigen gehörlose und hörgeschädigte Bürgerinnen und Bürger nur einen Computer mit Kamera und einen Internetanschluss.



Das Programm kann von folgender Internetseite heruntergeladen werden: www.telemark-rostock.de/gebaerdentelefon

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de

3. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

Herausgeber · Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Mittelstraße 51, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion · Gregor Doepke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, Manfred Rentrop, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion · Dagmar Binder (CvD), Dr. Michael Fritton, Claus Holland, Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur)

Redaktionsassistent · Andrea Hütten, redaktion@dguv-forum.de

Verlag und Vertrieb · Universum Verlag GmbH, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer · Siegfried Pabst und Frank-Ivo Lube, Telefon: 0611/9030-0, Telefax: -281, info@universum.de, www.universum.de

Die Verlagsanschrift ist zugleich ladungsfähige Anschrift für die im Impressum genannten Verantwortlichen und Vertretungsberechtigten.

Anzeigen · Anne Prautsch, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246, Telefax: -247

Herstellung · Harald Koch, Wiesbaden

Druck · ColorDruck Leimen GmbH, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen/Germany

Grafische Konzeption und Gestaltung · Liebchen+Liebchen GmbH, Frankfurt am Main

Titelbild · plainpicture

Typoskripte · Informationen zur Abfassung von Beiträgen (Textmengen, Info-Grafiken, Abbildungen) können heruntergeladen werden unter: www.dguv-forum.de

Rechtliche Hinweise · Die mit Autorennamen versehenen Beiträge in dieser Zeitschrift geben ausschließlich die Meinungen der jeweiligen Verfasser wieder.

Zitierweise · DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN · 1867-8483

Preise · Im Internet unter: www.dguv-forum.de

In dieser Zeitschrift beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Frauen und Männer, auch wenn dies in der Schreibweise nicht immer zum Ausdruck kommt.

© DGUV, Berlin; Universum Verlag GmbH, Wiesbaden. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers und des Verlags.



Bilsom® 303. Perfektioniert.

Der perfekte Gehörschutzstöpsel fühlt sich im Gehörgang angenehm an und schützt gleichzeitig sicher vor Lärm.

Howard Leight® verfügt über mehr als 30 Jahre Erfahrung in der Entwicklung innovativer Gehörschutzstöpsel und der Produktion bester PU-Schaumstoffstöpsel. Erleben Sie das Gefühl der perfekten Passform im Gehörgang mit dem einzigartigen Bilsom 303.

Bestellen Sie noch heute Ihre kostenlosen Muster!

SPERIAN PROTECTION Deutschland GmbH & Co. KG
Kronsforder Allee 16 · 23560 Lübeck · Deutschland
Tel. +49 (0) 451 / 70274-19 · Fax +49 (0) 451 / 798058
info@germany@sperianprotection.com

www.sperianprotection.de



HOWARD
LEIGHT 
by SPERIAN

DGUV Forum

Die Fachzeitschrift für
Prävention, Rehabilitation
und Entschädigung

DGUV Forum ist das Fachorgan der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und liefert Informationen aus den Organisationen der Unfallversicherungsträger aus autorisierter Hand.

Kampagnen zur Unfallprävention werden in **DGUV Forum** ebenso vorgestellt wie Forschungsergebnisse oder versicherungstechnische Änderungen. Auch politische Diskussionen und internationale Aspekte haben ihren Platz im Medium der DGUV.

Jahresabonnement: 10 Ausgaben –
davon 2 Doppelausgaben 1/2 und 7/8
Umfang: 44 Seiten
(Doppelnummern 68 Seiten)
Format: DIN A4
Preis: 96 Euro zzgl. 14 Euro Versand

!

Die Zeitschrift ist zu bestellen bei:
Universum Verlag,
Postfach, 65175 Wiesbaden
Info-Telefon: 0611/9030-501
Bestell-Fax: 0611/9030-247
E-Mail: vertrieb@universum.de
Bestellinfos: www.universum.de/shop
Internet: www.dguv-forum.de



Kostenloses Probeheft bestellen!