

DGUV Forum

Rehabilitation erfolgreich gestalten



Prävention

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie –
Zwischenbilanz und Ausblick

Unfallversicherung

Verwaltungsmodernisierung in der gesetzlichen
Unfallversicherung

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

es war eine Meldung, die im Sommer kurz von Schulden- und Eurokrise ablenkte: Vertreter des Arbeitnehmerflügels der Unionsparteien wiesen auf eine drohende Unterfinanzierung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung hin. Immer mehr Reha-Anträge stehen dort einem gedeckelten Budget gegenüber. Wenn das dazu führt, dass nicht alle notwendigen Behandlungen bezahlt werden können, kann dies für den Erhalt der Arbeitskraft älterer Arbeitnehmer insgesamt negative Folgen haben.

Dass die Politik eine solche Entwicklung nicht einfach hinnehmen will, ist erfreulich. Offensichtlich wird inzwischen verstanden: Rehabilitation ist mehr als eine Sozialleistung. Sie ist eine Investition in die Zukunft der Gesellschaft. Jeder Euro, der für eine gute Rehabilitation ausgegeben wird, spart ein Vielfaches an Mitteln ein.



Foto: DGUV

In der gesetzlichen Unfallversicherung stellen wir uns deshalb seit langem immer wieder die beiden Fragen: Wie können wir noch besser darin werden, die Arbeitskraft durch gute Rehabilitation zu erhalten? Und wie können wir das mit einem optimalen Mitteleinsatz gewährleisten?

Offensichtlich wird inzwischen verstanden: Rehabilitation ist mehr als eine Sozialleistung. Sie ist eine Investition in die Zukunft der Gesellschaft.

Mit unserem Handlungsleitfaden zum Rehamanagement liefern wir neue Antworten. Er vereinheitlicht unser Vorgehen und hilft so alle notwendigen Informationen über einen Patienten zu erfahren und seine Reha optimal voranzubringen. Zudem werden Standards für die Organisation der Rehabilitation definiert, die

für alle Unfallversicherungsträger verbindlich sind. Das vereinheitlicht unser Handeln und erleichtert beispielsweise den Kliniken die Abstimmung mit den verschiedenen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

Reha lohnt sich – diese Ansicht teilen immer mehr Menschen. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt ein Verdienst des Engagements der gesetzlichen Unfallversicherung.

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 – 9
› Titelthema ›››	10 – 15
Reha-Management	10
Kommunikative Kompetenzen – Schlüssel für ein erfolgreiches Reha-Management	
<i>Ulrike Brink, Christian Rexrodt</i>	
Erfolgsfaktor Fallauswahl	14
Kontextfaktoren und ihr Einfluss auf den Reha-Verlauf	
<i>Michael Behrens, Thomas Fritsch, Carsten Koops, Bernd Lossin</i>	
Leistungsrecht	22
Die wirtschaftliche Absicherung der Versicherten im Verlauf des einheitlichen Rehabilitationsverfahrens	
<i>Andreas Köllner</i>	
› Prävention ›››	29 – 37
Zwischenbilanz und Ausblick	29
Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie	
<i>Michael Jansen, Roger Stamm, Sven Timm</i>	
Schulweg	34
Das Pilotprojekt „Sicherheitstraining Handbike für Kinder und Jugendliche“	
<i>Georg Bach</i>	
Aus der Forschung	36
Psychische Gesundheitsrisiken in der Arbeit mit Bürgerkontakt	
<i>Anja Hubrich</i>	
› Unfallversicherung ›››	38 – 39
Good-Practice-Beispiel	38
Verwaltungsmodernisierung in der gesetzlichen Unfallversicherung	
<i>Steffen Glaubitz, Thomas Bennühr, Michael Schwanz</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	40
› Personalia ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42



DVR fordert Prioritäten bei Verkehrssicherheit

Mehr Geschwindigkeitskontrollen auf Landstraßen, verpflichtende Erste-Hilfe-Kurse in Schulen und Warntafeln für Falschfahrer – dies sind einige Punkte des neuen Nationalen Verkehrssicherheitsprogramms, welches Bundesverkehrsminister Dr. Peter Ramsauer nun vorgestellt hat.

Mit insgesamt 50 Maßnahmen soll es gelingen, die Zahl der Getöteten im Straßenverkehr bis zum Jahr 2020 um 40 Prozent zu verringern. Im Vordergrund steht dabei der Schutz von Kindern, älteren Verkehrsteilnehmern und Fahrradfahrern.

Der Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), Dr. Walter Eichendorf, begrüßt die Pläne des Bundesverkehrsministers, die auch unter Mitwirkung des DVR erarbeitet worden sind. Mit Blick auf die gestiegenen Unfallzahlen für 2010 müssten bei den Bemühungen des Verkehrsministeriums jedoch Prioritäten gesetzt werden. So etwa

bei in Pkws unzureichend gesicherten Kindern, die ein siebenmal höheres Risiko haben, im Auto schwer verletzt oder getötet zu werden. „Fast jedes zweite getötete Kind verunglückte als Mitfahrer in einem Pkw“, so Eichendorf.

Eine weitere Risikogruppe bilden zudem die jungen Fahrer im Alter von 18 bis 24 Jahren. Im vergangenen Jahr sind 690 junge Menschen dieser Altersgruppe bei Verkehrsunfällen getötet worden. Darüber hinaus steht auch die Sicherheit auf Landstraßen auf der Prioritätenliste des DVR. Von den im vergangenen Jahr

insgesamt 3.648 Getöteten im Straßenverkehr sind 2.207 (60 Prozent) bei Unfällen auf Landstraßen tödlich verunglückt.

! www.dvr.de



In Pkws unzureichend gesicherte Kinder haben ein siebenmal höheres Risiko, im Auto schwer verletzt oder getötet zu werden

Foto: DVR

Korrektur zum Artikel „Kennziffern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung 2010“, DGUV-Forum 7/8, 2011, S. 51 ff.

Die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit (BK) lag im Jahr 2010 nicht bei 71.263 sondern bei 70.277.

Grund für diese Abweichung gegenüber der im oben genannten Artikel genannten Zahl ist die irrtümliche Meldung einer gewerblichen BG bezogen auf die Berufskrankheit BK 1302; es wurden sämtliche Fälle als Verdachtsanzeigen gemäß BK 1302 ausgewiesen, bei denen medizinisch abgeklärt wird, ob es im Zusammenhang mit der PCB-Belastung im Dortmunder Hafen (ENVIO) zu einer erhöhten Aufnahme von PCB gekommen ist. Erforderlich ist dies, um festzustellen, ob eine weitere vorsorgliche Betreuung notwen-

dig ist. Tatsächlich wurden im Jahr 2010 aber noch keine solchen Verdachtsanzeigen für dieses Betreuungskollektiv erstattet.

Die Tabelle 7 aus dem oben genannten Artikel stellt sich deshalb folgendermaßen dar:

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2007	2008	2009	2010	Veränderung von 2009 auf 2010	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	2.603	2.853	3.019	3.293	+274	+9,1
...							
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonstige chemische Stoffe	2.147	2.413	2.512	2.883	+371	+14,8
...							
Insgesamt		61.150	60.736	66.951	70.277	+3.326	+5,0

Hannelore Kohl Förderpreis 2012

Die Hannelore-Kohl-Stiftung vergibt im kommenden Jahr wieder den Hannelore Kohl Förderpreis an Nachwuchswissenschaftler. Damit zeichnet die Stiftung hervorragende Leistungen auf den Gebieten der Erforschung, Entwicklung und Erprobung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Neurorehabilitation Schädelhirnverletzter sowie der Prävention von Schädelhirnverletzungen aus.

Eine Jury, bestehend aus sieben in Praxis und Erforschung der Neurorehabilitation erfahrenen Ärzten, wählt aus den eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten den Preisträger aus. Der Förderpreis ist mit 10.000 Euro dotiert.



**Hannelore Kohl
Stiftung**
für Verletzte mit
Schäden des Zentralen
Nervensystems

Mit der Bewerbung und dem Lebenslauf sind acht Exemplare der Arbeit in deutscher Sprache (wenn englisch, dann mit deutscher Kurzfassung) als Publikation in einer wissenschaftlichen Zeitschrift, als Dissertation oder Habilitationsschrift, als Buch oder als noch nicht veröffentlichtes Manuskript einzureichen. Die Arbeiten dürfen bei Einreichung nicht älter als zwei Jahre sein. Sie sollen nicht anderweitig ausgezeichnet oder für eine Preisvergabe eingereicht worden sein. Einsendeschluss der Bewerbung ist der 31. Dezember 2011.



Weitere Informationen zum Förderpreis: www.hannelore-kohl-stiftung.de/foerderpreis/ausschreibung_2012/

Berufsbegleitender Masterstudiengang am IAG

Im Oktober 2011 startet der neue Masterstudiengang „Management Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit M.Sc.“ am Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG). Der Studiengang richtet sich an künftige Führungskräfte sowie Ingenieurinnen und Ingenieure, die ihre Managementkompetenzen erweitern und fundiertes Wissen zu technischen Arbeitsbedingungen, Unfallrisiken und internationalen Rechtsstandards erlangen möchten. Weiterhin werden in den Lerneinheiten spezialisierte Fertigkeiten in Forschung und Innovation, zur sicherheits- und wirtschaftsgerechten Unternehmensorganisation und zur Führung großer Teams vermittelt. Mit dem Abschluss sind die Absolventen in der Lage, Führungsverantwortung in der Sicherheitsorganisation von Großunternehmen zu übernehmen und Unternehmen bei der Einführung besonders komplexer Sicherheitsstandards im In- und Ausland zu beraten.

Trägerin des neuen Studiengangs ist die Dresden International University in Kooperation mit der DGUV. Der Masterstudiengang läuft über vier Semester und kann berufsbegleitend absolviert werden. Voraussetzung sind ein abgeschlossenes Studium und Berufspraxis im Arbeitsschutz. Mit dem erfolgreichen Abschluss bekommen die Absolventen den international anerkannten akademischen Titel „Master of Science – Management Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit M.Sc.“ verliehen.



www.dguv.de/iag > Webcode: d13132

Wissen schafft Sicherheit!

NEU!

Schulungsunterlagen *Sicheres Bedienen von fahrbaren Hubarbeitsbühnen*



Fachwissen für Unternehmer, Vermieter, Betreiber und Bediener

Weitere ausführliche Informationen
zu unseren Schulungsunterlagen
inkl. Downloadmöglichkeiten:

www.resch-verlag.com

– Partner für qualifizierte Ausbilder –

Verlag Dr. Ingo Resch GmbH
Maria-Eich-Str. 77 · D-82166 Gräfelfing
Telefon 0 89 / 8 54 65-0
Fax 0 89 / 8 54 65-11
E-Mail: info@resch-verlag.com

Foto: Buchholz/Herzog – Jugendpresse Deutschland



Nathalie Kunz und Sina Wittenzellner („Schmells good“) erhielten den Sonderpreis der DGUV vom Vorstandsvorsitzenden Dr. Hans-Joachim Wolff (rechts) und NRW-Schulstaatssekretär Ludwig Hecke.

Schülerzeitungswettbewerb: DGUV-Sonderpreis geht nach Nabburg

Die Schülerzeitung „Schmells good“ hat den diesjährigen DGUV-Sonderpreis beim Schülerzeitungswettbewerb der Bundesländer erhalten. Die jungen Redakteure aus dem Johann-Andreas-Schmeller-Gymnasium in Nabburg in der Oberpfalz überzeugten mit einer umfassenden Bearbeitung des Schwerpunktthemas „Ernährung“. Als Vorsitzender der Jury zeichnete Ludwig Hecke, Staatssekretär des NRW-Ministeriums für Schule und Weiterbildung, nun gemeinsam mit Hannelore Kraft, Bundesratspräsidentin und zugleich Schirmherrin des Wettbewerbs und Dr. Hans-Joachim Wolff, DGUV-Vorstandsvorsitzender, die Gewinner im Bundesrat aus.

Die Redaktion von „Schmells good“ habe ihr Thema unter den verschiedensten Aspekten beleuchtet: Relevante Störungen des Essverhaltens wie Fett- und Magersucht seien geschickt thematisiert

erweitert worden auf ein eher überraschendes Thema wie Sportsucht, so die Jury. Ergänzt wurde dieser Schwerpunkt unter anderem durch einen sehr interessanten Blick auf den Spitzensport der Menschen mit Behinderungen, die Paralympics – ein Thema, bei dem sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung seit Jahren engagiert.

Die Preisverleihung in Berlin ist der Höhepunkt des Wettbewerbs, der schon ein gutes Jahr vorher in den Bundesländern beginnt. Dort kann sich jede Redaktion um den jeweiligen Landespreis bewerben und für den bundesweiten Wettbewerb qualifizieren.



Infos zu den Landeswettbewerben unter:
www.schuelerzeitung.de

Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie

„Berufsdermatologie im Aufwind“ lautet der Titel der 11. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD), die vom 27. bis 29. Oktober 2011 in der DGUV Akademie in Dresden stattfindet. Schwerpunktthemen der Tagung sind unter anderem aktuelle Entwicklungen beim berufsbedingten Hautkrebs, bei der Handhygiene und der Hautpflege. Außerdem werden aktuelle Präventionskampagnen, wie die Aktionswoche „Haut und Job 2011“ vorgestellt. Die DGUV präsentiert die Ergebnisse ihrer Studien zur Evaluation von Hautschutzprodukten und zur Abgrenzung von beruflich und außerberuflich bedingten Hautkrebserkrankungen. Zusätzlich zur Tagung findet am 27. Oktober erstmals das „Deutsche Hautschutzforum“ statt. Kooperationspartner dabei sind die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) und der Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI). Die ABD will mit ihrer Tagung insbesondere (Berufs-) Dermatologen, Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte ansprechen, sowie alle anderen Fachkräfte, die sich mit Berufskrankheiten befassen. Informationen und Anmeldung unter:



www.abd-tagung.de

Symposium über Glück bei der Arbeit

Mit dem Thema „Glück bei der Arbeit“, den „inneren Schrauben von Arbeitnehmerzufriedenheit“ und attraktiven Arbeitsplätzen beschäftigt sich am 7. und 8. November das zweite DASA-Symposium in Dortmund. Unter dem Titel „Das Glück bei der Arbeit. Constructing the Future of Work!“ lädt die DASA zum interdisziplinären Austausch mit Wissenschaftlern, Journalisten sowie Kunst- und Kulturschaffenden ein. Die Vorträge und Diskussionsforen beschäftigen sich unter anderem mit der Philosophie des Glücks, den Rahmenbedingungen der seelischen Erschöpfung sowie Positive Leadership.



Quelle: DASA

Die Veranstaltung richtet sich sowohl an ein interessiertes Fachpublikum als auch an Unternehmer, Personalverantwortliche oder in der Erwachsenenbildung Tätige. Die Gäste erwartet außerdem ein kulturelles Begleitprogramm, das das Thema Arbeit künstlerisch ergänzt.



Weitere Informationen und Anmeldungen unter: www.dasa-dortmund.de > Zukunft der Arbeit

Kann ein Ort die Arbeitssicherheit auf allen Kontinenten verbessern



Sicherheit am Arbeitsplatz ist ein Thema, das keine Grenzen kennt. Die A+A in Düsseldorf bringt für Sie den Weltmarkt zusammen. Willkommen auf der größten und bedeutendsten Fachmesse der Branche.

18. - 21. Oktober 2011
Düsseldorf, Germany



Persönlicher Schutz,
betriebliche Sicherheit
und Gesundheit bei der Arbeit

Internationale Fachmesse
mit Kongress

www.AplusA.de

Messe Düsseldorf GmbH
Postfach 10 10 06
40001 Düsseldorf
Germany
Tel. +49 (0) 2 11/45 60-01
Fax +49 (0) 2 11/45 60-6 68
www.messe-duesseldorf.de

Basis for
Business



Prävention: Beschäftigte aus dem Ausland aktiv einbinden

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels rekrutieren immer mehr deutsche Unternehmen Beschäftigte aus dem Ausland. Dadurch ergeben sich jedoch auch neue Herausforderungen beim Arbeits- und Gesundheitsschutz. Vordringlich ist die Frage der Sprachkompetenz, das hat nun eine Umfrage des Instituts für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) unter Präventionsexperten der Unfallversicherung ergeben.

Sind die Beschäftigten in der Lage, wichtige Unterweisungen zu Sicherheitsvorkehrungen und zur richtigen Schutzkleidung überhaupt zu verstehen? „Da ist es wichtig, nachzuhaken“, sagt Katrin Boege vom IAG. „Manchen Mitarbeitern ist es peinlich, dass sie nicht ausreichend Deutsch sprechen. Sie melden sich dann nicht, obwohl sie nur wenig verstanden haben.“ Hinzu komme, dass viele Migranten in ihrem Heimatland keine oder nur wenig praktische Erfahrungen im Umgang mit dem Arbeitsschutz gemacht hätten. Die Befragung ergab auch: Insbesondere die schlecht ausgebildeten Migranten mit geringer Sprachkenntnis bedürfen einer speziellen Ansprache, um sie für den Arbeitsschutz zu sensibilisieren. Denn gerade diese arbeiten häufig in Branchen und an Orten, an denen sie besonderen Gefährdungen ausgesetzt sind.

Langfristig ist es wichtig, Beschäftigte mit Migrationshintergrund aktiv in Fragen der Prävention einzubeziehen. So werden sie nicht zu bloßen „Empfängern“ von Dienstleistungen, sondern können sich persönlich mit einbringen.

! www.dguv.de > Webcode: d117878



Ausschreibung: German Paralympic Media Award 2011

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung ruft auch in diesem Jahr Journalistinnen und Journalisten aller Medien zur Teilnahme am German Paralympic

Media Award auf. Der von der DGUV gestiftete Medienpreis wird in diesem Jahr bereits zum 13. Mal vergeben. Gewürdigt werden herausragende Reportagen und

Analysen sowie Interviews und andere journalistische Formen der Berichterstattung über den Sport von Menschen mit Behinderung.



Im Fokus: die paralympische Athletin Kirsten Bruhn

Entscheidend ist die exakt recherchierte, kompetente sowie allgemein verständliche Darstellung. Die eingereichten Beispiele sollen die Vielfalt der Themen des Behindertensports erfassen, Hintergründe erläutern und die Leser über die Rahmenbedingungen des Behindertensports informieren. Der Preis ist eine Anerkennung für Journalisten, die durch ihre Beiträge das Interesse für den Behindertensport gesteigert und die Leistungen von Sportlern mit Behinderung einem breiten Publikum ins Bewusstsein gerufen haben.

Es können alle journalistischen Arbeiten eingereicht werden, die ab dem 25. September 2010 veröffentlicht wurden. Ein-sendeschluss ist der 28. Oktober 2011.

! www.dguv.de > Webcode: d118337



Start des Pilotprojekts „Gelbe Füße“ im rheinland-pfälzischen Bendorf-Stromberg

Foto: UKRLP

„Gelbe Füße“ zum Schulstart

Zum Beginn des neuen Schuljahres hat die Unfallkasse Rheinland-Pfalz das Projekt „Gelbe Füße“ gestartet. Mittels aufgesprühter gelber Schuhabdrücke auf Gehwegen soll Kindern signalisiert werden, wo sich eine Gefahrensituation im Straßenverkehr befindet und wo sie sicher und unbeschadet die Straße überqueren können. Die „Gelben Füße“ unterstützen zudem auch Eltern, die mithilfe der

empfohlenen Wege mit ihren Kindern den Schulweg einüben können. Das Projekt wurde zunächst im rheinland-pfälzischen Bendorf-Stromberg vorgestellt und eingeführt. Schulleitung und Elternvertretung der dortigen Grundschule hatten es angestoßen, um die Gefahren für die Kinder an der stark befahrenen Landesstraße und an weiteren Stellen im Ortsteil zu entschärfen. Nun sollen die

„Gelben Füße“ auch in weiteren Städten „Schule machen“. Manfred Breitbach, stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse, versichert: „Wir unterstützen gerne weitere Grund- oder Förderschulen in Rheinland-Pfalz, die in ihren Orten dieses Präventionskonzept installieren möchten.“



www.ukrlp.de

Gesundheitswesen: Beste Arbeitgeber gesucht



Foto: ukb Scheurten

Das Great Place to Work Institut Deutschland lädt derzeit alle Einrichtungen des Gesundheitswesens zu einer Benchmarkstudie ein. Sie ermöglicht es Einrichtungen im Gesundheitsdienst, ihre Arbeitsplatzkultur untersuchen zu lassen und sich dabei auch mit anderen Arbeitgebern zu messen. Auf Basis einer detaillierten Standortbestimmung können sich die Teilnehmer daraufhin gezielt weiterentwickeln und von wertvollen Vergleichsdaten sowie vorbildlichen Praxisbeispielen profitieren. Mit der Studie verbunden ist der Wettbewerb „Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2012“, bei dem die bestplatzierten Einrichtungen in den Kategorien „Krankenhäuser/Kliniken“ sowie „Pflegerheime/Pflegedienste“ das inter-

national anerkannte Great Place to Work Arbeitgeber-Gütesiegel erhalten können.

Die Untersuchung wird jährlich durchgeführt und ist Teil des branchenübergreifenden Wettbewerbs „Deutschlands Beste Arbeitgeber“. Partner sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit seiner Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) sowie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Eine Anmeldung für die aktuelle Wettbewerbsrunde 2012 ist noch bis zum 14. Oktober 2011 möglich.



www.greatplacetowork.de

Reha-Management

Kommunikative Kompetenzen – Schlüssel für ein erfolgreiches Reha-Management

Ein effektives und effizientes Reha-Management erfordert individuelle Handlungskompetenz des Reha-Managers. Hierbei spielt vor allem die Fähigkeit, zu kommunizieren, eine entscheidende Rolle. Dies gilt nicht nur im Dialog mit den Rehabilitanden, sondern auch bei der Gestaltung und Pflege von Netzwerken und bei der Entwicklung innovativer Reha-Konzepte.

Seit Ende des Jahres 2010 gibt es den Handlungsleitfaden der gesetzlichen Unfallversicherung zum Reha-Management.¹ Darin werden dessen Ziele beschrieben und gemeinsame Standards erläutert. Die Durchführung des Reha-Managements obliegt dem Reha-Manager. Aufgabe des Reha-Managers ist es, zum Beispiel nach einem schweren Unfall, alle Leistungen zur Teilhabe gemeinsam mit dem Schwerverletzten und den Leistungserbringern zu planen, den Ablauf zu koordinieren und den zu rehabilitierenden Menschen aktivierend zu begleiten, um so die bestmögliche Partizipation am gesellschaftlichen Leben (Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zu ermöglichen und langfristig sicherzustellen.

Reha-Management stellt die Anwendung der Handlungsstrategie des Case Management im Kontext der Rehabilitation dar. Das Verhältnis zwischen der Theorie des Case Management, den Anwendungskonzepten im Kontext der Rehabilitation und der alltäglichen Reha-Management-Praxis ist in [Abbildung 1](#) dargestellt.

Case Management bietet Menschen in komplexen Lebenssituationen professionelle Unterstützung bei der Bewältigung besonderer Herausforderungen. Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management hat in ihren Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management² Leitlinien festgelegt

und Qualitätsstandards definiert. Diese dienen auch im Anwendungsfeld der Rehabilitation unter Einbeziehung der Leistungsgesetze und der UN-Behindertenrechtskonvention als Grundlage für ein qualitativ hochwertiges Reha-Management. Eine besondere Rolle spielen dabei die Kompetenzen, über die ein Case beziehungsweise Reha-Manager verfügen muss.

„Der Reha-Manager ist Lotse und die erfolgreiche Rehabilitation ist sein Ziel.“

Der Handlungsleitfaden zum Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurde unter Federführung der DGUV in einer mit Vertretern aus Theorie und Praxis besetzten Arbeitsgruppe entwickelt und stellt ein Reha-Management-Programm dar. Er berücksichtigt sowohl die Empfehlungen der Case-Management-Theorie als auch die Erfahrungen der Praktiker aus dem Alltag des Reha-Managements der Unfallversicherungsträger.

Was ist neu am Reha-Management?

Im Rahmen der klassischen Unfallsachbearbeitung steuert der Sachbearbeiter das Heilverfahren nahezu ausschließlich vom Schreibtisch aus. Dabei verlässt er sich auf die Qualität des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung, das durch das D-Arzt-Verfahren, das Verletzungsartenverfahren und die Behandlung in den BG-Kliniken gekennzeichnet ist. Der Sachbearbeiter begleitet das Heilverfahren, indem er die Arztberichte verfolgt beziehungsweise anfordert und gegebenenfalls mit dem beratenden Arzt des Unfallver-

sicherungsträgers bespricht. Wenn notwendig, wird in das Heilverfahren eingegriffen und zum Beispiel eine Verlegung in eine Spezialklinik veranlasst. Kontakt mit dem Versicherten, den Ärzten und den Therapeuten wird in der Regel schriftlich oder telefonisch aufgenommen.

Im Gegensatz zur Sachbearbeitung erfordert es das Reha-Management, die Verwaltung zu verlassen und direkt vor Ort tätig zu werden. Diese Verfahrensweise ist nicht gänzlich neu. Bei der Steuerung der beruflichen Wiedereingliederung sind die Berufshelfer bisher schon vor Ort im Einsatz und besuchen Versicherte und Arbeitgeber. Beim Reha-Management geht es nun darum, eine frühe Steuerung der Rehabilitation vor Ort zu gewährleisten und dabei die berufliche Perspektive nicht isoliert zu betrachten, sondern frühzeitig sowohl medizinische als auch berufliche und soziale Leistungen zur Teilhabe miteinander in Einklang zu bringen und effektiv und effizient miteinander zu verknüpfen.

Unter Einbeziehung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure wird ein Reha-Plan aufgestellt und gepflegt. In diesem sind die gemeinsam definierten Ziele dokumentiert und der zeitliche Ablauf sowie die Verantwortlichkeiten für die zielgerichtete Durchführung aller Maßnahmen zur Teilhabe festlegt. Die Umsetzung des Plans geschieht in enger Kooperation von Reha-Manager, Rehabilitand und den jeweiligen Leistungserbringern. Gemeinsam ist alles zu tun, damit eine erfolgreiche Wiedereingliederung gelingt.

Kommunikation mit dem Versicherten

Frühzeitig wird der Versicherte vom Reha-Manager aufgesucht, um gemeinsam mit ihm die Rehabilitation zu planen. Dabei muss der Reha-Manager einfühlsam vorgehen, sodass ein Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Versicherten entsteht und er als Ansprechpartner für alle wichtigen Fragen hinsichtlich der Verletzung und der Rehabilitation fungieren kann. Er wird den Versicherten im Gespräch motivieren, aktiv und selbstverantwortlich am Reha-Prozess mitzuwirken.

Der Versicherte soll gedanklich auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereitet werden. Hierfür werden hemmende und fördernde Faktoren offengelegt. Es gilt, einerseits Hindernisse wie familiäre Schwierigkeiten, Probleme mit dem Arbeitgeber oder gesundheitliche Vorerkrankungen zu identifizieren, andererseits aber auch nützliche Potenziale und Ressourcen wie Resilienzfaktoren und besondere persönliche Interessen festzustellen und für den Rehabilitationsprozess sinnvoll zu nutzen. So kann die Rehabilitation mit dem Versicherten individuell und passgenau abgestimmt werden.

Kommunikation mit Ärzten, Therapeuten und dem Arbeitgeber

Ebenso muss der Reha-Manager frühzeitig mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten sprechen, die Diagnose validieren und zielführende Behandlungs- und Reha-Maßnahmen abklären. Diese Maßnahmen müssen auf die Belange des konkreten Arbeitsplatzes abgestimmt sein, geht es doch darum, eine möglichst schnelle Rückkehr an den alten Arbeitsplatz zu erreichen.

Ärzte und Therapeuten selbst haben zunächst keine genauen Kenntnisse vom beruflichen Umfeld des Versicherten. Diese Informationen werden jedoch dringend benötigt, um zur Vorbereitung der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz die Rehabilitationsmaßnahmen passgenau an die alltäglichen Arbeitsaufgaben anzupassen. Zur Unterstützung dieser Vorgehensweise wurde von der DGUV kürzlich der Handlungsleitfaden zur arbeitsplatzbezogenen muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR)³ herausgegeben. Bei der ABMR stehen während der medizinischen Rehabilitation nicht nur Funktions- und Körperstrukturstörungen im Fokus. Es werden auch konkret benö-

tigte arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie integriert.

Die Anforderungen des Arbeitsplatzes werden in Form eines Tätigkeitsprofils festgestellt. Abzugleichen ist, inwieweit die Fähigkeiten des Versicherten dahingehend trainiert werden müssen und können. Für den Fall, dass eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aufgrund der Schwere der Verletzung nicht infrage kommt, ist zu klären, ob eine innerbetriebliche Umsetzung möglich ist oder ob frühzeitig beispielsweise an Qualifizierungsmaßnahmen gedacht werden muss.

Der Reha-Manager ist zentraler Ansprechpartner für alle an der Rehabilitation beteiligten Personen und bei ihm fließen alle diesbezüglichen Informationen zusammen.

Kommunikation auf Systemebene

Über die bislang skizzierte Einzelfallenebene hinaus ist es auch Aufgabe des Reha-Managers, auf der Systemebene zu agieren. Diese umfasst die unmittelbare, fallbezogene operative Organisationsebene (innere Strukturen; Leistungsträger) und die mittelbare, strategisch institutionelle Netzwerkebene (externe Strukturen; Leistungserbringer). Zur Sicherstellung optimaler Versorgungsstrukturen und qualitativ hochwertiger Leistungen ist es von Bedeutung, systemgestaltend im Netzwerk tätig zu werden. Es gilt, Erfahrungen aus Einzelfällen auszuwerten, um daraus Qualitätsanforderungen für das Netzwerk zu generieren.

Auch die Diskussion und die Weiterentwicklung spezieller Programme und Handlungskonzepte im Kontext des Reha-Managements gehören zum Aufgabenspektrum des Reha-Managers. Wie in [Abbildung 1](#) verdeutlicht, hat die Ebene der Praxis einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Programm- und auch auf die Theorieebene. Das Ziel ist, miteinander voneinander zu lernen und somit eine kontinuierliche Prozessoptimierung zu ermöglichen. ▶

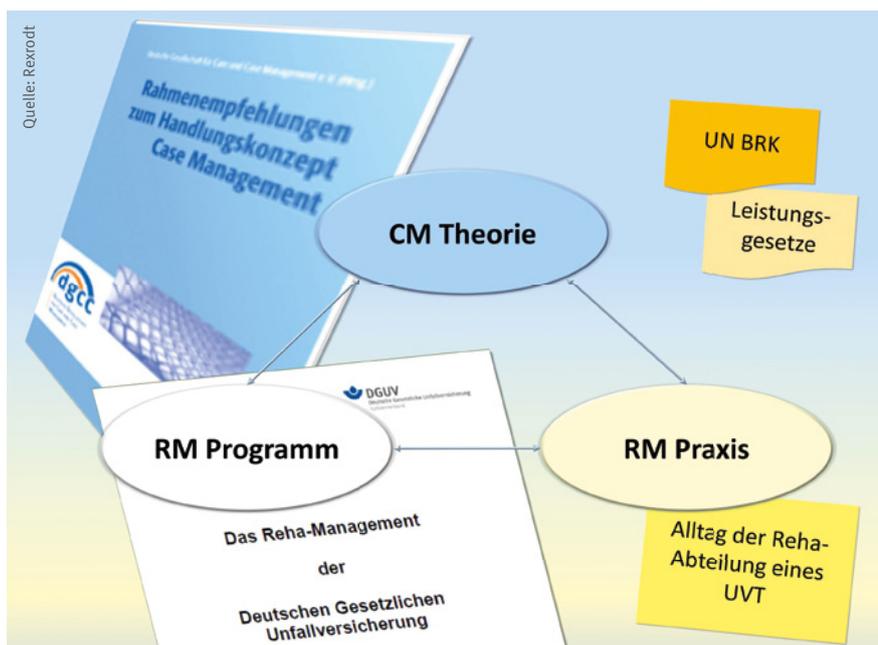


Abbildung 1: Das Verhältnis von Case Management (CM) zum Reha-Management (RM)

„Im Gegensatz zur Sachbearbeitung erfordert es das Reha-Management, die Verwaltung zu verlassen und direkt vor Ort tätig zu werden.“

Anforderungen an den Reha-Manager

Die dargestellten Aufgaben machen deutlich: Eine wesentliche Anforderung an den Reha-Manager besteht darin, kommunizieren zu können. Entsprechende Fähigkeiten und Freude am Umgang mit Menschen sind Voraussetzungen für seine Tätigkeit.

Vielfach haben die Reha-Manager bereits mehrere Jahre als Sachbearbeiter in der Leistungsabteilung ihres Unfallversicherungsträgers die Rehabilitation betreut und sind dadurch mit internen Verwaltungsabläufen vertraut. Diese notwendige Fachkompetenz ist unerlässlich.

Um im Prozess des Reha-Managements erfolgreich agieren und das damit verbundene hohe Maß an Kommunikation, Planung und Prozesssteuerung bewältigen zu können, benötigt der Reha-Manager der gesetzlichen Unfallversicherung neben seiner Fachkompetenz insbesondere Sozial-, Selbst- und spezielle Methodenkompetenzen.⁴ Zusammen ergibt sich daraus die individuelle Handlungskompetenz des Case beziehungsweise Reha-Managers.⁵

Sozialkompetenz ist unerlässlich, um mit dem Versicherten, dem Arbeitgeber und mit den Leistungserbringern in Kontakt

treten zu können. Der Reha-Manager muss den Versicherten auf die Rehabilitation einstimmen und ihn einbeziehen, sodass dieser seine Reha-Ziele stets vor Augen hat und sich bei Störungen oder Problemen meldet. Er muss kontakt- und konfliktfähig sein, um bei etwaigen Problemen im Einvernehmen mit den Beteiligten kreative Lösungen zu finden. Zudem muss er Ärzte und Therapeuten über arbeitsbedingte und persönliche Faktoren, die für eine erfolgreiche Rehabilitation des Versicherten zu beachten sind, informieren. Der Reha-Manager ist Lotse und die erfolgreiche Rehabilitation ist seine Aufgabe. Um diese erfolgreich zu bewältigen, benötigt er kooperative Handlungskompetenz und eine geschickte Verhandlungsführung.

Darüber hinaus braucht der Reha-Manager Selbstkompetenz. Er muss über ein selbstsicheres und selbstbewusstes Auftreten verfügen und in der Lage sein, schnell und unbürokratisch Entscheidungen zu treffen. Vor allem muss er im Rahmen der Ergebnisbewertung die eigene Arbeit realistisch einschätzen können. Dazu gehört es, reflexionsfähig zu sein und die Bereitschaft zu haben, die Rehabilitationsfälle in einem Supervisionsverfahren vorzustellen und Evaluationskonzepte zu entwickeln.



- 1 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010): *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden* (www.dguv.de › Webcode: d110436).
- 2 Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): *Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management*, Heidelberg 2009.
- 3 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011): *Handlungsanleitung zur arbeitsplatzbezogenen muskuloskelettalen Rehabilitation für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung (ABMR), Rundschreiben – 026/2011 vom 3.5.2011.*
- 4 Vgl. Erpenbeck, J.; Rosenstiel, L.: *Handbuch Kompetenzmessung*, Stuttgart 2007, S. XVII ff.
- 5 Vgl. Löcherbach, P.: *Qualifizierung im Case Management*. In: *Löcherbach et al.: Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, 4. Auflage, München 2009, S. 226 – 257.

Der Reha-Manager benötigt zudem Methodenkompetenz. Er muss in allen Phasen des Reha-Managements in der Lage sein, die richtigen Instrumente und Methoden zielführend einzusetzen. So sollte zum Beispiel zur möglichst objektiven Beurteilung der Situation des Rehabili-

Tabelle 1: Kompetenzbereiche des Reha-Managers

Fach- und Sachkompetenz	Methodenkompetenz	Soziale Kompetenz	Selbstkompetenz
<ul style="list-style-type: none"> • Rechtskenntnisse (Sozialrecht, Verwaltungsrecht) • Reha-Management, Konzepte und Strategien • Kenntnisse der medizinischen Versorgungsstrukturen • Soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit • Aktive Eingliederungsdiagnostik • Strukturen des Arbeitsmarktes • Grundwissen BWL • Evaluation des Eingliederungsprozesses 	<ul style="list-style-type: none"> • Networking • Verfahrenskompetenz in den einzelnen Phasen des Reha-Managements: Fallanalyse, (Assessment), Formulierung und Festlegung der Ziele und des Maßnahmenkatalogs (Reha-Plan), Begleitung der Umsetzung (Monitoring), Erfolgsüberwachung, Evaluation • Evaluationskonzepte • Wissensmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfähigkeit • Kooperative Handlungskompetenz • Koordinationskompetenz • Kritik- und Konfliktfähigkeit • Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit • Verhandlungsführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstsicherheit, Selbstbewusstsein • Reflexionskompetenz • Kontaktfähigkeit, Offenheit und Belastbarkeit • Selbstreflexion, Urteilsbildung

Quelle: Vgl. Löcherbach, S. 244



Beim Reha-Management wird die Rehabilitation frühzeitig vor Ort gesteuert.

Weiterbildung für den gehobenen Dienst (FPO) an, der zum Einstieg in das sechste Fachsemester des Bachelor-Studiengangs „Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung“ befähigt. Die Hochschule der DGUV in Bad Hersfeld führt in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg einen Zertifikatsstudiengang durch. ●

tanden im Assessment ein effektiver und effizienter Einsatz geeigneter Analyseinstrumente erfolgen. Bei der Formulierung individueller Rehabilitationsziele und der Festlegung der zum Erreichen dieser Ziele notwendigen Maßnahmen im Reha-Plan sind entsprechende Moderationsmethoden erforderlich. Für die Begleitung der Umsetzung (Monitoring), Erfolgsüberwachung und Evaluation sind Verfahren zur Dokumentation und Bewertung der Qualität notwendig.

Auf der Fallebene sind somit vor allem Methoden der Gesprächsführung im Sinne eines Coachings und der Moderation von Gesprächsgruppen erforderlich. Auf der Systemebene stehen Organisations- und Verhandlungstechniken im Vordergrund.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich durch die Ausrichtung des Reha-Managements an den Prinzipien des Case Management und den damit verbundenen Aufgaben ein vielfältiges Kompetenzspektrum ergibt. Sowohl das Kommunizieren auf der individuellen Ebene des Fallmanagements im direkten Kontakt mit dem Rehabilitanden als auch das Kommunizieren auf der Ebene des Systemmanagements im Netzwerk der Leistungserbringer und Leistungsträger bedarf spezieller Kompetenzen.

Bildungsangebote

Die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg berücksichtigt die Notwendigkeit dieser Kompetenzen in ihrem Bachelor-Studiengang

„Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung“. Im Rahmen dieses Studiengangs bildet die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg in Kooperation mit der Hochschule der DGUV in Bad Hersfeld die zukünftigen Fachkräfte der Unfallversicherungsträger für den gehobenen Dienst aus. Da ein Großteil der Absolventen später im Bereich der Rehabilitation beschäftigt sein wird, liegt ein Schwerpunkt des Studiums auf dem Case Management. Neben der Theorie des Case Management und seinen Anwendungsformen im Feld der Rehabilitation lernen die Studierenden ausgewählte Methoden und Instrumente kennen und üben deren Einsatz. Dieses wird durch Fachvorträge von Leistungserbringern und Erfahrungsberichte von Praktikern der gesetzlichen Unfallversicherung ergänzt. Die Studierenden werden in die Lage versetzt, sich später leicht in dem in [Abbildung 1](#) dargestellten Spannungsfeld zurechtzufinden und alle Sichtweisen miteinander zu verbinden.

Für die Gruppe der bereits erfahrenen Beschäftigten der Unfallversicherungsträger bietet die DGUV Akademie ein umfangreiches Seminarprogramm an, in dem die genannten Kompetenzen erworben und vertieft werden können ([Tabelle 1](#)). Darüber hinaus bieten die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg und die Hochschule der DGUV in Bad Hersfeld Weiterbildungslehrgänge an.

Die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg bietet aktuell einen Weiterbildungslehrgang für Absolventen der ehemaligen internen

Autoren



Ulrike Brink

Dozentin und Seminarbeauftragte in den Bereichen Rehabilitation und Gesundheit an der DGUV Akademie, Hochschule und Studieninstitut der DGUV, Campus Hennef
E-Mail: ulrike.brink@dguv.de



Prof. Dr. Christian Rexrodt

Professor für Case Management an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Sozialversicherung
E-Mail: christian.rexrodt@h-brs.de

Erfolgsfaktor Fallauswahl

Kontextfaktoren und ihr Einfluss auf den Reha-Verlauf



Foto: DGUV/Jannik Becker

Für die Aufnahme von schwer verletzten Versicherten ins Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung können mehrere Gründe sprechen. Neben der Arbeitsunfähigkeitsprognose als formalem Kriterium spielen bei der Fallauswahl Kontextfaktoren aus dem Lebenshintergrund des Verletzten eine entscheidende Rolle.

Der Handlungsleitfaden der DGUV zur einheitlichen Umsetzung des Reha-Managements (im Folgenden RM)¹ durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung enthält Mindeststandards, die sich auch auf die Frage beziehen, welche Versicherten mithilfe dieses Verfahrens betreut werden sollen. RM ist mit einem deutlich höheren Aufwand an finanziellen und personellen Ressourcen verbunden als die übliche Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens. Um den vergleichsweise hohen Einsatz dieser Mittel zu rechtfertigen, muss es sich bei den ausgewählten Unfallverletzungen um solche handeln, bei denen durch eine opti-

male Rehabilitation ein erheblich besseres Ergebnis erzielt werden kann. Diese Grundvoraussetzung trifft nach den Erfahrungen der Praxis vor allem auf Fälle zu, in denen aufgrund der Schwere der Verletzungen oder bedingt durch andere die Rehabilitation beeinflussende Begleitumstände in der Person des Versicherten oder seines beruflichen wie privaten Umfelds negative Auswirkungen auf den Verlauf des Heilverfahrens oder die berufliche wie soziale Teilhabe zu befürchten sind. Dieser Beitrag zeigt Probleme und Ansätze für eine zielgenaue Fallauswahl auf und gibt Hinweise auf Art und Umfang der für das RM in Betracht kommenden Fallkontingente.

Allgemeine Prinzipien der Fallauswahl

Je nach Grundverständnis des UV-Trägers kann der Schwerpunkt des RM auf der Heilverfahrenssteuerung im medizinischen Bild, in der Ressourcenstärkung im psychosozialen Umfeld oder im beruflichen Umfeld liegen.

Der Handlungsleitfaden legt die UV-Träger trotz der rehawissenschaftlich erwiesenen Dominanz psychosozialer Einflüsse bewusst nicht auf einen Handlungsschwerpunkt fest. Er ist auf der Suche nach Best Practices als „Paper in Progress“ angelegt. Deshalb werden die Assessmentinstrumente der Fallauswahl

(Abbildung 1) unterschiedlich sein. Welche Instrumente zur Fallauswahl herangezogen werden, ist die strategische Entscheidung jedes UV-Trägers.

So kann je nach Struktur des Versichertenbestandes bei einigen UV-Trägern die Auswahl nach formalen Kriterien wie Beruf, Alter oder anderen, schon im Unfallbericht erkennbaren Informationen den Schwerpunkt bilden. Aus der Art der Verletzung und der beruflichen Tätigkeit lassen sich oft Problemlagen der beruflichen Reintegration ableiten. So wird die Kalkaneustrümmerfraktur bei Personen, die viel auf Leitern und in Zwangshaltung stehen, oder die Fingeramputation bei Beschäftigten, die feinmechanische Arbeiten ausüben, ohne viel Analyseaufwand den Reha-Manager im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf den Plan rufen. Bei anderen Merkmalen, wie beispielsweise „Leiharbeiter“, kann dies nicht als offenkundig vorausgesetzt werden. Um dabei formaltypisierend vorzugehen, sind eine detaillierte Analyse des Unfallbestandes und die statistische Signifikanz besonderer Risikogruppen erforderlich.

Soll die Zielgruppe für das RM über die Prognose der Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU-Dauer) bestimmt werden, entscheiden die Art und Qualität der erfassten Daten und das Regelwerk des Computerprogramms über die Qualität der Prognose. Hier geht es nicht darum, typische schwere, im Mittel langwierige Verletzungen von typischen leichten, im Mittel schneller heilenden Verletzungen zu unterscheiden. Vielmehr müssen innerhalb jeder Verletzungsart die konkreten Fälle mit längerer AU-Dauer identifiziert werden. Beispielsweise ist es nicht zwingend zielführend, alle Trümmerbrüche pauschal als schwere Unfälle zu identifizieren und alle Teiltraktionen als weniger schwer. Entscheidend ist vielmehr, innerhalb jeder Verletzungsart den kleinen Anteil der Problemfälle zu identifizieren, der durch dominante psycho-soziale Risikofaktoren geprägt ist. Die Entstehung dieser Faktoren kann sich während der gesamten Dauer der Rehabilitation manifestieren.

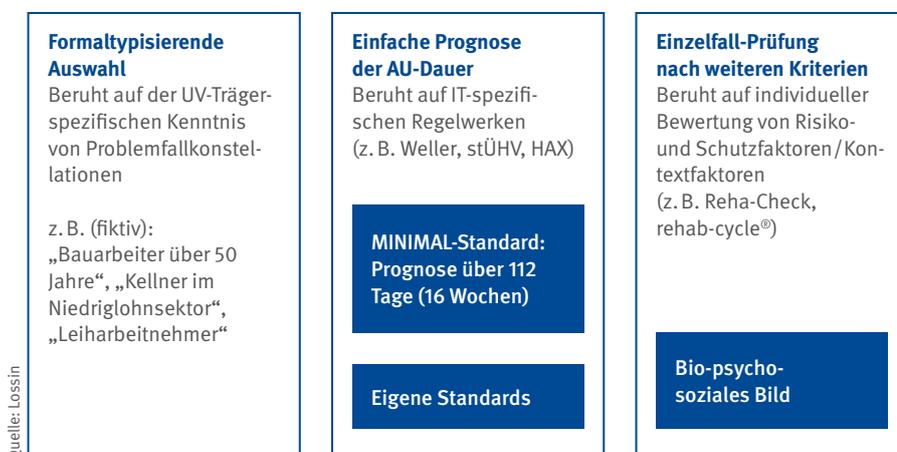
Fallauswahl mittels prognostischer AU-Dauer

Der Handlungsleitfaden legt fest, dass bei einer zu erwartenden AU-Dauer ab 112

Tagen ein Versicherter im RM zu betreuen ist. Dieses rein formale Auswahlkriterium erlaubt einen ersten Zugang zur Fallauswahl, unabhängig von der Frage, was die Besonderheit dieser Fälle ausmacht. Die Arbeitsgruppe Reha-Management der DGUV hat sich dabei im Rahmen eines Diskussionsprozesses auf einen Konsenswert verständigt, bei dem die Annahme, dass die berufliche Wiedereingliederung zu Schwierigkeiten führen könnte, in starkem Maße zu befürchten ist. Für eine Einschätzung der Fallmengen, die für das RM relevant sind, gibt es Erfahrungswerte verschiedener Berufsgenossenschaften. Dort wird von einem Fallaufkommen von etwa zwei bis fünf Prozent der meldepflichtigen Unfälle gesprochen.

Der Leitfaden greift diese Erfahrungen auf, indem er eine RM-Relevanz bei einer AU-Prognose von über 112 Tagen annimmt. Da die Prognose eine Einschätzung mit Blick in die Zukunft ist, die auf der Basis sehr unterschiedlicher Datenbestände und Methoden erfolgen kann, ist ein Blick auf die tatsächlichen Fallgestaltungen und die jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten angezeigt. ▶

„In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur wird betont, dass die psychosozialen Faktoren – und nicht die ‚harten‘ Kriterien wie Verletzungsschwere und Behandlungsmethode – das Ergebnis der Rehabilitation bestimmen.“



Quelle: Lossin

Abbildung 1: Assessmentinstrumente zur Fallauswahl im Reha-Management

Aufgrund von Erfahrungswerten ist es zur Vorselektion des Unfallgeschehens einigen UV-Trägern möglich, verletzungsspezifische Aussagen zum Reha-Verlauf zu machen. Die IT-gestützte Auswahl potenzieller Fälle kann dabei nur in dem Maße hilfreich sein, in dem die Datenqualität der erfassten Diagnosen gesichert ist. Je höher die Validität der im IT-System erfassten Diagnose, umso zielgerichteter kann die Selektion der für die Vorauswahl zu bestimmenden Fälle erfolgen. Wenn sich bei der Auswertung der Diagnosen bei der Ersterfassung Zweifel ergeben, ist es daher unabdingbar, für das weitere Vorgehen die Diagnosesicherung zu betreiben. Manche Systeme verwenden hierzu Validierungsschreiben, die an den erstbehandelnden Arzt gerichtet sind. Ebenso denkbar ist eine Diagnosevalidierung unter Einbeziehung des beratenden Arztes, um festzustellen, ob die Differenzierung der Diagnose-Klassifikation für die Frage, ob ein RM durchgeführt werden soll, zielführend ist.

Wegen der breiten Streuung der AU-Zeiten aus der medizinischen Diagnose lässt sich daraus allein nicht immer eine zuverlässige Auswahlentscheidung treffen. Eine entscheidende Rolle bei der Fallauswahl kommt daher auch den sogenannten Kontextfaktoren zu.

Fallauswahl mittels Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die bei der Durchführung des RM zu beach-

ten ist, Kontextfaktoren genannt. Kontextfaktoren setzen sich aus Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren zusammen. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten, zum Beispiel bauliche Gegebenheiten, Straßen, Wege, Unterstützung durch Beziehungen, Familie und Arbeitgeber. Personenbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person, wie etwa Alter, Fitness, Lebensstil, sozialer Hintergrund und Coping des Versicherten. Die Einbeziehung von Kontextfaktoren ermöglicht es, die Frage zu beantworten, welche dieser Faktoren sich positiv und welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von Förderfaktoren und im zweiten Fall von Barrieren gesprochen.²

Bei jeder Verletzung ist eine breite Streuung der AU-Dauer anzunehmen. Diese breite Streuung liegt darin begründet, dass der Genesungsprozess kein standardisierter, gleichförmiger Vorgang ist, sondern vielmehr von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt wird, die am besten durch das bio-psycho-soziale Modell³ umschrieben werden können. Dabei wird in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur⁴ betont, dass die psycho-sozialen Faktoren – und nicht die „harten“ Kriterien wie Verletzungsschwere und Behandlungsmethode – das Ergebnis der Rehabilitation bestimmen. Die Kontextfaktoren sind im Rahmen des RM somit von enormer Bedeutung und müssen kommuniziert werden.⁵

Nach der Lehre von der Salutogenese⁶ wird der Genesungsverlauf von Risiko- und Schutzfaktoren dominiert. Gesundheit wird nicht als Zustand, sondern als Prozess angesehen, der durch Eigenschaften und Ressourcen des Menschen erhalten werden kann. Sie ist als ein mehrdimensionales Geschehen zu verstehen, das stark mit den sozialen und kulturellen Kontexten des Einzelnen verknüpft ist. Risikofaktoren wie negative Grundeinstellung, fehlende soziale Unterstützung oder entmutigende Komplikationen stehen für eine längere, problematischere AU mit der Gefahr eines schlechten Outcome. Schutzfaktoren wie Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung und helfende Bezugspersonen stehen hingegen für eine kürzere AU und ein besseres Heilergebnis (siehe [Abbildung 2](#)). In diesem Modell kann die Fallauswahl nach Kategorien von V. (Schutzfaktoren überwiegen) bis I. (schwere heilverlaufsprägende Risikofaktoren) erfolgen (vergleiche [Tabelle 2](#)).

Die entscheidenden Faktoren des bio-psycho-sozialen Modells sind in [Tabelle 1](#) zusammengefasst.

Auch wenn die Prävalenz (Häufigkeit) und Wirkstärke dieser Faktoren für Unfallverletzte bisher nur marginal Gegenstand rehawissenschaftlicher Forschung waren, reichen die vorhandenen Kenntnisse über ihre herausragende Bedeutung für den Verlauf der Rehabilitation aus, um sie als Kriterium für die RM-Fallauswahl heranzuziehen. Eine beispielhafte Fallauswahl nach weiteren

Tabelle 1: Bio-psycho-soziale Risiko- und Schutzfaktoren im Genesungsverlauf Unfallverletzter

medizinisches Bild				psychologisches	
Genesungsfaktoren		Behandlungsfaktoren		Persönlichkeitsfaktoren	
Unfallfolgen	sekundäres Gesundheitsbild	Versorgungssystem Leistung	Versorgungssystem Logistik	Grundeinstellung	berufliche Motive
primäre Leitverletzung	Allgemeinzustand	Fehlversorgung/ Behandlungsziel	Berichtswesen/ Informationsfluss	Lebensbewertung/ Optimismus	Motivation zur Rückkehr in den Betrieb
sekundäre Unfallfolgen	Vorschädigungen	Über-/Unterversorgung	HV-Steuerung, Kontakte, Netzwerk	Initiative/ Kontrollüberzeugungen	Motivation zur Rückkehr in den Beruf
Komplikationen und Heilverlaufsstörungen	Begleiterkrankungen				

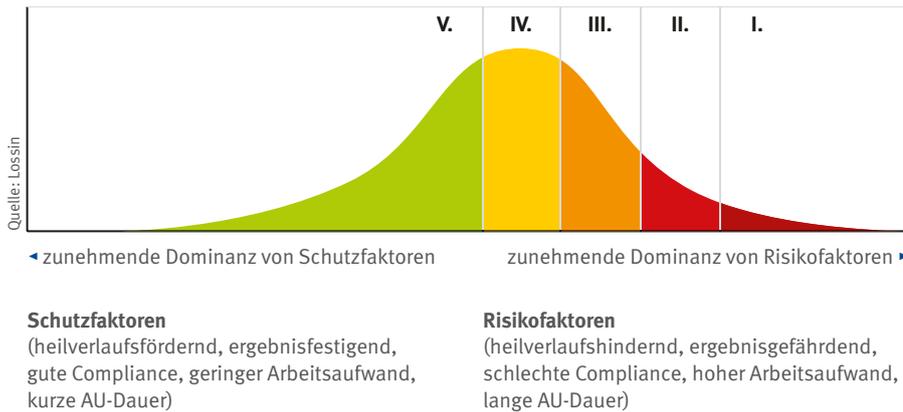


Abbildung 2: Bedeutung von Kontextfaktoren für den Reha-Verlauf, Kategorien I. (schwer) bis V. (leicht)

Kriterien außer der AU-Dauer enthält der Abschnitt 2.3 des DGUV-Leitfadens.

Problematisch erscheint die Feststellung von Schutz- und Risikofaktoren durch den UV-Träger insbesondere bei Fällen, die nicht über die prognostische AU-Dauer ins RM gelangen. Die Frage, auf welchem Weg der UV-Träger von Umständen Kenntnis erlangen kann, die der Rehabilitation des Versicherten günstig oder abträglich sein können, ist nur mit einem Blick in die praktischen Abläufe der Fallbearbeitung zu beantworten. In der Sachbearbeitung werden Versicherungsfälle, die dem RM nicht automatisch über die AU-Dauer zugeführt werden, erst auffällig, wenn sie einen Heilverfahrensendtermin überschreiten. Die Reaktion wird dann sein, einen solchen „RM-Verdachtsfall“ einer

genauen Betrachtung zu unterziehen und den Reha-Manager einzubeziehen, der Kontakt mit dem Versicherten, den Behandlern oder auch dem Arbeitgeber aufnimmt, um die Ursache für die retardierte Genesung zu erfragen. Zu diesem Zeitpunkt kann der Fall bereits an einem Stand angelangt sein, an dem man einem optimalen Rehabilitationsergebnis nur noch naheilen kann.

Bei der beschriebenen Konstellation handelt es sich um eine Schwachstelle im Sinne einer Identifikationslücke, die nur schwer überbrückbar scheint: Da eine intensive persönliche Betreuung der Versicherten unterhalb einer zu erwartenden AU von 112 Tagen in der Regel nicht per RM erfolgt, entfallen vertrauensbegründende Kontakte wie das Erstgespräch und andere Gelegenheiten, bei denen der UV-

Träger etwas über die Lebensumstände des Versicherten erfahren könnte. Zudem übernehmen die Bearbeitung solcher Fälle Mitarbeiter, die unter Umständen nicht im selben Maß geschult und erfahren im Umgang mit den Versicherten sind, um für die Problematik der Kontextfaktoren sensibilisiert zu sein und diese im Gespräch mit den Versicherten herauszuarbeiten.

Aus dem regelmäßigen Verfahrensablauf werden Kontextfaktoren selten herauszulesen sein. Der standardisierte D-Arzt-Bericht und Nachschauberichte enthalten erforderliche Zusatzinformationen zumeist nicht. Die Chance, während der Unfallsachbearbeitung (USB) etwas über personenbedingte Risiken in Bezug auf die Rehabilitation in Erfahrung zu bringen, besteht somit bestenfalls im Rahmen freier Befundberichte, die eine extensive Darstellung der aktuellen Situation im Heilverfahren zulassen und Hinweise auf Kontextfaktoren enthalten können. Die Berichte, die von den behandelnden Ärzten übersandt werden, können explizit oder auch zwischen den Zeilen wichtige Informationen über den Versicherten liefern. Die Praxis zeigt, dass es Erfahrungswissen ist, das dazu beiträgt, beispielsweise CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) zu einem frühen Zeitpunkt aus dokumentierten Befunden und Diagnosen – die mitunter in falsch verstandenem Interesse des Behandlers in geschöner Form erstellt werden – zu identifizieren und mit den notwendigen Behandlungsmaßnahmen die Rehabilitation zum Erfolg zu führen. ▶

Bild		soziales Bild			
situative Faktoren		soziales Umfeld		berufliches Umfeld	
Traumaverarbeitung	Reha-Einschätzung	persönliche Bindungen	sozialer Druck und Status	Betriebliche Lage	persönliche Berufsperspektive
psychischer Leidensdruck	Genesungsbewertung	Bezugspersonen/ soziale Unterstützung	soziale Schicht, Sprache, Sozialisation	Arbeitsnachfrage	Tätigkeitsniveau, Beruf
Schuldfragen, Grübeln	Akzeptanz, Selbstbild	Verantwortung	Besitz- und Teilhabeinteressen	Hilfepotenzial/ soziale Sicherheit	formales Arbeitsverhältnis, prekäre Arbeit
Referenzerfahrungen					arbeitsphysiologische Belastungsprognose

Vom Versicherten selbst Informationen zu einer finanziellen Notlage, prekären Familienverhältnissen, mangelnder Motivation, einer Suchtproblematik oder zu einer sich anbahnenden psychischen Fehlentwicklung bei der Verarbeitung des Unfallereignisses (zum Beispiel Posttraumatische Belastungsstörung) zu erhalten, setzt ein Vertrauensverhältnis voraus, das zunächst begründet und entwickelt werden muss. Essenziell hierfür ist ein offener und persönlicher Kontakt mit dem Versicherten durch entsprechend geschulte, erfahrene und qualifizierte Mitarbeiter, der zumindest telefonisch herzustellen ist. Entsprechende Einblicke bleiben aber oft genug dem Vertreter des UV-Trägers – Reha-Manager und/oder Berufshelfer – vorbehalten, der sich vor Ort beim Versicherten bemüht, sich einen Überblick über dessen Situation zu verschaffen.

Diese Prämisse kennzeichnet die Ausgangssituation des RM insgesamt und erschwert die Identifikation von Kontextfaktoren erheblich, da der persönliche Kontakt meistens nur in bereits vordefinierten RM-Fällen aufgrund der AU-Prognose und nur vom Reha-Manager begründet und gepflegt wird. Durch das Zusammenwirken von Reha-Manager, Netzwerkpartner und Versichertem

können die Risiken für den Reha-Verlauf jedoch zumindest in Fällen mit Teamgesprächen und/oder persönlichem Kontakt ermittelt werden. Die Entscheidung, welche Risikofaktoren in welcher Ausprägung und in welchem Zusammenspiel zur Aufnahme ins RM führen sollen, ist dem Ermessensspielraum des UV-Trägers überlassen. Eine Auswahlhilfe bietet die in **Tabelle 2** dargestellte Einteilung.

Aus dieser Systematik kann auf eine relevante Mindestfallmenge von 1,5 bis vier Prozent (Kategorie I) geschlossen werden. Hier sollte von einer AU-Prognose von über 112 Tagen ausgegangen werden. Damit zeigt sich, dass trotz unterschiedlicher Herangehensweisen bei der Fallauswahl die inhaltliche Arbeit identisch ist.

Hinzuweisen ist auf eine erhebliche Steigerung bei den psychischen Erkrankungsformen in der Allgemeinbevölkerung.⁷ Die psychischen Erkrankungen bilden inzwischen die viertwichtigste Krankheitsgruppe, während sie Anfang der Neunzigerjahre nur den siebten Rang einnahmen und vorher nahezu bedeutungslos waren. Bei Frauen steht diese Krankheitsursache mit 13,9 Prozent sogar an dritter Stelle, bei Männern mit 7,9 Prozent auf dem vierten Platz.⁸ Die damit verbunde-

nen Kostensteigerungen in der gesetzlichen Kranken- sowie in der Rentenversicherung sind erheblich. Daraus ergibt sich aber auch, dass diese Erkrankungen für die Auswahl von RM-Fällen als Kontextfaktor von zunehmender Bedeutung sein werden.

Zuständigkeit und Verfahrensweise

Unentbehrlich für eine gute Trefferquote bei der Auswahl der richtigen RM-Fälle sind die Sichtung der Fälle und die Entscheidungsfindung durch entsprechend geschultes und erfahrenes Personal. Die Aufbau- und Ablauforganisation des Auswahlprozesses sollte auf einer möglichst breiten Datenbasis erfolgen. Entscheidungen nur aufgrund eines einzelnen Schriftstücks im Zuge der Postdurchsicht können für eine zutreffende Fallauswahl unter Umständen unzureichend sein. Enthält ein Eingang Hinweise auf Kontextfaktoren, sollte zeitnah ermittelt werden, ob sich der Eindruck bestätigen lässt, dass der Fall ins RM übernommen werden sollte (zum Beispiel bei einer Suchterkrankung mit unklarem Status, die sich aus ärztlichen Berichten ergibt). Im Zweifel kann die Gesamtschau nach Beiziehung der Akte eine hinreichende Entscheidungsgrundlage bieten. Das Einholen eines persönlichen Eindrucks vom Ver-

Tabelle 2: Fallauswahl im bio-psycho-sozialen Modell

Salutogenetisches Potenzial		Bearbeitung		medizinisches Bild	
Kategorie	Definition	durch	Häufigkeit	Genesungsfaktoren (Unfallfolgen, sek. Gesundheitsbild)	Behandlungsergebnisse (Versorgungssystem)
I	Auftreten einzelner schwerer heilverlaufsprägender Risikofaktoren oder Kumulation mehrerer	RM	zirka 1,5–4 %	z. B. schwere Fälle mit deutlich verbleibenden Einschränkungen	z. B. Art oder Umfang der Versorgung gefährden das Ziel der Reha
II	einzelne deutlich erkennbare Risikofaktoren, die den Heilverlauf erkennbar/deutlich verschlechtern	Einzelfallentscheidung RM/USB	zirka 5–15 %	z. B. Komplikationen, Heilverlaufsstörungen	z. B. nicht geradliniger Reha-Verlauf, aktive Fallsteuerung nötig
III	einzelne, leichter wirkende Risikofaktoren, die den Heilverlauf etwas verschlechtern	USB	zirka 15–25 %	z. B. schlechter Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen	z. B. Reha-Löcher
IV	kein relevanter Einfluss von Risiko- oder Schutzfaktoren	USB	zirka 25–50 %	z. B. Körperfunktionen weitestgehend erhalten, guter Allgemeinzustand	z. B. Heilverfahren kontrolliert, zielführend und akzeptiert
V	Schutzfaktoren überwiegen	USB	zirka 30–60 %		

sicherten mit seiner beruflichen und sozialen Lebenssituation vermittelt jedoch immer die fundierteste Grundlage, wenn sich aus den vorgenannten Informationen keine Entscheidung ableiten lässt. Dies gilt auch für persönliche Gespräche mit den behandelnden Ärzten.

Eine Entscheidung für das RM sollte immer nachvollziehbar und durch Dritte überprüfbar sein. Der Entscheider sollte nicht aus langjährig entwickeltem Bauchgefühl heraus die Aufnahme ins RM bejahen, sondern auf Grundlage eines objektivierte, bewussten und strukturierten Profiling. Soweit nicht eine IT-gestützte Fallzuweisung über die AU-Prognose erfolgt, liegt es in der Hand der Sachbearbeiter, Fälle für das RM aufzugreifen und im Dialog mit dem zuständigen Reha-Manager eine Teamentscheidung zu treffen. Bei Hinweisen auf Kontextfaktoren können über einen telefonischen (Erst-)Kontakt mit strukturiertem Interview dann die notwendigen Erkenntnisse gewonnen werden, die es ermöglichen, sich ein Bild vom Fall zu machen und eine belastbare Einordnung in eine Kategorie vorzunehmen.

„Eine Entscheidung für das Reha-Management sollte immer nachvollziehbar und durch Dritte überprüfbar sein.“

Qualität und Konsequenzen

Da das RM mit einem hohen Betreuungsaufwand verbunden ist, ergibt sich aus dem Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) das Gebot, die dafür aufgewandten Mittel effizient einzusetzen. Durch aktives RM erfolgt ein zielgerichteter Mitteleinsatz, durch den sich erhebliche Kosteneffekte in Bezug auf Behandlungskosten, Verletztengeldzahlungen, Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit, Reduzierung von Rentenleistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergeben.⁹ Dies macht eine Qualitätssicherung bei der Fallauswahl zur Pflicht. Allgemeine Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität

und Validität stehen dabei an vorderster Stelle.

Diesen Anforderungen kann eine Selektion nach AU-Dauer jedoch aus Gründen, die in der Natur der Sache liegen,

nicht uneingeschränkt gerecht werden. Da es sich bei der prognostischen AU-Dauer um einen Mittelwert handelt, werden Versicherte mit einer gleichen Verletzung nach Art, Ort und Schwere dennoch teils vor, teils nach der Dauer von beispielsweise 112 Tagen wieder arbeitsfähig

werden. Es wird Fälle geben, die „auf Verdacht“ ins RM aufgenommen wurden, die sich dann aber ohne besondere Schwierigkeiten entwickelten (falsch-positive Fälle). Dies kann insbesondere dann eintreten, wenn sehr früh und auf niedriger Informationsbasis, zum Beispiel einer ärztlichen Unfallmeldung, entschieden wird. Eine fatale Fehlinterpretation wäre es, das Ausbleiben von Problemen und die Einhaltung oder sogar Unterschreitung der AU-Prognose in solchen Fällen als Erfolg des RM zu werten, da hierdurch der Bias zur Handlungsmaxime verklärt würde: Je fehlerhafter die Fallauswahl, desto größer der Erfolg des RM.

Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit bilden die falsch-positiven Fälle eine kritische Gruppe: Der erhebliche Input läuft ins Leere, die Arbeitskapazitäten des qualifizierten Fachpersonals werden an der falschen Stelle gebunden. Daher ist die richtige Fallauswahl von großer Bedeutung. Die Konsequenz falsch-negativer Fallauswahl ist hingegen, dass der Fall trotz besonderer Problematik in der Unfallsachbearbeitung verbleibt und möglicherweise nicht mit einem optimalen Ergebnis rehabilitiert wird – was mindestens ebenso unerwünscht und kostenträchtig ist wie der ineffiziente Personaleinsatz. ▶

Beispiele für relevante Risikofaktoren

psychologisches Bild		soziales Bild	
Persönlichkeitsfaktoren (Grundeinstellung, berufliche Motive)	situative Faktoren (Traumaverarbeitung, Reha-Einschätzung)	soziales Umfeld (persönliche Bindungen, sozialer Druck)	berufliches Umfeld (betriebliche Lage, Berufsperspektive)
z. B. prägende negative Grundeinstellung (Pessimismus)	z. B. gestörte Traumaverarbeitung (PTBS...)	z. B. völliges Fehlen sozialer Unterstützung (fehlende Bezugspersonen)	berufliche Reintegration konkret gefährdet (negative Belastungsprognose)
z. B. motivationale Defizite, fehlende Selbstwirksamkeitserwartung/-handlungskompetenz	z. B. deutliche Befindlichkeitsstörungen (Alkohol, Tabletten, Ausweichverhalten...)	z. B. geringe Kontakte im sozialen Netz (Feedback, Haushaltsführung)	berufliche Reintegration fraglich (Rückkehr in den alten Beruf unklar)
z. B. passiv erleidende Krankheitsbewältigung (Blunters), somatoforme Schmerzen, problematische Compliance	z. B. noch nicht abgeschlossene Traumabewältigung (Schuldfragen stellen, Diskussion zu Unfallhergang...)	z. B. soziale Problemlagen (Kredite, Scheidung...)	berufliche Reintegration wahrscheinlich
z. B. unauffällige kooperative Einstellung	z. B. keine Belastung durch Unfallsituation	z. B. normale soziale Einbindung	berufliche Reintegration nicht gefährdet
z. B. aktive, positive Grundeinstellung (Optimismus)	z. B. Akzeptanz, aktives Hineinfinden in neue Situation	z. B. gute, positiv wirkende soziale Unterstützung	

„Nur in Kenntnis der besonderen Arbeitsplatzanforderungen kann eine valide Aussage getroffen werden, inwieweit der weitere Reha-Verlauf von Erfolg gekrönt sein wird.“



Bei Kindern – wie bei Erwachsenen – kann sich in jeder Phase der Rehabilitation die Notwendigkeit eines Reha-Managements ergeben.

Es empfiehlt sich daher, bei Vorliegen von Indikatoren, die auf Kontextfaktoren hindeuten, eine eingehende Fallprüfung vorzunehmen. Der Schlüssel zum Erfolg im RM liegt darin, Entwicklungen wie Kontextfaktoren, Reha-Löcher oder Behandlungsdefizite zu antizipieren und zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt aufzugreifen.

Im Sinne konsequenten Verwaltungshandelns wäre es wenig überzeugend, einen Fall, der aufgrund einer gemittelten AU-Prognose ins RM aufgenommen wurde, weiterhin intensiv zu betreuen, wenn am Heilprozess zweifelsfrei ablesbar ist, dass die Rehabilitation – im umfassenden Sinn – ohne nennenswerte Beeinträchtigung verlaufen wird. Eine Herausnahme des Falles aus dem RM ist dann ebenso berechtigt, wie die Zuordnung von Fällen erforderlich ist, die auf den ersten Blick zwar unproblematisch erscheinen, aber zu einem späteren Zeitpunkt „aus dem Ruder laufen“.

Bedeutung des Tätigkeitsprofils

Nur in Kenntnis der besonderen Arbeitsplatzanforderungen kann eine valide Aussage getroffen werden, inwieweit der weitere Reha-Verlauf von Erfolg gekrönt sein wird. Damit ist das Tätigkeitsprofil auch Voraussetzung für eine zutreffende Fallauswahl zum RM, eine pro-aktive Heilverfahrenssteuerung und eine verlässliche gemeinsame Planung der Reha-

bilitation durch den Reha-Manager und die ärztlichen und therapeutischen Partner.

Ist die berufliche Reintegration gefährdet und findet das RM schwerpunktmäßig in Form der Leistungen zur Teilhabe statt, kommt dem Tätigkeitsprofil eine besondere Bedeutung zu. So ist zum Beispiel der Verkaufsmetzger mit einer Sehnenverletzung im Finger und Beeinträchtigungen in der Beuge- und Streckfähigkeit des Fingerendgliedes weniger stark beeinträchtigt als der Akkordausbeiner, der in einem gruppenbezogenen Leistungsakkoord tätig ist und den verletzten Finger permanent belasten muss. Die Kenntnis solcher Spezifika ist unabdingbar, um Entscheidungsgrundlagen für erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewinnen.

Rolle des beratenden Arztes

Kernaufgaben des beratenden und des behandelnden Arztes liegen im Bereich des biomedizinischen Bildes. Die zutreffende Behandlung und die valide Diagnose sind Grundlagen der Fallauswahl. Über-, Unter- und Fehlversorgung müssen ausgeschlossen werden. Der Diagnosevalidierung kommt die entscheidende Bedeutung zu. Dazu gehören Codierungen nach AO (Unfallmeldung) und ICD-10, Klassifikation des Schweregrades, diagnostische Absicherung (Röntgen, CT,

MRT) und Erkennen von Begleitverletzungen (Verletzungsketten). Die Zulieferung von psycho-sozialen Kontextinformationen mit Relevanz für die Rehabilitation gehört zwar zur ärztlichen Anamnese, war aber bisher sowohl über das durchgangsarztliche Berichtswesen als auch vom unfallchirurgischen Schwerpunkt her kaum eine Hilfe für die Fallauswahl.

Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

RM bei Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich im Grundsatz nicht vom RM bei Erwachsenen. Zielsetzung und die meisten zu berücksichtigenden Faktoren während des Reha-Prozesses, die letztlich die Kriterien für die Fallauswahl bestimmen, sind gleich beziehungsweise vergleichbar. Gleichwohl gibt es Besonderheiten.

Das Ziel der Reha ist selbstverständlich auch hier die vollständige Wiedereingliederung in den Ausbildungsberuf, in Bildungseinrichtungen, Familie und das soziale Umfeld. Dabei spielen – wie auch im RM für Erwachsene – zum Beispiel der körperliche, geistige und psychische Entwicklungsstand, der Stand der Schul-/ Berufsausbildung als „zuletzt ausgeübte Tätigkeit“ sowie die Vorstellungen und das Coping der Eltern als „Lebenspartner“ zur Reha und der gegebenenfalls verbleibenden Behinderung eine Rolle.

Auch die „Fallauswahl nach weiteren Kriterien“, wie sie der Handlungsleitfaden vorsieht, ist mit dem RM für Erwachsene nahezu deckungsgleich. Folgende Besonderheiten sind für die Fallauswahl bei Kindern und Jugendlichen jedoch zu beachten:

1. Die voraussichtliche Dauer des unfallbedingten Schulausfalles gibt nur im Einzelfall einen Hinweis für die Steuerung ins RM und ist nicht vergleichbar mit dem formal-typisierenden Eingangskriterium der Arbeitsunfähigkeitsprognose. Der Anspruch auf Bildung bleibt, eine Arbeitsplatzgarantie gibt es hingegen nicht. Außerdem bedürfen schwerer verletzte Kinder und Jugendliche durchaus eines RM, ohne schulunfähig zu sein.
2. Die besondere medizinisch-pädiatrische Versorgung, zum Beispiel durch andere OP-Techniken und Versorgungsstrukturen, ist zwingend von Anfang an zu beachten, um eine adäquate und damit erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten.
3. Die Dauer des RM erstreckt sich von Fall zu Fall auf einen längeren Zeitraum als bei Erwachsenen. So sind bei Kindern und Jugendlichen immer wieder auch nach der schulischen Wiedereingliederung zu bestimmten Entwicklungs- und Lebensphasen (Schuleintritt, Schulwechsel, Berufswahlbestimmung, Eintritt ins Berufsleben) geplante und ungeplante Interventionen und Investitionen des RM notwendig.

Am ehesten können diese Besonderheiten alternativ oder kumulativ unter das im Handlungsleitfaden genannte spezifische Eingangskriterium bei der Fallauswahl zum RM bei Kindern und Jugendlichen subsumiert werden. Eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverfahren (VAV) mit einem stationären Aufenthalt von mindestens einer Woche gilt als Indikator dafür, dass die schulische und soziale Integration gefährdet sein kann.

Ausblick

Der demografische Wandel in der Gesellschaft und insbesondere bei den Arbeitnehmern wird sich ebenso wie der

Wandel in der Arbeitswelt auf die Anforderungen im Rehabilitationsbereich auswirken. So ist davon auszugehen, dass die Zahl der älteren Erwerbstätigen zwischen 55 und 64 Jahren in den nächsten 15 Jahren von zehn auf 13,5 Millionen Menschen zunimmt.¹⁰ Diskussionen in der Politik zeigen, dass mit der Erhöhung des Renteneintrittsalters auf derzeit 67 Jahre das Ende der Überlegungen noch nicht erreicht ist. Erste Stimmen werden laut, die eine weitere Erhöhung des Renteneintrittsalters in Erwägung ziehen. Bei einer zunehmenden Lebenserwartung erscheint ein solches Szenario durchaus realistisch.

Damit geht allerdings auch eine weitaus höhere Anforderung an die Rehabilitation älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen einher. Die Fachgruppe Reha-Futur beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat darüber hinaus deutlich gemacht, dass die Selbstbestimmung der Versicherten im Prozess der Rehabilitation als eines von acht Handlungsfeldern in stärkerem Maße zu berücksichtigen sein wird. Der sozialpolitischen Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln zu rehabilitieren, der das RM in individualisierender Weise in besonderem Maße nachkommt, werden die UV-Träger mit einer leistungsfähigen Personalausstattung Rechnung tragen müssen.

Hierbei kann nur gelten, dass die Personalausstattung der UV-Träger sich am Bedarf ausrichten muss. Die Maßnahmen im Bereich des RM sind neben einer Erhöhung der Lebensqualität für die Verletzten somit als Investition in die Zukunft und als Beitrag zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt zu sehen. ●

Autoren

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

Thomas Fritsch, Leiter der Abteilung Rehabilitation, Bereich Fleischwirtschaft, Bezirksverwaltung Mainz, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
E-Mail: Thomas.R.Fritsch@bgn.de

Carsten Koops, Stv. Geschäftsführer, Braunschweigischer Gemeinde-Unfallversicherungsverband
E-Mail: koops@guv-bs.de

Bernd Lossin, Geschäftsführer, Bezirksverwaltung Berlin, Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
E-Mail: lossin.bernd@bgetem.de

*

1 DGUV (2010): Rundschreiben 0519/2010 vom 26.10.2010; Behrens et al, in: DGUV Forum 2/2011, S. 42 ff.

2 IC-Praxisleitfaden 1 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, 2006, S. 14.

3 WHO: Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation, 1998 (www.ifrr.vdr.de).

4 Zum Beispiel Büchi, S.; Buddeberg, C.: Subjektive Krankheitskonzepte – Krankheitsbewältigung. In: Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin, 3. Auflage, Berlin, Heidelberg 2004, S. 417.

5 Hochstein, P.; Schumacher, K.: Typische Fallstricke im Rehabilitations-Management in der Akutklinik, DGUV Bericht über die Unfallmedizinische Tagung in Mainz am 8./9.11.2008, Heft 108, S. 161 (165).

6 Antonovsky, A.; Franke, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.

7 BKK Gesundheitsreport 2010, S. 13 f.; Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009 – Unfallverhütungsbericht Arbeit der BAuA, S. 18, 81 f.

8 BKK Gesundheitsreport 2010, S. 15.

9 Froese, E.; Wenzel, G.: Kosten- und Qualitätseffekte des dialogischen Reha-Managements. In: Die BG 2003, S. 203 (207).

10 Buntenbach, A.: Rehabilitation unter Kostendruck. In: Soziale Sicherheit 11/2010, S. 381.

Leistungsrecht

Die wirtschaftliche Absicherung der Versicherten im Verlauf des einheitlichen Rehabilitationsverfahrens

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung greifen die Ansprüche auf kurzfristige Entgeltersatzleistungen während der einzelnen Rehabilitationsphasen so ineinander, dass die Versicherten nahtlos abgesichert sind.

Der Autor beleuchtet in vorliegendem Beitrag zunächst die Ansprüche während der medizinischen Rehabilitation, anschließend die Entgeltersatzleistungen während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

1 Hintergrund

Nach Eintritt eines Versicherungsfalles ist es die vordringliche Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, den Versicherten wieder in das Erwerbsleben einzugliedern.¹

Zunächst liegt das Augenmerk darauf, dem Versicherten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§§ 27 ff. SGB VII) mit allen geeigneten Mitteln eine Rückkehr in

die zuletzt vor dem Versicherungsfall ausgeübte Tätigkeit zu ermöglichen. Sind die Versicherungsfallfolgen zu schwerwiegend, werden im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährt (§ 35 SGB VII). Die jeweiligen Sachleistungen werden durch Verletztengeld (medizinische Rehabilitation) beziehungsweise Übergangsgeld (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ergänzt. Im vorliegenden Beitrag soll das Zusammenwirken der einzelnen leistungsrechtlichen Anspruchsgrundlagen unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung und Literatur systematisch, am Ablauf der Rehabilitation orientiert, dargestellt werden.

Der frühere Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) hat mit Rundschreiben vom 5. November 1998² die unterschiedlichen Leistungsansprüche von der Einleitung einer berufsfördernden Leistung über die Durchführung bis zu deren Ende beleuchtet. Das Rundschreiben orientiert sich an den zum 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des SGB VII.³ Mit Einführung des SGB IX zum 1. Juli 2001⁴ haben sich insbesondere im Bereich der Leistungen zur Teilhabe

am Arbeitsleben und damit bei den Übergangsgeldvorschriften Änderungen ergeben. Zum SGB IX wurde von den drei damaligen Spitzenverbänden der gesetzlichen

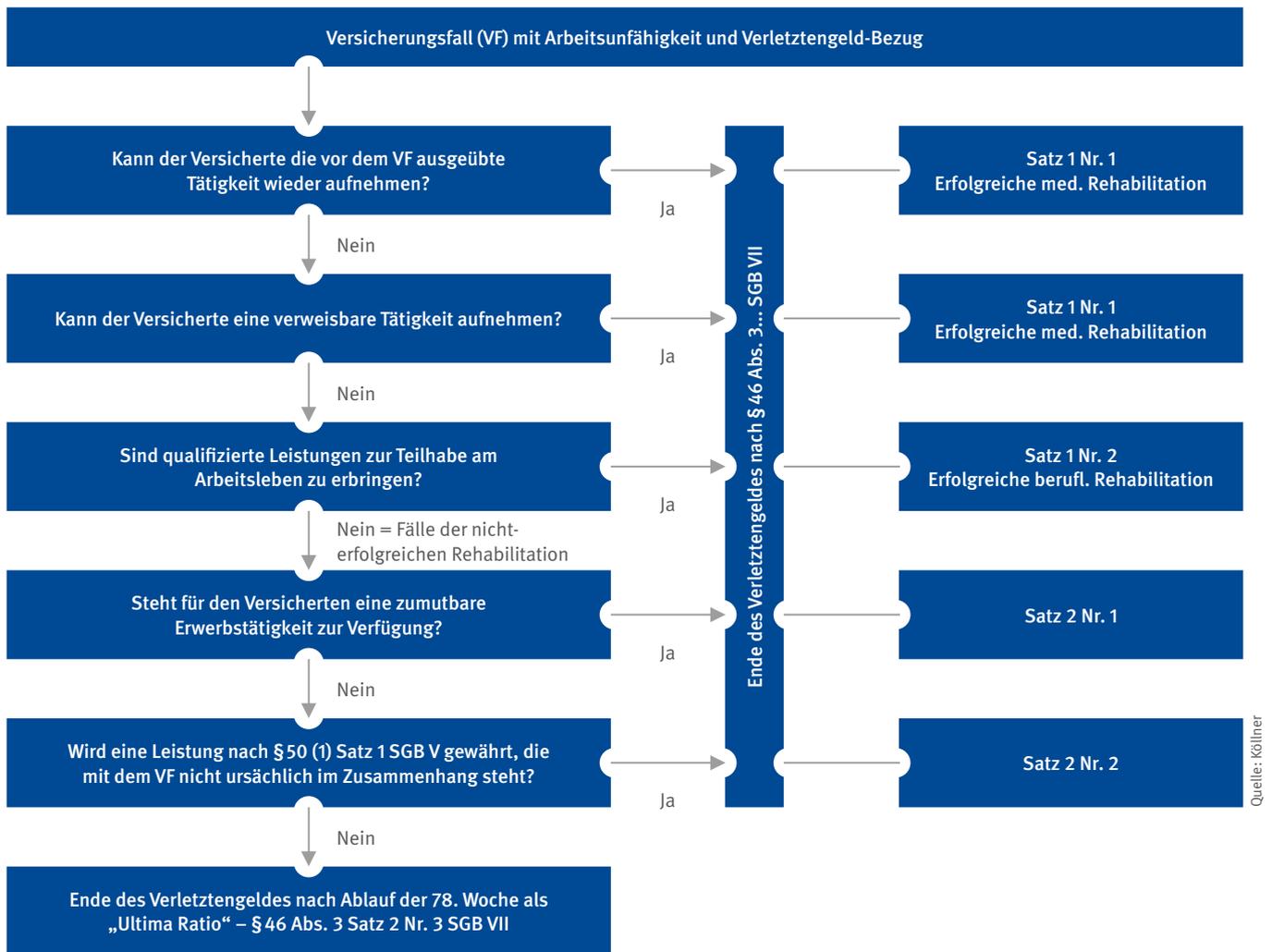
Unfallversicherung HVBG, BLB und BUK eine Erstkommentierung⁵ herausgegeben, die die rechtlichen Änderungen und die daraus resultierenden Konsequenzen schon sehr weitblickend und ausführlich angesprochen hat.

2 Medizinische Rehabilitation

Im Regelfall orientiert sich der Anspruch auf Verletztengeld während der medizinischen Rehabilitation an § 45 Abs. 1 SGB VII (Verletztengeld bei Arbeitsunfähigkeit). Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit (hier: den Folgen des Versicherungsfalles) seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter

der Gefahr der alsbaldigen Verschlimmerung der Erkrankung ausüben kann.⁶ Abhängig vom Verlauf des Heilverfahrens endet das Verletztengeld ohne zeitliche Grenze nach Maßgabe des § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB VII (erfolgreiche Rehabilitation) oder gemäß § 46 Abs. 3 Satz 2 SGB VII spätestens nach Ablauf von 78 Wochen (nicht-erfolgreiche Rehabilitation). Die einzelnen Tatbestände zur Beendigung des Verletztengeldes sind schematisch in **Abbildung 1** dargestellt.

Der Anspruch auf Verletztengeld besteht also zeitlich unbefristet, solange es aus medizinischer Sicht möglich ist, dass der Versicherte trotz der bestehenden Folgen des Versicherungsfalles in seiner vor dem Versicherungsfall ausgeübten Tätigkeit wieder arbeitsfähig wird. Tritt dann tatsächlich Arbeitsfähigkeit ein, endet das Verletztengeld gemäß § 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VII mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit (erfolgreiche medizinische Rehabilitation). Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind die konkreten Verhältnisse an dem zuletzt vor dem Versicherungsfall ausgeübten Arbeitsplatz. Gibt der Versicherte diese zuletzt innegehabte Arbeitsstelle nach dem Versicherungsfall auf, ist auf das abstrakte Berufsbild abzustellen.⁷ Arbeitsfähigkeit tritt gleichermaßen ein, wenn der Versicherte eine der bisherigen ähnliche, gleichartige und gleichwertige (= verweisbare) Tätigkeit aufnehmen kann, wobei der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Ver-



Quelle: Köllner

Abbildung 1: Ende des Verletztengeldes

Verletztengeldes eng zu ziehen ist.⁸ Je qualifizierter eine Tätigkeit ist, desto geringer sind die Verweisungsmöglichkeiten.

Kann der Versicherte trotz aller Anstrengungen seine zuletzt vor dem Versicherungsfall ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausüben, ist zu prüfen, ob durch die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden kann. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lassen sich in qualifizierte und nicht-qualifizierte Leistungen unterscheiden. Qualifizierte Leistungen sind solche, die einen Anspruch auf Übergangsgeld gemäß § 49 SGB VII auslösen, wie zum Bei-

spiel eine Umschulung oder eine Ausbildung (§ 35 SGB VII i.V.m. § 33 Abs. 3 Nr. 3, 4 SGB IX). Hier sind also solche Maßnahmen zu subsumieren, die aufgrund der zeitlichen Inanspruchnahme des Versicherten durch die Teilnahme an der Maßnahme an sich, etwaige Wege zwischen Wohnung und Ausbildungsstätte sowie die erforderlichen Vor- und Nachbereitungszeiten eine anderweitige Erwerbstätigkeit und damit den Bezug von Erwerbseinkommen verhindern. Ist zur beruflichen Eingliederung eine solche, qualifizierte Maßnahme erforderlich, besteht bis zum Beginn der Maßnahme weiter Anspruch auf Verletztengeld (§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB VII, § 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII).

3 Wartephase auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Steht im Konsens mit dem Versicherten und dem behandelnden Arzt fest, dass der Versicherte allein aus medizinischer Sicht seine bisherige Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können, und besteht zudem grundsätzlich das Erfordernis für eine qualifizierte Leistung zur Teilhabe in obigem Sinne, wechselt die Anspruchsgrundlage für das Verletztengeld von § 45 Abs. 1 SGB VII (Verletztengeld bei Arbeitsunfähigkeit) nach Absatz 2 (Verletztengeld während der Wartephase auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben), sobald die Heilbehandlung abgeschlossen ist. ▶



Nach Eintritt des Versicherungsfalles liegt das Augenmerk darauf, dem Versicherten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§§ 27ff SGB VII) mit allen geeigneten Mitteln eine Rückkehr in die zuletzt vor dem Versicherungsfall ausgeübte Tätigkeit zu ermöglichen.

Die Vorschrift des Absatzes 2 unterscheidet nicht zwischen arbeitsunfähigen und arbeitsfähigen Versicherten.⁹ Da feststeht, dass der Versicherte seine letzte Arbeitstätigkeit nicht mehr wettbewerbsfähig ausüben kann und er deshalb eine berufliche Neuorientierung anstrebt, ist eine Lösung von der bisherigen Tätigkeit eingetreten; die Frage der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit ist folgend an der „Schulungsfähigkeit“ des Versicherten zu messen.

Der Anspruch auf Verletztengeld nach § 45 Abs. 2 SGB VII besteht nur dann, wenn der Versicherte die zwischen dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation und dem Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eingetretene Wartephase nicht zu vertreten hat

(zum Beispiel fehlende Maßnahmeplätze, Krankheit). Sind die Verzögerungen allerdings dem Versicherten zuzurechnen (zum Beispiel durch Erziehungsurlaub¹⁰ oder fehlende zumutbare Pendelbereitschaft), endet das Verletztengeld, auch unter Berücksichtigung der Mitwirkungspflichten des Versicherten nach § 64 SGB I. Gleichmaßen ist das Verletztengeld einzustellen, wenn sich im Rahmen des Verwaltungsverfahrens ergibt, dass der Versicherte nicht über die für eine qualifizierte Maßnahme erforderliche Eignung verfügt. Sofern zu diesem Zeitpunkt noch keine 78 Wochen seit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit vergangen sind, kommt eine weitergehende Verletztengeldzahlung nach § 45 Abs. 1 SGB VII bis zum Ablauf der 78. Woche in Betracht.

3.1 Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung

Die Eignung für eine qualifizierte Leistung zur Teilhabe und deren inhaltliche Ausrichtung wird häufig durch eine Maßnahme der Berufsfindung und Arbeitserprobung (§ 35 SGB VII, § 33 Abs. 4 Satz 2 SGB IX) abgeklärt. Es handelt sich bei diesen Maßnahmen nicht um eigenständige Teilhabeleistungen, sondern sie sind dem vorbereitenden Verwaltungsverfahren zuzuordnen. Mithin ändert sich durch die Teilnahme an einer Maßnahme der Berufsfindung/Arbeitserprobung nichts an dem leistungsrechtlichen Status, den der Versicherte vor der Maßnahme hatte; es ist also grundsätzlich die Entgeltersatzleistung weiterzuzahlen, auf die zuvor ein Anspruch bestand. Folgerichtig begründet § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB VII einen

Anspruch auf Verletztengeld während der Durchführung einer Berufsfindung, sofern zuvor bereits ein solcher nach § 45 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB VII bestanden hat.¹¹ Es muss sich also um einen sogenannten „Nahtlos-Fall“ handeln, in dem durchgehend Verletztengeld gezahlt wird.

In allen anderen Fällen besteht während der Durchführung einer solchen Maßnahme grundsätzlich Anspruch auf Übergangsgeld gemäß § 45 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. Abs. 3 SGB IX, sofern wegen der Teilnahme an der Berufsfindung oder Arbeitserprobung kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen bezogen wurde.

Gesetzsystematisch lassen sich die Geldleistungsansprüche des Versicherten während der Durchführung von Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung also wie folgt zusammenfassen:¹²

1. Werden Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung durchgeführt, so besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Übergangsgeld (§ 45 Abs. 3 SGB IX).
2. Verletztengeld ist gemäß § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB VII abweichend dann zu zahlen, wenn unmittelbar vor der Maßnahme die Voraussetzungen des § 45 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB VII erfüllt sind (also vorher schon Verletztengeld gezahlt worden ist).
3. Hat der Versicherte unmittelbar vor der Maßnahme Anspruch auf eine andere Entgeltersatzleistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld), wird diese Leistung während der Berufsfindung weitergezahlt.¹³
4. Wurde vor der Maßnahme kein Arbeitsentgelt oder -einkommen oder eine andere kurzfristige Entgeltersatzleistung bezogen, besteht kein Anspruch auf Übergangsgeld, da der Versicherte durch die Teilnahme an der Maßnahme keinen Einkommensverlust hat.

Ergibt sich im Anschluss an die Berufsfindung und Arbeitserprobung, dass eine qualifizierte Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt werden soll, so wird das Verletztengeld unter den Voraussetzungen des § 45 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB VII bis zum Beginn der Teilhabeleistung weitergezahlt. Kommt eine solche qualifizierte Leistung nicht in Betracht, besteht grundsätzlich zunächst weiter Anspruch auf Verletztengeld gemäß § 45 Abs. 1 SGB VII; eine Beendigung der Leistung ist nach § 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1–3 SGB VII zu prüfen.¹⁴

3.2 Zwischenbeschäftigung

Ein Anspruch auf Verletztengeld während der Wartephase besteht nur dann, wenn dem Versicherten während dieser Zeit eine zumutbare Tätigkeit (Zwischenbeschäftigung) nicht vermittelt werden kann oder er eine solche Tätigkeit aus wichtigem Grund nicht ausüben/aufnehmen kann. Daraus leitet sich eine Schadensminderungspflicht des Versicherten ab, die Aufwendungen rund um seine Rehabilitation möglichst gering zu halten. Die zumutbare Tätigkeit muss konkret zur Verfügung stehen, das heißt, der Versicherte muss die Beschäftigung tatsächlich aufnehmen können; nimmt er das Arbeitsangebot nicht an, besteht kein Anspruch auf Verletztengeld. Die Tätigkeit muss aus (arbeits-)medizinischer Sicht unter Berücksichtigung der Folgen des Versicherungsfalles geeignet (zumutbar) sein. Hinsichtlich der Wertigkeit der Beschäftigung sind keine hohen Anforderungen zu stellen, da es sich nur um eine kurzfristige, vorübergehende Beschäftigung handelt. Die Tätigkeit muss also nicht der bisherigen Stellung des Versicherten im Arbeitsleben entsprechen.

Nimmt der Versicherte eine Zwischenbeschäftigung auf, so bleibt diese bei der Berechnung des Übergangsgeldes für eine spätere Hauptmaßnahme unberücksichtigt. Berufsfindung/Arbeitserprobung, ein etwaiger Reha-Vorbereitungslehr-

gang sowie die sich daran anschließende Hauptmaßnahme sind funktional so miteinander zu einem „ganzheitlichen“ Rehabilitationsgeschehen verknüpft, dass auf der Grundlage von § 49 SGB IX (Kontinuität der Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes) der Rückgriff auf frühere Abrechnungszeiträume zulässig ist.¹⁵ Damit ist sichergestellt, dass das Entgelt aus der Zwischenbeschäftigung nicht zu einem unbillig hohen oder niedrigen Übergangsgeld führt. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit spricht also nicht gegen ein einheitliches Rehabilitationsgeschehen, zumal es andernfalls in der Hand des Versicherten läge, durch eine auch nur kurze berufliche Tätigkeit maßgeblichen Einfluss auf die ihm später zustehenden Geldleistungen zu nehmen.¹⁶

4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Während der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat der Versicherte Anspruch auf Übergangsgeld gemäß § 49 SGB VII; das Verletztengeld endet mit dem Tag vor dem Übergangsgeldbezug (§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII). Anspruch auf Übergangsgeld lösen nur solche Leistungen aus, die unmittelbar an den Versicherten bewirkt werden;¹⁷ erforderlich ist also, dass die Maßnahme tatsächlich „erbracht“ oder „in Anspruch genommen“ wird, die bloße Bewilligung reicht hingegen nicht aus.¹⁸

Kein Anspruch auf Übergangsgeld besteht damit insbesondere bei Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, Kfz-Hilfen einschließlich Führerscheinerwerb, Vermittlungshilfen sowie bei Leistungen an den Arbeitgeber.¹⁹ Die Teilförderung einer vom Versicherten angestrebten höherwertigen Tätigkeit (zum Beispiel ein Studium) gemäß § 35 Abs. 3 SGB VII begründet keinen Anspruch auf Übergangsgeld,²⁰ gleichermaßen erfolgt keine Übergangsgeldzahlung während des Anerkennungsjahres, das für die staatliche Anerkennung einer Ausbildung zum Beispiel zum Erzieher erforderlich ist.²¹ ▶

„Ein Anspruch auf Verletztengeld während der Wartephase besteht nur dann, wenn dem Versicherten während dieser Zeit eine zumutbare Tätigkeit nicht vermittelt werden kann oder er eine solche Tätigkeit aus wichtigem Grund nicht ausüben oder aufnehmen kann.“

„Fehlt ein Versicherter unentschuldigt oder wird ein wichtiger Grund nicht anerkannt, so besteht für diesen Zeitraum materiellrechtlich kein Anspruch auf Übergangsgeld. Problematisch ist, wie die Versagung des Übergangsgeldes zu erfolgen hat.“

Der Anspruch beginnt mit dem ersten Tag der Maßnahme (Anreisetag), besteht grundsätzlich für die Dauer des im Bewilligungsbescheid der Leistung zur Teilhabe festgelegten Zeitraumes fort und endet mit der Entlassung aus der Maßnahme (planmäßiges Ende, Prüfung, Abbruch). Abzustellen ist immer auf die tatsächliche (also physische) Teilnahme des Versicherten, wobei Fehlzeiten und Unterbrechungen nicht zwingend einen Anspruch ausschließen.

4.1 Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

4.1.1 Fehlzeiten aus wichtigem Grund

Entsprechend der im Arbeitsrecht geltenden Regelung (§ 616 BGB) wird auch während der Unterbrechung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben das Übergangsgeld beim Vorliegen eines in der Person des Versicherten liegenden wichtigen Grundes fortgezahlt, wobei der Verhinderungsgrund ohne Verschulden des Versicherten eingetreten sein muss und sich nur auf eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit erstrecken darf. Der Versicherte kann in dieser Zeit zwar physisch nicht an der Maßnahme teilnehmen, hat aber schon gewohnheitsrechtlich einen Anspruch auf Fortzahlung seiner Leistung, der sich letztlich aus dem die Maßnahme bewilligenden Bescheid ergibt. Die Frage, ob ein wichtiger Grund anzuerkennen ist oder nicht, bleibt der Einzelfallprüfung vorbehalten. Besondere Anlässe in diesem Zusammenhang sind die Eheschließung, außerordentliche familiäre Ereignisse wie zum Beispiel Geburten, Todesfälle oder Hochzeiten, schwerwiegende Erkrankungen naher Angehöriger, Umzug und so weiter.

4.1.2 Unentschuldigte Fehlzeiten

Fehlt ein Versicherter unentschuldigt oder wird ein wichtiger Grund nicht anerkannt, so besteht für diesen Zeitraum materiellrechtlich kein Anspruch auf Übergangsgeld. Problematisch ist, wie die Versagung des Übergangsgeldes zu erfolgen hat, da

der UV-Träger neben dem Bewilligungsbescheid über die Teilhabeleistung einen weiteren Verwaltungsakt über die Zahlung des Übergangsgeldes erteilt hat. Die materielle Bestandskraft dieses Verwaltungsaktes berechtigt den Träger nicht zur Einstellung des Übergangsgeldes oder zur Rückforderung bereits gezahlter Beträge.²²

Die Kürzung des Übergangsgeldes ist unter Hinweis auf die Vorschriften über die Mitwirkungspflichten (insbesondere § 66 Abs. 2 SGB I) ausschließlich für die Zukunft möglich, da die nach dieser Vorschrift vorgesehene Sanktion keine rückwirkende Versagung oder Entziehung erlaubt. Im Hinblick auf die für die Vergangenheit bereits erbrachten Leistungen ist der Verwaltungsakt gemäß § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB X aufzuheben, weil der Versicherte durch sein unentschuldigtes Fernbleiben von der Maßnahme die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat, so dass der sich aus dem Verwaltungsakt ergebende Anspruch kraft Gesetzes weggefallen ist.²³

4.1.3 Krankheitsbedingte Unterbrechung einer Teilhabeleistung

Kann ein Versicherter aus gesundheitlichen Gründen nicht an einer Maßnahme teilnehmen, wird das Übergangsgeld längstens für die Dauer von sechs Wochen weitergezahlt (§ 51 Abs. 3 SGB IX). Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind die individuellen Anforderungen, die die Schulung beziehungsweise die Maßnahme an den Versicherten stellt.

Der Weiterzahlungsanspruch endet spätestens mit dem Ende der Teilhabeleistung (planmäßiges Ende oder Zeitpunkt des rechtswirksamen Abbruchs der Leistung). Jede weitere gesundheitlich begründete Unterbrechung löst für sich wieder einen neuen Fortzahlungsanspruch von weiteren sechs Wochen aus.

Die Unterscheidung, ob die krankheitsbedingte Unterbrechung eine versiche-

rungsfallbedingte oder eine vom Versicherungsfall unabhängige Ursache hat, ergibt Folgendes:

4.1.3.1 Unterbrechung aus vom Versicherungsfall unabhängigen gesundheitlichen Gründen

Neben dem Anspruch auf Übergangsgeld nach § 51 Abs. 3 SGB IX löst die vom Versicherungsfall unabhängige Erkrankung während der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auch einen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44 SGB V aus, da der Versicherte als Rehabilitand über § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Dieser Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit und solange der UV-Träger Übergangsgeld gewährt (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Da das Krankengeld dem Betrage nach höher als das Übergangsgeld ist (Berechnung in entsprechender Anwendung des § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V aus dem Regelentgelt, das der Übergangsgeldberechnung zugrunde lag²⁴), kommt grundsätzlich die Zahlung einer Krankengeld-Spitze in Betracht.²⁵ Allerdings findet in diesen Fällen § 49 Abs. 3 SGB V Anwendung, wonach aufgrund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen über die Ruhensregelungen nicht aufgestockt werden dürfen.²⁶ Damit verbleibt es also zunächst bei der Zahlung von Übergangsgeld, die Gewährung von Krankengeld kommt erst nach Ablauf der 6 Wochen in Betracht.

4.1.3.2 Unterbrechung aus vom Versicherungsfall abhängigen gesundheitlichen Gründen

Die gesundheitlichen Gründe für die Unterbrechung beruhen dann in den Folgen des Versicherungsfalles, wenn es sich um eine Wiedererkrankung nach § 48 SGB VII handelt; in allen anderen Fällen ist der Versicherte entweder nicht schulungsunfähig oder es ist ein Fall nach 4.1.3.1. Eine Wiedererkrankung in diesem Sinne liegt vor, wenn zwischen der ersten durch den Versicherungsfall bedingten Arbeitsunfähigkeit

higkeit der Versicherte wegen der Folgen des Versicherungsfalles erneut arbeitsunfähig wird. Die erneute Arbeitsunfähigkeit muss also rechtlich wesentlich auf den früheren Versicherungsfall zurückzuführen sein. Eine Wiedererkrankung ist nur dann anzunehmen, wenn zwischen der Ersterkrankung und der zweiten Arbeitsunfähigkeit ein Zeitraum der Arbeitsfähigkeit liegt.²⁷ Zwar ist der Versicherte im Hinblick auf die zum Versicherungsfall führende Tätigkeit nicht wieder arbeitsfähig geworden, allerdings ist, wie unter 3 ausgeführt, hinsichtlich dieser Tätigkeit mit dem Beginn des beruflichen Rehabilitationsverfahrens eine Lösung eingetreten. Der Versicherte ist nun Rehabilitand und die individuellen Anforderungen der Rehabilitation sind der neue Maßstab für die Beurteilung einer etwaigen Arbeitsunfähigkeit.²⁸ Sind die gesundheitlichen Einschränkungen im Hinblick auf diese Schulungsfähigkeit als Wiedererkrankung im Sinne des § 48 SGB VII zu werten, verdrängt der so entstehende Verletztengeldanspruch das niedrigere Übergangsgeld nach § 51 Abs. 3 SGB IX.²⁹ Die Vorschriften des SGB IX gelten nämlich nur insoweit, wie sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 Satz 1 SGB IX); eine § 49 SGB V entsprechende Ruhensvorschrift kennt das Unfallversicherungsrecht für das Verletztengeld nicht.

4.2 Wartephase zwischen zwei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Werden nach Abschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weitere Teilhabeleistungen erforderlich, wird das Übergangsgeld gemäß § 51 Abs. 1 SGB IX bis zum Beginn dieser weiteren Leistung unter folgenden Voraussetzungen weitergezahlt:

- Es sind nach einem Gesamtplan mehrere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, die aus Gründen, die der Versicherte nicht zu vertreten hat, nicht unmittelbar aneinander anschließen,
- jede Maßnahme für sich löst grundsätzlich einen Anspruch auf Übergangsgeld aus und

- eine zumutbare Beschäftigung kann während der „Wartezeit“ nicht vermittelt werden (oder der Versicherte ist arbeitsunfähig und hat keinen Anspruch auf Krankengeld).

Zum Ende der ersten Leistung zur Teilhabe muss also schon feststehen, dass eine weitere Maßnahme durchgeführt wird. Versicherte haben eine Verzögerung im Rehabilitationsverlauf insbesondere zu vertreten, wenn sie zumutbare Angebote aufgrund der Entfernung ablehnen (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Hinsichtlich der geforderten „zumutbaren Beschäftigung“ (Zwischentätigkeit) gelten die unter 3.2 gemachten Ausführungen entsprechend.

Bezieht der Versicherte während der Durchführung einer Leistung zur Berufsfindung und Arbeitserprobung Übergangsgeld (§ 45 Abs. 3 SGB IX – vgl. 3.1), so entsteht nach Abschluss dieser Leistung bis zum Beginn der eigentlichen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kein Anspruch auf „Zwischenübergangsgeld“, da die Berufsfindung und Arbeitserprobung keine eigenständige Teilhabeleistung darstellt.

4.3 Abbruch einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Gesetzgeber hat nach dem Abbruch einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben einen weiteren Geldleistungsanspruch des Versicherten nicht vorgesehen, unabhängig davon, aus welchen Gründen die Maßnahme beendet wurde. Allenfalls kommt die Gewährung von „Zwischenübergangsgeld“ nach § 51 Abs. 1 SGB IX (vgl. 4.2) in Betracht, nämlich dann, wenn zum Zeitpunkt des Abbruchs klar ist, dass die Maßnahme später fortgeführt oder eine weitere Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt wird und die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Erfolgte der Abbruch aus gesundheitlichen Gründen und dauert die Arbeitsunfähigkeit über den Zeitpunkt des rechtswirksamen Abbruchs der Leistung hinaus an, besteht zunächst ein Anspruch auf Krankengeld oder Verletztengeld (konsequente Fortführung von 4.1.3.1 und 4.1.3.2) und anschließend wird gegebenenfalls „Zwischenübergangsgeld“ gezahlt.

Der „nicht-erfolgreiche“ Abschluss einer Maßnahme (Abschlussprüfung nicht be-

standen) ist leistungsrechtlich dem Abbruch einer Leistung zur Teilhabe gleichzustellen. Auch hier besteht grundsätzlich kein weiterer Leistungsanspruch. Der in § 51 Abs. 4 SGB IX normierte Anspruch auf das sogenannte „Anschlussübergangsgeld“ (vgl. 4.4) bezieht sich ausschließlich auf erfolgreich abgeschlossene Maßnahmen.³⁰

4.4 Erfolgreicher Abschluss einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ist ein Verletzter nach erfolgreichem Abschluss einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zunächst arbeitslos, ist das Übergangsgeld in abgesenkter Form während der Arbeitslosigkeit bis zu 3 Monate weiterzuzahlen, wenn der Verletzte sich beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet und keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat sowie der beruflichen Eingliederung zur Verfügung steht. Die Vorschrift soll die Rehabilitanden sozial absichern, die im Gegensatz zu Empfängern medizinischer Leistungen zur Rehabilitation nicht in einem Versicherungsverhältnis nach dem SGB III stehen, daher während dieser Zeit keine Anwartschaft auf Arbeitslosengeld erwerben und deshalb von Arbeitslosigkeit besonders betroffen sind.³¹

Sind im Wege eines Gesamtplans mehrere aufeinanderfolgende Leistungen durchgeführt worden, wird das Anschlussübergangsgeld im Anschluss an die zeitlich letzte Maßnahme gewährt.³² Wird nur eine Leistung durchgeführt, muss diese eine gewisse zeitliche Dauer haben, um eine Bedeutung im Rehabilitationsverlauf zu erlangen und dem beschriebenen Sinn und Zweck des Anschlussübergangsgeldes gerecht zu werden. In Anlehnung an die Vorschriften über das Arbeitslosengeld erscheint eine Maßnahmedauer von mindestens sechs Monaten als angemessen, um in einem adäquaten Verhältnis zu dem folgenden Leistungsanspruch von 3 Monaten zu stehen.³³

Ein erfolgreicher Abschluss bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Versicherte die Maßnahme entweder bis zum planmäßigen Ende durchlaufen hat oder, sofern eine Abschlussprüfung absolviert werden musste, er diese mit Erfolg bestanden hat.³⁴ ▶

★

- 1 Grundsatz: Reha vor Rente, §26 Abs. 3 SGB VII.
- 2 VB 137/98 in Fortführung des Rundschreibens VB 46/93 vom 6.5.1993.
- 3 BGBl. I 1996, S. 1254, 1859.
- 4 BGBl. I 2001, S. 1046, 1047.
- 5 Erstkommentierung des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch – (SGB IX), Juli 2001.
- 6 §2 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien, DGUV Reha 011/2007.
- 7 Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 27.5.2009 – L 31 U 505/08, UVR 013/2009, S. 803 ff.
- 8 Näheres in BSG-Urteil vom 30.10.2007 – B 2 U 31/06 R, UVR 008/2008, S. 554 ff.
- 9 VB 137/98.
- 10 KassKomm-Ricke § 45 SGB VII, RdNr 9.
- 11 Lauterbach/Köllner, UV-SGB VII, § 49 Rn 16.
- 12 Lauterbach/Köllner, UV-SGB VII, § 45 Rn 49, § 49 Rn 16 – 18.
- 13 Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld, Stand 01/2010, II, 2.1.1, S. 18.
- 14 VB 137/98.
- 15 BSG-Urteil vom 7.9.2010 – B 5 R 104/08 R, juris.
- 16 Ausführungen im Urteil des Bayerischen LSG vom 29.7.2008 – L 14 R 777/05, juris.
- 17 Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, § 49 SGB VII Rn 6.1.
- 18 Freudenberg in JurisPK-SGB VII, § 49 Rn 14.
- 19 Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld, Stand 01/2010, II, 2.1.1, S. 18.
- 20 Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 14.11.2008 – L 3 U 68/05, UVR 003/2009, S. 131 ff.
- 21 BSG-Urteil vom 29.1.2008 – B 5a/5 R 20/06 R, juris.
- 22 Ausführlich hierzu Benz, Die BG 2003, 238 ff.
- 23 So auch Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 29.9.1999 – L 6 RJ 41/99, HVBG-Info 26/2000, S. 2423 ff. sowie Freudenberg in JurisPK-SGB VII, § 49 Rn 17.
- 24 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger vom 29.11.2005, VB 015/2006, 8.2.4, S. 68.
- 25 So Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Anhang zu § 50 SGB VII – § 51 SGB IX Rn 12 unter Hinweis auf Benz, Die BG 2003, 239.
- 26 Gemeinsames Rundschreiben a.a.O., VB 015/2006, 6.3, S. 53.
- 27 Köllner in Nomos, LPK-SGB VII, § 48 Rn 1.
- 28 Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, a.a.O.
- 29 So auch Benz, Die BG 2003, 239, Lauterbach/Köllner, UV-SGB VII, § 50 Rn 100e, Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, a.a.O.
- 30 BSG-Urteil vom 23.2.2000 – B 5 RJ 38/98 R, HVBG-Info 26/2000, S. 2429 ff.
- 31 Schütze in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 51 Rn 20.
- 32 Lauterbach/Köllner, UV-SGB VII, § 50 Rn 115 a.
- 33 Ausführlich dazu: Lauterbach/Köllner, UV-SGB VII, § 50 Rn 115 c.
- 34 BSG-Urteil vom 23.2.2000 – B 5 RJ 38/98 R, a.a.O.
- 35 BSG-Urteil vom 10.10.2002, HVBG UVR 37/2002, S. 3541.
- 36 BSG-Urteil vom 23.2.2011 – B 11 AL 15/10 R, juris.

Vorstufe der beruflichen Rehabilitation schon während des laufenden Heilverfahrens einsetzen. Die der gesetzlichen Unfallversicherung systemimmanente Leistungsgewährung aus einer Hand bewirkt an dieser Stelle den fließenden Übergang der einzelnen Phasen und beschleunigt das Rehabilitationsverfahren.

Die innerhalb der einzelnen Phasen gewährte Sachleistung wird durch Verletztengeld oder Übergangsgeld ergänzt, um den Lebensunterhalt des Versicherten sicherzustellen und damit den Reha-Erfolg abzusichern. Sobald bei Beendigung der medizinischen Rehabilitation objektiv feststeht, dass berufsfördernde Leistungen erforderlich werden, tritt eine Lösung von der zum Versicherungsfall führenden Tätigkeit ein; die Arbeitsunfähigkeit ist folgend an den individuellen Anforderungen der durchgeführten Rehabilitation (Schulungsfähigkeit) zu messen. Ein einmal beendeter Verletztengeldanspruch lebt im Verlauf der Rehabilitation nicht wieder auf, es sei denn, die Voraussetzungen des § 48 SGB VII (Wiedererkrankung) sind erfüllt. Im Vordergrund der Geldleistungsgewährung steht sowohl bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen als auch bei der Berechnung immer der von der Rechtsprechung manifestierte Gedanke der Einheitlichkeit des Rehabilitationsverfahrens. ●

Der Anspruch auf Weiterzahlung beginnt mit dem Tag der Arbeitslosmeldung bei der Agentur für Arbeit. Meldet sich der Versicherte schuldhaft verspätet arbeitslos, vermindert sich die Anspruchsdauer von drei Monaten um diese Zeit.

Der Anspruch auf Übergangsgeld nach § 51 Abs. 4 SGB IX besteht nur dann, wenn der Versicherte einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von weniger als drei Monaten geltend machen kann. Ein etwaiger Restanspruch auf Arbeitslosengeld ist vorrangig zu realisieren, die an drei Monaten fehlende Zeit wird anschließend mit Übergangsgeld aufgefüllt.³⁵ Nimmt der Versicherte innerhalb des Dreimonatszeitraums eine kurzfristige

Beschäftigung auf, führt dies nicht zum endgültigen Anspruchsverlust. Nach der Unterbrechung des Leistungsbezugs durch die Tätigkeit ist der Leistungsanspruch bis zum Ende des Dreimonatszeitraums auszuschöpfen.³⁶

5 Fazit

Die Rehabilitation eines Versicherten lässt sich in drei Phasen untergliedern: die medizinische Rehabilitation, das Verwaltungsverfahren als Vorstufe der beruflichen Rehabilitation sowie die tatsächliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wobei eine klare Trennung der einzelnen Phasen oftmals nicht möglich ist. So kann insbesondere das Verwaltungsverfahren als

Autor



Foto: Privat

Andreas Köllner

Stellvertretender Geschäftsführer, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe, BV Dortmund, Lehrbeauftragter an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Sozialversicherung
E-Mail: Andreas.Köllner@bgn.de

Zwischenbilanz und Ausblick

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Die seit 2008 laufende erste GDA-Periode findet 2012 ihren Abschluss: Zeit für eine Zwischenbilanz der geleisteten Arbeit und einen Ausblick auf die 2013 beginnende zweite Periode.

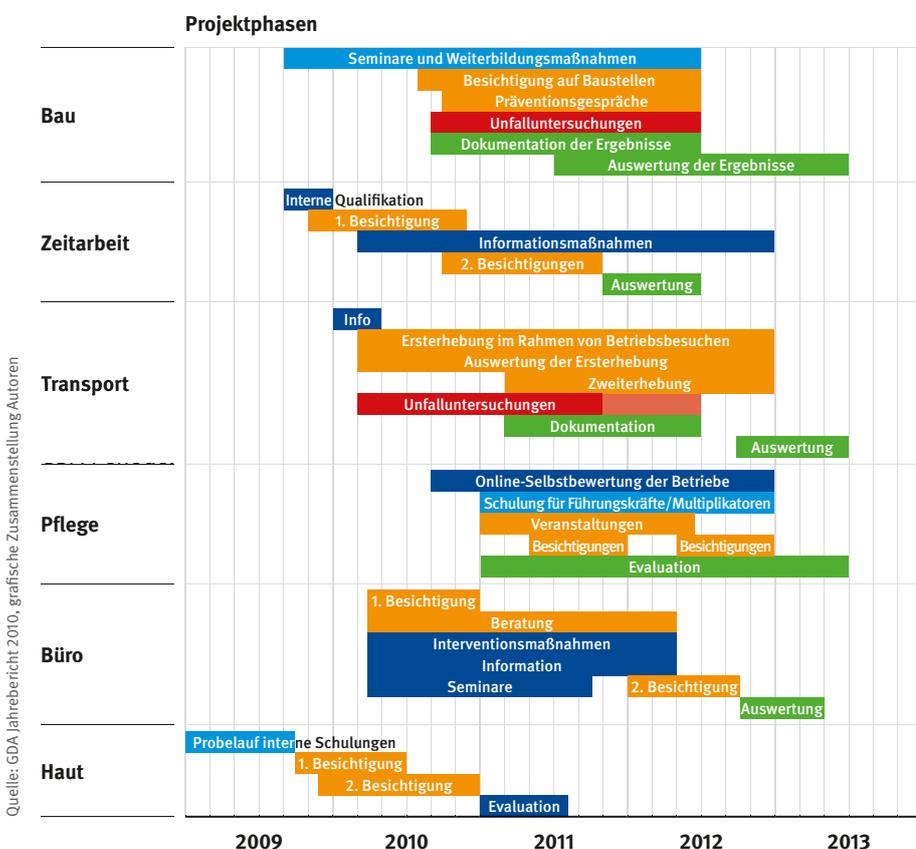
Die laufende erste Periode der GDA

Die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten, zu verbessern und zu fördern ist das Ziel der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), die am 5. November 2008 mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) aus der Taufe gehoben wurde. Der Arbeitsschutz in Deutschland soll durch die GDA noch

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

effizienter und systematischer werden. Die Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie – Bund, Länder und Unfallversicherungsträger – haben in enger Abstimmung mit den Sozialpartnern Handlungsschwerpunkte für den Zeitraum der ersten GDA-Periode 2008 – 2012 festgelegt:

- Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen unter Einbeziehung der Verringerung von psychischen Fehlbelastungen und Förderung der systematischen Wahrnehmung des Arbeitsschutzes
- Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Belastungen und -Erkrankungen unter Einbeziehung der Verringerung von psychischen Fehlbelastungen und Förderung der systematischen Wahrnehmung des Arbeitsschutzes in Unternehmen
- Verringerung der Häufigkeit und Schwere von Hauterkrankungen.



Quelle: GDA Jahrbuchbericht 2010, grafische Zusammenstellung Autoren

Abbildung 1: Die GDA-Arbeitsprogramme der Kategorie I

Die GDA-Träger führen im Rahmen der GDA seit 2009 gemeinsam und nach einheitlichen Grundsätzen zeitlich gestaffelt elf Arbeitsprogramme durch. Präventionsmaßnahmen in Betrieben wie die Arbeitsprogramme sowie Aktivitäten in der Öffentlichkeit wie der Deutsche Arbeitsschutzpreis werden gemeinsam geplant und durchgeführt. Für die Erfolgskontrolle der Arbeitsprogramme und der GDA als Gesamtprojekt läuft parallel eine Evaluation nach wissenschaftlichen Grundsätzen und Verfahren und mit internationaler sozialpolitischer Begleitung.

Die sechs Arbeitsprogramme der Kategorie I sind bis heute alle in der Fläche umgesetzt worden. Die drei bereits 2009 begonnenen Arbeitsprogramme Haut, Bau und Zeitarbeit wurden fortgesetzt. Das Arbeitsprogramm Haut wurde Anfang 2011 bereits abgeschlossen (siehe [Abbildung 1](#)).>

Die Ziele der GDA ab 2013

- ...❖ **Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes**
- ...❖ **Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich**
- ...❖ **Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung**

Abbildung 2: Die GDA-Ziele ab 2013

Die fünf Arbeitsprogramme der Kategorie II sind bereits angelaufen beziehungsweise werden 2011 sukzessive in die Umsetzungsphase in den Betrieben gehen.

Andere Ziele und Aufgaben, die der Gesetzgeber den GDA-Trägern mit dem durch das UVMG ergänzten Arbeitsschutzgesetz seit 2008 aufgibt – wie die Festlegung eines abgestimmten Vorgehens der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und der UV-Träger bei der Beratung und Überwachung der Betriebe sowie das Herstellen eines verständlichen, überschaubaren und abgestimmten Arbeitsschutz-Vorschriften- und Regelwerkes – sind weit entwickelt beziehungsweise nahezu erreicht.

5. Arbeitsschutzforum (ASF 2010) in Dresden

Das 5. Arbeitsschutzforum mit dem Ziel der Einbeziehung der im Arbeitsschutzgesetz explizit aufgeführten „Kooperationspartner“ wurde am 2. und 3. November 2010 von der DGUV beim Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV in Dresden ausgerichtet. An der Veranstaltung nahmen mehr als 200 Personen der Arbeitsschutzfachöffentlichkeit aus Instituten, Wissenschaft, Verbänden, Sozialpartnern, Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträgern teil. Bei der Programmgestaltung wurde ein Hauptaugenmerk darauf gerichtet, dass an vielen Stellen insbesondere für die Vertretungen der Fachöffentlichkeit die Möglichkeit einer aktiven

Teilnahme bestand. Das 5. Arbeitsschutzforum hat sich mit einem neuen, zweitägigen Veranstaltungsformat als voller Erfolg erwiesen. Von den Teilnehmern wurden insbesondere die neuen interaktiven Formate der Veranstaltung und die vielfältige Themenauswahl gelobt. Mit Hilfe einer thematischen Vorabbefragung, deren Auswertung den Teilnehmern im Vorfeld mitgeteilt wurde, konnte eine deutlich gesteigerte aktive Beteiligung der Fachöffentlichkeit im Vergleich zu den vorherigen vier Arbeitsschutzforen erreicht werden (21 Prozent der Teilnehmer). Eine Optimierung dieses Ansatzes bei der Vorbereitung künftiger Arbeitsschutzforen wird angestrebt. Insgesamt haben die Unfallversicherungsträger mit der inhaltlichen und organisatorischen Ausrichtung des 5. Arbeitsschutzforums für die Foren der kommenden Jahre sicherlich einen anspruchsvollen Maßstab gesetzt.

Ausblick auf die zweite GDA-Periode ab 2013

Die jetzt laufende GDA-Periode 2008 bis 2012 wird im kommenden Jahr ihren Abschluss finden und dementsprechend richtet sich der Blick der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) spätestens seit dem Jahr 2010 bereits auf die folgende zweite GDA-Periode, beginnend mit dem Jahr 2013. Die NAK hat sich vor der Festlegung künftiger Handlungsfelder bereits auf einige grundsätzliche Positionen für die Zielausrichtung der „GDA 2013 ff.“ verständigt, die vor dem Hintergrund der

inzwischen gesammelten Erfahrungen bei allen Beteiligten unstrittig sind. So soll es in der Folgeperiode deutlich weniger Projekte geben, die als Arbeitsprogramme auf der Agenda stehen werden; gedacht ist hier an eine Größenordnung von 2 bis 4 im Gegensatz zu den jetzt geschulterten insgesamt 11 Arbeitsprogrammen. Auch wird es in der kommenden GDA-Periode ab 2013 keine Unterscheidung in Arbeitsprogramme der Kategorie I und II mehr geben, weil sich gezeigt hat, dass die Beteiligung einzelner GDA-Partner bei der regionalen Umsetzung der weniger prioritären Arbeitsprogramme der Kategorie II nicht in dem Umfang stattfand wie ursprünglich geplant. Künftige Arbeitsprogramme sollen daher weniger branchenspezifisch, dafür aber mit mehr Flächendeckung aufgelegt werden, damit regional alle Träger, Unfallversicherungsträger (UVT) ebenso wie Länder, ihr Potenzial einbringen können. Konsequenter als noch im Vorfeld der ersten GDA-Periode fand ein umfassender interner sowie Dritte („Kooperationspartner“) einbeziehender Konsultationsprozess statt, der der Abstimmung der Zielthemen der GDA-Periode ab 2013 diente. Die Fachöffentlichkeit, zu der neben den Sozialpartnern die Verbände, die Wissenschaft und weitere Sozialversicherungsträger, wie insbesondere die Krankenkassen, zählen, wurde zu einem frühen Zeitpunkt in einem offenen Verfahren beteiligt. Auch die Unfallversicherung hat ihre Position in einem zwischen den Präventionsleitern, den Geschäftsführern und dem Vorstand der DGUV abgestimmten Papier zur GDA ab 2013 bestimmt und über die Nationale Arbeitsschutzkonferenz in den Konsultationsprozess zur zweiten GDA-Periode eingebracht. Einige der für die Zielfindung und für den künftigen GDA-Prozess wichtigen Schritte sollen hier kurz betrachtet werden.

Ranking der Zielvorschläge

Alle in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz vertretenen Träger der GDA waren sich seit dem Start der ersten GDA-Periode darin einig, dass die gewonnenen Erfahrungen für die Verbesserung der nachfolgenden Periode genutzt werden sollen, frei nach dem Motto: Wir wollen aus unseren Fehlern lernen. Dies führte zu der

Einrichtung eines systematischen Prozess-Controllings, mit dem insbesondere Schwachstellen analysiert, Optimierungen eingeleitet und Prozessabläufe abgestimmt wurden. Dieser Gedanke einer auf den Erfahrungen aufbauenden Prozess-Steuerung fand konsequent Eingang in den Zielfindungsprozess für die GDA ab 2013. Anders als bei der Zielfindung für die GDA 2008 – 2012 ging der jetzige Zielfindungsprozess nicht deduktiv vonstatten, gestützt auf die seinerzeit herangezogenen wissenschaftlichen Methoden, sondern er erfolgte nunmehr empirisch aufgrund der inzwischen vorliegenden Erfahrungen, mit dem Feedback der Betroffenen und den Erkenntnissen aus der betrieblichen Praxis. Nachdem eine Arbeitsgruppe der NAK in einem ersten Schritt die Eckpunkte für einen Konsultationsprozess für die Zielfindung beschrieben hatte, fand auf dieser Grundlage die Konsultation einer breit angelegten Zielgruppe aus der Fachöffentlichkeit statt, insbesondere der Sozialpartner, Verbände, Krankenkassen in einem konsequent offenen Verfahren. Viele der angeschriebenen Konsultationspartner nutzten die Möglichkeit, ihre Vorstellungen zur Ausgestaltung der GDA ab 2013 einzubringen, selbst Vorschläge zu unterbreiten oder aus den Vorschlägen des Konsultationspapiers Favoriten zu benennen. Im Ergebnis führte dieser Prozess zu einem Ranking, aus dem sich eine Zielpriorisierung ableiten ließ, über die anschließend in der NAK beraten wurde. Mit deutlicher Mehrheit wurden die Zielvorschläge „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“ und „Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich“ an erster Stelle genannt, gefolgt von „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“. Das gleichfalls im Vorfeld diskutierte Ziel „Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeits-

unfällen“ erhielt den Platz 4 im Ranking, wurde aber in der NAK mit dem Ergebnis diskutiert, dass dieses Ziel ohnehin zu den satzungsgemäßen und rechtlich verankerten Präventionszielen der Träger des deutschen Arbeitsschutzes zählt, so dass es einer Hervorhebung als eigenständiges GDA-Ziel nicht bedarf. Vielmehr werde die GDA besondere Schwerpunkte in der Präventionsarbeit setzen, was auch durch die Zielorientierung und die darauf fußenden Handlungsfelder und Arbeitsprogramme zum Ausdruck kommen sollte. Man verständigte sich in der NAK darauf, die einvernehmlich unbestrittene besondere Bedeutung des GDA-Ziels „Verringerung von Arbeitsunfällen“ anhand einer Erläuterung bei der Kommunikation der neuen GDA-Ziele mit dem Hinweis zu unterstreichen, dass die Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen eine Kernaufgabe aller Träger ist, die sich dementsprechend in der Formulierung der Ziele ab 2013 wiederfinden werde. Im Ergebnis beschloss die Nationale Arbeitsschutzkonferenz in ihrer Sitzung 02/2011 am 19. Mai 2011 die drei erstgenannten GDA-Ziele für die zweite Periode ab dem Jahr 2013 (siehe [Abbildung 2](#)).

Grobkonzeption und Projektpläne

In dem sich an die Zielbestimmung jetzt anschließenden Verfahren geht es darum, zu den im Konsultationsprozess ermittelten drei GDA-Zielen die entsprechenden Handlungsfelder und letztlich für die Umsetzung in den Betrieben die Arbeitsprogramme zu bestimmen. In der NAK hat man sich darauf verständigt, zur Ausgestaltung dieses Schrittes zunächst eine Grobkonzeption für die wesentlichen Inhalte, Instrumente, Methoden und nicht zuletzt auch die erforderlichen Ressourceneinsätze zu entwickeln. Dies wird unter Beteiligung aller GDA-Träger und der Sozialpartner erfolgen. Das Grobkonzept wird danach zunächst in den eigenen Reihen

der GDA-Träger und mit Kooperationspartnern erörtert und dabei vor allem auf seine Machbarkeit hin, die dafür erforderlichen personellen Ressourcen und nicht zuletzt auch auf seine Evaluierbarkeit hin geprüft und abgestimmt. Mit diesem Schritt, der für die kommende GDA-Periode so erstmals in das Verfahren eingefügt wurde, werden wesentliche Fragen der jetzt laufenden Periode aufgenommen und beantwortet werden können: Ist das, was wir mit der GDA machen wollen, überhaupt realistisch, haben wir die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Mittel und kann man die erzielten Effekte evaluieren, das heißt, wird man Erfolge messen können? Danach erst werden Projektpläne für Arbeitsprogramme entwickelt, und zwar dann ebenfalls unter Beteiligung der Sozialpartner und vor allem auch der Beteiligten, die ihre Mitwirkung auf den entsprechenden Handlungsfeldern bei der Entwicklung der Grobkonzepte zugesagt haben. Mit diesem neuen, mehrstufigen Verfahren der Ausgestaltung der neuen GDA-Projekte für die GDA 2013 wird ein wesentlicher Schritt umgesetzt, den die Arbeitsgruppe „Prozess-Controlling“ zur Optimierung der Verfahrensabläufe in der GDA vorgeschlagen hat.

Kernprozess: Überwachung und Beratung

Ein wesentliches Element der Verbesserung GDA-interner Arbeitsabläufe ist die Herstellung eines gemeinsamen Grundverständnisses über die Arbeitsteilung und Steuerung der Arbeitsprogramme. Nach dem von der NAK beschlossenen Strukturkonzept setzt sich ein Arbeitsprogramm aus einem Kernprozess und begleitenden Prozessen zusammen. Am Kernprozess nehmen nur die Träger teil. Dieser Prozess besteht im Wesentlichen aus Überwachung und Beratung in Betrieben, soweit die Zuständigkeit beider Träger gegeben ist. ▶

„Zur Arbeitsteilung der Träger der GDA wurde klargestellt, dass es keine wie auch immer ausgestalteten Modelle geben wird, bei denen die Trennlinie in der Aufgabenwahrnehmung zwischen Beratung für den einen und Überwachung für den anderen Träger verläuft.“

„Von einer vertrauenswürdigen Evaluation ist nicht nur ein belastbares Fachkonzept zu erwarten, sondern auch eine Unabhängigkeit von den Institutionen, deren Aktivität evaluiert werden soll.“

Prinzip des geplanten Datenaustauschs bei Betriebsbesichtigungen



Abbildung 3: Datenaustausch über Betriebsbesichtigungen zwischen den staatlichen Arbeitsschutzbehörden und den Unfallversicherungsträgern

Begleitende Prozesse können sowohl von den Trägern als auch von den Kooperationspartnern durchgeführt werden. Sie können innerhalb oder außerhalb der Betriebe stattfinden. Von besonderer Bedeutung für die Umsetzungsplanung der künftigen GDA-Arbeitsprogramme dürfte die von der NAK beschlossene Maßgabe für die gemeinsame Teilhabe von Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden der Länder am Kernprozess der GDA sein, weil es hier – offenbar aufgrund von Missverständnissen bezüglich des gesetzlichen Überwachungsauftrags in Arbeitsschutzgesetz und Sozialgesetzbuch – in der Vergangenheit immer wieder zu kontroversen Auslegungen und wenig zielführenden Diskussionen kam. Klargestellt ist jetzt, dass der Kernprozess beides, Überwachung und Beratung, umfasst und dass beide in der Umsetzung des Arbeitsschutzes in den Betrieben präsenten Partner, sowohl Länder als auch UVT, am Kernprozess teilnehmen. Sogar auf eine Quantifizierung des Mindestanteils an diesem Kernprozess hat sich die NAK verständigt; der Mindestwert hieran soll – bezogen auf den gesamten Ressourceneinsatz – ein Drittel nicht unterschreiten. Dies bestätigt nunmehr ganz klar, dass Beratung und Überwachung untrennbar zu den Kernaufgaben auch der Unfallversicherer zählen und es keine wie auch immer ausgestalteten Modelle geben wird, bei denen die Trennlinie in der Aufgabenwahrnehmung zwischen Beratung einerseits und Überwachung andererseits verläuft. Die Präventionsleiterkonferenz

der DGUV hat diesem Ansatz gleichermaßen zugestimmt mit der ergänzenden Klarstellung, dass es in der praktischen Umsetzung beim Abgleich der für die GDA-Arbeitsprogramme eingesetzten Ressourcen nach wie vor bei der Bereitstellung überwiegend gleicher Anteile und Aufgaben für Unfallversicherung und Arbeitsschutzverwaltung, dem sogenannten „1:1-Matching“, bleiben soll.

Das Konzept der Dachevaluation

Die Evaluation der GDA ist im Arbeitsschutzgesetz explizit verankert. Ihre Konzipierung wurde im Jahre 2007 in Angriff genommen. Die NAK richtete für die Evaluation den „Steuerkreis Dachevaluation“ ein, dem Vertreter der Träger der GDA sowie der Sozialpartner und der NAK-Geschäftsstelle angehören. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde das grundlegende Konzept der Evaluation der ersten GDA-Periode entwickelt: eine übergreifende „Dachevaluation“, die das Erreichen der Ziele der GDA auf ihren fünf „Zielebenen“

- Arbeitsschutzziele,
 - Relevanz und Wirksamkeit des institutionellen Arbeitsschutzes auf betrieblicher Ebene,
 - Optimierung der Zusammenarbeit der Träger im dualen System,
 - Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten sowie
 - betriebliche Prävention für Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit
- in den Blick nimmt. Für die Arbeitsprogramme der GDA, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht konzipiert waren, sind eigene Evaluationen in der Verantwort-

ung der Programmleitungen, jedoch in Abstimmung mit der Dachevaluation vorgesehen; denn die Ergebnisse der Arbeitsprogramme sind eine wesentliche Datenquelle der Dachevaluation. Das Konzept der Dachevaluation ist niedergelegt in den „Terms of Reference“ (ToR), die für jede oben genannte Zielebene die

- konkreten Ziele,
- Maßnahmen,
- Indikatoren,
- Erhebungsinstrumente und Datenquellen sowie
- Meilensteine beziehungsweise Zeitpunkte der Erhebungen definieren.

Die Unabhängigkeit der Evaluation

Von einer vertrauenswürdigen Evaluation ist nicht nur ein belastbares Fachkonzept zu erwarten, sondern auch eine Unabhängigkeit von den Institutionen, deren Aktivität evaluiert werden soll. Zu diesem Zweck wurde ein wissenschaftlich-sozialpolitischer Beirat zur Begleitung einberufen, auch mit Vertretern aus dem benachbarten Ausland. Zudem wurde die Durchführung der Evaluation ausgeschrieben und an eine unabhängige Fachstelle (Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH in Zusammenarbeit mit tns-Infratest) vergeben.

Ein Schwerpunkt der Beratungen im Beirat lag auf dem Problem, wie eine „komplexe Intervention“, wie sie die GDA darstellt, wissenschaftlich fundiert evaluiert werden kann. Anders als in einem wissenschaftlichen Experiment ist es zum

Beispiel nicht möglich, eine „Kontrollgruppe“ mit einer „Interventionsgruppe“ zu vergleichen oder die Intervention auf einzelne Maßnahmen zu beschränken. Denn von der Beratung und Überwachung durch die Aufsichtsdiene die darf kein Betrieb von vorneherein ausgenommen werden. Im Rahmen einer Betriebsbefragung (siehe unten) ist es jedoch möglich, im Nachhinein von GDA-Programmen erreichte und nicht erreichte Betriebe zu unterscheiden.

Der Stand der Dachevaluation

Praktisch angelaufen ist die Dachevaluation aufgrund der umfangreichen zeitintensiven Vorbereitungen erst im Jahr 2011. Zusätzlich zu den Datenquellen, die durch die Routinestatistiken der Sozialversicherungsträger sowie die Dokumentationen und Auswertungen der GDA-Arbeitsprogramme zur Verfügung stehen, mussten neue Instrumente entwickelt werden, insbesondere um das Erreichen der Ziele „Relevanz und Wirksamkeit des institutionellen Arbeitsschutzes auf betrieblicher Ebene“, „Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten“ und „Betriebliche Prävention für Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit“ zu evaluieren. Hierzu wurden unter anderem Betriebs- und Beschäftigtenbefragungen entwickelt als Standardinstrumente der GDA, die auch in den künftigen GDA-Perioden eingesetzt werden sollen.

Diese Befragungen wurden zwischen Mai und Juli 2011 als Telefoninterviews durch tns-Infratest zum ersten und einzigen Mal in der laufenden GDA-Periode durchgeführt als „Basiserhebung“. Die nächste Befragung wird erst in der kommenden GDA-Periode stattfinden. Mit diesen Befragungen sollen längerfristige Veränderungen durch die GDA untersucht werden. Hinzu kommt noch im Jahr 2011 eine erste Befragung der Zielgruppen des GDA-Arbeitsschutzforums, um Erkenntnisse zu gewinnen über die „Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten“.

Ausblick

Ende 2011 wird die Dachevaluation einen ersten Zwischenbericht vorlegen. Gleichzeitig wird bereits die Evaluation der

GDA-Periode ab 2013 konzipiert. Ein Ziel ist es, Dach- und Programmevaluation zu einer Evaluation zu integrieren.

Datenaustausch

Im Arbeitsschutzgesetz ist seit 2008 verankert, dass sich die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über Betriebsbesichtigungen und deren Ergebnisse austauschen mit dem Ziel eines besser abgestimmten Vorgehens bei der Beratung und Überwachung der Betriebe. Für die Umsetzung dieser Forderung haben sich UVT und Länder darüber abgestimmt, in welchem Umfang ein Informationsaustausch zweckmäßig ist und wie er in Übereinstimmung mit den einschlägigen Datenschutzvorschriften auf Bundes- und Länderebene durchgeführt werden kann. Zunächst werden im Rahmen der Erprobung Informationen ausgetauscht darüber, welche Aufsichtsdienststelle wann aus welchem Anlass in welchem Betrieb war. Die jeweilige Dienststelle (UVT oder Staat) soll bei der Planung ihrer Besichtigungen anhand der übermittelten Informationen erkennen, ob und aus welchem Anlass von der Partnerdienststelle gegebenenfalls in jüngerer Zeit ein Besuch durchgeführt wurde. Nähere Informationen muss sie sich dann bei Bedarf durch direkte Kontaktaufnahme bei der Partnerdienststelle beschaffen.

Der Austausch von Informationen über geplante Besichtigungen ist zunächst zurückgestellt, da nicht alle Beteiligten über eine entsprechende Planung verfügen. Auch darüber, in welchem Umfang Ergebnisse ausgetauscht werden, muss noch eine Einigung erzielt werden.

Da Betriebsadressen in Verbindung mit Besuchen und ihren Anlässen (zum Beispiel Arbeitsunfall) grundsätzlich schutzwürdige Informationen (Sozialdaten) darstellen, musste ein mit den Anforderungen des Datenschutzes konformes Vorgehen gefunden werden:

- Für den Austausch ist das Prinzip der Datensparsamkeit zu beachten: Nur Informationen, die unter streng angelegten Kriterien erforderlich sind, dürfen übermittelt werden, keine Daten „auf Vorrat“.

- Für jeden Besichtigungsfall muss vom Verantwortlichen (in der Regel der Aufsichtsperson) aufgrund von im Sozialgesetzbuch X (§70) festgelegten Kriterien entschieden werden, ob der Datensatz an die zuständige Partnerbehörde übermittelt werden darf. In der Regel dürfte diese Entscheidung positiv ausfallen, da es um das hohe schützenswerte Gut der Gesundheit der Beschäftigten geht.
- Es dürfen keine „Freitexte“ übermittelt werden, sie könnten gegebenenfalls Namen von Personen zusammen mit besonders schützenswerten Sozialdaten (zum Beispiel Berufskrankheit von Person X) enthalten.
- Die Informationen dürfen nur bilateral zwischen den für einen Betrieb zuständigen Diensten der UVT und des Staates ausgetauscht werden, nicht jedoch „auf Vorrat“ in eine gemeinsame Datenbank der Unfallversicherungsträger und der Länder.

Um ein kompliziertes Datenflussnetz zwischen über 30 UVT und 16 Ländern mit jeweils vielen Dienststellen zu vermeiden, werden die Daten an eine gemeinsame elektronische Poststelle verschickt und von dieser an den zuständigen Empfänger weitergeleitet (siehe [Abbildung 3](#)). Damit kann auch die erforderliche Sicherheit der Datenübertragung leichter gewährleistet werden.

Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder haben diesem Verfahren inzwischen ihre Zustimmung erteilt. Ziel für die laufende GDA-Periode ist es, das Verfahren unter allen Beteiligten zu erproben. ●

Autoren

Michael Jansen,

"Strategische Kooperationen" im Stabsbereich Prävention, DGUV
E-Mail: michael.jansen@dguv.de

Dr. Roger Stamm,

Leiter des Fachbereichs Informationstechnik/Risikomanagement, Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: roger.stamm@dguv.de

Dr. Sven Timm,

"Strategische Kooperationen" im Stabsbereich Prävention, DGUV
E-Mail: sven.timm@dguv.de

Schulweg

Das Pilotprojekt „Sicherheitstraining Handbike für Kinder und Jugendliche“

Immer mehr Schülerinnen und Schüler mit einem Handicap besuchen eine allgemeinbildende Schule und verwenden für den Schulweg ein sogenanntes Handbike. Ein Sicherheitstraining kann helfen, Unfälle zu vermeiden.

Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. So schreibt es bereits unser Grundgesetz im Artikel 3 vor. Menschen mit Behinderungen wollen genau so leben wie Nichtbehinderte. Sie haben einen Anspruch darauf, mobil zu sein und ihren Alltag entsprechend ihrem Können ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Assistenz benötigen sie nur dort, wo ihre Fähigkeiten an Grenzen stoßen.

Mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention), das seit dem 26. März 2009 auch für Deutschland verbindlich ist, rückt dieser Anspruch auf Teilhabe, Selbstbestimmung und uneingeschränkte Gleichstellung von Behinderten und Nichtbehinderten nochmals besonders ins Rampenlicht. Teilhabe, Selbstbestim-

mung und Gleichstellung müssen bereits im Kindesalter beginnen.

Behinderte Kinder werden in Deutschland noch überwiegend in Sonderschulen unterrichtet. Der Besuch von solchen Sonderschulen führt aber oftmals zur Ausgrenzung. Denn durch die Trennung von behinderten und nichtbehinderten Kindern fehlt die Möglichkeit, gemeinsam voneinander zu lernen. Nur dort, wo behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam in eine Schule gehen, lernen sie die Stärken und Schwächen des jeweils anderen kennen und zu akzeptieren. So können bestehende Vorbehalte abgebaut werden.

Kinder mit Handicap auf dem Weg zur Schule

Die UN-Behindertenrechtskonvention gab auch den Anstoß dafür, dass immer mehr Schülerinnen und Schüler mit einem Handicap zum gemeinsamen Unterricht eine allgemeinbildende Schule besuchen. Hierbei nehmen sie, wie alle Schülerinnen und Schüler, auf ihrem Schulweg auch am öffentlichen Straßenverkehr teil. Kinder und Jugendliche mit Bewegungseinschränkungen in den Beinen nutzen hierfür oftmals ihren Rollstuhl mit einer fahrradähnlichen Antriebseinheit als Vorspann. Dieses Gefährt ist somit eine Kombination aus Fahrrad und Rollstuhl, der Antrieb erfolgt über eine Handkurbel. Mit einem solchen Handbike werden deut-

„Rollstuhl fahrende Kinder sind das schnelle Tempo im Straßenverkehr noch nicht gewohnt und sie haben oftmals wenig Übung im öffentlichen Straßenverkehr.“



Foto: Stephan Floss



Weitere Informationen unter:
www.rollikids.de





Fotos: Stephan Floss

Der querschnittgelähmte Radrennsportler Stefan Bäumann (rechts, Bildmitte) stand den Teilnehmern am Sicherheitstraining mit Rat und Tat zur Seite. Er vertrat Deutschland unter anderem bei den Paralympics und zählt zu den weltbesten Radrennsportlern.

lich höhere Geschwindigkeiten erreicht als mit einem Rollstuhl und die Kinder können somit leichter mit dem Tempo ihrer nicht-behinderten Altersgenossen mithalten. Allerdings sitzen sie dabei deutlich tiefer als Fahrradfahrer und können daher von anderen Verkehrsteilnehmern übersehen werden. Tragische Unfälle sind dann die Folge.

Rollstuhl fahrende Kinder sind aber das schnelle Tempo im Straßenverkehr noch nicht gewohnt und sie haben oftmals wenig Übung im öffentlichen Straßenverkehr. Auch haben sie selten Vorbilder von Handbike fahrenden Erwachsenen, von denen sie dann einiges abschauen können.

Auch auf dem Schulweg: Risiko raus!

Die Präventionskampagne „Risiko raus!“ von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen unterstützt daher in Kooperation mit dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat ein vom Fachbereich Kinder- und Jugendsport des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes durchgeführtes „Sicherheitstraining Handbike für Kinder und Jugendliche“. Dieses Pilotprojekt wurde erstmals vom 24. bis 29. Juli 2011 in Westerstede durchgeführt. Die gleichzeitige Schulung von Multiplikatoren, die solche

Sicherheitstrainings dann künftig auch in ihren örtlichen Bereichen durchführen können, und die Erstellung von Schulungsmaterialien sowie der Broschüre „Sicher mit dem Handbike unterwegs“ sorgen für die notwendige Nachhaltigkeit dieses Projekts auch über die Laufzeit der Präventionskampagne „Risiko raus!“ hinaus. Durch die Beteiligung von einschlägigen Herstellern wurde auch der Bezug zur Praxis hergestellt.

Das Projekt ist zwar auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten, viele Ergebnisse können aber auch auf Erwachsene übertragen werden.

Stefan Bäumann als Vorbild für die Teilnehmer

Als Botschafter der Aktionen und somit auch als Vorbild für die jungen Teilnehmer konnte der Radrennsportler Stefan Bäumann gewonnen werden. Er stand als Teilnehmer der Paralympics, mehrfacher Gewinner von Europa- und Weltmeisterschaften und Behindertensportler des Jahres 2010 persönlich einen Tag lang mit vielen Ratschlägen den Teilnehmern am Sicherheitstraining in Westerstede zur Verfügung.

Alles will gelernt sein: das Sicherheitstraining

Neben theoretischem Grundwissen rund um das Fahren mit einem Handbike übten die Teilnehmer viele Situationen, die im Straßenverkehr alltäglich vorkommen. Die erfahrenen Übungsleiter zeigten außerdem, wie man sich vorausschauend verhält, um Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen. ●

Autor



Foto: Privat

Georg Bach

Bereich Kommunikation, DGUV
E-Mail: georg.bach@dguv.de

Aus der Forschung

Psychische Gesundheitsrisiken in der Arbeit mit Bürgerkontakt

Die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung sehen sich spezifischen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die es im Rahmen der vom Arbeitsschutzgesetz geforderten Gefährdungsbeurteilung mit geeigneten Verfahren zu analysieren und zu bewerten gilt.



Laut §5 des Arbeitsschutzgesetzes ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, die für die Beschäftigten mit ihrem Arbeitsplatz verbundenen möglichen Gefährdungen zu beurteilen und daraus die entsprechend notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen abzuleiten. Solche arbeitsbedingten Gefährdungen beziehen sich sowohl auf das körperliche Wohlergehen der Beschäftigten als auch auf deren psychische Gesundheit. Für die „klassische“ Gefährdungsbeurteilung, welche zum Beispiel Aspekte der Ergonomie oder der technischen Sicherheit am Arbeitsplatz berücksichtigt, stehen bereits eine Reihe praktikabler Verfahren zur Verfügung. Allerdings werden dabei die Aspekte psychosozialer Belastung am Arbeitsplatz zumeist nur unzureichend abgedeckt. In der modernen Arbeitswelt sind jedoch viele Berufe durch einen hohen Anteil an geistiger Arbeit, zunehmende Flexibi-

lisierung, Informationsverdichtung oder hohen Kommunikationsbedarf gekennzeichnet. Damit verbunden wächst die Bedeutung der psychosozialen Arbeitsbelastung für Leistung und Gesundheit der Beschäftigten. Die im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung eingesetzten Verfahren müssen darauf entsprechend angepasst beziehungsweise entwickelt werden.

Besonders im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, wie zum Beispiel in der öffentlichen Verwaltung, sind psychosoziale Belastungen relevant. Hier liegt eine zunehmende Arbeitsverdichtung aufgrund wachsender Fallzahlen mit steigender Komplexität vor. Hinzu kommen hohe Verantwortung, häufige Umstrukturierungen und die Arbeit im Span-

Tabelle 1: Beispiel zur Skalendarstellung im BAGAB

2.2.3 Vorkehrungen zur Verhinderung von Pausenunterbrechungen		
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> teilweise vorhanden oder teilweise wirkungsvoll	<input type="checkbox"/> vorhanden und wirkungsvoll
Pausen mit häufigen Störungen (zum Beispiel Pausen am Platz, Telefon klingelt ständig, Kunden kommen herein)	Pausen mit einigen Störungen (zum Beispiel Pausen unweit vom Arbeitsplatz, Telefon in Hörweite, Kunden werden wahrgenommen)	Pausen laufen störungsfrei ab (zum Beispiel separater Raum, Zimmer zu verschließen, klare Regelungen zu Vertretungen beim Bedienen von Kunden und Telefon)

nungsfeld zwischen den Erwartungen des Bürgers und den gesetzlichen Vorgaben. Nicht selten werden die Beschäftigten im direkten Bürgerkontakt mit deren oftmals negativen Emotionen konfrontiert. Im Vergleich zu anderen Branchen zeigt sich, dass der Bereich der öffentlichen Verwaltung in den Krankenständen einen Spitzenplatz belegt (AOK-Fehlzeitenreport 2010). Die Zahl psychischer Erkrankungen steigt an. Die meisten Fehltag aufgrund psychischer Beschwerden verzeichnen die Statistiken bei Banken und Versicherungen und in der öffentlichen Verwaltung.

Aus diesem Grund sind für die Präventionsarbeit effiziente und praktikable Methoden zur Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Gesundheitsrisiken nötig. Daher wurde in einem von der DGUV geförderten Projekt der Technischen Universität Dresden eine Methode zur Gefährdungsbeurteilung entwickelt, die sich besonders auf die Beurteilung psychosozialer Belastung in der öffentlichen Verwaltung konzentriert.

Vorgehen bei der Entwicklung des Verfahrens

Das Verfahren „Beobachtungsinterview zur Ableitung von Gestaltungsmöglichkeiten für die Arbeit mit Bürgerkontakt“ (BAGAB) wurde in zwei Teilschritten entwickelt.

Der erste Teilschritt bestand in der Sammlung aller Arbeitsmerkmale, die für die Beurteilung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz relevant sind. Diese wurden auf Basis umfangreicher Literaturrecherchen in der nationalen und internationalen Literatur sowie der Untersuchung bereits bestehender Methoden zur Gefährdungsbeurteilung zusammengestellt. Dabei fanden vor allem die in den Normen DIN EN ISO 6385 und 10075-2 enthaltenen Merkmale gut gestalteter Arbeit Berücksichtigung. Anschließend wurde der Merkmalsatz durch spezifische Anforderungen von Arbeitstätigkeiten in Dienstleistungen mit häufigem Bürger- oder Kundenkontakt ergänzt und weiterentwickelt. Um einen repräsentativen Merkmalskatalog des Verfahrens zu gewährleisten, fanden darüber hinaus

Befragungen und Gruppendiskussionen in Expertenrunden statt. Hierbei wurden die Vollständigkeit und Verständlichkeit des Merkmalsatzes sowie die Relevanz der enthaltenen beziehungsweise bisher nicht berücksichtigten Merkmale diskutiert. Auf dieser Grundlage konnten in 15 Arbeitsstudien in verschiedenen Sachgebieten von Stadtverwaltungen Beobachtungsinterviews durchgeführt werden, deren Ergebnisse ebenfalls in das Verfahren integriert wurden.

Die zweite Phase der Entstehung des Verfahrens diente zur Evaluation des BAGAB. Als Bewertungskriterien wurden hierbei die Gütekriterien für psychologische Untersuchungsverfahren entsprechend der Norm DIN EN ISO 10075-3 herangezogen. Hierfür fand ein Erprobungseinsatz des Verfahrens an 27 verschiedenen Tätigkeiten aus dem Bereich der öffentlichen Verwaltung mit Bürgerkontakt statt.

Beschreibung des Verfahrens

Das BAGAB wird in Form eines Beobachtungsinterviews durchgeführt. Diese Vorgehensweise besteht aus einer Kombination von Beobachtung und Befragung. Es bezieht sich auf die Arbeitsplatzbedingungen und versucht diese weitestgehend unabhängig vom Arbeitsplatzinhaber zu erfassen. Der Untersucher begleitet den jeweiligen Arbeitsplatzinhaber und beobachtet ihn während der Durchführung seiner Tätigkeit. Die durch Beobachtung gewonnenen Daten werden durch Erfragen einzelner, nicht beziehungsweise schwer beobachtbarer Informationen ergänzt.

Das BAGAB besteht insgesamt aus 47 Merkmalen, welche sich unter anderem in die Kategorien

- organisatorische und technische Bedingungen des Arbeitsplatzes,
- Information, Rückmeldung, Kommunikation,
- zeitliche Ausführungsbedingungen,
- Beeinflussbarkeit des Arbeitsprozesses und
- psychische Anforderungen gliedern.

Die einzelnen Merkmale sind im BAGAB als Skalen mit inhaltlich beschriebenen Stufen dargestellt. Dabei ist die günstigs-

te Gestaltung des Merkmals auf der rechten Seite und die ungünstigste Gestaltung auf der linken Seite der Skala abzulesen (siehe [Tabelle 1](#)). Dadurch sollen Gestaltungserfordernisse und -möglichkeiten sofort erkennbar werden. Die Auswertung des Beobachtungsinterviews erfolgt über die verschiedenen Merkmalskomplexe hinweg mittels eines Profils.

Fazit und Ausblick

Das BAGAB ist ein Beobachtungsinterview zur bedingungsbezogenen Erfassung von Arbeitsmerkmalen. Es wurde hinsichtlich der einschlägigen Gütekriterien erprobt und evaluiert und ist speziell auf die Erfassung psychosozialer Belastungen bei personenbezogenen Dienstleistungen wie der öffentlichen Verwaltung ausgerichtet. Das Verfahren wurde bisher nur durch Experten eingesetzt, soll allerdings perspektivisch durch Unternehmen, Einrichtungen und Institutionen selbst (von Führungskräften mit Unterstützung durch Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte und weitere Fachleute) genutzt werden. Aus diesem Grund beschäftigt sich ein Fortsetzungsprojekt mit der Weiterentwicklung des Verfahrens sowie der Entwicklung eines Manuals zur Handhabung des BAGAB und einer entsprechenden Schulung, um das Verfahren auch anderen Nutzergruppen zugänglich zu machen. ●

Autorin



Foto: Privat

Anja Hubrich

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, TU Dresden, Fachrichtung Psychologie, Arbeitsgruppe „Wissen – Denken – Handeln“
E-Mail: hubrich@psychologie.tu-dresden.de

Good-Practice-Beispiel

Verwaltungsmodernisierung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Unfallkasse Berlin (UKB) hat im vergangenen Jahr ein Konzept zur Optimierung der Ablauforganisation der Abteilung Rehabilitation und Leistungen erstellt. Sie hat dabei auf externe Unterstützung gesetzt – und mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) einen zuverlässigen und kompetenten Partner gewählt.

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Verwaltungsmodernisierung war die Frage, wie die gestiegenen Anforderungen an eine zeitgemäße, umfassende und zügige Erbringung der Sozialleistungen mit den vorhandenen Ressourcen angemessen bewältigt werden können. Insbesondere um den Handlungsleitfaden „Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ konsequent umsetzen zu können, wurde Handlungsbedarf für die gesamte Arbeitsorganisation erkannt. Die damit verbundenen Herausforderungen sollten in einem Gesamtkonzept zusammengeführt werden, um der weiteren Entwicklung Struktur und Perspektive zu geben.

Praxisorientierte Prozessgestaltung

Ein wichtiges Kriterium bei der Erarbeitung des Konzepts war der Wunsch der Unfallkasse Berlin, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfassend zu beteiligen, um Praxiswissen frühzeitig in die Gestaltungsarbeit einzubinden. Ein weiteres erklärtes Ziel war die transparente Durchführung, um Vertrauen für den Veränderungsprozess aufzubauen. Nach ersten Überlegungen zum Vorgehen entschied die Unfallkasse Berlin, ein eigenständiges Projekt für diese Aufgabe zu initiieren: das Projekt LeiKA (Leistungsabteilung: Konzept Ablaufoptimierung). Schnell wurde klar, dass die Komplexität des Projekts eine Begleitung durch einen externen Partner erfordert. Die Unfallkasse Berlin entschied sich für eine Unterstützung durch die Abteilung Finanzen, Controlling, Betriebswirtschaft der DGUV.



Foto: Shutterstock / Chagin

Die Projektergebnisse basieren auf einer umfassenden Analyse von Daten und Abläufen.

Im Mittelpunkt der Analyse standen die Abläufe der Bearbeitung. Das Projekt basiert auf der Methodik des Prozessmanagements. Dieses organisationswissenschaftliche Modell kritisiert insbesondere eine ausgeprägte Verteilung einzelner Verantwortlichkeiten auf verschiedene Arbeitsbereiche. Diese Verteilung hat zur Konsequenz, dass Vorgänge in der Regel mehrere Stellen durchlaufen und die Tätigkeit unzureichend am Gesamtergebnis der jeweiligen Aufgabe ausgerichtet ist. Transport- und Liegezeiten, erhöhter Abstimmungsaufwand und Reibungsverluste machen die Bearbeitung zudem komplex und langsam. Insbesondere fehlt es in funktional orientierten Organisationen an einer konsequenten Aus-

richtung der Abläufe an den Erwartungen des Kunden beziehungsweise Leistungsempfängers. Prozessmanagement bietet die Chance, unzureichende Kundenorientierung und kritische Schnittstellen aufzuzeigen.

Zum Start bildete sich ein Projektteam, das aus Beteiligten der Abteilung Rehabilitation und Leistungen – sowohl Führungskräften als auch Sachbearbeitern – sowie Kolleginnen und Kollegen anderer Bereiche (Schnittstellen) der Unfallkasse bestand. Die Projektleitung übernahm die Abteilungsleitung, die Mitarbeiter der DGUV standen als Projektmanager, Moderatoren und Berater für das Prozessmanagement zur Seite.

Der Unfallkasse Berlin war es nicht möglich, die Projektmitglieder für das Projekt von anderer Arbeit freizustellen. Die Mitarbeit erfolgte daher neben der täglichen Sachbearbeitung. Dieser Herausforderung haben sich die Teammitglieder mit großem persönlichem Einsatz gestellt.

Reha-Management verändert die Ablauforganisation

In einem ersten Arbeitsschritt definierte das Team die Erwartungen an das Projektergebnis. Dabei wurde deutlich, dass bei der Gestaltung optimierter Prozesse nicht nur die Erwartungen der Versicherten, sondern auch die der Beschäftigten und der versicherten Unternehmen berücksichtigt werden müssen.

Erste Aufgabe des Projektteams war es, zu erheben, welche Bearbeitungsschritte derzeit in welcher Organisationseinheit von der Unfallmeldung bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung durchgeführt werden. Mitglieder des Projektteams und weitere Sachbearbeiterinnen und Sach-

bearbeiter der Abteilung dokumentierten diese Ist-Fachprozesse in Workshops auf Basis der beschriebenen Methodik und visualisierten ihre Ergebnisse. Die sich daraus ergebende „Prozesslandkarte“ bildete die Grundlage für die weitere Optimierung der Prozesse.

Anschließend wurden die erhobenen Ist-Prozesse analysiert. Gemeinsam wurde ein erstes Optimierungspotenzial erarbeitet und beschrieben. Ergänzend analysierten die Mitarbeiter der DGUV vorhandenes Zahlen- und Datenmaterial der Arbeitsorganisation sowie der Personalbedarfsbemessungen und zeigten hieraus weitere Optimierungspotenziale auf. Ergebnis der Analyse war ein Soll-Konzept mit vier neuen Fachprozessen:

- Standard-Fall
- Steuerungs-Fall
- Rehamanagement-Fall
- Berufskrankheiten-Fall.

Das Projektergebnis hat Folgen für die bisherigen internen Fallkategorien: Die künftigen Fachprozesse entsprechen nicht der bisherigen Leicht-, Mittel- und Schwerfallbearbeitung. So wird beispielsweise der Fachprozess „Reha-Management-Fall“ in der Unfallkasse Berlin als eigenständige Kategorie eingeführt. Die übrigen Fachprozesse werden auf die frühzeitige Identifikation möglicher Reha-Management-Fälle ausgerichtet. Damit wird zugleich der Handlungsleitfaden „Reha-Management“ konsequent umgesetzt.

Die Gestaltungsmerkmale der anderen künftigen Fachprozesse wurden ebenfalls in Workshops des Projektteams gemeinsam mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung erarbeitet. Soweit die Abläufe Schnittstellen zu anderen Bereichen hatten, wirkten auch Beschäftigte aus diesen Bereichen mit.

Zudem wurden die Erfahrungen anderer Unfallversicherungsträger in das Projekt mit einbezogen: Auf großes Interesse stießen die Vorträge verschiedener Unfallversicherungsträger, deren Experten die Modelle der Ablauforganisation des jeweiligen Trägers vorstellten.

Eine wichtige Voraussetzung für die Einführung der optimierten Fachprozesse ist der weitere Ausbau der digitalen Vorgangsbearbeitung. Im Mittelpunkt steht die Einführung der papierarmen Fallbearbeitung. Durch sie können einzelne Arbeitsschritte eines Falls künftig parallel bearbeitet werden. Zugleich werden die Beschäftigten in der Sachbearbeitung von manuellen Such- und Sortierarbeiten entlastet. Die dadurch frei werden Kapazitäten stehen der qualifizierten Steuerung des Heilverfahrens zur Verfügung.

Stufenweise Umsetzung

Mit dem Konzept zur Ablaufoptimierung hat die Unfallkasse Berlin die Grundlagen für die zukunftsorientierte Organisation ihrer größten Abteilung gelegt. Ziel im laufenden Jahr ist es, das Konzept stufenweise in der Abteilung umzusetzen. Die Einführung der papierarmen Bearbeitung ist für das Jahr 2012 vorgesehen. ●

Autoren

Steffen Glaubitz,

Leiter der Abteilung Rehabilitation und Leistungen, Unfallkasse Berlin
E-Mail: s.glaubitz@unfallkasse-berlin.de

Thomas Bennühr,

Revision – Prüfung und Beratung –, DGUV
E-Mail: Thomas.Bennuehr@dguv.de

Michael Schwanz,

Benchmarking & Controlling, DGUV
E-Mail: Michael.Schwanz@dguv.de

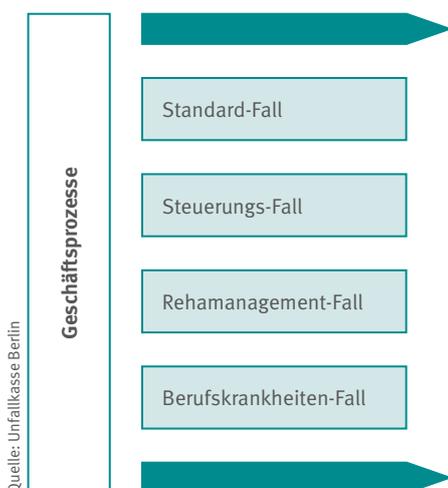


Abbildung: Geschäftsprozesse der Abteilung Rehabilitation und Leistungen

Berufskrankheiten

Hat sich ein Versicherter ein Vielfaches der beruflich aufgenommenen Schadstoffe durch das Rauchen von Zigaretten selbst zugeführt, kann die (geringe) berufliche Exposition nicht als rechtlich wesentliche Ursache eines Blasenkarzinoms angesehen werden.

§ (Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 24.2.2011 – L 31 U 339/08 –, UV-Recht Aktuell 012/2011, S. 798 – 810)

Streitig war die Anerkennung und Entschädigung einer Harnblasenkarzinomerkrankung als BK 1301 (Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine).

Die 1961 geborene Klägerin war beruflich nach einer Ausbildung in den Chemischen Werken H ab Dezember 1987 (mit Unterbrechungen) als Chemielaborantin in einer toxikologischen Abteilung tätig gewesen (teilweise halbtags). Nach dem Erziehungsurlaub (ab Juli 1997) war sie bei Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente aus dem Berufsleben ausgeschieden. Im Oktober 1999 war bei der Kl. ein infiltrierendes Blasenkarzinom entdeckt worden. Es waren eine Totalresektion der Harnblase und nachfolgend die Anlage einer Sigma-Rektum-Blase erfolgt.

Nach Auffassung des Landessozialgerichts hat die Kl. keinen Anspruch auf Anerkennung ihrer Harnblasenkreberkrankung als BK 1301. Die Erkrankung sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die berufliche Exposition

gegenüber 2-Naphthylamin zurückführen. Es sei zunächst davon auszugehen, dass über die Anforderung einer Mindestdosis für eine Dosis-Wirkungs-Beziehung der Belastung mit aromatischen Aminen derzeit noch kein Konsens bestehe. Dies führe jedoch weder dazu, dass auf die Überprüfung einer arbeitstechnischen Exposition verzichtet werden könnte, noch dazu, dass bereits jede minimale Exposition als wesentlicher Verursachungsfaktor anerkannt werden könnte. Die beruflich bedingte Exposition der Kl. von 0,5 beziehungsweise 0,9 mg 2-Naphthylamin werde für nicht ausreichend gehalten. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei eine bereits seit der Kindheit bestehende Harnblasenentleerungsstörung der Kl. Hauptursache für die Entstehung ihres Urothelkarzinoms. Weiter sei zu berücksichtigen, dass das Rauchen grundsätzlich ein erheblicher Risikofaktor für die Ausbildung eines Harnblasenkarzinoms sei. Bei der Kl. liege die kumulative Höhe der Exposition über das Tabakrauchen mindestens um den Faktor 5 höher als die berufliche Exposition. Nach Abwägung der möglichen Ursachen für das Harnblasenkarzinom würde die nur als sehr gering anzusehende Exposition der Kl. aufgrund ihrer Tätigkeit im Labor gegenüber den anderen Risikofaktoren beziehungsweise Expositionen weit zurücktreten.

Haftungsbeschränkung

Zum Begriff der „gemeinsamen Betriebsstätte“.

§ (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10.5.2011 – VI ZR 152/10 –, UV-Recht Aktuell 011/2011, S. 761 – 764)

Streitig war vorliegend, ob die zivilrechtliche Haftung des Beklagten für die Verletzungen des Klägers ausgeschlossen ist, weil es sich um einen Unfall auf einer „gemeinsamen“ Betriebsstätte“ gehandelt hat.

Der Kl. war mit einem Kleintransporter seines Arbeitgebers zu einem Baumarkt gefahren. Dort hatte er für seinen Arbeitgeber sechs Säcke Estrichzement gekauft. Nach der Bezahlung war er zur Ladezone für Warenabholer gegangen. Er hatte dem dort als Arbeitnehmer des Baumarkts tätigen Bekl. den Kaufbeleg übergeben. Daraufhin hatte dieser mit einem Gabelstapler aus dem Lager eine Palette mit ca. 1,5 Tonnen Estrichzement geholt. Er hatte den Gabelstapler bis auf zwei Meter an den in der Ladezone geparkten Kleintransporter herangefahren, damit die Säcke eingeladen werden konnten. Sodann war er aus dem Gabelstapler ausgestiegen. Dieser

hatte sich danach in Bewegung gesetzt und den mit dem Rücken zu dem Gabelstapler an dem Kleintransporter stehenden Kl. verletzt. Der Unfall ist vom UV-Träger als Arbeitsunfall anerkannt worden.

Nach Auffassung des BGH ist die Beurteilung des Berufungsgerichts, im Unfallzeitpunkt habe keine „gemeinsame Betriebsstätte“ vorgelegen, rechtsfehlerfrei. Im Streitfall sei – so der BGH – bezogen auf den Unfallzeitpunkt noch kein aufeinander bezogenes betriebliches Zusammenwirken mehrerer Unternehmen festzustellen, bei dem die Tätigkeit der Mitwirkenden im faktischen Miteinander der Beteiligten aufeinander bezogen, miteinander verknüpft oder auf gegenseitige Ergänzung oder Unterstützung ausgerichtet gewesen sei und sich die Beteiligten bei den versicherten Tätigkeiten ablaufbedingt hätten in die Quere kommen können. Der Bekl. habe lediglich die Ware zur Abholung durch den Kl. bereitgestellt. Ein etwaiges auf den Ladevorgang bezogenes Zusammenwirken der Parteien habe bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht begonnen.

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

Dr. Stefan Zimmer übernimmt neue Aufgaben

Dr. Stefan Zimmer, Leiter der Abteilung Internationale Beziehungen, verlässt auf eigenen Wunsch die DGUV. Ab dem 1. Oktober 2011 wird er Hauptgeschäftsführer der Handwerkskammer Rheinhessen.



Foto: DGUV/Rohrbach

Zimmer, Jahrgang 1971, studierte nach dem Abitur Staats- und Sozialwissenschaften an der Universität der Bundeswehr in Hamburg und in den USA. Nach seinem Abschluss im Jahre 1996, wurde er als Truppenoffizier und als Offizier in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt. Seine Karriere beim damaligen Hauptverband der Berufsgenossenschaften begann Dr. Zimmer im Jahr 2001 als persönlicher Referent des ehemaligen Hauptgeschäfts-

führers Dr. Günther Sokoll. Drei Jahre später wurde er Leiter des Referats für internationale Sozialpolitik, ab 2006 war er Leiter der Abteilung Internationales. In enger Zusammenarbeit mit dem Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer hat Zimmer zahlreiche internationale Kooperationen auf- und ausgebaut, vor allem im asiatischen Raum und in Nord- und Südamerika. Dadurch wurde die DGUV zu einem geschätzten Partner und Vorbild für viele Unfallversicherungen weltweit.

Zur Verabschiedung sagte Dr. Breuer: „Ich habe mit Herrn Dr. Zimmer in sehr enger Weise und auf einer äußerst vertrauensvollen Basis zusammengearbeitet. Herr Dr. Zimmer ist eine führungsstarke Persönlichkeit mit hohem politischen Instinkt. Unter seiner Leitung hat sich die Abteilung Internationales zu einem schlagkräftigen und weltoffenen Team entwickelt, das für die DGUV von unschätzbarem Wert ist.“

Neuer stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse Rheinland-Pfalz



Foto: UKRIP

Manfred Breitbach ist neuer stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse Rheinland-Pfalz. Die Vertreterversammlung der Unfallkasse wählte den Verwaltungsdirektor einstimmig in dieses Amt und folgte damit dem Vorschlag des Vorstandes.

Seit 36 Jahren ist Manfred Breitbach für die gesetzliche Unfallversicherung des Landes Rheinland-Pfalz tätig, seit 1997 als Leiter der Abteilung Personal, Finanzen und Organisation. Dieses Amt wird der 53-Jährige auch weiterhin ausüben.

Der Verwaltungsfachmann verfügt über umfangreiches Fachwissen rund um die gesetzliche Unfallversicherung sowie angrenzende Rechtsgebiete. Die Erarbeitung des Personalentwicklungskonzeptes gehört ebenso zu den Schwerpunkten seiner Arbeit wie die Organisation und Festsetzung eines qualitativ hochwertigen und an jungen Menschen orientierten Ausbildungsprogramms. Sein fundiertes Wissen vermittelte Breitbach acht Jahre lang als nebenamtlicher Dozent der rheinland-pfälzischen Fachhochschule für öffentliche Verwaltung in Mayen. Darüber hinaus zeichnet Breitbach auf der Ebene der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) maßgeblich für das „Personalentwicklungsrahmenkonzept“ verantwortlich, das die Personalleiter aller öffentlichen Träger bundesweit unter seiner Regie auf den Weg gebracht haben.

Neue Direktorin für die EU-OSHA

Dr. Christa Sedlatschek wird die neue Direktorin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA). Sie tritt ihr Amt Mitte September in Bilbao an und folgt auf Jukka Takala, der in den Ruhestand tritt. Bereits Ende Juni entschied sich der Verwaltungsrat der Europäischen Agentur nach einem intensiven Auswahlverfahren für die Österreicherin, die der Agentur schon lange verbunden ist. Von 1998 bis 2003 war sie dort beschäftigt, zuletzt als Leiterin der „Working environment unit“.

Seit 2003 war Dr. Sedlatschek für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in verschiedenen Funktio-

nen tätig. 2004 übernahm sie die Geschäftsführung und stellvertretende Leitung der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Als Verantwortliche für das Transfer- und Netzwerkmanagement engagierte sie sich beispielsweise für den Aufbau des Transferzentrums in Dresden und half so bei der regionalen Vernetzung der BAuA und ihrer Expertise. Zuletzt war Sedlatschek die Leiterin der Stabsstelle im Fachbereich Grundsatzfragen und Programme.



Foto: INQA

Broschüre zur IKT an Fahrerarbeitsplätzen

Berufskraftfahrer nutzen immer häufiger digitale Systeme, um mit Leitstellen und Disponenten zu kommunizieren, zu navigieren oder um wichtige Informationen zu erhalten. Eine neue Broschüre der BG Verkehr und des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) gibt Tipps für den Einkauf geeigneter Systeme für Fahrerarbeitsplätze und für die sichere Nutzung.

Geräte der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) bieten für Berufskraftfahrer viele Vorteile. Sie bergen aber auch Gefahren: Sie lenken ab, behindern die Sicht, melden sich zu ungünstigen Zeiten oder können bei einem Unfall zum gefährlichen Geschoss werden. Dadurch entstehen neue Probleme für die Sicherheit und Gesundheit an Fahrerarbeitsplätzen.



Quelle: DGVU

Die Broschüre des IFA, die in Zusammenarbeit mit der BG Verkehr entstanden ist, erläutert Vor- und Nachteile verschiedener Ausführungen und Gestaltungsgrundsätze, zum Beispiel von Tasten und Bildschirmen. Sie enthält aber auch Hinweise zur Arbeitsorganisation und geht auf die richtige Positionierung und Befestigung von IKT-Geräten an Fahrerarbeitsplätzen ein.

! Die Broschüre steht als PDF zum Herunterladen zur Verfügung: www.dguv.de > Webcode d117326; ebenso die Berufsgenossenschaftliche Information (BGI) 8696 mit dem Titel „Informationen zum Einsatz von Kommunikations- und Informationssystemen an Fahrerarbeitsplätzen“: www.dguv.de > Webcode d118208

Internetbasierte Management-Software zur DGVU Vorschrift 2

Die neue Online-Anwendung des Universum Verlags in Wiesbaden richtet sich speziell an arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und unterstützt diese bei der Umsetzung der DGVU Vorschrift 2.

Die Rahmenparameter der Anfang des Jahres in Kraft getretenen DGVU Vorschrift 2 sowie die Spezifikationen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind in der Software hinterlegt und werden bei den verschiedenen Bearbeitungsschritten automatisch berücksichtigt. Regelmäßige Updates garantieren den Nutzern, immer auf Basis der aktuellen Grundlagen zu arbeiten.



Quelle: Universum Verlag

Mit der Software lassen sich 10 verschiedene Betriebe verwalten. Bis zu 20 Mitarbeiter können angelegt und mit den entsprechend definierten Soll-Einsatzzeiten den Betrieben zugeordnet werden. Abgerundet wird der administrative Teil der Online-Anwendung durch umfangreiche Informationen wie Gefährdungskataloge und Branchenregelungen für Gefahrstoffe.

! Weitere Informationen unter: www.vorschrift-2.de

Impressum

DGVU Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de
 3. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

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

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

Redaktion • Claus Holland (DGVU), Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur), Wiesbaden

Redaktionsassistentz • 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

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

Titelbild • DGVU/Dorothea Scheurlen

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 • DGVU 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.

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

uvex

PROTECTING PEOPLE

uvex silver-System



uvex sil-Wear Einweg-Overalls

AgPURE
NANOSILBER

Mit uvex sil-Wear bieten wir hochfunktionale Schutzoveralls in den Klassen 3, 3B, 4, 4B, 5/6 für die unterschiedlichsten Einsatzbereiche – vom Einweg-Overall gegen Schmutz und Staub bis hin zu der innovativen Entwicklung gegen Viren und Bakterien. Durch die mit AgPURE™ beschichtete Oberfläche gewährleisten unsere uvex sil-Wear 3B bzw. 4B Anzüge einen aktiven Schutz gegen diese Gefahren.



uvex silv-Air Atemschutz

Von funktionalen Masken gegen Staub und Qualm bis hin zu speziellen Masken, die mit Extra-Filtern das Ein- und Ausatmen spürbar erleichtern. Hocheffektiv – als Falt- oder Formmaske – gewährleistet uvex silv-Air durch die innovative Filter-Technologie und zahlreiche Komfortfeatures auch bei längeren Einsätzen in den unterschiedlichsten Einsatzbereichen zuverlässigen Schutz.

WO ENTLASTET MAN FUßGELENK, KNIE, HÜFTE UND RÜCKEN? UNTER DEM FUß NATÜRLICH.



**1. GELENKSTÜTZE MIT
DÄMPFUNGSELEMENT**



2. PU-ZWISCHENSOHLE



3. TUNNELSYSTEM®



SAXA ESD S2



YORA ESD S2

Mit mehr als 85 Jahren Erfahrung ist Bata Industrials einer der führenden Spezialisten für bequeme Sicherheitsschuhe. Nun verfügen unsere Modelle über eine innovative 3-stufige Dämpfungskonstruktion. Nach offizieller Testmethode (EN ISO 20344) erreichen wir eine doppelt so hohe Energieaufnahme im Fersenbereich als gefordert. Dadurch neutralisieren bzw. reduzieren wir weitestgehend die Stöße und Kräfte, die auf den gesamten biomechanischen Bewegungsapparat vom Fußgelenk bis zum Halswirbel wirken. Das Ergebnis: geringere Ermüdung, weniger Beschwerden und Ausfallzeiten. Bata. The Energy Footwear.



Bata Industrials®
THE ENERGY FOOTWEAR

Mehr Informationen: www.bataindustrials.com/broschuere