

DGUV Forum



10 Jahre Fachbereich Sozialversicherung

**GDA-ORGaCheck
SuGA-Bericht**

Arbeitsschutz mit Methode – zahlt sich aus
Moderne Prävention der Unfallversicherung –
mit allen geeigneten Mitteln!

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir feiern ein Jubiläum: Bereits seit zehn Jahren werden Bachelorstudierende am Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg ausgebildet. Jubiläen sind ein willkommener Anlass, Bilanz zu ziehen. Wie hat sich das Studium entwickelt? Wie geht es weiter? Eines lässt sich auf jeden Fall sagen: Die große Resonanz auf unser Studienangebot bestätigt, dass wir vor zehn Jahren eine gute Entscheidung getroffen haben.



Foto: DGUV/Stephan Floss

Die gesetzliche Unfallversicherung braucht qualifizierte Nachwuchskräfte. Umso erfreulicher ist es, dass die Nachfrage nach Studienplätzen für den dualen Bachelor-Studiengang „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“ kontinuierlich steigt. In einem dreijährigen Vollzeitstudium, einer Kooperation von gewerblichen Berufsgenossenschaften und der DGUV, erhalten die Studierenden eine praxisnahe Ausbildung. Die Studentinnen und Studenten werden in den Disziplinen Rechtswissenschaft, Wirtschaftswissenschaft, Medizin, Informatik, Psychologie und Case Management auf anspruchsvolle Berufsfelder vorbereitet. Partnerschaften zu Universitäten in Namibia und Kanada erlauben zudem einen Blick über die eigene Kirchturmspitze hinaus. Die Früchte zeigen sich in den Abschlussarbeiten: Die Studierenden greifen aktuelle Themen auf und liefern wichtige Denkanstöße und Verbesserungsvorschläge für die Arbeit der Unfallversicherungsträger.

„Die große Resonanz auf unser Studienangebot bestätigt, dass wir vor zehn Jahren eine gute Entscheidung getroffen haben.“

Gute Nachwuchskräfte zu gewinnen, ist jedoch mit Blick auf die demographische Entwicklung kein Selbstläufer. Wir müssen deshalb auf potenzielle Bewerberinnen und Bewerber zugehen und noch stärker deutlich machen, was wir zu bieten haben. Berufs-

genossenschaften und Unfallkassen sind Arbeitgeber, denen eine ausgeglichene Work-Life-Balance ihrer Beschäftigten wichtig ist, die Wert legen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die eine hohe Arbeitsplatzsicherheit bieten. All das sind Aspekte, die die Entscheidung für einen Arbeitgeber positiv beeinflussen können. Wir müssen allerdings auch die richtige Ansprache finden, wenn wir unsere Zielgruppen tatsächlich erreichen wollen. Das kann eine Herausforderung sein, aber sie lohnt sich: Denn die engagierten Nachwuchskräfte von heute gestalten die Zukunft der gesetzlichen Unfallversicherung.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien erholsame Feiertage und einen guten und gesunden Start ins Jahr 2014.

Mit den besten Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Breuer', written in a cursive style.

Dr. Joachim Breuer

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2 – 3
› Aktuelles ›››	4 – 6
› Nachrichten aus Brüssel ›››	7
› Titelthema ›››	8 – 27
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg 10 Jahre Fachbereich Sozialversicherung <i>Laurenz Mülheims</i>	8
Bachelor-Abschlussarbeiten Versorgungsrealität komplizierter Verletzungen <i>Axel Jubel</i>	10
Case Management in der Rehabilitation Motor für den Wandel von der Fürsorge zur Teilhabe <i>Christian Rexrodt, Edwin Toepler</i>	14
Herausforderungen für die Sozialversicherung: Megatrends in Arbeitswelt und Gesellschaft <i>Vincenzo Cusumano, Karin Hummel, Iris Schuhmann</i>	17
Der Wegeunfall, das BSG und die Handlungstendenz Das „Erdbeer-Urteil“ des Bundessozialgerichts <i>Laurenz Mülheims</i>	20
Gesunde Hochschule Vom Signal zur Information <i>Johannes Mockenhaupt, Frank Henn</i>	22
Zuständigkeitsklärung bei Teilhabeleistungen Der „vertrackte“ § 14 SGB IX <i>Susanne Peters-Lange</i>	24
› Prävention ›››	28 – 39
Aus der Forschung GENESIS-UV: Ran an die Strahlung! <i>Marc Wittlich</i>	28
GDA-ORGaCheck Arbeitsschutz mit Methode – zahlt sich aus <i>Oleg Cernavin, Helmut Ehnes, Andreas Zapf</i>	30
Positionspapier Aktuelle Präventionsangebote – ansprechend präsentiert <i>Edith Perlebach</i>	36
BGM-Check Erfassung des Status Quo des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Organisationen <i>Nicola Schmidt</i>	38
› Aus der Rechtsprechung ›››	40
› Personalia ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42





Die Preisträger: (v. l. n. r.) Roman Steuer (Sky Sport News HD), Monica Lierhaus, Jan Kampmann, Jürgen Bröker

Mit Actionsport zum Sieg – Medienpreis der DGUV verliehen

Als gehörloser Fußballtrainer ein Bundesligaspiel pfeifen? Als Rollstuhlfahrer in der Halfpipe trainieren? Geht das? Ja, es geht. Die diesjährigen Preisträger des German Paralympics Media Award zeigen in ihren journalistischen Beiträgen, wie vielfältig – und abenteuerlich – der Behindertensport sein kann.

Bereits zum 15. Mal hat die DGUV am 3. Dezember den Medienpreis für herausragende Berichterstattung über den Breiten-, Rehabilitations- und Leistungssport von Menschen mit Behinderung verliehen. Überreicht wurden die Preise in den Kategorien Print/Foto, TV/Hörfunk und online vom Vorstandsvorsitzenden der DGUV, Dr. Hans-Joachim Wolff. Der Sonderpreis ging in diesem Jahr an die Sportjournalistin Monica Lierhaus.

Wie steht es um die Aufmerksamkeit für den Behindertensport? Hat er doch bei den vergangenen Paralympischen Spielen in London 2012 seine bislang größte Medienpräsenz erfahren. Aber abseits der Großereignisse, so Friedhelm Julius Beucher, Präsident des Deutschen Behindertensportverbandes, „fallen wir immer wieder in eine mediale Nische“. Es werde

da immer noch mit zweierlei Maß gemessen, ergänzte Wolff. Das zeige sich zum Beispiel auch bei den halbierten Prämien für die paralympischen Athleten.

Die Beiträge der Preisträger zeigen hingegen, wie Inklusion aussehen kann. Mit dem Thema Action- und Extremsport, so Hubert Wilhelm Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, sei noch eine weitere Grenze aufgehoben worden. „Ich würde mich sicher nicht trauen, diese Sportarten auszuüben. Es geht dabei um Körperbeherrschung und Risikobereitschaft – ganz unabhängig von einer Behinderung.“

Die Laudatio auf Monica Lierhaus hielt der Boxer Henry Maske. Er würdigte ihre Energie und Disziplin auf ihrem langen Rehabilitationsweg nach einer schweren

Erkrankung. „Dazu braucht man die Leidenschaft für eine Sache, die man liebt. Bei Monica Lierhaus ist das der Sport.“ Ihr großes Ziel sei es, bei der Fußball-WM 2014 wieder als Moderatorin dabei zu sein. Lierhaus: „Ich danke für den Preis und freue mich, wenn ich helfen kann, anderen Menschen Mut zu machen.“

! Weitere Informationen zu den Preisträgern unter: www.dguv.de/dguv/de/Presse-Aktuelles/Pressemitteilung_72256.jsp

Print: www.welt.de/print/wams/nrw/article119126549/Weg-mit-den-Barrieren.html

TV: www.youtube.com/watch?v=V-ndKhXnWgM

Online: www.zdfsport.de/Backflips-und-Threesixties-mit-Handicap-27063874.html

BGN führt Prämienverfahren ein

Zum 1. Januar 2014 führt die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) für alle Branchen ein Prämienverfahren ein. Unternehmen, die im Arbeitsschutz mehr machen als gesetzlich vorgeschrieben, werden künftig dafür belohnt. Die Geldprämie liegt je nach Betriebsgröße zwischen 100 und 100.000 Euro. Um eine Prämie zu erhalten, muss sich das Unternehmen deutlich stärker für den Arbeitsschutz engagieren, als es die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestanforderungen verlangen. Damit die Unternehmen wissen, welche Maßnahmen prämiert werden, hat die BGN diese in Branchenfragebögen zusammengestellt. Es handelt sich dabei um Maßnahmen, die aufgrund von BGN-Erfahrungen nachweislich die betrieblichen Arbeitsbedingungen und Arbeitsergebnisse in der jeweiligen Branche verbessern.

Isabel Dienstbühl, Präventionsleiterin der BGN, erklärt: „Wir haben unser Prämienverfahren so gestaltet, dass es für alle Betriebe interessant und machbar ist – vom Kleinstbetrieb bis zum Großbetrieb. Betriebe aller Größen können, wenn sie dazu bereit sind, unsere Branchenempfehlungen im Fragebogen für ein Mehr an Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz umsetzen. Das haben wir in Praxistests überprüft. Wir wünschen uns, dass viele Mitgliedsbetriebe unser neues Anreizsystem aufgreifen und mitmachen.“



DBS erarbeitet „Index für Inklusion im und durch Sport“

Um den ganzheitlichen Inklusionsprozess im Sport voranzutreiben, wird der Deutsche Behindertensportverband (DBS) einen „Index für Inklusion im und durch Sport“ erarbeiten, um so die Vielfalt im organisierten Sport zu fördern. Dieser wird als Handlungsleitfaden die gleichberechtigte Partizipation aller im Verband oder Verein agierenden Personen anstreben. Dabei werden die ganzheitlichen Aspekte der sozialen Vielfalt berücksichtigt – darunter die kulturelle und soziale Herkunft, die Weltanschauung oder die sexuelle Identität. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und ist für die Dauer von einem Jahr vorgesehen.

„Der ‚Index für Inklusion im und durch Sport‘ wird umfassende Aufklärung und Sensibilisierung vor dem Hintergrund einer Bewusstseinsbildung ermöglichen sowie konkrete Orientierungspunkte in Theorie und Praxis für Vereine, Verbände und Einrichtungen geben“, erklärt Thomas Härtel, zuständiger Vizepräsident Breiten-, Präventions- und Rehabilitationssport im DBS. Die inhaltliche Umsetzung wird unter Beratung der Arbeitsgruppe „UN-Behindertenrechtskonvention“ des DBS sowie gemeinsam mit Fachleuten innerhalb und außerhalb des organisierten Behindertensports erarbeitet, um so die vielfältigen sportpraktischen Dimensionen umfassend berücksichtigen zu können.

Fachtagung des Projekts „Kompetent mobil“

Am 29. Januar findet die 2. Fachtagung des Projekts „Kompetent mobil“ im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus in Hamburg (BUKH) statt. Ziel des Projekts ist, die Mobilität von Menschen mit verschiedenen Arten von Behinderungen zu verbessern. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und von Berufsförderungswerken, an Vertreterinnen und Vertreter der Unfallversicherung und der Behindertenhilfe sowie an interessierte Menschen mit Behinderungen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden unter anderem Lerneinheiten zur Förderung der Mobilitätskompetenz vorgestellt. Weiterhin erhalten sie praktische Tipps und Empfehlungen zur Umsetzung der Projekthalte in ihren Einrichtungen. Expertinnen und Exper-

ten mit unterschiedlichen Mobilitätseinschränkungen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Projektpartner nehmen zum Thema Stellung.

Das Projekt „Kompetent mobil“ ist eine Kooperation des Berufsförderungswerks Bad Wildbad, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, des Deutschen Rollstuhl-Sportverbands und des Josefsheims Bigge. Es wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert und vom Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport wissenschaftlich begleitet.

Das Berufsgenossenschaftliche Krankenhaus Hamburg ist Ort der 2. Fachtagung des Projekts „Kompetent mobil“.



Foto: BUKH

94%

der befragten Eltern stufen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder positiv ein.

Guter Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen

Dem Großteil der jungen Menschen in Deutschland geht es gesundheitlich gut oder sehr gut. Das zeigen erste Daten der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI). Demnach stufen 94 Prozent der befragten Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder entsprechend positiv ein. Neben dem gesundheitlichen Wohlergehen gibt die Untersuchung auch Aufschluss über sportliche Betätigung, Unfallverletzungen, Impfquoten, Allergien, Ernährung, Nutzung von Bildschirmmedien sowie Alkohol- und Tabakkonsum. Die Studie, an der rund 16.000 Eltern und Heranwachsende teilgenommen haben, ist Teil des RKI-Gesundheitsmonitorings der Bevölkerung und wird regelmäßig wiederholt.

Für die Gesundheit und die Sicherheit von Kindern und Jugendlichen in Bildungseinrichtungen sorgt die gesetzliche Unfallversicherung: Über 17 Millionen Kinder in Tageseinrichtungen und Tagespflege, Schülerinnen und Schüler sowie Studierende genießen während ihrer Betreuung, Bildung sowie auf den dafür notwendigen Wegen den vollen Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Runter von der Couch: EU-Kommission fördert körperliche Aktivität

Immer weniger EU-Bürger bewegen sich regelmäßig oder treiben Sport. Es überrascht nicht, dass Bewegungsmangel immer häufiger gesundheitliche Probleme verursacht. Die gesetzliche Unfallversicherung unterstützt deshalb schon seit Jahren im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Bewegungsangebote für die Beschäftigten, die zum Beispiel helfen, Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verhüten.



Foto: Shutterstock/Rob van Esch

schlägt darin den Mitgliedstaaten vor, Maßnahmen zu ergreifen, die ihre Bürger zu mehr Bewegung animieren sollen. Nationale Strategien und Aktionspläne sollen dazu beitragen, Gesundheitsproblemen vorzubeugen und so gleichzeitig die durch den Bewegungsmangel verursachten finanziellen Belastungen der Sozialversicherungssysteme zu senken.

Auch die EU-Kommission hat in den vergangenen Jahren ihre Bemühungen zur Förderung von Bewegung verstärkt. Im Sommer dieses Jahres hat sie schließlich eine Initiative für gesundheitsfördernde körperliche Aktivität auf den Weg gebracht.

Was steckt hinter dieser Initiative? Konkret handelt es sich um einen Vorschlag für eine Empfehlung des Rates, die auf der Grundlage von EU-Leitlinien für körperliche Aktivität aus dem Jahr 2008 erarbeitet wurde. Die Brüsseler Behörde

Die Mitgliedstaaten haben den Vorschlag der Kommission in den vergangenen Monaten im Ministerrat erörtert und am 26. November die Empfehlung verabschiedet. Diese ist nicht bindend. Es bleibt deshalb abzuwarten, wie sie in den Mitgliedstaaten umgesetzt wird.

Europäische Regelungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung



Foto: Shutterstock/lightwavemedia

gelten neue Regelungen, unabhängig davon, ob die Mitgliedstaaten ihrer Umsetzungspflicht rechtzeitig und ausreichend nachgekommen sind.

Aus Sicht des federführenden Bundesministeriums für Gesundheit sind die in Deutschland bestehenden Regelungen, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, allerdings schon jetzt mit der Richtlinie vereinbar.

Zwei Jahre hatte die EU-Kommission den Mitgliedstaaten eingeräumt, um die neuen Vorschriften über die Rechte der Patienten umzusetzen, die sich in einem anderen Mitgliedstaat medizinisch versorgen lassen möchten. Stichtag war der 25. Oktober 2013: Seitdem

Im Kern gewähren die neuen europäischen Vorschriften den EU-Bürgern die Möglichkeit, sich medizinisch im EU-Ausland versorgen zu lassen. Dies gilt auch für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung, die nach einem Arbeitsunfall oder einer

Berufskrankheit medizinische Heilbehandlung in Anspruch nehmen. Die Behandlungskosten muss der Versicherte zunächst aus eigener Tasche bezahlen, eine nachträgliche Kostenerstattung ist jedoch möglich.

Von besonderem Interesse für die gesetzliche Unfallversicherung ist zudem der angestrebte Aufbau europäischer Referenznetzwerke für bestimmte Behandlungen sowie seltene Krankheiten. Damit ist das Ziel verbunden, eine generell hochwertige gesundheitliche Versorgung von Patienten europaweit sicherzustellen. Die Kriterien und Bedingungen, die interessierte Einrichtungen erfüllen müssen, werden derzeit erarbeitet.



Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

10 Jahre Fachbereich Sozialversicherung

Der Fachbereich Sozialversicherung ist einer der fünf Fachbereiche der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Er bietet unter anderem den Nachwuchskräften der Unfallversicherungsträger im gehobenen nichttechnischen Dienst einen akademischen Bildungsgang.

Der Fachbereich

Wenn's ein Kind wäre, hätten wir es im 10. Jahr ins Gymnasium gebracht. Wenn's ein Auto wäre, hätten wir es im 10. Jahr verkauft. Wenn's eine Flasche Wein wäre, hätten wir sie im 10. Jahr getrunken. Aber es ist kein Kind, kein Auto, keine Flasche Wein. Es ist der Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (HBRS), der Ende 2013 seinen 10-jährigen Geburtstag feiert. Was ist nun dieser Fachbereich Sozialversicherung, was macht er?

Er ist neben den Fachbereichen Wirtschaftswissenschaften, Informatik, Elektrotechnik, Maschinenbau und Technikjournalismus sowie Angewandte Naturwissenschaften der fünfte Fachbereich der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg; einer staatlichen Hochschule mit derzeit circa 6.800 Studierenden. Seit 2003 ist er Ausdruck respektive Ergebnis einer Kooperation des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (nunmehr DGUV) und der HBRS. Neben der allgemeinen Akademisierung der Berufsfelder in der Sozialversicherung war einer der damaligen Grundgedanken, das Berufsbild im gehobenen nichttechnischen Dienst bei einem Unfallversicherungsträger (UV-Träger) im

Sinne eines „normalen“ Studiums (mit anderen Studierenden) an einer „normalen“ staatlichen Hochschule zu „normalisieren“ – was unter anderem zu einem höheren Bekanntheitsgrad der Sozialversicherung, insbesondere der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) führt.

Der Fachbereich widmet sich ausdrücklich (aber nicht nur) dem dualen, sechssemestrigen Bachelor-Studiengang „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“, um – wie erwähnt – Nachwuchskräften der UV-Träger im gehobenen nichttechnischen Dienst einen akademischen Bildungsgang zu vermitteln (Abschluss: Bachelor of Arts); seit 2011 geschieht dies in einem gemeinsamen Studiengang mit der Hochschule der DGUV in Bad Hersfeld. Waren es anfangs circa 40 Studierende pro Jahrgang, so sehen wir seit 2009 Studienjahrgänge mit circa 100 Studierenden. Seit seiner Gründung – in damaliger Leitung durch den Gründungsdekan Prof. Dr. Günter Sokoll, ehemals Hauptgeschäftsführer des HVBG – hat sich der Fachbereich der Interdisziplinarität verschrieben. Lehre, Wissenschaft und Forschung sehen Protagonisten unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, insbesondere Rechtswissenschaft, Wirtschaftswissen-

schaft, Medizin, Informatik, Psychologie sowie das Case Management. Nachdem sich der Fachbereich eine Zeitlang orientiert und in der Hochschulszene sowie bei den UV-Trägern etabliert hat, entfaltet er zurzeit Aktivitäten, Lehre, Wissenschaft und Forschung im Sinne der erwähnten Interdisziplinarität weiterzuentwickeln. Eine Auswahl von vier Aspekten – im Wesentlichen zukunftsbezogenen Aspekten – mag dies verdeutlichen.

Ein Studiengang

Der für den Fachbereich zentrale BA-Studiengang „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“ – von der FIBAA (Foundation for International Business Administration Accreditation) akkreditiert und reakkreditiert – unterliegt einer ständigen Weiterentwicklung im Interesse aller Beteiligten. Im Sinne eines notwendiger Professionalität geschuldeten, breit gefächerten Berufsbildes will der Fachbereich – samt mittlerweile circa 50 Lehrbeauftragten aus Praxis und Wissenschaft – Studierende auf komplexe und stetigem Wandel unterworfenen Berufsfelder vorbereiten, obwohl dies zuweilen Zweifel der Studierenden provoziert: „Das brauche ich doch später gar nicht.“ Natürlich werden sie „es“ später

brauchen; ein wenig professorale Hellseherei ist manchmal ganz förderlich. Hinsichtlich einer anwendungsorientierten Wissenschaftlichkeit geht es um Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz. Dies alles gilt auch für gut 200 (ehemalig) „Fortgebildete“ (die Fortbildung war vor der Aufnahme des Studienbetriebs der zentrale Bildungsgang für die GUV beziehungsweise die gewerblichen Berufsgenossenschaften), die im Fachbereich vermittelt des weiterbildenden Studiums „Moderne Steuerungsinstrumente in der Sozialversicherung“ nachgraduiert wurden.

Das Case Management

Von Anfang an hat der Fachbereich das Case Management (CM) als zentrale Methodik eines modernen Rehabilitations-Managements angesehen und dies in Lehre, Wissenschaft, Forschung und in seiner Mitarbeit bei der Erstellung und Begleitung eines Handlungsleitfadens zum Reha-Management der DGUV vertreten. Inzwischen gehen unsere CM-Aktivitäten über den engeren Bereich der Fallsteuerung hinaus. In Projekten beschäftigen wir uns mit dem persönlichen Budget, der Outcome-Messung von Rehabilitationsleistungen, der Entwicklung von Assessment-Instrumenten oder der Qualitätssicherung der Rehabilitation bei Berufskrankheiten. Besonders freut es uns, dass unter anderem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales Interesse zeigt an unserem Vorhaben, ein grundlegendes Lehr- und Lernbuch zum Reha-Management zu schreiben, angelehnt an die Methodik des sogenannten Problem Based Learning.

Die Internationalität

Eine rein nationale Sicht der Dinge ist in Zeiten einer fortschreitenden Globalisierung nicht zukunftsfähig. Daher versucht der Fachbereich, curricular (durch Studieninhalte) sowie kooperativ (mit ausländischen Hochschulen) ein angemessenes Maß an Internationalität zu leben. So bestehen etwa mit der Universität, Polytechnic of Namibia, Windhoek, und der Pacific Coast University in Canada, Port Alberni, Kooperationen samt Studierendenaustauschprogrammen. Prioritär arbeitet der Fachbereich zurzeit an einem internationalen Masterstudiengang namens „Analysis and Design of Social Protection Systems“, mit dem neben inländischen auch Studierende aus dem Ausland angesprochen werden sollen. Es wird dort vor allem darum gehen, die Vielfalt von Systemen sozialer Sicherheit in ihrer gesellschaftspolitischen Bedeutung kennen und analysieren zu lernen sowie (eigene) Modelle sozialer Sicherheit (gegebenenfalls für sogenannten Schwellenländer) konstruieren und etablieren zu können. Hierfür hat der Fachbereich eigens eine Professur für „Systeme sozialer Sicherheit, insbesondere im internationalen Kontext“ eingerichtet.

Die Sozialversicherungswissenschaft

Von einem hochkarätig besetzten Beirat unterstützt arbeitet der Fachbereich mit circa 50 Autorinnen und Autoren aus Praxis und Wissenschaft an der Herausgabe eines „Handbuchs zur Sozialversicherungswissenschaft“. Interdisziplinarität hat den Fachbereich wie erwähnt von Anfang an stark beeinflusst. Dies führte schließlich zu dem Gedanken einer So-

zialversicherungswissenschaft als sogenannte Integrationswissenschaft. Sie soll zum einen in der Lage sein, verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen auf dem Feld der Sozialversicherung ein gemeinsames Forum zu geben; zum anderen soll sie wissenschaftliche Diskurse so aufeinander beziehen, dass hieraus ein spezifischer Mehrwert an Erkenntnis entsteht. Das Handbuch wird Ende 2014 – zum 11. Geburtstag des Fachbereichs – erscheinen.

Die nachfolgenden Beiträge einiger Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachbereich mögen die Diversität illustrieren, die den Alltag des Studienbetriebs bereichert und die gemeinsamen Lehr- und Forschungsaktivitäten prägt. ●

Autor

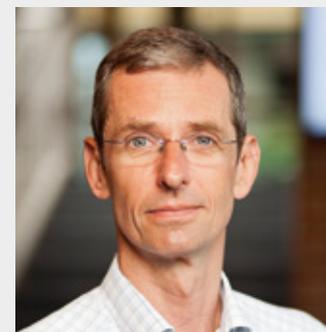


Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Dr. Larenz Mülheims

Dekan des Fachbereichs 06 „Sozialversicherung“ an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: larenz.muelheims@h-brs.de

Bachelor-Abschlussarbeiten

Versorgungsrealität komplizierter Verletzungen

Viele Bachelor-Abschlussarbeiten im Fachbereich „Sozialversicherung“ beschäftigen sich mit dem Themengebiet Medizin. Sie greifen aktuelle Themen auf und können wichtige Denkanstöße und Verbesserungsvorschläge für die Sachbearbeitung liefern.

Hintergrund

Das Studium im Fachbereich Sozialversicherung der Universität Bonn-Rhein-Sieg wird mit einer Bachelor-Abschlussarbeit beendet. Seit vielen Jahren besteht, ganz im Sinne des Gedankens der Interdisziplinarität unseres Gründungsdekans Dr. Günter Sokoll, ein großes Interesse der Studierenden, eine Thematik mit medizinischem Hintergrund zu bearbeiten.

Die Studierenden konzentrieren sich hierbei mit einer speziellen Fragestellung auf Verletzungen, die ihnen bereits aus ihrer Tätigkeit bei der Sachbearbeitung oder im Rahmen von Vorlesungen und Seminaren als problematische Fälle bekannt geworden sind.

Typische Themengebiete, die gerne bearbeitet werden, umfassen das komplexe regionale Schmerzsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS),^{10, 12, 15, 19} Amputationsverletzungen der oberen oder unteren Extremität,^{4, 17, 21} das Schädel-Hirn-Trauma,^{3, 18, 30} Wirbelsäulenverletzungen und Querschnittslähmung,^{2, 6, 14, 16, 22} Fersenbeinfrakturen,⁷ chronische Schmerzen,^{13, 26} Sehnenverletzungen^{5, 23} oder auch Beckenverletzungen.⁸

Die Studierenden analysieren einen bestimmten Teilaspekt oder eine spezielle Fragestellung, die insbesondere für die Sachbearbeitung und das Reha-Management der Versicherten mit derartigen Verletzungen von Bedeutung ist. Hierbei haben sie die einmalige Gelegenheit, auf den großen Fundus der berufsgenossenschaftlichen Dokumentation zurückzugreifen.

Nirgendwo sonst in der Medizin erfolgt außerhalb wissenschaftlicher Studien eine

derart lückenlose Aufzeichnung der medizinischen Befunde und der damit einhergehenden Sachbearbeitung vom Unfallereignis über die Behandlung und Rehabilitation bis zur eventuellen Rentengewährung. Insofern gewährt eine systematische Auswertung dieser Daten einen Einblick in die Versorgungsrealität der untersuchten Verletzungen.

Jahr für Jahr die gleichen Herausforderungen

Nachdem sich die Studierenden mit ihren Betreuern auf ein Thema geeinigt haben, müssen sie sich anschließend der harten Realität der Wissenschaft stellen. Jeder Jahrgang wird immer wieder mit den gleichen Schwierigkeiten und Herausforderungen konfrontiert.

„Trotz der vielen Schwierigkeiten und Hindernisse gelingt es den meisten Studierenden, eine präzise Analyse ihrer gesammelten Daten sowie aussagekräftige Ergebnisse zu präsentieren.“

Zum Beispiel ist es möglich, dass einzelne BG-Verwaltungen nicht bereit sind, die Versichertendaten zur Verfügung zu stellen, da die Recherche intern mit einem zu großen Aufwand verbunden ist. In anderen Fällen müssen die Studierenden feststellen, dass die Identifikation der Versichertendaten nach einem bestimmten Teilaspekt einer Verletzung sehr schwierig ist, weil das spezielle Merkmal zwar regelmäßig dokumentiert, aber nicht verschlüsselt wird, und somit eine systematische Suche nach Versichertenfällen mit diesem Merkmal nicht möglich ist.

Ein anderes Problem sind Fehl-Verschlüsselungen. Hierbei ergibt die primäre Suche zunächst eine sehr hohe Anzahl von Versicherten mit diesem Merkmal. Erst die Einsicht in die Versichertenakte zeigt dann, dass eine Fehl-Verschlüsselung vorliegt, die zu einer drastischen Reduktion der tatsächlich auswertbaren Fallzahl und damit letztendlich der Aussagekraft der Analyse führt.

Trotz der vielen Schwierigkeiten und Hindernisse gelingt es den meisten Studierenden, eine präzise Analyse ihrer gesammelten Daten sowie aussagekräftige Ergebnisse zu präsentieren.

Vorstellung neuer Behandlungsmethoden

Im Rahmen der Bachelorarbeiten werden nicht nur die klassischen Fragen nach den „Ergebnissen“ und „Kosten“ gestellt, sondern auch immer wieder medizinische Neuerungen oder alternative Heilmethoden präsentiert und hinsichtlich der „Brauchbarkeit“ im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren bewertet.

So wurde beispielsweise der Nutzen der Spiegeltherapie bei der Behandlung eines CRPS – lange bevor dieses Verfahren flächendeckend Einzug in die Schmerztherapie gefunden hatte – ausführlich in einer Bachelorarbeit beschrieben und für die Sachbearbeitung zugänglich gemacht.¹³ Ebenso wurde der gepulste Ultraschall zur Behandlung von Pseudarthrosen²⁵ „entdeckt“ und es wurden Kriterien aufgestellt, unter denen eine Kostenübernahme für diese Therapiemaßnahme sinnvoll erscheint.

Analyse kostenintensiver Verfahren

Von den Studierenden werden gerne auch Themen aufgegriffen, die sich mit sehr kostenintensiven Therapiemaßnahmen beschäftigen.^{4, 17, 21, 29} Klassischerweise wurde hier in der Vergangenheit die Versorgung von Amputationsverletzungen mit computergesteuerten Prothesenmodellen gewählt wie etwa das C-Leg an der unteren Extremität^{17, 21} oder die bionischen Prothesen an der oberen Extremität.⁴

Der Verdienst dieser Arbeiten besteht in der Entwicklung von Kriterienkatalogen für die Sachbearbeitung, aus denen hervorgeht, für welche Versicherten die Investition in eine computergesteuerte Prothese überhaupt sinnvoll ist.

Kausalität

Einige Studierende beschäftigen sich intensiv mit der Thematik der Kausalität bestimmter Körperschäden, wie etwa die Abgrenzung von traumatischen Mittelfußfrakturen und Ermüdungsbrüchen,²⁴ die Bewertung der Degeneration bei Achillessehnenrupturen,⁵ die Kausalität bei Bandscheibenschäden²² oder die Bewertung der altersbedingten Degeneration bei Meniskusschäden.²² In der letztgenannten Arbeit wurde erstmals auch die aktuelle Problematik der altersgerechten Degeneration bearbeitet.

Konstruktive Kritik

Die Studierenden sparen in ihren Arbeiten auch nicht mit konstruktiver Kritik, wenn sie bei Ihren Auswertungen Schwächen des Heilverfahrens oder der Sachbearbeitung entdecken, so etwa die viel zu langen Genehmigungsverfahren für Heilmittel bei querschnittsgelähmten Versicherten.¹⁶ Oder die Studierenden erkennen, dass die Diagnose eines CRPS dem Sachbearbeiter zu spät mitgeteilt wird¹⁹ oder auf die ersten Symptome eines CRPS von Seiten der Sachbearbeitung erst zu spät reagiert wird.¹²

Anhand ihrer fokussierten Einarbeitung in ein spezielles Thema und einer präzisen Problemanalyse sind die Studierenden in der Lage, bisher unerkannte ▶



★ **Quellen: Eine Auswahl an Bachelor-Abschlussarbeiten mit medizinischer Thematik**

- 1 *Arbinger, M.: Bedeutung und Auswirkung unfallunabhängiger Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus und Adipositas auf die Behandlung und Entschädigung von Unfallfolgen bei der BGHW, 2008.*
- 2 *Beisiegel, C.: Urologische Funktionsstörungen und die damit einhergehenden Komplikationen in Folge einer traumatischen Querschnittslähmung – Darstellung der Praxis der BGHW anhand ausgewählter Beispielfälle, 2013.*
- 3 *Daniel, S.: Erfassung der Spätfolgen nach einem Schädelhirntrauma (SHT) und Untersuchung der Nachsorgemaßnahmen in der Phase D des Rehabilitationsprozesses der BGHW, 2012.*
- 4 *Fesche, K.: Prothesenversorgung an der oberen Extremität nach Amputationsverletzungen bei Versicherten der Gesetzlichen Unfallversicherung, 2008.*
- 5 *Fiege, J.: Abgrenzung traumatischer und degenerativer Achillessehnenrupturen in der gesetzlichen Unfallversicherung am Beispiel der BG RCI – Branche Baustoffe-Steine-Erden – im Hinblick auf medizinische und versicherungsrechtliche Grundlagen und sich daraus ergebende Probleme für die Sachbearbeitung, 2012.*
- 6 *Gayer, S.: Potenziale und Perspektiven der berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation – Entwicklungsmöglichkeiten in der Versorgung Rückenmarksverletzter, 2010.*
- 7 *Gilhaus, M.: Fersenbeinfrakturen in der Gesetzlichen Unfallversicherung, 2008.*
- 8 *Glatzer, F.: Beckenfrakturen in der DGUV am Beispiel der BGHW – Analyse der Verletzungsmuster im Hinblick auf die Verletzungsfolgen, 2010.*
- 9 *Grabolle, M.: Schlüsselbeinfrakturen in der DGUV am Beispiel der BGHW – Vergleich der konservativen und operativen Therapie, 2010.*
- 10 *Heintz, J.: CRPS-Analyse des Einflusses des Behandlungsortes auf den Verlauf des Heilverfahrens anhand von Praxisfällen der VBG und sich daraus ergebende Optimierungsstrategien für das Reha-Management, 2013.*
- 11 *Karl, J. R.: Komplikationen durch Infektionen mit resistenten Keimen im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, 2013.*
- 12 *Kliever, C.: CRPS-Schreckensszenario für die Gesetzliche Unfallversicherung, 2009.*
- 13 *Kuch, S.: Die Effizienz der Spiegeltherapie, 2007.*
- 14 *Lentz, D.: Eine Analyse von Wirbelsäulenverletzungen anhand von Praxisfällen der BGHW zur Evaluation der Relevanz und Kosten und der Entwicklung von Optimierungsstrategien unter besonderer Berücksichtigung der für die BGHW relevanten Fälle, 2011.*
- 15 *Lewald, D.: Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) in der gesetzlichen Unfallversicherung, 2009.*
- 16 *Liebl, S.: Hilfsmittelversorgung bei Querschnittslähmung, 2012.*
- 17 *Meyer, A.: Traumatische Amputationen der unteren Extremität-Heilverfahren, Prothetik und Rentenfeststellung in der gesetzlichen Unfallversicherung, 2010.*
- 18 *Mühlberger, C.: Chancen und Grenzen der Rehabilitation bei schweren Schädel-Hirn-Traumata, insbesondere in der Phase D und E des BAR-Phasenmodells, 2009.*
- 19 *Muntean, M.: CRPS – Das komplexe regionale Schmerzsyndrom als besondere Herausforderung an das berufsgenossenschaftliche Reha-Management, 2008.*
- 20 *Petsch, T.: Patientensicherheit während der stationären Behandlung. Analyse und Konsequenzen aus Sicht der Unfallversicherung, 2013.*
- 21 *Pogoda, K.: Die C-Leg-Oberschenkelprothese – Herausforderung in der Sachbearbeitung der BGHW nach traumatischen Oberschenkelamputationen, 2009.*
- 22 *Reinhardt, J.: Der traumatische Bandscheibenschaden – Kausalitätsbeurteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung, 2009.*
- 23 *Schindler, S.: Quadrizepssehnenrupturen in der Unfallversicherung. Eine systematische Analyse von Praxisfällen unter Berücksichtigung von Behandlungsmethoden und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Entwicklung von Optimierungsansätzen im Entschädigungsbereich der BGHW, 2012.*
- 24 *Schmidt, N.: Isolierte Mittelfußknochenbrüche – zur Praxisrelevanz von Ermüdungsbrüchen in der Sachbearbeitung der gesetzlichen Unfallversicherung, 2011.*
- 25 *Schneider, M.: Niederenergetisch gepulster Ultraschall als alternative Behandlungsmethode von Pseudarthrosen. Eine systematische Analyse von Praxisfällen zur Evaluation der Kosten und der Effizienz dieser Behandlungsmethode und der Entwicklung von Optimierungsstrategien im Entschädigungsbereich der BGHW, 2011.*
- 26 *Schröder, R.: Schmerz im ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall, 2012.*
- 27 *Seiß, S.: Knöchelverletzungen der Handwurzel/Mittelhand und ihre Rehabilitation. Stellen Sie anhand einer Fallauswertung der BGRCI Nürnberg dar, ob die Kategorie des Behandlungsortes der Verletzung sowie die Rehabilitationsart einen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben, 2013.*
- 28 *Steigerwald, A.: Die Klavikulafraktur und ihre Bedeutung in der Unfallversicherung. Eine Analyse von Praxisfällen der VBG unter Berücksichtigung der Behandlungsmethoden und ihrer Erfolge, dem Einfluss des Behandlungsortes, sowie eine Darstellung möglicher Zukunftsprognosen und längerfristiger Folgen, 2013.*
- 29 *Stein, A.: Die Bewertung des Einsatzes oraler Gaben von Alitretinoin zur Behandlung von Handdermatosen bei Versicherten der BGHW aus der Sicht des Kostenträgers, 2011.*
- 30 *Stein, P.: Das dysexekutive Syndrom – Therapiestrategien in der alltagsorientierten (sozialen und beruflichen) Rehabilitation im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens unter Mitwirkung einer externen Einrichtung (Institut für Rehamanagement Ehrhardt) mit besonderer Würdigung günstiger und ungünstiger klinischer Faktoren, 2011.*

Schwierigkeiten und Fehlerquellen zu identifizieren sowie konkrete Verbesserungsvorschläge zu formulieren, die teilweise, in den jeweiligen Bezirksverwaltungen der Berufsgenossenschaften, in konkrete Handlungsanweisungen umgesetzt werden. Beispielhaft sei hier die Einführung einer EDV-basierten Dokumentation der Diagnose „CRPS“ durch die Sachbearbeiter der BGM genannt.¹²

Sensibilisierung der Sachbearbeitung für bestimmte Probleme

Ein Studierender, der sich mit der Thematik des Diabetes mellitus als typischer Begleiterkrankung vieler Versicherter beschäftigt hatte,¹ stellte in seiner Arbeit fest, dass Begleiterkrankungen häufig erst verspätet erfasst und dem Sachbearbeiter bekannt werden, da es derzeit im BG-Heilverfahren keine Möglichkeit einer systematischen

Erfassung von Begleiterkrankungen unfallverletzter Patienten gibt.

Des Weiteren zeigte eine Analyse der Versicherungendaten, dass die Diagnose „Diabetes mellitus“ häufig mit weiteren Begleiterkrankungen einhergeht, wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Übergewicht, die einen Einfluss auf den Verlauf des Heilverfahrens nehmen können, und dass



„Die Ergebnisse werden aus der Sicht eines Kostenträgers, und nicht wie sonst üblich, aus der Sicht eines oder mehrerer Behandler, die ein eigenes Kollektiv beurteilen, analysiert und bewertet.“

die Diagnose „Zuckererkrankung“, häufig Schwierigkeiten in der Sachbearbeitung des Versicherungsfalles nach sich zieht. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden konkrete Verbesserungsvorschläge formuliert.¹

In diesem Jahr wurden die brandaktuellen Themen multiresistente Erreger¹¹ und Patientensicherheit²⁰ erfolgreich bearbeitet und erstmals ein Bewusstsein für diese Probleme geschaffen.

Ergebnisse und Kosten einer Behandlung: die Versorgungsrealität

Arbeiten, die sich gezielt mit den Ergebnissen nach einer bestimmten Körperschädigung beschäftigen, liefern profunde Erkenntnisse der aktuellen Versorgungsrealität der untersuchten Verletzung. Die Sachbearbeitung und das Reha-Management erhalten so relevante Informationen.

Die Ergebnisse werden aus der Sicht eines Kostenträgers, und nicht wie sonst üblich, aus der Sicht eines oder mehrerer Behandler, die ein eigenes Kollektiv beurteilen, analysiert und bewertet. Beispielsweise konnte in einer vergleichenden Untersuchung nach konservativ und operativ behandelten Schlüsselbeinbrüchen⁹ die Erkenntnis gewonnen werden, dass zum einen die Komplikationsrate bei der Behandlung von Schlüsselbeinbrüchen unabhängig von der Art der Behandlung relativ groß ist. Zum anderen sind hinsichtlich der Frakturlokalisation die lateralen, am äußeren Ende des Schlüsselbeins gelegenen Frakturen komplikationsträchtiger als Frakturen des zentralen oder medialen Schlüsselbeinabschnitts.

Des Weiteren stellte die Autorin fest, dass das Risiko einer Pseudarthrose unter konservativer Behandlung mit dem Alter der Versicherten steigt und bei Frauen größer ist als bei Männern.

Im Falle einer Komplikation ist mit wesentlich höheren Arbeitsunfähigkeits- und Behandlungszeiten sowie Verletzungsgeldzahlungen zu rechnen. Die Daten

zeigten aber auch, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß bei Schlüsselbeinfrakturen nur selten verbleibt.

Eine Analyse der Daten von Versicherten mit Fersenbeinfrakturen ergab, dass die häufigsten Unfallursachen Stürze aus einer Höhe von 1 bis 2 m von Leitern, Maschinen und Gerüsten waren, und dass die operative Therapie aufgrund der begleitenden Weichteilschädigung im Mittel erst 8 oder 9 Tage nach dem Unfallereignis möglich war.

Die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit währte in dem untersuchten Kollektiv 164 Tage, während eine mittlere MdE zum Zeitpunkt der ersten Rentenbegutachtung von 20 Prozent berechnet wurde. Die Kosten der Behandlung betragen im Mittel etwa 30.000 Euro.⁷

Die Ergebnisse derartiger Untersuchungen tragen dazu bei, Entscheidungen der DGUV – wie etwa die Zuordnung der mehrfragmentären Schlüsselbeinfrakturen zum stationären VA-Verfahren, beziehungsweise die Zuordnung der Fersenbeinbrüche zu S-VA-Verfahren – wissenschaftlich zu untermauern und zu rechtfertigen.

In diesem Jahr standen die Bachelor-Abschlussarbeiten mit medizinischer Thematik ganz im Zeichen der Neuordnung der stationären Heilverfahren. Die Studierenden haben versucht, anhand der Versichertendaten herauszufinden, ob der Ort einer Behandlung, wie etwa D-Arztpraxis, lokales Traumazentrum, regionales Traumazentrum oder überregionales Traumazentrum, einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat.

Diese Frage konnte beispielsweise für das CRPS relativ klar mit „ja“ beantwortet werden.¹⁰ Die Ergebnisse waren insgesamt in den höherwertigen Behandlungskategorien insofern besser, dass die Diagnose schneller gestellt und die Therapie früher eingeleitet wurde. Hinsichtlich der Schlüsselbeinfrakturen²⁸ und der Mittelhandfrak-

turen²⁷ waren die Ergebnisse weniger eindeutig, was am ehesten auf eine kleine Fallzahl zurückgeführt werden kann.

Fazit

Die Zusammenstellung einer Auswahl der Bachelor-Abschlussarbeiten mit medizinischer Thematik, die in den letzten Jahren im Fachbereich Sozialversicherung angefertigt wurden, zeigt, dass die Studierenden regelmäßig aktuelle Themen aufgreifen und in der Lage sind, anhand ihrer systematischen Auswertungen wichtige Denkanstöße und Verbesserungsvorschläge für die Sachbearbeitung zu liefern.

Insofern ist es wichtig, dass die einzelnen Berufsgenossenschaften die Betreuung von Bachelor-Abschlussarbeiten nicht als arbeitsintensive Pflicht, sondern als Ressource neuer Erkenntnisse sehen, und die Studierenden mit großem Interesse unterstützen.

Angesichts des umfassenden Dokumentationsaufwands, der von Seiten der Berufsgenossenschaften betrieben wird, ist aus der Perspektive eines Wissenschaftlers eine einheitliche durchsuchbare Datenstruktur wünschenswert, um die Datensätze auch wieder heben und auswerten zu können. ●

Autor



Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Dr. Axel Jubel

Chefarzt der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Eduardus-Krankenhaus Köln
E-Mail: unfallchirurgie@eduardus.de

Case Management in der Rehabilitation

Motor für den Wandel von der Fürsorge zur Teilhabe

Die fortschreitende Individualisierung im Rehabilitationsprozess bringt für die Praxis Vor- und Nachteile. Daher braucht eine effektive Rehabilitation ein professionelles Case Management.

1 Ausgangslage

Seit Einführung des Sozialgesetzbuchs neun (SGB IX) und der Verabschiedung des Gleichstellungsgesetzes für behinderte Menschen im Jahr 2001 ist in der Rehabilitation auch in Deutschland der Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe gesetzlich verankert. Mit der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2009 wurde dieser Prozess weiter vorangetrieben.

Fand Rehabilitation im zwanzigsten Jahrhundert noch unter dem Motto „Lassen Sie uns mal machen, wir bekommen Sie schon wieder fit“ statt mit dem vorrangigen Focus auf die Wiederherstellung der Körperstrukturen, so stehen heute die Selbstbestimmung und die Wiederherstellung und nachhaltige Sicherung einer umfänglichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Vordergrund.

Patienten verfügen über ein gesetzlich verbrieftes Wunsch- und Wahlrecht bei der Gestaltung ihrer Rehabilitationspfade. Ohne ihre aktive Beteiligung und Mitarbeit kann eine nachhaltige Rehabilitation nicht gelingen.

2 Vor- und Nachteile der Individualisierung

Diese Form der Selbstbestimmung im Rehabilitationsprozess und die damit verbundene fortschreitende Individualisierung der Rehabilitation bringen für die Praxis gleichsam Vor- und Nachteile. Ermöglicht selbstbestimmtes Handeln und Entscheiden auf der einen Seite eine höhere Therapietreue (Compliance) sowie Akzeptanz, birgt es auf der anderen Seite unter koordinativen und qualitativen

Aspekten neue Herausforderungen für die Leistungsträger und -erbringer.

Vorgegebene Behandlungspfade müssen verlassen, eingefahrene Strukturen aufgebrochen und auf individuelle Bedarfslagen zurechtgeschnittene spezielle Programme kreiert werden. Dies setzt in der Praxis ein kooperatives Miteinander aller Beteiligten voraus. Patienten, Leistungsträger und -erbringer müssen flexibel und an individuellen Zielen orientiert zusammenwirken.

Netzwerke dürfen daher nicht mehr eindimensional mit vordefinierten, linearen Abläufen und streng aufeinanderfolgenden Zuständigkeiten ausgestaltet sein, sondern müssen mehrdimensional strukturiert sein und verschiedenste Angebote vorhalten, um möglichst flexibel auf individuelle Bedarfe reagieren zu können.

„Case Management setzt immer dann ein, wenn die individuelle Problemsituation eines Menschen von diesem nicht mit den allgemein verfügbaren Standardleistungen des Versorgungssystems bewältigt werden kann.“

Diese Entwicklung lässt sich gut an der fortschreitenden Ausdifferenzierung von Leistungsangeboten, Leistungsarten und Leistungserbringern in allen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens beobachten. So vorteilhaft diese Spezialisierung im Einzelfall sein kann, so schwierig wird die Identifizierung und Zuweisung von geeigneten Angeboten sowie deren nahtloses Ineinandergreifen.



In der Praxis kommt es zu Zuweisungs- und Schnittstellenproblemen, deren Lösung aus Sicht des Sachverständigenrates für Gesundheit das „zentrale medizinische und ökonomische Potenzial zur Verbesserung der Versorgung (...)“ darstellt.¹

An der erforderlichen Passgenauigkeit von Bedarf und Leistungsangebot setzt der Handlungsansatz des Case Managements an, der in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlicher Interpretation von den Leistungsträgern (Kranken-, Renten-, und Unfallversicherung) und Leistungserbringern, wie Krankenhäusern und Sozialdiensten angewandt wird.

3 Case Management in der Rehabilitation – allgemein

Case Management lässt sich am treffendsten mit dem Begriff Unterstützungsmanagement ins Deutsche übersetzen.² Case Management setzt immer dann ein, wenn die individuelle Problemsituation eines Menschen von diesem nicht mit den allgemein verfügbaren Standardleistungen des Versorgungssystems bewältigt werden kann. Typische Case Management-Fälle sind daher durch das Vorliegen komplexer Bedarfe gekennzeichnet. Im Anwendungskontext der Rehabilitation wird anstelle von Case Management in der Regel der Begriff Reha-Management verwendet.



dar, das Behandlungslöcher und Doppeluntersuchungen vermeidet.^{7,8}

4 Case Management bei der Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich als erster Zweig der Sozialversicherung dieser Problematik gestellt und im Jahr 2010 auf der Ebene der DGUV einen Handlungsleitfaden zum Reha-Management verabschiedet.

Dieses für alle Träger der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Programm greift den Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe auf und sieht die/den Reha-Manager/in als unterstützende/n und koordinierende/n Akteur/in im Rehabilitationsprozess. Auf Grundlage der Prinzipien des Case Managements wird auf eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte, effektive, effiziente und nachhaltige Rehabilitation hingewirkt.

Ein zentrales Merkmal des Handlungsleitfadens stellt die Reha-Planung dar. Der schriftliche Reha-Plan wird zusammen mit dem Versicherten und den wichtigsten Leistungserbringern erstellt und regelmäßig fortgeschrieben. Er enthält die Ziel-, Aufgaben- und Zeitplanung, an der sich alle Beteiligten orientieren, und sichert so die effiziente Leistungserbringung über die einzelnen Behandlungsabschnitte hinweg.

Eine Voraussetzung für das Funktionieren dieser partizipativen Reha-Planung liegt in der persönlichen und professionellen Beratung und Betreuung durch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Die für diese anspruchsvolle Tätigkeit erforderlichen Kompetenzen werden im Bachelor-Studiengang Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung vermittelt.

Fallauswahl

Ein weiteres, für die Effektivität und Effizienz wichtiges, Instrument des Leitfadens stellt die Fallauswahl dar. Eingesetzt werden hier insbesondere Profilingverfahren zur Prognose der Arbeitsunfähigkeit. Als Grundlage dient das bio-psycho-soziale Modell der ICF (International Classification of Disability, Functioning and Health). ▶

Auf der Grundlage eines persönlichen Arbeitsbündnisses zwischen Case-Manager/in und Klient/in wird die Versorgung geplant und die notwendigen Maßnahmen werden eingeleitet, koordiniert, überwacht und evaluiert (DGCC 2009). Das Ziel des Case Managements besteht darin, die selbstbestimmte Teilhabe des Klienten am Leben in der Gesellschaft bestmöglich und nachhaltig sicherzustellen und das „magische Dreieck“ von individueller Bedarfslage, finanziellen Ressourcen und Leistungsangeboten in Einklang zu bringen.³

Case Management-Aspekte und -Verfahren finden sich bei unterschiedlichen Beteiligten. Auf der Ebene der Sozialversicherungsträger verfügen die Unfallversicherungsträger über eine lange Tradition, bei der beruflichen Wiedereingliederung zu helfen. Dieser Ansatz wurde in den letzten Jahren zu einem professionellen Reha-Management weiterentwickelt. Mit dem im Folgenden beispielhaft erläuterten Handlungsleitfaden zum Reha-Management liegt ein einheitlicher Standard für alle UV-Träger vor (DGUV 2010). In der Renten- und Krankenversicherung liegt noch keine flächendeckende Integration des Case Management-Ansatzes vor. Auf regionaler Ebene und in Modellprojekten zeigt sich jedoch ein deutliches Potential auch in diesem Bereich.⁴

Auf der Leistungserbringerseite finden sich Case Management Ansätze unter anderem im Bereich der psychosozialen Beratungsstellen und im System der Suchttherapie.⁵ Im stationären Bereich etabliert sich Case Management vor allem in der Pflege mit dem Fokus auf das Überleitungsmanagement. In der nachsorgenden Betreuung von psychisch kranken Menschen nehmen die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste eine wichtige Rolle ein.

Die betriebliche Ebene ist insbesondere im angloamerikanischen Raum, aber auch bei größeren Betrieben in Deutschland ein wichtiges Handlungsfeld für die Identifikation und das Case Management von Beschäftigten mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit. Mit dem „certified disability management professional“ (CDMP) liegen hier eine international anerkannte Ausbildung und ein gemeinsames Berufsbild vor.⁶

Case Management gilt als effektiver und effizienter Handlungsansatz, um auf diese Komplexität von individuellen Versorgungsbedarfen vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten zergliederten Hilfesysteme zu reagieren. Darüber hinaus stellt auch die steigende Herausforderung durch die Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherungssysteme eine Begründung für ein effizientes, Case Management

Neben medizinischen Erfahrungswerten steht hier im Fokus, welche Auswirkung die Gesundheitsstörung in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren auf die Aktivitäten und die Teilhabe der betroffenen Person hat.⁹ Neben umfangreichen, in der sogenannten Weller-Datenbank aufbereiteten medizinischen Erfahrungswerten sind insbesondere psychosoziale Kontextfaktoren, wie Komplikationen bei der Traumaverarbeitung oder bestehende berufliche Problemlagen relevant. Ziel einer auf validen Verfahren beruhenden Fallauswahl ist es, die vorhandenen personellen Ressourcen im Reha-Management mit einem optimalen Verhältnis von Aufwand und Nutzen einzusetzen.

Qualitätssicherung

Das sicher weitreichendste Ziel des DGUV-Handlungsleitfadens zum Reha-Management findet in der Forderung nach einer systematischen Qualitätssicherung.¹⁰ Die Ergebnisqualität wird durch eine Quote der erfolgreichen Wiedereingliederung abgebildet. Auf der Ebene der Prozessqualität gelten die Validität der verwendeten Prognoseverfahren sowie die Vollständigkeit der Reha-Pläne als Indikator. Die für das Case Management zentrale Ebene der Versichertenorientierung soll über eine flächendeckende Versichertenbefragung und die Quote der im persönlichen Kontakt erstellten Reha-Pläne erfasst werden.

Erst wenn die Ergebnisse dieser im kommenden Jahr beginnenden Qualitätssicherung vorliegend, können die Effekte des Case Managements in der Unfallversicherung auf wissenschaftlicher Grundlage belegt werden.

Die Autoren sind davon überzeugt, dass mit einem professionell und qualitätsgesichert durchgeführten Case Management eine effektive und effiziente, bedarfsgerechte Rehabilitation im Sinne des SGB IX und der UN-BRK gefördert, der Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe vollzogen und somit Selbstbestimmung und umfassende Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen so weit als möglich realisiert werden können. ●



DGUV (Hrsg.): *Das Reha Management der gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden*, Berlin 2010.

DGCC (Hrsg.): *Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management*, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management, *Economica*, Heidelberg 2009.

Gödecker-Geenen, N.; Riedel, H.-P.; Keck, T. (2013): *Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten – die Umsetzung der Ergebnisse des Entwicklungsprojektes RehaFutur in die Beratungspraxis der Rentenversicherung*. In: *Die Rehabilitation*, Jg. 52, H. 2. S. 126–131.

Wendt, W. R.: *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. Lambertus, Freiburg i.Br. (2004, 3. Aufl.).



- 1 Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): *Sondergutachten 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf (Abruf 31.10.2011).
- 2 Mülheims, L.; Rexrodt, Ch.: *Gedanken zum Verwaltungsverfahren der UV-Träger aus juristischer Perspektive und aus der Perspektive des Case Managements (CM)*. In: Becker, H; Franke, E.; Molkentin, Th. (Hrsg.): *Sozialgesetzbuch VII – Lehr- und Praxiskommentar*. 3. Auflage, Baden-Baden 2011, S. 885–904.
- 3 Toepler, E.: *Case Management in der Unfallversicherung*; in: *Case Management*, Ausgabe 6 (2007), S. 77–81.
- 4 Keck, T.; Gödecker-Geenen, N.: *Neue Beratungsangebote in der Rehabilitation – Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen als Dienstleister für Rehabilitanden und Arbeitgeber*. In: *RVaktuell, Zeitschrift der deutschen Rentenversicherung*, Heft 11/2012.

- 5 Heinson, J.; Koch, A.; Toepler, E.; Voigt, W.; Wessel, B.: *Arbeitsmarktintegration – eine Aufgabe der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker?; Konturen, Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen*, Ausgabe 5/2011, S. 8–14.
- 6 Mehrhoff, F.: *Disability Management*, Stuttgart 2004.
- 7 Amelung, E.: *Managed Care*, 4. Aufl. 2007, S. 219.
- 8 Wendt, W. R.: *state of the art: Das entwickelte Case Management*. In: Wendt/Löcherbach (Hrsg.): *Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis*, Heidelberg 2006, S. 5–99.
- 9 DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), Hrsg.: *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*, 2005. WHO, Genf.
- 10 Behrens, M.; Dietrich, A.; Habekost, D.; Kocy-Rensing, G.; Lücking, A.; Toepler, E.: *Gemeinsame Mindeststandards im Rehabilitationsmanagement; Trauma und Berufskrankheit*, 3. September 2011, S. 1–7.

Autoren



Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Dr. Christian Rexrodt

Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: christian.rexrodt@h-brs.de



Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Dr. Edwin Toepler

Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: edwin.toepler@h-brs.de



Foto: fotolia.de/Olivier Le Moal

Herausforderungen für die Sozialversicherung:

Megatrends in Arbeitswelt und Gesellschaft

Die deutsche Sozialversicherung hat viele Krisen überstanden und Reformen erlebt. Doch wie sieht die Zukunft aus? Welche Megatrends tangieren die Sozialversicherung? Und was kann eine „Sozialversicherungswissenschaft“ leisten?

Seit über 100 Jahren bildet die Sozialversicherung den Kern des Systems sozialer Sicherheit in Deutschland. Sie bietet einem Großteil der Bevölkerung in Deutschland Schutz vor den großen Lebensrisiken und deren Folgen. Allgemein ist die Akzeptanz von Wohlfahrtsstaaten, insbesondere von Sozialversicherungssystemen, hoch.¹ Dennoch stehen Reformvorschläge regelmäßig auf der politischen Agenda. Im Fokus steht dabei häufig die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme, die nachhaltig und „demographiefest“ ausgestaltet werden soll. Doch der demographische

Wandel ist nur „ein“ Megatrend, der die Sozialversicherung auch zukünftig vor Herausforderungen stellt, weitere sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Megatrends

Megatrends kennzeichnen längerfristige und globale Entwicklungen. Der Begriff wurde wesentlich von dem US-amerikanischen Schriftsteller und Zukunftsforscher John Naisbitt geprägt, der in den 1980er Jahren ein gleichnamiges Buch veröffentlichte² und darin beispielsweise die Globalisierung als einen solchen Trend thematisierte. Megatrends spielen heut-

zutage bei strategischen Entscheidungen vieler Unternehmen der Privatwirtschaft eine wichtige Rolle, aber auch die Träger von Systemen sozialer Sicherheit haben deren Relevanz erkannt. So fand im Mai 2013 auf Einladung des norwegischen Direktoriums für Arbeit und Wohlfahrt ein Internationales Forschungsseminar zum Thema „Angebot angemessener Dienstleistungen und Anpassung an die Megatrends der Zukunft“ in Oslo statt. Diskutiert wurde unter anderem, was Verwaltungen tun können, um diesen Trends entgegenzuwirken und sie positiv zu beeinflussen.³

„Megatrends betreffen alle Zweige der Sozialversicherung, bei denen sich tendenziell auch ähnliche Fragen stellen. Deshalb erscheint die gemeinsame Forschung zielführend.“

Megatrends in der Arbeitswelt

Im September 2013 veröffentlichte die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) erste Informationen über ein „Megatrend-Forschungsprojekt“, das sich in der ersten Phase auf Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt konzentrieren wird.⁴ Als grundsätzliche Tendenzen auf den Arbeitsmärkten weltweit wurden beispielsweise zunehmende Jugendarbeitslosigkeit, ein wachsender informeller Sektor und die zunehmende Beschäftigung im Dienstleistungssektor erkannt. In Europa spielen insbesondere das Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung aus Altersgründen eine große Rolle. Als Trend wurde auch die „Beschäftigungspolarisierung“ identifiziert, also die Zunahme der Zahl der Stellen am oberen und am unteren Ende der Einkommensskala und das Wegbrechen von Stellen im mittleren Einkommenssegment. Weiterhin werden die prekäre Beschäftigungssituation von Frauen, die Arbeitsplatz-Diversität und die Migration innerhalb des Kontinents als Herausforderungen für die Träger der sozialen Sicherheit benannt.

Berechnungen des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) aus dem Jahr 2010 zeigen, dass Leiharbeit, Minijobs und Teilzeit in bestimmten Regionen Westdeutschlands fast die Hälfte der Beschäftigungsverhältnisse ausmachen.⁵ Damit einhergehende Flexibilisierungsanforderungen im Hinblick auf Arbeitsinhalte, Arbeitsorte und Arbeitszeit können einerseits eine Chance für mehr Autonomie der Beschäftigten darstellen, andererseits entsteht aber auch ein neues Spannungsfeld zwischen individueller Flexibilität und Sicherheit. Gerade durch die Zunahme ungesicherter Beschäftigungsverhältnisse verlieren traditionelle betriebliche und sozialstaatliche Regulierungen ihre ursprüngliche Bedeutung. Bisherige Elemente, die weitgehend an dem „Normalarbeitsverhältnis“ und der „Normalarbeitszeit“

orientiert sind, müssen überdacht und weiterentwickelt werden. Auch gewinnen vor allem psychosoziale Aspekte des Arbeitshandelns an Bedeutung. Spezifische Belastungen und Gefährdungen (wachsender Zeit- und Leistungsdruck, problematische Work-Life-Balance, Verunsicherung und ähnliches) bilden einen weiteren Belastungsmix moderner Arbeit⁶ und führen insbesondere zur Zunahme psychischer Erkrankungen und damit zu veränderten Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung.

Megatrends in der Gesellschaft

Einige Herausforderungen für die Sozialversicherung generieren sich aus Veränderungen in der Gesellschaft allgemein, wie zum Beispiel aus der „Individualisierung“. Die Pluralität der Lebensstile⁷ und die abnehmende Bindung an bestimmte Gemeinschaften und Werte erfordern auch vom Sozialstaat ein Umdenken. So

sind Leistungen, die sich an eine vermeintlich homogene Bevölkerungsgruppe richten, häufig nicht mehr individuell bedarfsgerecht. Die Diskussion über das Renteneintrittsalter sei hier als Beispiel genannt. Durch die steigende Zahl von Ein-Personen-Haushalten und die zunehmende Mobilität verlieren auch die Möglichkeiten der sogenannten informellen Wohlfahrtsproduktion, also Leistungen subsidiärer Einrichtungen, an Bedeutung. Der Staat steht dementsprechend vor der Herausforderung, gegebenenfalls daraus entstehende Versorgungslücken zu schließen. Andererseits werden weitere Megatrends diskutiert, die diese Entwicklungen abfedern könnten: „Konnektivität“, womit die neue Organisation in Netzwerken bezeichnet wird,⁸ und „ubiquitäre Intelligenz“, worunter man auch intelligente Infrastrukturen und Umgebungen sowie Durchbrüche bei künstlicher Intelligenz und Robotik fasst.⁹



Foto: Shutterstock/Timothy Epp

*

- 1 Siehe dazu z. B. Ulrich, C. G.: *Die soziale Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates. Anmerkungen zum Forschungsstand, Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Nr. 22, Mannheim 2000.* www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-22.pdf (Abruf 8.10.2013).
- 2 Naisbitt, J.: *Megatrends. Ten New Directions Transforming Our Lives.* Warner Books, New York 1982.
- 3 Zum Veranstaltungsprogramm siehe www.issa.int/ger/News-Events/Events/International-Research-Seminar-Providing-adequate-benefits-and-adapting-to-future-megatrends (Abruf 8.10.2013).
- 4 IVSS (Hrsg.), *Zukünftige Megatrends auf dem Arbeitsmarkt: Ein Ausblick*, www.issa.int/ger/News-Veranstaltungen/News2/Zukuenftige-Megatrends-auf-dem-Arbeitsmarkt-Ein-Ausblick (Abruf 2.10.2013).
- 5 Hans Böckler Stiftung (Hrsg.), *Böckler Impuls*, www.boeckler.de/impuls_2011_20_1.pdf (Abruf 25.9.2013).
- 6 Sauer, D.: *Entgrenzung – Chiffre einer flexiblen Arbeitswelt – Ein Blick auf den historischen Wandel von Arbeit.* In: Badura, B. et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*, Berlin/Heidelberg 2012, S. 3 – 13.
- 7 Einen Überblick über die soziökonomischen Entwicklungen in Deutschland gibt z. B. der *Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch.* Wiesbaden 2012. www.soeb.de/ (Abruf 8.10.2013).
- 8 Vgl. z. B. *Zukunftsinstitut: Megatrends – Die großen Treiber der Gesellschaft.* www.zukunftsinstitut.de/megatrends (Abruf 8.10.2013).
- 9 Vgl. z. B. *z-punkt: Megatrends update.* www.z-punkt.de/megatrends-update.html [8.10.2013].
- 10 Ebd.
- 11 Heidel/Fasshauer: *Bedeutung einer Forschungsk Kooperation in der Sozialversicherung für die Soziale Sicherheit in Deutschland. Forschungsnetzwerk Alterssicherung Jahresbericht 2006. Fünf Jahre FNA, Erscheinungsdatum: 14.4.2010, S 147.* www.fna-rv.de/SharedDocs/Downloads/DE/FNA/FNA-Jahresbericht/FNA-Jahresbericht%202006.%20Fünf%20Jahre%20FNA.html?nn=12380 (Abruf 8.10.2013).
- 12 Siehe dazu auch Mülheims, L.: *Sozialversicherungswissenschaft – Betrachtungen über eine neue Wissenschaft.* VSSR 2/2007, S. 135 ff.
- 13 Informationen zum Projekt siehe www.sozialversicherungswissenschaft.de (Abruf 8.10.2013).

Einen im Kontext sozialer Sicherheit eher weniger augenfälligen Megatrend stellt die „Globale Risikogesellschaft“ dar. Dieser wird mit Schlagworten wie wachsende Störanfälligkeit technischer und sozialer Infrastrukturen, Zunahme von Naturkatastrophen, global organisiertes Verbrechen und Cyberkriminalität sowie transparente Gesellschaft (Überwachung und Kontrolle) beschrieben.¹⁰ Dennoch zeigen Phänomene wie Pandemien, zum Beispiel die Vogelgrippe im Jahr 2005/06, oder die technischen Möglichkeiten des Ausspähens sensibler Daten, dass solche Entwicklungen auch die Sozialversicherung tangieren.

Schließlich soll hier noch auf die Bedeutung der Globalisierung im Allgemeinen und damit zusammenhängend, die Rolle der Europäischen Union in Bezug auf Systeme sozialer Sicherheit hingewiesen werden. Die insbesondere seit der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/09 zunehmen-

de Auseinanderentwicklung der Wirtschaftskraft der Mitgliedsstaaten – was sich derzeit zentral bei den großen Differenzen der Jugendarbeitslosigkeit zeigt – wirft die Frage auf, ob sich die Europäische Union auch weiterhin eher als subsidiäre Instanz bei Fragen der sozialen Sicherheit sieht.

Gemeinsame Forschung: Die Idee einer „Sozialversicherungswissenschaft“

Megatrends betreffen prinzipiell alle Zweige der Sozialversicherung, und in allen Zweigen stellen sich tendenziell ähnliche Fragen: nach tragfähigen Finanzierungsmodellen, nach Akzeptanz und Bedarfs- oder Lebenslagenorientierung der Leistungen, zum Umgang mit veränderten Lebensrisiken und Diversität, zu den Chancen und Risiken neuer Formen der Kommunikation etc. Ein gemeinsames Forschen erscheint also zielführend. Heidel und Fasshauer sahen in einem im

Jahr 2010 veröffentlichten Beitrag zur Bedeutung einer Forschungsk Kooperation in der Sozialversicherung die Politik allerdings „bereits einen Schritt weiter als die Sozialversicherung“.¹¹ Diese Einschätzung bezüglich der Umsetzung gemeinsamen Forschens könnte man prinzipiell auch auf die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen übertragen, die die Sozialversicherung als Erkenntnisgegenstand haben – Ausnahmen bestätigen natürlich die Regel. Mit einem solchen, sich aufeinander beziehenden Forschen hat sich der Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg schon kurz nach seiner Gründung im Jahr 2003 unter seinem Gründungsdekan Günther Sokoll beschäftigt. Die Idee einer „Sozialversicherungswissenschaft“ war geboren.¹² Im Sinne einer Integrationswissenschaft will sie Grenzen überwinden, „gemeinsames Forschen“ nutzbar machen für die optimale Ausgestaltung von Sozialversicherung.

Im Jahr 2010 startete der Fachbereich das Projekt „Sozialversicherungswissenschaft – Das Handbuch“, um dieser „neuen Wissenschaft“ Gestalt zu geben.¹³ Zahlreiche namhafte Autorinnen und Autoren unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen werden sich mit aktuellen Fragen und künftigen Herausforderungen für die Sozialversicherung beschäftigen. Über das gemeinsame Forschen hinaus, kann damit vielleicht auch ein erster Schritt in Richtung gemeinsame akademische Bildungsgänge getan werden. ●

Autoren

Vincenzo Cusumano

Lehrkraft für besondere Aufgaben
Fachbereich Sozialversicherung
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: vincenzo.cusumano@h-brs.de

Prof. Dr. Karin Hummel

Fachbereich Sozialversicherung
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: karin.hummel@h-brs.de

Iris Schuhmann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachbereich Sozialversicherung
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: iris.schuhmann@h-brs.de

Der Wegeunfall, das BSG und die Handlungstendenz

Das „Erdbeer-Urteil“ des Bundessozialgerichts



Die Diskussion um den Versicherungsschutz für Wegeunfälle in der gesetzlichen Unfallversicherung ist etwa so alt wie die Unfallversicherung selbst.

Nach Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 1885 waren Wegeunfälle 40 Jahre lang nicht versichert, bis es ab 1925 zu einem diesbezüglichen Versicherungsschutz kam,¹ den wir auch heute noch trotz immer wieder aufflammender, vorwiegend politischer Diskussionen² haben.

Ein Blick in die Statistik macht die Bedeutung dieses Versicherungsschutzes klar: so waren beispielsweise im Jahr 2012 insgesamt 176.356 meldepflichtige Wegeunfälle bei 885.009 weiteren meldepflichtigen Arbeitsunfällen zu verzeichnen.³ Da bei Wegeunfällen oft Kraftfahrzeuge involviert sind, sind dies keine „einfachen Fälle“, sondern aufgrund medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation samt kompensatorischer Geldleistungen komplexe und kostenintensive Fälle. Nicht zu vergessen, dass es um Menschen in äußerst kritischen Situationen geht, die den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung in Anspruch nehmen.

Schärfere Konturen für Arbeitsunfälle

Seit circa 10 Jahren ist aus der Rechtsprechung des 2. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) die Tendenz zu erkennen, dass dem Prüfaufbau und der Inhaltlichkeit des Arbeitsunfalls schärfere Konturen in Richtung einer klaren Systematik gegeben werden sollen.⁴ Dies betrifft auch den Wegeunfall, angereichert um eine durchaus restriktive Tendenz im Sinne einer Begrenzung des diesbezüglichen Versicherungsschutzes auf seinen Kern. Dabei diese judikative Restriktion durchaus geeignet sein, die Existenz der versicherten

Wegeunfälle in der gesetzlichen Unfallversicherung politisch zu stützen.⁵

Das „Erdbeer-Urteil“

Deutlichster Ausdruck dessen ist das „Erdbeer-Urteil“ des 2. Senats des BSG vom 4. Juli 2013.⁶ Folgender Sachverhalt: Ein Versicherter befindet sich mit seinem Kraftfahrzeug auf dem unmittelbaren Weg von der Arbeitsstelle nach Hause. Um privat Erdbeeren an einem Verkaufsstand links neben der Straße zu kaufen, bremst er auf seiner Spur bleibend bis zum Stillstand seines Autos ab, um nach Abwarten des Gegenverkehrs links zu den ersehnten Erdbeeren abzubiegen. Bevor ihm das gelingt, fährt das hinter ihm fahrende Auto auf ihn auf; mit der Folge einer Stauchung und Zerrung der Halswirbelsäule inklusive einer viertägigen Arbeitsunfähigkeit. Während der zuständige Unfallversicherungsträger und das Sozialgericht Reutlingen einen Wegeunfall verneinten, das Landessozialgericht Baden-Württemberg dagegen einen Solchen bejahte,⁷ kam die Streitsache zum 2. Senat des BSG.

Der 2. Senat des Bundessozialgerichts verneinte einen versicherten Wegeunfall. Weil er eine Richtung konsequent einhielt, die er schon vor 10 Jahren – genauer gesagt am 9. Dezember 2003 – eingeschlagen hatte. An diesem Tag löste sich der 2. Senat in einem spektakulären Urteil⁸ von einer Jahrzehnte alten Rechtsprechung, die dem Versicherten, solange er nur im sogenannten öffentlichen Verkehrsraum blieb, einen weitgehenden Versicherungsschutz gewährte – und zwar unabhängig davon, welche (möglicherweise privaten) Ziele er verfolgte. Allein beim Verlassen des öffentlichen Verkehrsraums – etwa beim Eintreten in ein Geschäft mit privatem Ziel – war Schluss mit dem Versicherungsschutz (ausgenommen allerdings sogenannte Umwege).⁹

Im Jahr 2003 begrenzte der 2. Senat den Versicherungsschutz auch schon vorher

im öffentlichen Verkehrsraum, wenn der Versicherte durch sein Verhalten dokumentiere, dass er sich vorläufig auf dem versicherten Weg nicht weiter fortbewegen will, sondern nunmehr etwas Privates tun wolle (Stichwort: Subjektive Handlungstendenz). Auslöser war damals eine Versicherte, die auf versichertem Weg plötzlich rechts auf einen Parkplatz fuhr und aus ihrem Auto ausstieg, um gegenüber in einem Fischgeschäft privat etwas einzukaufen. Beim Überqueren der Straße wurde sie von einem Auto angefahren.

Hier sah der 2. Senat spätestens im Aussteigen aus dem PKW eine objektiv nachvollziehbare Dokumentation der Versicherten, sich vorläufig auf dem versicherten Weg nicht weiter fortbewegen zu wollen, sondern nun etwas Privates, „Eigenwirtschaftliches“ zu tun. Hier setzt das „Erdbeer-Urteil“ vom 4. Juli 2013 nahtlos an und sieht das dokumentierte Ende des Versicherungsschutzes schon dann als gegeben an, wenn der Versicherte bis zum Stillstand abbremst, um später die Gegenfahrbahn kreuzend links abzubiegen, um dann privat Erdbeeren zu kaufen.

Versicherungsschutz endet bei privatem Vorhaben

Verrichtet eine versicherte Person auf einem versicherten Weg etwas Beobachtbares (Dokumentation eines Handelns), was objektiv nicht mit der versicherten Wegezurücklegung in Einklang zu bringen ist, und verfolgt damit private Absichten (Subjektive Handlungstendenz), endet der Versicherungsschutz, bis die versicherte Person wieder auf den sprichwörtlichen „Pfad der Tugend“ zurückkehrt.

Warum aber hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg nun anders entschieden, obwohl doch scheinbar alles so eindeutig ist? Offenbar will das LSG Baden-Württemberg respektive der 6. Senat des Gerichts das „Rad der Geschichte“ zu-

rückdrehen und die „alte Freiheit“ innerhalb des öffentlichen Verkehrsraums wieder etablieren. Denn im Urteil wurde argumentiert, dass die räumliche Unterbrechung im Sinne einer privaten Tätigkeit erst dann beginne, „wenn der Versicherte den öffentlichen Verkehrsraum seines Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit verlässt“.

An dieser Stelle wird ein älteres Urteil des BSG von 1980 zitiert und dann auch das Urteil des 2. Senats des BSG vom 9. Dezember 2003 angeführt; dies allerdings mit den Eingangsworten „modifiziert durch...“.¹⁰ Das ist merkwürdig. Schließlich hat der 2. Senat in seinem Urteil vom 9. Dezember 2003 nichts „modifiziert“, sondern die ältere Rechtsprechung – salopp formuliert – „über den Haufen geworfen“. Konkret sagt der 2. Senat im Jahr 2003, er halte an der alten Rechtsprechung nicht mehr fest. Das ist schon etwas anderes als eine Modifikation. Etwas greifbarer ist allerdings ein anderer Einwand des LSG Baden-Württemberg: Das bloße Anhalten eines Kraftfahrzeugs

könne nicht unzweifelhaft dokumentieren, dass der Versicherte sich nicht mehr weiter auf versichertem Weg fortbewegen will. Es sei ein „neutraler Vorgang“. Würde dieser nun das Ende des Versicherungsschutzes bedeuten, müsse der Versicherte „nachweisen, dass er aus versicherten Gründen angehalten hat“. Damit würde allein die Absicht des Versicherten zum maßgeblichen Kriterium für den Versicherungsschutz werden, was „zu nicht mehr justiziablen Ergebnissen gerade in den Fällen führen würde, in denen nicht mehr eindeutig geklärt werden kann, aus welchem Grund es zum Anhalten des Versicherten kam“.

Subjektive Handlungstendenz ist entscheidend

Der Vorwurf, ein „neutraler“ Vorgang beziehungsweise ein Vorgang, der zum Ausdruck bringt, sich nicht mehr auf versichertem Weg weiter zu bewegen, würde den Versicherungsschutz beenden, geht fehl. Ein solcher Vorgang ist allein Anlass dazu, zu hinterfragen, mit welcher Absicht respektive mit welchem Ziel

dies geschieht. Hier spielt dann die bereits mehrfach betonte subjektive Handlungstendenz des Versicherten eine entscheidende Rolle. Diese ist im Bereich der versicherten Tätigkeit (als Voraussetzung für einen Arbeitsunfall) aufgrund des hier verwurzelten Finalitätsprinzips sowieso von größter Bedeutung.¹¹ Weshalb das nun ein Problem sein soll, sagt das LSG Baden-Württemberg nicht. Das BSG selbst kontert diese Kritik mit der einem Bundesgericht eigenen Lässigkeit: „..., so ist dies die Konsequenz der mit dem 9. Dezember 2003 (aaO) begonnenen Rechtsprechung des Senats, die in der Praxis allerdings zu berechenbaren Ergebnissen führt“.¹²

Spannend dürfte in der Tat die Situation sein, in der später nicht mehr aufzuklären ist, mit welcher Zielsetzung ein Versicherter zum Beispiel auf einem versicherten Weg anhält. Zu wessen Lasten ginge eine solche Beweislosigkeit? Irgendwann wird der 2. Senat uns auch diese Frage beantworten. Dies hoffentlich in der Klarheit, die er bisher 2003 und nunmehr 10 Jahre später im „Erdbeer-Urteil“ gezeigt hat. ●

★

- 1 Vgl. Wickenhagen, *Geschichte der Unfallversicherung*, Textband, 1980, S. 188 ff.; Ricke, *125 Jahre gesetzliche Unfallversicherung – Streiflichter*, 2010, S. 43 f.
- 2 Vgl. BDA-Konzept zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, Oktober 2011 – [www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/BDA_Position_Unfallvers..pdf/\\$file/BDA_Position_Unfallvers..pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/BDA_Position_Unfallvers..pdf/$file/BDA_Position_Unfallvers..pdf) (Abruf 11.10.2013).
- 3 Vgl. www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/Arbeits-und-Wegeunfallgeschehen/index.jsp (Abruf 11.10.2013).
- 4 Vgl. BSG, Urteil vom 12.4.2005 – B 2 U 11/04 R -, juris; BSG, Urteil vom 9.5.2006 – B 2 U 1/05 R -, juris; BSG, Urteil vom 5.9.2006 – B 2 U 24/05 R -, juris; BSG, Urteil vom 12.12.2006 – B 2 U 1/06 R -, juris; vgl. auch Becker, *Neues Prüfschema für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten*, MEDSACH 2010, S. 145 ff.

- 5 Vgl. allgemein Krasney, *Grenzziehungen bei Wegeunfällen*, SGB 2013, S. 313 ff.; vgl. auch Becker, *Der Wegeunfall*, BG 2011, S. 462 ff.
- 6 BSG, Urteil vom 04.07.2013 – B 2 U 3/13 R -, juris.
- 7 LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20.9.2012 – L 6 U 4636/11 -, juris.
- 8 BSG, Urteil vom 9.12.2003 – B 2 U 23/03 R -, juris.
- 9 Vgl. hierzu (aber) BSG, Urteil vom 24.6.2003 – B 2 U 40/02 R -, juris.
- 10 LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20.9.2012 – L 6 U 4636/11 – (Rz 26), juris.
- 11 Vgl. jüngst Krasney, *Die Handlungstendenz als Kriterium für die Zurechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung*, NZS 2013, 681 ff.
- 12 BSG, Urteil vom 4.7.2013 B 2 U 3/13 R – (Rz 16), juris.

Autor



Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Laurenz Mülheims

Dekan Recht/
Sozialrecht I, Hochschule
Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: laurenz.muelheims@h-brs.de

Gesunde Hochschule

Vom Signal zur Information

„Die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort“, so lautet das Diktum der modernen Informationsgesellschaften. Methoden zur Beschaffung aktueller Informationen lernen die Studierenden des Fachbereichs Sozialversicherung gleich in mehreren Modulen während ihres Studiums in Hennef. Auf die Nutzung von BG-internen Informationssystemen wird dabei ebenso eingegangen wie auf die Inanspruchnahme sogenannter Informationsprovider wie beispielsweise dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) oder den National Institutes of Health (NIH).

Die Entstehung von Information selbst wird dabei zunächst nicht problematisiert, sondern als gegeben vorausgesetzt. Sollen jedoch bei der Verfolgung von Hypothesen Zusammenhänge zwischen äußeren Reizen (Belastung) und physiologischen Lebensäuße-

rungen (Beanspruchung) des Menschen untersucht werden, ist eine Kette von Wandlungen erforderlich, die vom physiologischen Signal über elektronische Daten bis zu eben der Information reicht, die über Annahme oder Verwerfen der aufgestellten Hypothese entscheidet.

Gesunde Hochschule

Die Kampagne „Gesunde Hochschule“ unseres Fachbereichs veranstaltet periodisch Informationstage mit vielfältigen Vortrags- und Demonstrationsprogrammen, zu denen auch externe Referenten eingeladen werden. Darüber hinaus werden einige physiologische Zielgrößen wie Schlafqualität und Stressempfinden der Studierenden aufgegriffen und eben diese Studierende in vielfältigen Bezügen in Messserien eingebunden, vom Probanden über den „Datensammler“ bis zum Projektmanager werden alle Rollen von den Studierenden selbst besetzt und ausgefüllt.

Die Herzratenvariabilität

Zur Beurteilung der psychischen An- oder Entspannung wird heute vielfach die Messung der Herzratenvariabilität (HRV) verwendet¹ und fast ebenso häufig bezüglich ihrer Eignung hierzu in Zweifel gezogen.²

Die HRV wird dabei mit statistischen Funktionen aus dem Elektrokardiogramm (EKG) abgeleitet. Sympathikus und Parasympathikus beeinflussen das EKG gegensinnig: Der Sympathikus führt zu einer Herzfrequenzerhöhung, der Parasympathikus zu einer Senkung der Herzfrequenz. Während der Sympathikus nur langsame Änderungen der Herzfrequenz veranlasst, verursacht der Parasympathikus schnelle Änderungen.

Eine Messung und Auswertung der Herzfrequenzänderungen gestattet damit



Abbildung 1: Dr. Henn lehnt an seinem Monochord, Vorbereitungsphase. Die purpur- und türkisfarbene Markierung stellt die Herzratenvariabilität (HRV) eines Kindes dar.



Abbildung 2: Dr. Henn am Monochord, aktive Spielphase. Die Herzratenvariabilität (HRV) eines Kindes zeigt während der Musik einen deutlichen Ausschlag nach oben.



- 1 Löllgen, H.: *Neue Methoden in der kardialen Funktionsdiagnostik – Herzfrequenzvariabilität.* *Dtsch Arztebl* 1999; 96 (31 – 32).
 - 2 Schmidtke, H.: *Vom Sinn und Unsinn der Messung Psychischer Belastung und Beanspruchung, ergonomia* 2010.
 - 3 Blohm, N.: *Die Herzratenvariabilität als Indikator psychischer Beanspruchung von Berufskrankheiten-Sonderbeauftragten während Erstgesprächen mit krebserkrankten Versicherten der BG Chemie, Bachelorthesis* 2009.
 - 4 Wollenhaupt, C.: *HRV-Messungen im Kontext der Gesundheitsförderung. Auswirkung von Yoga auf die Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern im Innendienst, Bachelorthesis* 2012.
 - 5 Mahler, C.: *Gesundheitsförderung im Setting Hochschule – Fallstudie im Bereich Studienbedingungen mit Schwerpunkt „gesunder Schlaf“. Welche Einflussfaktoren können in den Schlafphasen nachgewiesen werden? Bachelorthesis* 2013.
 - 6 Roth, U.: *Untersuchung der statistischen und systematischen Einflüsse eines photooptischen Messverfahrens zur Bestimmung der Herzratenvariabilität sowie der Vergleich der Messergebnisse mit Elektrokardiogrammen, Masterthesis* 2013.
-

innerhalb enger Grenzen eine Verhältnisschätzung von Sympathikus und Parasympathikus, der sogenannten LF/HF Ratio. Diese LF/HF Ratio kann in Verbindung mit weiteren Parametern zur Beurteilung der psychischen Beanspruchung herangezogen werden, wenn andere Einflüsse wie zum Beispiel Pharmaka ausgeschlossen werden können.

Zu den Themen Stress- und Entspannungsempfinden sind im Fachbereich Sozialversicherung bereits mehrere Bachelorarbeiten geschrieben worden, die sich unter anderem mit der psychischen Beanspruchung von Berufskrankheiten-Sonderbeauftragten während Erstgesprächen³, dem Einfluss von Yoga auf die Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern im Innendienst⁴ oder der Schlafphasendetektion⁵ während Klausurphasen von Studierenden beschäftigen.

Musik und Kinder

Als aktuelles Beispiel einer ausgedehnten Forschungsfrage soll im Folgenden ein Projekt dargestellt werden, das die Wirkung von Musik auf geistig behinderte Kinder untersucht. Es soll die Frage geklärt werden, ob eine bestimmte Musik die Kinder entspannt.

Das scheint auf den ersten Blick nicht direkt mit der gesetzlichen Unfallversicherung in Verbindung zu stehen, doch zeigen sich hier beim näheren Hinsehen durchaus einige Parallelen zum Berufsleben: Dauernde Anspannung ohne adäquate Erholungsmöglichkeiten kann zu Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck führen, der unerkannt und unbehandelt über längere Zeit weitere Sekundärschäden nach sich ziehen kann. Wenn sich also nachweisen ließe, dass sich durch äußere Einflüsse wie der Musik Entspannung herbeiführen lässt, wäre weiterhin zu prüfen, ob die im Kinderprojekt gewonnenen Erkenntnisse mit entsprechender Adaptation auch in der „Erwachsenenwelt“ angewandt werden können. Für die Untersuchung der behinderten Kinder werden allerdings spezielle Messapparate benötigt, da sich übliche Sensoren wie zum Beispiel Brustmessgurte bei spastischen Kindern nicht sicher anwenden lassen.

Kooperation

Bei der Entwicklung der Messmethodik kooperiert der Fachbereich Sozialversicherung eng mit dem Fachbereich Elektrotechnik. Aus dieser Zusammenarbeit erwachsen gleich zwei Vorteile: Einerseits kann der elektronische Prototyp im Rahmen von Masterarbeiten⁶ entwickelt werden, andererseits stehen bei der physikalischen Aufbereitung der Signale Fachleute bereit, um durch geeignete Transformationen der abgetasteten Signale in den Zeit- und Frequenzraum die Interpretation vorzubereiten.

Forschungsprojekte im Studium

Nach Fertigstellung des Prototypen folgt der Einsatz der neuen Hardware zunächst bei studentischen Probanden, nach Ermit-

teln der zum Betrieb erforderlichen Parameter auch bei den Kindern selbst. Diese Erprobungsphase wird als Forschungsprojekt mit 2 Semesterwochenstunden in das 5. Semester des Studiengangs Sozialversicherung eingebunden. Vier Studierende haben dieses Projekt gewählt und informieren sich zunächst über das Ziel und den Stand des Projekts und entwickeln in eigener Regie einen Projektplan zur Umsetzung der Erprobungsphase.

Ausblick

Wenn die Wirkung der Musik nachgewiesen worden ist, werden weitere Untersuchungen bezüglich Qualität (Welches Instrument eignet sich am besten?) und Quantität (Ab wann setzt die Wirkung ein, wie lange dauert sie nach?) folgen, um den Einsatz des Verfahrens zu optimieren. Es ist auch denkbar, die HRV als Ausdrucksmittel für den Grad der Entspannung einzusetzen; den Kindern erwüchse damit vielleicht eine ihr Handicap kompensierende Möglichkeit, ihr Befinden zu kommunizieren.

Bis dahin werden die Studierenden des Fachbereichs Sozialversicherung noch manchen Integrierten Schaltkreis auf Platinen löten und manches Kabel auf Elektrodenbruch testen müssen. Eines steht jedoch schon heute fest: Alle Studierenden werden die Mühsal der Informationsgewinnung in lebhafter Erinnerung behalten und sich bei jeder Recherche fragen, ob die dokumentierte methodische Sorgfalt der Publikation eine Belastbarkeit der abgeleiteten Schlussfolgerungen zulässt und damit Information gewonnen werden kann. ●

Autoren

Prof. Dr. Johannes Mockenhaupt

Lehrstuhl für Medizininformatik an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: johannes.mockenhaupt@h-brs.de

Dr. Frank Henn

Lehrbeauftragter am Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: frank.henn@musikcoaching.de

Zuständigkeitsklärung bei Teilhabeleistungen

Der „vertrackte“ § 14 SGB IX

Der Schlüsselparagraph der Zuständigkeitsklärung für Leistungen der Teilhabe und zugleich „Wegweiser“ für eine zügige und nahtlose Feststellung des Rehabilitationsbedarfs findet sich im SGB IX zum Ende des ersten Kapitels, das die allgemeinen Regelungen enthält: in § 14 SGB IX.

Vielbeachtet in Rechtsprechung und Literatur,¹ scheint die Praxis dieser Vorschrift noch nicht die notwendige Bedeutung beizumessen.² Dies lässt sich insbesondere an zahlreichen Entscheidungen erst- und zweitinstanzlicher Sozialgerichte ablesen, die auf der Grundlage des § 14 SGB IX eine Verurteilung zu Teilhabeleistungen „unzuständiger“ Rehabilitationsträger erkannt haben³ beziehungsweise nach endgültiger Klärung der Zuständigkeit erst im gerichtlichen Verfahren im Wege der Beiladung zur Verurteilung des gesetzlich zuständigen Trägers gelangten.⁴

Inhalt der Norm

Kurz zu skizzieren sind Regelungsinhalt und Regelungsziel: Im Zuge der raschen Zuständigkeitsklärung und beschleunigten Bedarfsfeststellung sieht § 14 SGB IX ein besonderes Verfahren nach Eingang eines Antrags auf Teilhabeleistungen bei einem nach § 6 SGB IX potenziell zuständigen Rehabilitationsträger vor, der innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang die eigene Zuständigkeit zu prüfen hat (§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Kommt er zu dem Schluss, dass die eigene Zuständigkeit nicht gegeben ist, leitet er noch innerhalb der bereits laufenden Frist den Antrag an den nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger weiter (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Nach Feststellung des Rehabilitationsbedarfs durch den zweitangegangenen Träger (Einzelheiten siehe nächster Punkt) ist vor der Leistungsgewährung eventuell noch

über die Einleitung einer Begutachtung zu entscheiden; dafür stellt Abs. 5 weitere Verfahrensregelungen auf. § 14 Abs. 3 SGB IX sieht die entsprechende Anwendung der Norm auf Leistungsträger vor, die von Amts wegen Leistungen der Teilhabe erbringen (wie die Unfallversicherungsträger); in § 14 Abs. 4 wird der Erstattungsanspruch des Trägers geregelt, an den der Antrag weitergeleitet wurde, wenn sich später seine Unzuständigkeit herausstellt. Für Anschlussmaßnahmen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich des befassten Rehabilitationsträgers fallen, sieht § 14 Abs. 6 SGB IX ein weiteres Durchlaufen des Verfahrens nach § 14 SGB IX vor.

Verfahren der Zuständigkeitsklärung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

Grundsätzliches

Der Träger, der zuerst vom Teilhabebedarf erfährt – gleichgültig ob durch Antrag oder weil er von Amts wegen mit der Feststellung eines eventuellen Rehabilitationsbedarfs befasst –, hat innerhalb von 2 Wochen zu prüfen, ob seine eigene Zuständigkeit gegeben ist oder ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Im letzteren Fall leitet er den Antrag unverzüglich, und zwar noch innerhalb der 2-Wochen-Frist, an den nach seiner Meinung zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Damit wird der Träger, an den der Antrag abgegeben worden ist, als sogenannter „zweitangegangener Träger“ leistungspflichtig (eine Rückgabe an den

erstangegangenen Träger ist damit ausgeschlossen!⁵) und sorgt für die weitere zügige Feststellung des Rehabilitationsbedarfs. Hierfür setzt der Gesetzgeber ihm eine 3-Wochen-Frist, bei Erforderlichkeit eines Gutachtens beginnt diese Frist mit dem Eingang des Gutachtens, welches innerhalb von 2 Wochen vorliegen soll (§ 14 Abs. 2 S. 2 und 4, Abs. 5 S. 5 SGB IX).

Wird der Antrag nicht weitergeleitet, ist der „erstangegangene“ Träger zuständig, auch wenn seine gesetzliche Zuständigkeit nicht gegeben ist – also entweder wenn er überhaupt nicht oder nicht innerhalb der gesetzlichen 2-Wochen-Frist den Antrag weitergeleitet hat: § 14 SGB IX wirkt damit den Nachteilen des gegliederten Sozialleistungssystems entgegen, was zu einer umfassenden Bedarfsprüfung bei Anträgen auf Teilhabeleistungen durch den erstangegangenen Träger führt, der nicht nach Ablehnung seiner Zuständigkeit den Antrag unverzüglich weitergeleitet hat.⁶

Verfahren bei Beteiligung eines Unfallversicherungsträgers

Wird der Antrag beim Unfallversicherungsträger gestellt und kann innerhalb der 2-Wochen-Frist nicht geklärt werden, ob ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit Ursache der Behinderung ist, so sieht § 14 Abs. 1 S. 3 SGB IX die Abgabe an einen ohne Rücksicht auf die Ursache zuständigen Träger vor. Nach Maßgabe der Gemeinsamen Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX be-

stimmten Verfahrens⁷ bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollte der Sachverhalt grundsätzlich zunächst an den Rentenversicherungsträger bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 10 und 11 SGB VI weitergeleitet werden, und sonst an die BA und bei medizinischen Teilhabeleistungen ebenfalls primär an den Träger der Rentenversicherung bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen, und sonst an den Krankenversicherer. Dieser für die Unfallversicherungsträger wenig befriedigende Weg, der auch bei nur geringen Zweifeln an der eigenen Zuständigkeit Geltung beanspruchte, war im Rahmen einer Verfahrensabsprache⁸ mit den Kranken- und Rentenversicherungsträgern dahingehend abgeändert worden, dass der Unfallversicherungsträger auch bei nur geringen Zweifeln an der eigenen Zuständigkeit die Leistung

im Interesse einer schnellen Versorgung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erbringt und in den Einzelfällen, in denen sich nachträglich seine Unzuständigkeit herausstellt, einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X geltend machen konnte – trotz des Ausschlusses nach § 14 Abs. 4 S. 3 SGB IX. In der Folgezeit beharrten die Rentenversicherungsträger darauf, dass ein Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X nur bestünde, wenn der UV-Träger im Leistungsbescheid darauf hingewiesen hatte, dass im Sinne einer zügigen Leistungserbringung die Leistung trotz geringer Zweifel an der eigenen Zuständigkeit erbracht und der Antrag nicht weitergeleitet werde. Ebenso legten einige erstinstanzliche Gerichte die Verfahrensabsprache aus.⁹ Sie ist inzwischen von der DGUV zum 31. Dezember 2012 gekündigt worden¹⁰ und Verhandlungen zwischen der DGUV

und den übrigen Rehabilitationsträgern haben angesichts der fehlenden Zustimmung der DRV Bund¹¹ noch nicht zum erneuten Abschluss einer solchen – infolge der Öffnungsklausel in § 14 Abs. 3 S. 3, 2. Halbs. SGB IX zulässigen – Absprache geführt. Es stellt sich aber die berechtigte Frage, ob es einer solchen Absprache vor dem Hintergrund der Entscheidungen des BSG, die in solchen Fällen eine Anwendung der § 103 oder § 104 SGB X für möglich halten, überhaupt noch bedarf. Festzuhalten bleibt, dass das bei noch erforderlicher Klärung der Behinderungsursache vorgesehene Verfahren ebenfalls einer zügigen Leistungsgewährung dient. Es begründet eine Art Vermutung dafür, dass die Prüfung zum Beispiel der beruflich veranlassten Schädigung zu einem negativen Ergebnis kommt, indem es unmittelbar zur Weiterleitung an den dann zuständigen Träger führt.¹² Es ist nicht auf die Fälle zugeschnitten, in denen nur Zweifel an der Zuständigkeit bestehen, der Unfallversicherungsträger aber im Übrigen seinem gesetzlichen Auftrag zur umfassenden Leistungserbringung „aus einer Hand“ (so die beschworene Formel in Anlehnung an § 1 Nr. 2 SGB VII und neuerdings auch unter Rückgriff auf §§ 10 ff. SGB IX¹³) nachzukommen hat. ▶



„Der Schlüssel für den Zugang in das Zuständigkeitsgeflecht des § 14 SGB IX liegt in der Differenzierung der Wege entweder über den erst- oder den zweitangegangenen Leistungsträger: Entscheidend ist, ob der Antrag fristgerecht weitergeleitet wird oder nicht.“



- 1 Bei Juris finden sich unter Rechtsprechung allein 329 Einträge und ebenso viele bei Recherche in der Literatur-Datenbank. Vgl. auch die ausführliche Kommentierung in Knittel, SGB IX, 7. Aufl. 2013, (182 Rdnr.!) oder von Götz in Hauck/Noftz, SGB IX (Losebl. Stand 12/2012); Welte in Lachwitz/Schellhorn/Welte, SGB IX, 3. Aufl. 2010.
- 2 Knittel, SGB IX, 7. Aufl. 2013, § 14 Rn. 181 (m. w. N.), spricht von „Akzeptanzproblemen“.
- 3 Vgl. aus jüngerer Zeit Hess. LSG, Beschl. v. 5.6.2013 – L 8 KR 127/13 B; SG Oldenburg, Urt. v. 4.2.2013 – S 81 R 290/11; Bar. LSG; Beschl. v. 9.1.2013 – L 10 AL 287/12 B ER; Hess. LSG, Urt. v. 12.12.2012 – L 6 AL 160/09; SG Leipzig, Urt. v. 19.9.2012 – S 17 AS 1142/12; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 7.5.2012 – L 18 AL 135/12; aus der höchstinstanzl. Rspr. vgl. BSG, Urt. v. 20.11.2008, B 3 KN 4/07 KR R.
- 4 Vgl. als eine der letzten in Juris nachgewiesenen Entscheidungen LSG Bad.-Württ., Urt. v. 20.8.2013 – L 13 R 2607/10.
- 5 Vgl. Welte, in Lachwitz/Schellhorn/Welte, SGB IX § 14 Rn. 34; vgl. auch die Kritik von Knittel, SGB IX § 14 Rn. 181.
- 6 Grundlegend BSG, Urt. v. 26.10.2004 – B 7 AL 16/04 R; BSG, Urt. v. 26.6.2007 – B 11b AS 19/07 R; BSG, Urt. v. 21.08.2008 – B 13 R 33/07R; BSG, Urt. v. 20.11.2008 – B 3 KN 4/07 KR R.
- 7 Hrsrg.: BAR; zu finden im Internet unter www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Zustaendigkeitsklaerung.pdf (Abruf 13.10.2012).
- 8 Vgl. DGUV-RdSchr. Reha 068/2004 v. 2.9.2004; ebenso DRV, Rechtliche Anweisungen, § 14 SGB IX, Anl. 2; unter www.deutsche-rentenversicherung-regional.de/Raa/Raa.do?f=SGB9_14ANL2 (Abruf 13.10.2012).
- 9 SG München, Urt. v. 8.12.2011 – S 4 KN 244/10; SG Mannheim, Urteil vom 19.1.2010 – S 9 R 3532/09.
- 10 Vgl. DGUV-RdSchr. 0025/2013 v. 14.1.2013.
- 11 Vgl. DGUV-RdSchr. 0158/13 v. 24.4.2013.
- 12 Vgl. Welte in Lachwitz/Schellhorn/Welte, § 14 Rn. 30.
- 13 Vgl. Mehrhoff BG 2001, 540, 541.
- 14 Grundlegend BSG, Urt. v. 26.6.2007, B 1 KR 34/06 R; vgl. auch BSG Urt. v. 17.2.2010, B 1 KR 23/09 R.
- 15 Lat.: beiläufig bemerkt, vgl. dazu Köhler in Tilch (Hrsg.), Deutsches Rechtslexikon, 2. Aufl. 1992, zu obiter dictum: „Die Rechtssätze in den Entscheidungsgründen, die hinweggedacht werden können, ohne daß sich dadurch am Ergebnis etwas ändern würde.“
- 16 Gemäß §§ 112 ff. SGB III; weitere Bsp. in §§ 34, 37 Abs. 1 2. Halbs., 109 Abs. 4 SGB IX.
- 17 Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII § 35 Rn. 1.3; Becker, u. a., SGB VII, § 35 Rn. 12; Römer in Hauck/Noftz, SGB VII § 35 Rn. 5; Padé in JurisPK-SGB VII, § 35 Rn. 62; ebenso BSG 20.3.2007 – B 2 U 18/05 R, SozR 4-2700 § 35 Nr. 1 (Rn. 17).
- 18 BSG 29.03.2006 – B 13 RJ 37/05 R, SozR 3-2600 § 10 Nr. 1, Rn. 21 (zu § 9 Abs. 2 S. 1 SGB VI).
- 19 BSG, Urt. v. 2.2.1978, 8 RU 78/77; vgl. auch zu entsprechenden Fragen im Anwendungsbereich des § 14 Abs. 4 SGB IX BSG, Urt. v. 14.12.2006, B 4 R 19/06 (Rn. 38).
- 20 So unlängst Hess. LSG, Urt. v. 25.1.2013, L 7 AS 697/11, nicht rechtskräftig; Revision anhängig unter B 4 AS 14/13 R.
- 21 So LSG Brandenburg, Beschl. v. 7.5.2012 – L 18 AL 135/12 B PKH.
- 22 So Knittel, SGB IX, 7. Aufl. 2013, § 14 Rn. 43; Götz in Kossens/von der Heide/Maaßen, SGB IX, 3. Aufl. 2009, § 14 Rn. 7 (in Anl. an die Gemeinsame Empfehlung zur Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens, (Fn. 7); zu recht großzügiger unter Verweis auf die Pflicht zur Beratung und umfassenden Bedarfsfeststellung aber Luik in JurisPK-SGB IX, § 14 Rn. 52 ff. (Stand 15.7.2013): ausreichend sei, dass der Antragsteller seinen „Willen zum Ausdruck [bringt], ein auf Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit zielendes Verwaltungshandeln dem Grunde nach in Gang zu setzen“.
- 23 Vgl. Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Modulbeschreibungen für den Studiengang Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung, 2011, zu Modul 23.2; zu finden unter http://sozialversicherung.h-bonn-rhein-sieg.de/sozialversicherung/media/Downloads/Modulbeschreibungen_2013_06_06_Arial.pdf (Abruf 13.10.2012).

Erstattung

§ 14 Abs. 4 SGB IX vermittelt dem zweitangegangenen Träger, dem die Zuständigkeit durch die Weiterleitung des Antrags gewissermaßen „aufgedrängt“ wurde, einen Erstattungsanspruch gegen den gesetzlich vorgesehenen und damit endgültig zuständigen Träger – Erstattungsansprüche nach § 105 SGB X werden durch diese abschließende Sonderregelung verdrängt (§ 14 Abs. 4 S. 3 SGB X). Das BSG hat inzwischen aber bereits mehrfach entschieden,¹⁴ dass ein Rehabilitationsträger, der aufgrund seiner Zuständigkeit als erstangegangener Träger

Leistungen nach § 14 Abs. 2 SGB IX gewährt, Erstattungsansprüche nach § 104 SGB X als nachrangig zuständiger Leistungsträger gegen den an sich zuständigen Träger haben kann. Gleichfalls schließe § 14 SGB IX Erstattungen auf der Grundlage der §§ 102 und 103 SGB X nicht aus. Insbesondere kommt ein Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X in Betracht, wenn die eingehende Prüfung der eigenen Zuständigkeit, zum Beispiel aufgrund einer komplizierten Rechtsproblematik, nicht zu einem eindeutigen Ergebnis hinsichtlich der eigenen Zuständigkeit führt und der erstangegangene Träger zur Be-

schleunigung von einer Weitergabe des Antrags absieht. Diese Aussage, die angesichts des zugrunde liegenden Verfahrens nur als sogenanntes obiter dictum¹⁵ zu werten ist, da hier nur eine nachrangige Zuständigkeit in Rede stand, gibt entscheidende Hinweise für das zukünftige Erstattungsverfahren nach einem Verfahren der Zuständigkeitsprüfung und Bedarfsfeststellung unter Beteiligung verschiedener Rehabilitationsträger. Sie macht eine weitere Verfahrensabsprache in Folge der erwähnten, zum 31. Dezember 2012 gekündigten Absprache hinsichtlich § 105 SGB X entbehrlich!



„Auch nach Klärung durch die Rechtsprechung zum Wirkungsbereich des § 14 SGB IX bleiben Fragen offen; so zum Umfang des Erstattungsanspruchs nach Leistung durch den erstangegangenen Träger als auch im übrigen Anwendungsbereich des § 14 SGB IX.“

Offene Fragen

Die Zuständigkeit des erstangegangenen Trägers, der den Antrag nicht nach § 14 Abs. 1 SGB IX weitergeleitet hat, führt mit dem Erstattungsanspruch als nachrangiger Träger zu einem Eingriff in die gesetzlich vorgesehene Zuständigkeitsordnung, was im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel der Verfahrensbeschleunigung hinzunehmen ist. Allerdings ergeben sich Zweifel, wenn die beantragten Teilhabeleistungen die Ausübung von Ermessen seitens des Rehabilitationsträgers voraussetzen. Dies gilt insbesondere für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, etwa nach § 35 Abs. 3 SGB VII für die Unfallversicherung und in noch weit größerem Maße im Bereich der Arbeitsförderung für sämtliche Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben.¹⁶ Gleichmaßen ist vielfach im Bereich der Teilhabeleistungen für die Auswahl unter mehreren das Eingliederungsziel fördernden Maßnahmen ein Auswahlermessen vorgesehen (zum Beispiel in § 26 Abs. 5 SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung¹⁷ oder nach der Rechtsprechung auch für Teilhabeleistungen in der Rentenversicherung anerkannt¹⁸). Kann hier der erstangegangene oder der Träger, der nach Abgabe zu entscheiden hat, seine Ermessensausübung verbindlich für den an sich zuständigen Träger an dessen Stelle setzen?

Lediglich für den Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X ist bereits geklärt,¹⁹ dass für eine erneute Ermessensausübung durch den erstattungspflichtigen Träger im Erstattungsverfahren kein Raum ist, sofern sich die verwaltungsmäßige Er-

messensentscheidung des vorleistenden Sozialleistungsträgers im Rahmen der für ihn geltenden Rechtsvorschriften hält. Dies ergibt sich auch aus der besonderen Rechtsfolge des § 102 Abs. 2 SGB X, der eine eigene – von denen der §§ 103 bis 105 SGB X abweichende – Bestimmung zum Umfang des Erstattungsanspruchs enthält, welcher sich nach den Rechtsvorschriften richtet, die für den vorläufig leistenden Träger gelten. Damit ist die Ermessensentscheidung im Erstattungsstreitverfahren nach § 102 SGB X nur auf offensichtliche Fehlerhaftigkeit zu überprüfen.²⁰ Ob diese Grundsätze auf die mit einer grundsätzlich anderen Rechtsfolge ausgestatteten Ansprüche nach §§ 103, 104 SGB X – Erstattung im Umfang nach den für den erstattungspflichtigen Träger geltenden Rechtsvorschriften – übertragbar sind, erscheint zweifelhaft, zumal der erstangegangene Träger es in der Hand hatte, die Sache an den nach seiner Meinung zuständigen Träger weiterzuleiten. Einerseits bürdete man ihm für den Fall einer erneuten Ermessensprüfung durch den letztlich zuständigen Träger ein erhebliches Risiko auf, wenn man die Erstattung von einer erneuten Ermessensausübung durch den erstattungspflichtigen Träger abhängig machte. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass insbesondere der erstangegangene Träger gewissermaßen in aufgedrängter Zuständigkeit – bei fehlender oder nicht fristgerechter Weiterleitung an den zuständigen Träger – gehandelt hat.

Dies wie auch die Klärung weiterer streitiger Fragen im Anwendungsbereich des

§ 14 SGB IX, etwa ob die Frist für die Weiterleitung bereits durch jedes formlose Begehren ausgelöst wird²¹ oder ob erst das Vorliegen sämtlicher Unterlagen zur Prüfung der eigenen Zuständigkeit die Frist auslösen²² oder Fragen des schon lange für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden und der Vorschrift in § 200 Abs. 2 SGB VII nachgebildeten Gutachterausswahlrechts in § 14 Abs. 5 SGB IX werden zukünftig das Augenmerk des Praktikers erfordern. Im Fachbereich wird man unter Mithilfe von Studierenden, die nicht zuletzt durch das Curriculum (Modul 23)²³ in Forschungsprojekte der Professoren eingebunden sind, diese Entwicklung kritisch begleiten. ●

Autorin



Foto: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Prof. Dr. Susanne Peters-Lange

Fachbereich Sozialversicherung
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: susanne.peters-lange@h-brs.de

Aus der Forschung

GENESIS-UV: Ran an die Strahlung!

Ein neues, internet-gestütztes Messverfahren kann die individuelle Exposition gegenüber krebserregender UV-Strahlung messen.

Wissen Sie, wie stark die Gefährdung bei Ihren Tätigkeiten im Freien durch die ultravioletten (UV)-Anteile in der Sonnenstrahlung ist? Kennen Sie die Gefährdungen, die von übermäßigem Aufenthalt im Freien ausgehen? GENESIS-UV ist das neue, dezentrale Messsystem der gesetzlichen Unfallversicherung, das zur Erfassung der individuellen Exposition von Beschäftigten dient. Das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern wird GENESIS-UV bei der arbeitstäglichen Erfassung von UV-Bestrahlungen bei Beschäftigten im Freien einsetzen.

Solare UV-Strahlung – Fluch und Segen

UV-Strahlung ist krebserregend. In der natürlichen Sonnenstrahlung ist ein großer

Anteil UV-Strahlung enthalten, vom dem jedoch das meiste bereits in der Ozonschicht der Erdatmosphäre absorbiert, „aufgehalten“ wird. Der Anteil, der auf der Erdoberfläche ankommt, kann die Haut schädigen und Hautkrebs entstehen lassen. Dieser Zusammenhang ist für das Entstehen des sogenannten „weißen“ Hautkrebses wissenschaftlich eindeutig belegt. Doch was bedeutet das für das Leben und Arbeiten im Freien?

Müssen wir uns nun tagsüber vor der Sonne verstecken? Das wäre sicher zu weit gegriffen, denn die Strahlung der Sonne hat auch positive Effekte auf unseren Körper: Die Produktion des lebenswichtigen Vitamins D durch den UV-Anteil, sowie den „Wohlfühleffekt“ durch die Wärmestrahlung. Es ist wie bei so vielem: In Maßen genossen ist die direkte Sonneneinstrahlung nicht nur gut, sondern notwendig.

Interessiert?

GENESIS-UV stellt eine völlig neue Herangehensweise an die großflächige Erfassung von individuellen Expositionen mit personengetragenen Endgeräten dar. Bei Interesse oder Fragen, auch zum unten genannten DGUV-Forschungsprojekt FB 181, wenden Sie sich bitte an den Autor oder das Team rund um GENESIS-UV unter genesis-uv@dguv.de.

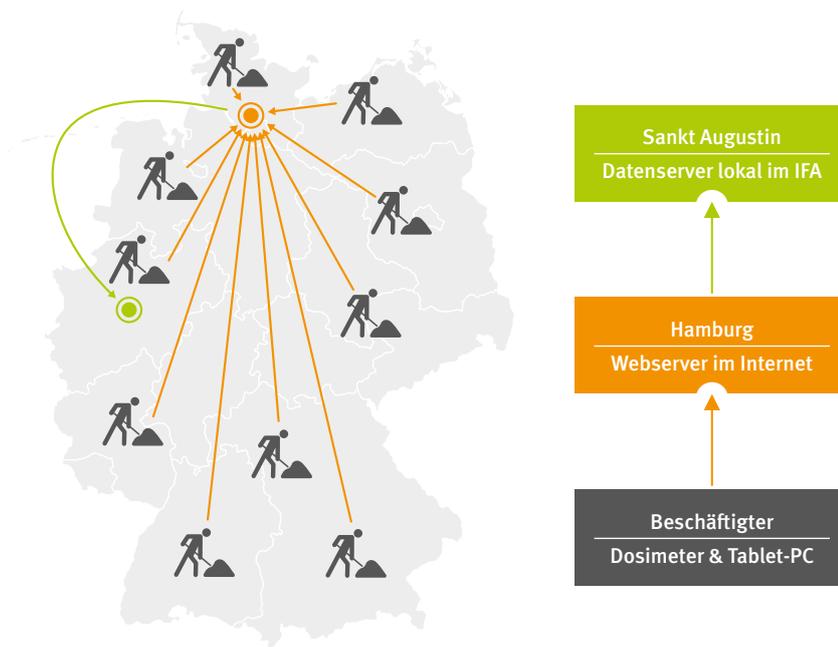
Beschäftigte im Freien sind durch UV-Strahlung gefährdet

Bei Tätigkeiten im Freien kann es jedoch zu einer deutlich überhöhten Bestrahlung durch die Sonne kommen. Dies hängt insbesondere von der Tätigkeit und der damit notwendigen Verweilzeit in der Sonne ab. Auf den ersten Blick sind vor allem die Bauberufe und die Berufe in der Landwirtschaft von dieser Gefährdung betroffen. Ist es aber so einfach? UV-Strahlung hat eine Richtung. Damit unterscheidet sie sich von vielen Noxen, die von jeder Seite gleich einwirken. Dort ist es dann gleich, welche Körperposition man gegenüber der Noxe einnimmt.

Bei der (UV-)Strahlung ist die Ausrichtung gegenüber der Strahlungsquelle aber entscheidend für die Einwirkung auf ein bestimmtes Hautareal. Daher ist jede einzelne Tätigkeit, beispielsweise im Baubereich (Innenputzer, Außenputzer, Maurer, Zimmerer, Pflasterer, Betonarbeiter etc.), mit unterschiedlicher Exposition verbunden und individuell. Es reicht daher nicht aus, gefährdende Berufe zu identifizieren, sondern es müssen einzelne Tätigkeiten untersucht und beurteilt werden.



Dachdecker bei der Arbeit. Bei Tätigkeiten im Sommer achten Beschäftigte oftmals nicht ausreichend auf den Schutz der Haut und sind entsprechend gefährdet.



Quelle: Dr. Marc Wittlich

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Funktionsweise von GENESIS-UV. Die Daten werden am Beschäftigten vor Ort gesammelt, auf einen Webserver übertragen (orange Pfeile) und weiter an das IFA gesendet (grüne Pfeile).

GENESIS-UV

GENESIS-UV (GENeration and Extraction System for Individual expoSure, englisch für Datenerfassungs- und Auslesesystem für persönliche Expositionen der gesetzlichen Unfallversicherung) kann nicht nur deutschlandweit eingesetzt werden, sondern auch europa- oder weltweit.

Das Prinzip ist so sicher wie einfach (siehe **Abbildung 1**): Ein personengetragenes Endgerät, in diesem Falle ein elektronisches Dosimeter zur Messung der UV-Strahlung, wird während der Arbeit getragen. Nach dem Ende eines Messzyklus wird das Gerät via USB-Kabel an ein mobiles Tablet-PC-Gerät angeschlossen. Die Datenspeicherung startet automatisch, ebenso die Administrierung des Dosimeters.

Damit ist nur eine geringe Beteiligung des Probanden notwendig. Die Daten werden vom Tablet via Mobilfunkverbindung an einen Webserver übermittelt, der die Daten in eine eigens dafür vorbereitete Datenbank speichert. In einem letzten Schritt werden die Daten direkt zu einer weiteren Datenbank in der Betreuungs- und Auswertestelle (IFA) übermittelt. Damit erhält man in kurzen Abständen aktuelle Da-

tenpakete, noch während die Messsaison läuft, und hat jederzeit die Möglichkeit, Fehler oder Probleme zu erkennen.

GENESIS-UV – der erste Einsatz

Im Rahmen des DGUV-geförderten Projekts FB 181 „Berufliche und außerberufliche UV-Strahlung und Hautkrebs“ wird GENESIS-UV zum ersten Mal breit eingesetzt, um die Bestrahlung eines Beschäftigten durch den ultravioletten Anteil in der Sonnenstrahlung während seiner Tätigkeit zu messen.

Dazu erhalten deutschlandweit 300 Beschäftigte jährlich von April bis Oktober (in diesem Zeitraum ist man etwa 80 Prozent der Jahresbestrahlung ausgesetzt) ein Dosimeter und einen Tablet-PC. Das Dosimeter wird arbeitstäglich getragen, am Ende einer Arbeitswoche automatisch ausgelesen und wieder einsatzbereit gemacht. Durch einen sehr kurzen Messtakt von einer Sekunde und Lagesensoren wird es sogar möglich sein, den individuellen Einfluss der Körperbewegung während der Ausübung der Tätigkeit zu dokumentieren und dadurch über das Jahr gemittelt ein relativ genaues Bild der Exposition zu erhalten.

Die Unfallversicherungsträger (UVT) sind in diesem Projekt breit aufgestellt, da gefährdende Tätigkeiten bei nahezu jedem Träger versichert sind. Die Auswahl der Probanden erfolgt durch die UVT, die durch die Beteiligung am Projekt Möglichkeiten zur direkten Messung der Exposition ihrer Versicherten haben. So soll über die Jahre hinweg sukzessive jede Tätigkeit erfasst und durch Messung an verschiedenen Probanden mit einer vertrauenswürdigen Datenbasis unterfüttert werden.

Forschung für Prävention und Leistung

Das Ziel ist es, eine spezifische Tätigkeits-Expositions-Matrix für Außenbeschäftigte zu erarbeiten. Hierbei werden nicht nur Aspekte einer kommenden Berufskrankheit „Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung“ bedacht, sondern besonders auch solche der Prävention. Messwerte aus dieser Matrix können dem Arbeitgeber direkt bei der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz dienen. Kennt man die UV-Bestrahlung während einer Tätigkeit, dann lassen sich Schutzmaßnahmen ableiten. Ebenso dienen diese Messwerte und die gleichzeitig erhobenen beruflichen Anamnesedaten der retrospektiven Ermittlung der Bestrahlung im Berufskrankheitenverfahren. ●

Autor



Foto: Privat

Dr. Marc Wittlich

Referatsleiter Strahlung, Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: marc.wittlich@dguv.de

GDA-ORGCheck

Arbeitsschutz mit Methode – zahlt sich aus

Der neue GDA-ORGCheck hilft kleinen Unternehmen, den Arbeitsschutz systematisch zu organisieren und vom störungsfreien Betriebsablauf zu profitieren.

Premiere: Auf dem Unternehmertag der A + A 2013 in Düsseldorf wurde der GDA-ORGCheck der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Check wurde im Rahmen des GDA-Arbeitsprogramms „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“ gemeinsam von den Präventionsdiensten der Unfallversicherung, von den Aufsichtsbehörden der Bundesländer, von Vertretern des Bundes sowie von Vertretern der Arbeitgeber und der Gewerkschaften entwickelt und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit über ein Projekt gefördert. Der Check ist ein Instrument zur Selbstbewertung durch die Unternehmen. Er ist aber auch Grundlage für die Beratung von Unternehmern, um die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zu verbessern.

Welche Rolle spielt der Check in der GDA?

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie hat für den Zeitraum bis 2018 ihre gemeinsamen Präventionsaktivitäten auf folgende gemeinsame Arbeitsschutzziele fokussiert:

- 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.

Leitgedanken des Programms im Themenfeld Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes (GDA-ORGA) sind

- die Integration von Sicherheit und Gesundheit in die betrieblichen Prozesse und Entscheidungsbereiche sowie
- die Verbesserung der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung.

Bei der Umsetzung dieser GDA-ORGA-Ziele wird ein Mix aus

- Informations- und Motivationsangeboten,
- Beratungsmaßnahmen und
- Überwachungsmaßnahmen

zum Einsatz kommen. Dabei sollen möglichst viele Betriebe erreicht werden, wobei auch individuelle betriebliche Gegebenheiten berücksichtigt werden sollen. Neben den Trägern der GDA – also den Aufsichts- und Präventionsdiensten der Bundesländer und der Unfallversicherungsträger



sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – werden auch die Sozialpartner und viele weitere Kooperationspartner wie Fachverbände (FASI, VDBW, VDSI) und Krankenkassen aktiv einbezogen.

Ein Herzstück der GDA-ORGA-Aktivitäten wird der „GDA-ORGCheck“ sein, ein Unternehmens-Check zur Selbstbewertung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes. Den GDA-ORGCheck wird es als Broschüre, als Online-Tool und als App geben. Er kann kostenfrei genutzt werden und bietet viele Vorteile.

Welchen Nutzen bietet ein systematischer Arbeitsschutz?

Der GDA-ORGCheck ermöglicht insbesondere kleinen und mittelständischen Unternehmen, ihre Arbeitsschutzorganisation zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern. Damit trägt der GDA-ORGCheck sowohl dazu bei, die Potenziale eines gut organisierten Arbeitsschutzes für die störungsfreie Arbeitsorganisation zu nutzen als auch die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu unterstützen. Der Check ermöglicht es, Schwachstellen in der Arbeitsschutzorganisation gezielt zu erkennen und notwendige Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Hierzu muss die betriebliche Arbeitsschutzorganisation so gestaltet sein, dass die Sicherheit der Beschäftigten gewährleistet ist und ihre Gesundheit erhalten wird. Am besten gelingt dies, wenn der Arbeitsschutz bei allen Entscheidungen im Unternehmen berücksichtigt und damit in alle betrieblichen Prozesse integriert wird.

Ein systematisch organisierter Arbeitsschutz bringt den Unternehmen viele Vorteile:

Ein störungsfreier Betriebsablauf wird durch

- systematische Planung von Arbeiten,
- Beschaffung von sicheren Arbeitsmitteln und -stoffen,
- den Einsatz sicherer Technik,
- rechtzeitige Information der Beschäftigten zu fachgerechtem, sicherem Arbeiten und vor allem
- Vermeidung von Arbeitsunfällen, Beinahe-Unfällen und Störungen aller Art erreicht.

Die Motivation und damit die Produktivität der Beschäftigten wird beispielsweise durch

- gute, ergonomisch gestaltete Arbeitsplätze,
- eine Arbeitsplanung, die die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten berücksichtigt,
- angemessene Arbeitsbelastung ohne Über- und Unterforderung und damit
- die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und von hohen Krankenständen verbessert.

Eine kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsprozesse ergibt sich durch

- eine vorausschauende und damit präventive Arbeitsgestaltung,
- die gezielte Nutzung der Gefährdungsbeurteilung, um Gefährdungen und Fehler im Ablauf frühzeitig zu erkennen und Korrekturmaßnahmen einzuleiten,
- Einbindung der Beschäftigten und die Berücksichtigung ihrer Erfahrungen zu einem störungsfreien Arbeitsprozess oder auch
- die Einbindung von Fachleuten für Arbeitsgestaltung, Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit.

Rechtssicherheit wird durch die systematische Einhaltung gesetzlicher Arbeitsschutzvorgaben erreicht. ▶



Was sind die Inhalte des GDA-ORGCheck?

Der GDA-ORGCheck basiert auf den Themen der GDA-Leitlinie „Arbeitsschutzorganisation“. Mit dieser Leitlinie werden die Beratungs- und Überwachungsaktivitäten der Aufsichtsdienste der Bundesländer und der Präventionsdienste der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen harmonisiert. Die Leitlinie umfasst 15 Themen, die jetzt auch im GDA-ORGCheck abgebildet werden:

- Verantwortung und Aufgabenübertragung,
- Kontrolle der Arbeitsschutzmaßnahmen,
- Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung,
- Kompetenzen für den Arbeitsschutz,
- Gefährdungsbeurteilung,
- Unterweisung der Beschäftigten,
- Behördliche Auflagen,
- Rechtsvorschriften im Arbeitsschutz,
- Beauftragte und Interessenvertretung,
- Kommunikation des Arbeitsschutzes,
- Arbeitsmedizinische Vorsorge,
- Planung und Beschaffung,
- Fremdfirmen, Zeitarbeit und Lieferanten,
- Information von Zeitarbeitnehmern und zeitlich befristet Beschäftigten,
- Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen.

Es wurde bewusst darauf geachtet, die einzelnen Themen kurz und auf das Wesentliche beschränkt darzustellen. Zu jedem Thema sind deshalb nur zwei bis maximal fünf Fragen formuliert. Etwas umfangreicher werden zwei Themenfelder behandelt:

- Das Thema Gefährdungsbeurteilung: Die Verantwortlichen in den Unternehmen sollen motiviert werden, dieses zentrale Instrument zur Qualität des Arbeitsschutzes systematisch zu nutzen. Dabei werden die Inhalte der GDA-Leitlinie „Gefährdungsbeurteilung“ mit umgesetzt.
- Das Thema betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung (nach der DGUV Vorschrift 2): Die Unternehmen sollen auf die Potenziale und die systematische Nutzung einer betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung hingewiesen werden.

Die einzelnen Fragen des GDA-ORGChecks fassen teilweise mehrere Aspekte in einer Frage zusammen, da der Check dem Unternehmer die Möglichkeit geben soll, die tatsächlichen Prozesse in seinem Unternehmen systematisch und gezielt zu betrachten, zu bewerten und Verbesserungen einzuleiten. Hier wird der Charakter

des Checks deutlich: Der GDA-ORGCheck soll nicht eine „Häkchenliste“ zum Abhaken von Einzelaspekten sein. Er soll vielmehr den Unternehmer, die Führungskraft, den Betriebsrat/die Personalvertretung dazu anregen, über Prozesse im Arbeitsschutz eigenständig nachzudenken und nachhaltig zu handeln.

Wie sind die Themen des Checks aufgebaut?

Zu jedem einzelnen Thema des Checks ist eine Zielvorstellung formuliert, die den betrieblichen Akteuren auch den Nutzen dieses Punktes verdeutlicht. Dann wird in einer Frage der mögliche Handlungsbedarf formuliert. Die Fragen stellen eine für KMU relevante „Übersetzung“ der Leitfragen und Beurteilungskriterien der GDA-Leitlinie Arbeitsschutzorganisation dar.

Der Nutzer kann dann seinen Handlungsbedarf einschätzen. Wie in den GDA-Leitlinien oder in der Risikobewertung der Gefährdungsbeurteilungen erfolgt dies in Form des Ampelmodells. Bei einigen Fragen kann die Kategorie „trifft nicht zu“ ausgewählt werden; dies ist notwendig, da einige Fragen nicht auf alle Betriebe zutreffen (zum Beispiel auf Kleinstbetriebe). Der Betrieb kann dann Maßnahmen, Verantwortliche, Umsetzungsfristen und Wirksamkeitskontrollen festlegen.



Die GDA-ORGCheck Broschüre





„Der GDA-ORGCheck ist ein gemeinsamer Standard der Partner der GDA zu den Anforderungen an einen systematischen Arbeitsschutz für kleine und mittlere Betriebe.“

Online-Tool und App

Der GDA-ORGCheck steht im Internet unter www.gda-orgcheck.de auch online zur Verfügung. Die Online-Version bietet die Möglichkeit, das Unternehmen selbst zu bewerten und die Ergebnisse auf dem Rechner im Betrieb geschützt zu speichern. In der dazugehörigen App gibt es zusätzliche Informationen:

- **Was mache ich, was ist zu tun?**

Hier werden Maßnahmen angeboten, mit denen das Unternehmen die Anforderungen der Fragen konkret umsetzen kann. Der Nutzer kann diese Maßnahmen in seinen betrieblichen Maßnahmenkatalog übernehmen und bearbeiten, um die betriebspezifischen Bedingungen berücksichtigen zu können.

- **GDA-Praxishilfen**

Die GDA hat einige Praxishilfen als „Gemeinsame GDA-Praxishilfen“ entwickelt, die als bearbeitbares PDF heruntergeladen werden können.

- **Rechtliche Grundlagen**

Der Nutzer findet Rechtsquellen, die Grundlage für die jeweiligen Fragestellungen sind.

- **Begriffe**

Wichtige Begriffe aus den Fragestellungen des GDA-ORGChecks werden erläutert.

Was ist die Besonderheit am GDA-ORGCheck?

Der GDA-ORGCheck hat einige Besonderheiten, die ihn von anderen Arbeitsschutzwerkzeugen unterscheiden.

Der GDA-ORGCheck

- ist ein gemeinsamer Standard zur Arbeitsschutzorganisation für KMU aller Partner der GDA, einschließlich der Sozialpartner und Fachverbände.

- übersetzt die wesentlichen Inhalte der GDA-Leitlinien „Arbeitsschutzorganisation“ und „Gefährdungsbeurteilung“ und macht sie für kleine und mittelständische Betriebe anwendbar.
- ist ein Instrument zur Selbstbewertung für Unternehmer und andere betriebliche Akteure, mit dem diese die Qualität ihrer Arbeitsschutzorganisation selber überprüfen und verbessern können.
- ist eine Hilfe und ein Leitfaden für die Beratung.
- ermöglicht ein Benchmark im Onlinetool/APP, mit dem die Betriebe erkennen können, wie ihre Arbeitsschutzorganisation im Vergleich zu anderen Betrieben gleicher Größe und auch derselben Branche aufgestellt ist.
- kann auch von größeren Unternehmen zur Bewertung ihrer Lieferanten, Partnerfirmen und Vertragspartner eingesetzt werden.

Hier eine kurze Erläuterung der genannten Besonderheiten:

Gemeinsamer Standard zur Arbeitsschutzorganisation

Der GDA-ORGCheck ist ein von Bund, Ländern, Unfallversicherungsträgern und Sozialpartnern im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) zusammen erarbeitetes Instrument zur Selbstbewertung der Arbeitsschutzorganisation. Alle beteiligten Partner haben sich in einem umfassenden Abstimmungsprozess auf die vorliegenden Fragestellungen geeinigt. Damit ist ein gemeinsamer Standard zur Arbeitsschutzorganisation für KMU entstanden, in dem auch die gemeinsamen Anforderungen an einen systematischen Arbeitsschutz für kleine Betriebe beschrieben werden. Damit ist sichergestellt, dass vergleichbare Fragestellungen auch gleich beantwortet werden und unterschiedliche Auslegungen weitestgehend ausgeschlossen sind.

Übersetzung der GDA-Leitlinien

Die GDA-Leitlinien „Arbeitsschutzorganisation“ und „Gefährdungsbeurteilung“ beschreiben die Kriterien, nach denen Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger und der Bundesländer die Arbeitsschutzorganisation und die Gefährdungsbeurteilung eines Unternehmens zu bewerten haben und wie vorzugehen ist, falls im Betrieb Abweichungen von den gesetzlichen Verpflichtungen festgestellt werden. Sie sind für die Experten des Arbeitsschutzes formuliert. Akteure in Unternehmen, vor allem in kleinen Betrieben, bei denen nicht ständig eine Fachkraft für Arbeitssicherheit oder ein Betriebsarzt präsent sind, haben aber oft Schwierigkeiten, die teilweise komplex formulierten Bestimmungen zu verstehen. Der GDA-ORGCheck übersetzt die wichtigsten Inhalte aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen und aus den beiden GDA-Leitlinien für kleine und mittelständische Unternehmen. Für diese Unternehmen wird damit die Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes wesentlich vereinfacht und erleichtert.

Instrument zur Selbstbewertung

Der GDA-ORGCheck ist ein Selbstbewertungsinstrument für Akteure im Betrieb. Er richtet sich in erster Linie an Unternehmer und Führungskräfte, Betriebsleiter, Meister sowie an Betriebs- beziehungsweise Personalräte. Er kann aber auch von allen anderen Beschäftigten genutzt werden, um die Qualität der Arbeitsschutzorganisation einzuschätzen und diese zu besprechen und zu verbessern. Der GDA-ORGCheck soll nicht als Regelwerk gesehen werden, welches rechtswirksam umzusetzen ist, sondern als ein Hilfsmittel, um selbst aktiv zu werden. Wer den Check ausfüllt, um damit zu dokumentieren, dass er sich um seine Arbeitsschutzorganisation gekümmert hat, mag dies tun. Intention des Checks ist es aber, nachhaltig und systematisch eigene ▶

Denk- und Handlungsprozesse im Unternehmen anzuregen, um Arbeitsschutz in die betrieblichen Abläufe zu integrieren. Der Check ist somit als Selbstbewertungsinstrument eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Hilfe für Berater

Berater im Arbeitsschutz – also vor allem Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte oder auch Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger und der Bundesländer – erhalten mit dem GDA-ORGCheck ein Instrument, mit dem sie ihre Beratung strukturiert durchführen können. Die „Autorität“ des gemeinsamen GDA-Standards erleichtert es, die Themen überzeugend anzusprechen. Die Maßnahmen im Online-Tool und in der App geben zudem eine Fülle von konkreten Hinweisen und Anleitungen, was im Unternehmen wie umgesetzt werden kann. Anwendungsmöglichkeiten gibt es viele:

- Man kann mit dem GDA-ORGCheck zunächst eine Analyse des Zustands der Arbeitsschutzorganisation vornehmen und dann gemeinsam einen Maßnahmenplan erstellen.
- Man kann sich ein Thema des Checks herausnehmen und die Fragen als Leitfaden für ein Gespräch mit dem Verantwortlichen verwenden.
- Man kann den Check in einer Teambesprechung gemeinsam mit den Verantwortlichen entweder insgesamt oder auch einzelne Themen besprechen und gemeinsam nach Verbesserungsmöglichkeiten suchen.
- Man kann den Check im Arbeitsschutzausschuss besprechen und mit seiner Hilfe eine systematische Betrachtung der Arbeitsschutzorganisation im Unternehmen durchführen.
- Man kann den Check als Einstieg in ein Arbeitsschutzmanagement-System nutzen. Wer die Anforderungen des Checks erfüllt und sie dokumentiert, hat schon viele Schritte in Richtung AMS getan.

Benchmark im Onlinetool/App

Eine weitere Besonderheit des GDA-ORGChecks ist das Benchmark im Onlinetool und in der App. Das Benchmark ermöglicht es, den Zustand der eigenen Arbeitsschutzorganisation mit den Ergebnissen anderer Betriebe zu vergleichen. Solche Vergleichsangebote stoßen von jeher auf großes Interesse der Betriebe. Der Vergleich motiviert sie, mit den „Konkurrenten“ gleichzuziehen und besser zu werden. Das GDA-ORGCheck Benchmark ermöglicht den Vergleich in folgenden Bereichen (sobald eine ausreichende Anzahl von Betrieben in den jeweiligen Kategorien ihre Daten hinterlegt haben):

- Betriebsgröße der teilnehmenden Unternehmen allgemein,
- Themen des GDA-ORGChecks,
- Branchenergebnisse nach Betriebsgröße,
- Betriebe mit und ohne Arbeitsschutzmanagement-System,
- Branchenvergleich.

Die Teilnahme am Benchmark erfolgt freiwillig auf Initiative des Unternehmers. Die betriebsindividuellen Daten werden nicht gespeichert. Möchte der Betrieb seine Ergebnisse im Verhältnis zu den allgemeinen Zahlen sehen, muss er jeweils seine gespeicherten Ergebnisse hochladen.

Das Benchmark hat neben dem Reiz für die Unternehmen auch die Funktion, den Arbeitsschutzexperten, zumindest tendenziell, den von den Betrieben wahrgenommenen Zustand des Arbeitsschutzes und einzelner Arbeitsschutzelemente aufzuzeigen.

Bewertung von Lieferanten, Partnerfirmen und Vertragspartnern von Großunternehmen

Größere Unternehmen, aber auch KMU, können den GDA-ORGCheck nutzen, um ihre Lieferanten, Partnerfirmen und Kontraktoren zu bewerten. In vielen Fällen ist es noch nicht üblich, von den Partner-

firmen zertifizierte Managementsysteme einzufordern (wie das Gütesiegel der Unfallversicherungsträger, AMS der Bundesländer, SCC, AMS).

Als Mindestvoraussetzung für eine Auftragserteilung empfiehlt es sich dann, den GDA-ORGCheck zu verwenden und sich mit seiner Hilfe von den Partnerfirmen nachweisen und bestätigen zu lassen, dass der gesetzliche Mindeststandard für die Organisation des Arbeitsschutzes eingehalten wird. Dazu sollte der Check komplett bearbeitet werden und es müssten zu allen Fragen, die nicht mit „grün“ beantwortet werden können, Maßnahmen festgelegt und beschrieben sein. Mit der Einbeziehung aller Partnerfirmen ließe sich nicht nur eine Erhöhung des Sicherheitsstandards im eigenen Einflussbereich der großen Unternehmen erzielen, sondern auch ein wirksamer Beitrag zur Erhöhung des Arbeitsschutzniveaus in den KMU erreichen. Der GDA-ORGCheck bietet somit einen niederschweligen, systematischen Einstieg, eine wirksame Arbeitsschutzorganisation nachzuweisen.

Synergien zu INQA-Managementinstrumenten

Der GDA-ORGCheck ist in Abstimmung mit dem Management-Tool INQA-Unternehmenscheck „Guter Mittelstand“ (www.inqa-unternehmenscheck.de) entwickelt worden. Somit sind die Systematik und der Aufbau beider Instrumente aufeinander abgestimmt und vergleichbar. Das bietet mehrere Vorteile:

- Wer beim GDA-ORGCheck feststellt, dass die Ursache von Problemen nicht allein im Arbeitsschutz liegt, sondern im Unternehmensmanagement und in den Betriebsprozessen insgesamt, erhält mit dem INQA-Unternehmenscheck „Guter Mittelstand“ eine Potenzialanalyse über das gesamte Unternehmen. Damit ist erstmals eine Verbindung von einem allgemeinen Management-



„Der GDA-ORGCheck trägt zur Verbesserung der störungsfreien Arbeitsorganisation bei und stärkt so die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens.“

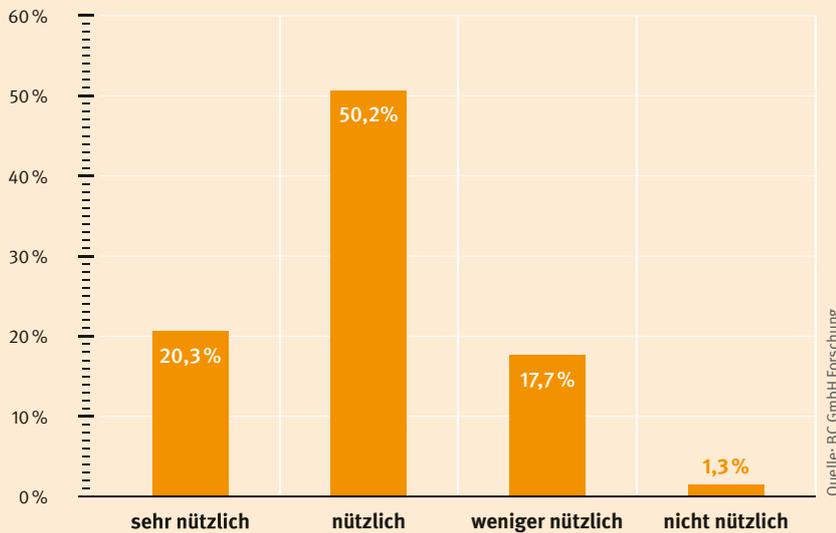


Abbildung 1: Nutzen des GDA-ORGChecks für den Unternehmer

Tool mit einem Arbeitsschutz-Tool für KMU entstanden. Diese Verbindung ist insofern hilfreich, da kaum eine gute Arbeitsschutzorganisation ohne eine gute Betriebsorganisation und gute Betriebsprozesse aufzubauen ist – dies gilt vor allem für kleine und mittelständische Unternehmen. Mit dem INQA-Unternehmenscheck kann außerdem eine systematische Integration des Arbeitsschutzes in das Unternehmensmanagement erfolgen.

- Wer bei der Potenzialanalyse seines Managements und seiner Betriebsprozesse mit dem INQA-Unternehmenscheck „Guter Mittelstand“ feststellt, dass er Defizite in der Arbeitsschutzorganisation hat, kann mit dem GDA-ORGCheck diese Defizite konkret und systematisch bearbeiten.

Durch die Verbindung des GDA-ORGChecks mit den INQA-Checks erreicht der GDA-ORGCheck und damit das Thema Arbeitsschutz neue Zielgruppen. Der GDA-ORGCheck wird deshalb als neues Referenzinstrument der „Offensive Mittelstand – Gut für Deutschland“ zur Anwendung kommen. Dadurch wird das Instrument auch von Kammer- und Innungsberatern, Verbandsberatern, Beratern der Agentur für Arbeit, Gesundheitsberatern oder Unternehmensberatern genutzt.

Viel Zustimmung im Pre-Test

Die Printfassung des GDA-ORGChecks wurde einem Pre-Test unterzogen, an

dem 79 Unternehmen aus allen Branchen teilnahmen. Dieser umfassende Praxistest erfolgte auf der Grundlage eines standardisierten Evaluationsbogens. Fast 90 Prozent der befragten Unternehmer (88,6 Prozent) waren nach dem Test der Meinung, dass der Umfang des GDA-ORGChecks nach ihrem Eindruck für das Unternehmen gerade richtig ist. Für etwas weniger als 10 Prozent (8,9 Prozent) ist der GDA-ORGCheck zu umfangreich.

Ebenfalls fast 90 Prozent der Befragten (87,3 Prozent) vertraten die Meinung, dass der GDA-ORGCheck für das Unternehmen leicht verständlich ist. Weniger als 10 Prozent (6,3 Prozent) sind der Meinung, dass der Check schwer verständlich ist. 6,3 Prozent der Befragten machten hier keine, mehr als eine oder eine andere Angabe.

Fast drei Viertel der Befragten schätzten den Nutzen des GDA-ORGChecks für den Unternehmer zumindest als nützlich ein: 20,3 Prozent als sehr nützlich und 50,2 Prozent als nützlich. Zu den offenen Fragen wurde eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen unterbreitet, von denen viele inzwischen im GDA-ORGCheck berücksichtigt sind. Sehr hilfreich waren auch die Hinweise, die Verständlichkeit der Begriffe des Checks noch weiter zu verbessern.

Der Pre-Test der Onlinefassung war zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen.

Was ist der Nutzen des GDA-ORGChecks?

Der GDA-ORGCheck

- ist ein Selbstbewertungsinstrument für KMU, um die Qualität der Arbeitsschutzorganisation zu prüfen und zu verbessern.
- bietet den Unternehmen die Möglichkeit, selbst eine Standortbestimmung zum Arbeitsschutz vorzunehmen.
- ermöglicht als Online-Tool den Vergleich mit anderen teilnehmenden Unternehmen (Benchmark).
- gibt wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation.
- fördert den störungsfreien Betrieb und die Produktqualität und damit auch die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen.
- hilft unfall- oder störungsbedingte Kosten zu vermeiden.
- unterstützt bei der systematischen Durchführung der Gefährdungsbeurteilung.
- kann auch von größeren Unternehmen zur Bewertung ihrer Lieferanten, Partnerfirmen und Kontraktoren eingesetzt werden.
- ist eine gute Vorbereitung der Betriebe für Besuche von Aufsichtspersonen im Rahmen des GDA-Arbeitsprogramms „Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“.
- ist der erste Schritt zur Einführung eines Arbeitsschutzmanagement-Systems. ●

Autoren

Oleg Cernavin

Geschäftsführer der BC GmbH Forschung
E-Mail: oleg.cernavin@bc-forschung.de

Helmut Ehnes

Leiter Prävention der BG RCI
E-Mail: helmut.ehnes@bgrci.de

Andreas Zapf

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration
E-Mail: andreas.zapf@stmas.bayern.de

Positionspapier

Aktuelle Präventionsangebote – ansprechend präsentiert

Der Begriff „Prävention“ ist aus unserem heutigen Sprachgebrauch nicht mehr wegzudenken. Wie die gesetzliche Unfallversicherung Prävention interpretiert, wird durch die „Berichterstattung zur Umsetzung des Positionspapiers zur Prävention“ anschaulich gemacht.



Quelle: DGUV

Das Positionspapier zur Prävention

Der Begriff „Prävention“ ist gängig und wird vielfältig von den Medien verwendet. Eingängig ist er für die meisten, wenn die Gesundheit vorbeugend gegen Erkrankungen geschützt, im Straßenverkehr vor Risiken gewarnt oder „Hab und Gut“ vor unberechtigtem Zugriff behütet werden soll.

Bereits 2008 entschied sich die gesetzliche Unfallversicherung, ihr eigenes Verständnis von „Prävention“ zu definieren und die Zielrichtung ihrer präventiven Initiativen und Aktivitäten zu beschreiben. Dazu haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in elf Leitlinien die Prinzipien ihrer Präventionsarbeit festgelegt.

Die Kernaussage bildet die Leitlinie 1: „Wir sind partnerschaftliche Berater und Dienstleister für Unternehmen, Bildungs-

einrichtungen, Versicherte und ehrenamtlich Tätige.“ Wie weitgehend sich diese Beratungstätigkeit in alle Arbeits- und Ausbildungs-, eventuell sogar Lebensbereiche erstreckt, wird in den nachfolgenden Leitsätzen beschrieben.

Darüber hinaus wird zum besseren Verständnis auch erläutert, mit welchen konkreten Maßnahmen die Unfallkassen und die Berufsgenossenschaften die Leitlinien umsetzen. Mit dem Beschluss dieses „Positionspapiers zur Prävention“ verständigte man sich zusätzlich darauf, dass in Abstand von jeweils zwei Jahren Bericht darüber erstattet wird, wie sich diese Umsetzung im Alltag der Präventionsarbeit darstellt.

Prävention ist vielseitig

Im Sommer dieses Jahres konnte dieser Bericht zum zweiten Mal vorgelegt werden. Alle Unfallkassen und Berufsgenossenschaften waren erneut aufgefordert worden, aus ihrer Präventionsarbeit aktuelle Präventionsangebote der Jahre 2011 und 2012 auszuwählen und der DGUV zu melden. Nicht mehr als drei Projekte oder Beispiele pro Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, lautete eine Vorgabe. Außerdem sollte jedes Beispiel jeweils einer der 11 Leitlinien zugeordnet werden, zu deren Umsetzung es beiträgt.

Auf diese Weise kamen innerhalb weniger Wochen mehr als 80 Beispiele zusammen. Sie belegen anschaulich, wie umfassend sich das Netz der Präventionsaktivitäten in Schule und Ausbildung, Arbeitswelt und angrenzende Bereiche des sozialen Umfelds erstreckt.

Das Panorama der Themen beeindruckt ebenso wie die Ausgestaltung der Präventionsangebote selbst. Alle Möglichkeiten, die sich heutzutage mit den modernen Methoden der Medien und Kommunikation bieten, werden dabei ausgeschöpft. Durch Anschauung zu lernen, ist als klassisch konventionelle Methode immer noch eine Form des Wissenstransfers, aber ebenso setzen sich die neuen Kommunikationsstrategien durch.

Die Gestaltung eigener Smartphone-Apps für den schnellen Zugang zu wesentlichen Informationen greift beispielsweise den verbreiteten Einsatz moderner Technologie auf, um Unternehmen zur Mitwirkung bei eher unbeliebten Themen wie der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung durch leichtes Handling zu motivieren.

Bemerkenswert sind auch die zahlreichen Kooperationsstrukturen, die die Unfallversicherungsträger in den Regionen und in den Branchen mit anderen Institutionen aufgebaut haben. Diese Netzwerke helfen, die verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen, aber auch die bestehenden Zugangswege besser im Sinne einer effektiven und nachhaltigen Präventionsstrategie zu nutzen.

Die Qual der Wahl

Der „Hennefer Kreis“ – das zuständige Gremium der DGUV für die Berichterstattung zum Positionspapier zur Prävention – hat alle eingegangenen Meldungen gesichtet. Ihm fiel die Aufgabe zu, aus der Fülle drei bis fünf anschauliche Präventionsangebote pro Leitlinie auszuwählen. Für die vorgesehene Veröffentlichung



Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben in elf Leitlinien die Prinzipien ihrer Präventionsarbeit festgelegt.

sollten diese Beispiele das gesamte Spektrum der Präventionsarbeit widerspiegeln. Dabei sollte jede Unfallkasse und jede Berufsgenossenschaft ausgewogen mit ihren Präventionsmaßnahmen in den Beispielen repräsentiert sein. Das war kein leichtes Unterfangen, doch die gute Vorarbeit der Unfallversicherungsträger, die ihre Projekte in der Abfrage präzise mit Zielsetzung, Zielgruppe und Inhalt beschrieben hatten, war hilfreich.

Redaktionelle Bearbeitung

Eine kleine Redaktionsgruppe hatte danach die Aufgabe, diese ausgewählten Präventionsangebote für die geplante Veröffentlichung mit Text und Bild aufzuarbeiten. Da die Unfallversicherungsträger die Ansprechpartnerin oder der Ansprechpartner für das jeweilige Präventionsangebot benannt hatten, konnte in gegenseitiger Abstimmung die erforderliche Bearbeitung vorgenommen werden.

Strenge Auflagen über die Verwendung von Bildmaterial bei Veröffentlichungen machen die Illustration mit UVT-eigenen Fotos zwar schwierig, jedoch möglich. Der gemeinsam entwickelte Entwurf des zweiten Berichts wurde abschließend den Präventionsleitungen zur Abstimmung übersandt. Fristgerecht zur Mitgliederversammlung im Juni 2013 lag die Broschüre „Prävention lohnt sich – Umsetzung des Positionspapiers zur Prävention – ausgewählte Beispiele 2011 und 2012“ gedruckt

vor. Sie ist auch jetzt noch kostenlos in ausreichender Stückzahl verfügbar.

Lektüre der Broschüre lohnt sich

Natürlich ist auch diese Veröffentlichung nur eine von zahlreichen Bearbeitungen des Themas Prävention, die sich zwischen zahlreichen anderen, optisch opulenteren Ausgaben wiederfindet. Doch diese schmale Broschüre besitzt den Charme, dass sie sich als eine Gemeinschaftsarbeit darstellt, die die alltägliche Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung öffentlich macht.

Die von den Unfallkassen getragenen Projekte in Kindertagesstätten, die Präventionsangebote in der Schule für Schüler und Lehrkräfte und Verkehrserziehung für Jugendliche, die zur Übernahme von Verantwortung als Beifahrer ermutigt werden, sind wirksam, verbreiten sich aber nicht in der täglichen Presse.

Andere Präventionsangebote zielen darauf ab, Berufsschülern multimedial die Bedeutung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu verdeutlichen und das Thema in der Ausbildung zu verankern.

Der Einsatz moderner Technologien, die Risikokonstellationen des Arbeitsalltags nachvollziehbar anschaulich machen, die Schulungsmaßnahmen im Betrieb „vor Ort“ und Überwachungssysteme, die der persönlichen Sicherheit im Fahrzeug die-

nen, sind Maßnahmen, die unmittelbar Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz bewirken.

Ein Blick auf aktuelle Forschungsprojekte vermittelt die Vielfalt der Forschungsthemen und ein Ausblick auf eine stetig wachsende Kooperationsgemeinschaft mit europäischen Partnern ermutigt, diese Wege weiterhin zu beschreiten.

Eines zeichnet alle Präventionsangebote aus: Sie entsprechen dem aktuellen Bedarf und sind auf ihre Zielgruppe spezifisch zugeschnitten, doch unterliegen sie keinem Modetrend und haben daher nachhaltigen Bestand. ●

Autorin



Foto: DGUV

Dr. Edith Perlebach

Stabsbereich Prävention der DGUV
E-Mail: edith.perlebach@dguv.de

BGM-Check

Erfassung des Status Quo des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Organisationen

Betriebe, die ein Betriebliches Gesundheitsmanagement einführen wollen, stehen vor vielen Fragen. Um sie dabei zu unterstützen, hat das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) den „BGM-Check“ entwickelt.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) nimmt in Organisationen einen immer größeren Stellenwert ein. Ein gut organisiertes Gesundheitsmanagement erhält und fördert die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten. BGM beinhaltet nach Badura „die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderndem Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“¹

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement muss also in die Führungsstrukturen, Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse einer Organisation integriert sein, so dass von ihm eine nachhaltige Wirkung ausgeht. Organisationen beziehungsweise betriebliche Entscheidungsträger/innen, die ein BGM einführen oder optimieren möchten, stehen somit vor folgenden Fragen:

- Wie bauen wir das BGM auf?
Aus welchen zentralen Elementen besteht ein BGM?
- Was liegt bereits an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Prozessen vor?
- Wie ist bei der Einführung von BGM in einer Organisation vorzugehen?

Das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) hat einen Check entwickelt, mit dessen Hilfe der Status quo des BGM in einer Organisation erfasst werden kann. Es handelt sich um eine umfangreiche Checkliste, die systematisch die Elemente beziehungsweise zentralen Bausteine eines BGM abfragt.

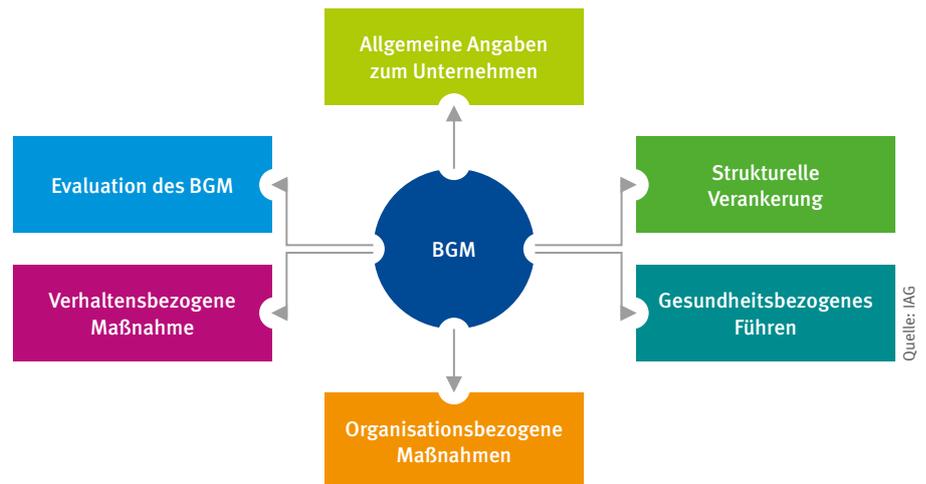


Abbildung 1: Die Themenfelder des BGM-Checks.

Der BGM-Check wird mittels Interviews mit den betrieblichen Experten (Unternehmer, Geschäftsführer, BGM-Akteure, Personalleitung, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Personalvertretung) durchgeführt. Die betrieblichen Experten sollten mit dem Thema BGM/Betriebliche Gesundheitsförderung in der Organisation befasst sein beziehungsweise Aussagen zum Stand der Umsetzung des BGM in der Organisation machen können.

Der BGM-Check gliedert sich in sechs große Themenblöcke (siehe [Abbildung 1](#)).

Allgemeinen Angaben

Im Bereich der „Allgemeinen Angaben“ erfasst der Check unter anderem die Anzahl und den Altersdurchschnitt der Beschäftigten, den Krankenstand sowie die Anzahl der Arbeitsunfälle, jeweils bezogen auf das Vorjahr. Ebenso erfasst werden die schon in der Organisation vorhandenen Managementkonzepte (zum Beispiel Personalentwicklung, Arbeitsschutzmanage-

ment, Wiedereingliederungsmanagement, Qualitätsmanagement).

Strukturelle Verankerung

Das BGM soll im Unternehmen auch strukturell verankert sein. Es muss vor allem vom Top-Management beziehungsweise von der Unternehmens- beziehungsweise Geschäftsleitung unterstützt werden. Im Bereich der „Strukturellen Verankerung“ wird daher erfasst, ob das BGM strategisch in der Organisation verankert ist, das heißt, ob es zum Beispiel ein Unternehmensleitbild oder eine Betriebsvereinbarung zum BGM gibt. Weiter wird gefragt, ob Strategie-Workshops durchgeführt werden: In denen sollen auf Basis entsprechender Ist-Analysen (regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, Interviews mit unterschiedlichen Beschäftigungsgruppen zum Thema Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitsberichterstattung usw.), strategische Handlungsfelder und Ziele abgeleitet werden.

Ebenso wird erfasst, ob in der Organisation eine BGM-Stelle beziehungsweise ein BGM-Verantwortlicher und eine Steuerungsgruppe eingerichtet und entsprechende personelle/zeitliche Ressourcen zur Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich des BGM beziehungsweise zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten zur Verfügung gestellt werden.

Gesundheitsbezogenes Führen

BGM kann nicht erfolgreich und nachhaltig ohne die aktive Mitwirkung der Führungskräfte realisiert werden. Führungskräfte haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten. Ein BGM muss die Rolle und Verantwortlichkeit der Führungskräfte definieren.² Im Check wird im Themenblock „Gesundheitsbezogenes Führen“ unter anderem erhoben, ob die persönliche Eignung zur Führung von Menschen ein relevantes Einstellungskriterium für Führungskräfte und das gesundheitsförderliche Führen Bestandteil schriftlich festgelegter Führungsgrundsätze ist. Gesundheitsförderliches Führen zeigt sich nicht nur in einem mitarbeiterorientiertem Führungsstil, sondern auch in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitstätigkeiten, wozu zum Beispiel Zeitpuffer und Handlungsspielräume gehören.³

Weiterhin wird erhoben, ob die in der Organisation festgelegten gesundheitsbezogenen Ziele in die Zielvereinbarungen mit den Führungskräften Eingang finden, die Führungskräfte im gesundheitsbezogenen Führen ausgebildet beziehungsweise coacht werden und ihr Führungsverhalten durch die Beschäftigten regelmäßig beurteilt wird.

Organisationsbezogene Maßnahmen

Im Themenblock „Organisationsbezogene Maßnahmen“ werden die Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung ihrer Arbeit (Durchführung regelmäßiger Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgespräche oder Gesundheitszirkel usw.), die Weiterbildungsmöglichkeiten der Beschäftigten (zum Beispiel Möglichkeiten des Erwerbs notwendiger beruflicher Kompetenzen) und die Verknüpfung von BGM-Zielen mit der Konzeption von Weiterbildungs-

angeboten erhoben. Im BGM-Check wird darüber hinaus differenziert nach der Umsetzung einer persönlichkeits- und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung in der Organisation gefragt, und es werden die betriebliche Informationspolitik (zum Beispiel regelmäßige Information der Beschäftigten über Geschäftsziele und -strategien), die betriebliche Personalpolitik (etwa Art der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Bewältigung des demographischen Wandels) und die Gestaltung der innerbetrieblichen Kommunikation (zum Beispiel regelmäßige Team-, Bereichs- oder Abteilungsbesprechungen) hinterfragt.

Weiterhin wird im Check erfasst, welche betrieblichen Beratungsangebote/Anlaufstellen in der Organisation zur Verfügung stehen (zum Beispiel psychosoziale Beratung, Gesundheitscoaching, fachliches Coaching, Mediation, Mobbingberatung, Suchtberatung).

Verhaltensbezogene Maßnahmen

Im Themenblock „Verhaltensbezogene Maßnahmen“ wird auf Themen des Seminarangebotes beziehungsweise der Informationsveranstaltungen/Expertenvorträge sowie auf das betriebliche Angebot an Maßnahmen zur Entspannung- und Stressbewältigung, an Bewegungsmöglichkeiten/Fitness, auf das Betriebs-sportangebot und sonstige sportliche Events eingegangen.

Evaluation

Abschließend erfasst der Check noch, ob das Erreichen der BGM-Ziele in der Organisation und gesundheitsbezogene Maßnahmen auf ihre Wirkung überprüft werden.

Der Check ist einfach auszuwerten. Die interviewende Person kreuzt im Interviewleitfaden unter den Antwortmöglichkeiten (ja, nein, teilweise) das Zutreffende an. Hier ist später bei der Auswertung des Leitfadens ersichtlich, wo es Schwachstellen in der Umsetzung des BGM in der Organisation gibt. Darüber hinaus sollten sie zentralen mündlichen Aussagen des Experten während des Interviews notiert und das Gespräch idealerweise mit einem

Aufzeichnungsgerät aufgenommen werden. So besteht später die Möglichkeit, das Gesagte noch einmal anzuhören und zu überprüfen, ob alles Wesentliche notiert ist.

Der Check dient dazu, den Umsetzungszustand zentraler Bausteine und Ansatzpunkte im BGM zu erfassen. Aus den Ergebnissen können Handlungsfelder sowohl für kurzfristige Interventionen als auch für langfristige Schwerpunkte des BGM in einer Organisation abgeleitet werden. ●

★

- 1 Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, Th.: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg 2010, S. 33.
- 2 Neufeld, T.: *Führung und Gesundheit – Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht*. In: Badura u. a.: *Fehlzeitenreport. Führung und Gesundheit*, Berlin, Heidelberg 2010, S. 105.
- 3 Wilde, B.; Dunkel, W.; Hinrichs, S.; Menz, W.: *Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen*. In: Badura, B.; Klose, J.; Macco, K. & Schröder, H. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, S. 147–155. Berlin, Heidelberg 2010, S. 150.

Autorin



Foto: privat

Dr. Nicola Schmidt

Evaluation von Präventionsmaßnahmen, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)
E-Mail: nicola.schmidt@dguv.de

Berufskrankheiten

Zur Nichtanerkennung der Halswirbelsäulen-/Schultergelenkerkrankung eines Violinisten als sogenannte Wie-Berufskrankheit.

§ (Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.6.2013 – B 2 U 3/12 R –; UV-Recht Aktuell 16/2013, S. 1039 – 1048)

Der 1930 geborene Kläger leidet an Halswirbelsäulen- und Schulterbeschwerden. Er war im Anschluss an sein abgeschlossenes Musikstudium von August 1949 bis März 1995 in der ehemaligen DDR beziehungsweise den neuen Ländern als Geiger in verschiedenen Orchestern tätig. Die beklagte Unfallkasse hatte es abgelehnt, eine Wie-BK anzuerkennen, weil nach derzeitigem medizinischen Erkenntnisstand nicht gesichert sei, dass die ausgeübte berufliche Tätigkeit generell geeignet wäre, die geltend gemachte Halswirbelsäulenerkrankung zu verursachen. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist die Ablehnung der Anerkennung einer Wie-BK rechtmäßig. Der Kläger sei aufgrund seiner versicherten Tätigkeit als Beschäftigter und seiner Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Streicher besonderen Einwirkungen durch die „Schulter-Kinn-Zange“ in erheblich höherem

Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt gewesen. Der Kläger leide auch an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Halswirbelsäule sowie einer Schultergelenkerkrankung, die jeweils als Berufskrankheit im Sinne des § 9 Abs. 1 SGB VII (§ 551 Abs. 1 RVO) zugrunde gelegt werden könnte. Allerdings fehle es am generellen Ursachenzusammenhang zwischen diesen Erkrankungen und der besonderen Einwirkung.

Die zur Anerkennung einer Wie-BK notwendigen gesicherten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft lägen nicht vor. Hinsichtlich eines solchen Zusammenhangs fehle es an epidemiologischen Studien und statistisch relevanten Zahlen, die wegen der geringen Anzahl von Berufsgeignern auch nicht zu erwarten beziehungsweise unmöglich seien. Dass die Anerkennung einer Wie-BK an das Vorliegen wissenschaftlich gesicherter Kausalbeziehungen anknüpfe, sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Schadensersatz

Zu den Voraussetzungen eines weit überwiegenden Mitverschuldens des durch einen Schnee- und Glatteisunfall geschädigten Fußgängers.

§ (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 20.6.2013 – III ZR 326/12 –, UV-Recht Aktuell 16/2013, S. 1059 – 1065)

Die Klägerin begehrt von der beklagten Stadt Schadensersatz wegen Verletzung der Räum- und Streupflicht im Zusammenhang mit einem Unfall, den sie als Fußgängerin am 20. Dezember 2010 gegen 17.30 Uhr in der Innenstadt von A. erlitten hat.

Das Oberlandesgericht hatte die Auffassung vertreten, die Klägerin trage ganz überwiegend selbst die haftungsrechtliche Verantwortung für den erlittenen Unfall. Von ihr sei zu erwarten gewesen, angesichts der für sie sogleich nach dem Abstellen und Verlassen ihres Fahrzeugs erkennbaren enormen Glättegefahr und dem mit ihr verbundenen hohen Verletzungsrisiko, von ihrem Vorhaben des Besuchs der Fußgängerzone wieder Abstand zu nehmen. Die Klägerin müsse für den von ihr erlittenen Sturz in vollem Umfang selbst eintreten.

Der Bundesgerichtshof ist dem entgegengetreten. Zwar habe die Stadt die ihr obliegende winterliche Räum- und Streupflicht verletzt. Fest stehe, dass zum Unfallzeitpunkt im Bereich der Unfallstelle mindestens noch drei bis vier Zentimeter Schneematsch gelegen habe, die Winterdienstmaßnahmen seien unzureichend gewesen. Andererseits habe sich die Klägerin ohne zwingende Notwendigkeit der von ihr erkannten Gefahr ausgesetzt. Die Stadt habe allerdings die maßgebliche Ursache für den Sturz gesetzt. Ein die Haftung des Verkehrssicherungspflichtigen ausschließender, weit überwiegender Verursachungsbeitrag des Geschädigten könne nur angenommen werden, wenn das Handeln des Geschädigten von einer ganz besonderen, schlechthin unverständlichen Sorglosigkeit gekennzeichnet sei. Hiervon könne im Fall der Klägerin nicht ausgegangen werden. Insbesondere sei die vorliegend durch Schneematsch verursachte – wenn auch erhebliche – Glättegefahr nicht mit Gefahrensituationen vergleichbar, in denen sich etwa ein Fußgänger in schlechthin unvertretbarer Sorglosigkeit auf eine erkennbar spiegelglatte Eisfläche begeben und hierauf zu Fall komme.

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

Neuer Chefarzt am BUKH



Foto: BUKH

Andreas Gonschorek ist neuer Chefarzt des BUKH.

Dr. Andreas Gonschorek ist seit dem 1. Dezember Chefarzt und Leiter des Neurotraumatologischen Zentrums (NTZ) am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH). Der seit 2005 am BUKH tätige Facharzt für Neurologie leitete bis-

her die Bereiche Neurologie und Psychotraumatologie des NTZ und hat nun die Nachfolge von Dr. Michael Neuss angetreten. Dr. Neuss wird im BUKH noch weitere zwei Jahre als Neurochirurg tätig bleiben.

Nach seinem Studium der Humanmedizin in Magdeburg hat Gonschorek 1995 mit seiner beruflichen Laufbahn in der Neurologie begonnen. Als Assistenzarzt arbeitete er nach erfolgreicher Promotion unter anderem an der Universitätsklinik Magdeburg, am Zentralkrankenhaus Bremerhaven, am BUKH und am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg in der Psychiatrischen Klinik. Im Jahr 2005 kam er als Facharzt für Neurologie zurück ans BUKH. Ende 2006 wurde er als Leitender Oberarzt des Neurotraumatologischen Zentrums tätig und übernahm ab Ende 2007 die Leitung des Bereichs Neurologie. Im Jahr 2010 kam die Leitung der Psychotraumatologie hinzu. Seit 2010 ist Gonschorek zudem als Sprecher des Arbeitskreises Neuromedizin im Klinikverbund der Unfallversicherungsträger eingesetzt und leitet die Expertengruppe Berufsgenossenschaftlicher Klinikstandards Schädelhirnverletzungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.



Arbeit & Gesundheit BASICS – Stress

Weitere Infos: www.universum.de/basics

Erfahren Sie kompakt und übersichtlich:

- **Was ist Stress?**
- **Wie entsteht er und wie äußert er sich?**
- **Ab wann wird's gesundheitlich bedenklich?**
- **Was kann ich tun?**

Mit dem handlichen Format unserer erfolgreichen Reihe DGUV Arbeit & Gesundheit BASICS haben Sie und Ihre Mitarbeiter schnell und jederzeit alle Informationen zu den wichtigsten Themen rund um Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zur Hand. Die Broschüren sind auch ideal einsetzbar als Begleitmaterial bei Unterweisungen.

Preise und Bestellung unter:
www.universum.de/basics-stress

Sie benötigen eine große Stückzahl, möchten Ihr Logo eindrucken lassen oder Wechsellseiten einfügen?

Sprechen Sie uns an:
basics@universum.de

Universum Verlag GmbH
Tanusstraße 54, 65183 Wiesbaden
Telefon 0611 90 30-271, Fax: 0611 90 30-379
Internet: www.universum.de
E-Mail: vertrieb@universum.de
Registriert beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

Neue Plakatmotive „Wir machen das.“

Die bekannte DGUV Anzeigenkampagne „Wir haften für Sie“, die sich mit typografischen Mitteln dem Thema Haftungsablösung widmete, wurde aktuell um die Themen „Versicherung“ und „Leistungen“ erweitert. Vier neue Typo-Plakate repräsentieren diesen weiter gespannten Themenbogen. Ganz neu entwickelt wurden außerdem vier Bildmotive zum Thema „Prävention“. Alle diese Motive sind mit dem neuen Motto „Wir machen das.“ überschrieben.



Quelle: DGUV

! Alle Plakatmotive sind im Internet als PDF herunterzuladen unter: www.dguv.de/wir-machen-das

Broschüre: Psychische Belastung am Arbeitsplatz

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet, neben Unfällen und Berufskrankheiten auch „arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“ zu verhüten. Dazu zählen auch psychische Belastungen, soweit sie gefährdend sind. Die Broschüre „Psychische Gesundheit – ein Baustein des erfolgreichen Unternehmens“ richtet sich insbesondere an Führungskräfte und Unternehmer. Es werden Ressourcen aufgezeigt, die ohne großen Aufwand genutzt werden können und die der psychischen Gesundheit der Beschäftigten dienen. Besonders kleinen und mittleren Unternehmen werden hiermit Möglichkeiten aufgezeigt, den fürsorglichen, betriebswirtschaftlichen und nicht zuletzt gesetzlichen Verpflichtungen zur Förderung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten nachzukommen.



Quelle: DGUV

! Die Broschüre der BG ETEM ist im Medienshop unter www.bgetem.de (Webcode 12196728) unter der Bestellnummer 236 DP als Mitgliedsbetrieb kostenlos, ansonsten zum Selbstkostenbetrag zu bestellen.

Impressum

DGUV Forum

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

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

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

Redaktion • Elke Biesel, Elena Engelhardt, DGUV, Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Falk Sinß, 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 • abcdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

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

Titelbild • HBRS/Tritschler

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

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

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

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

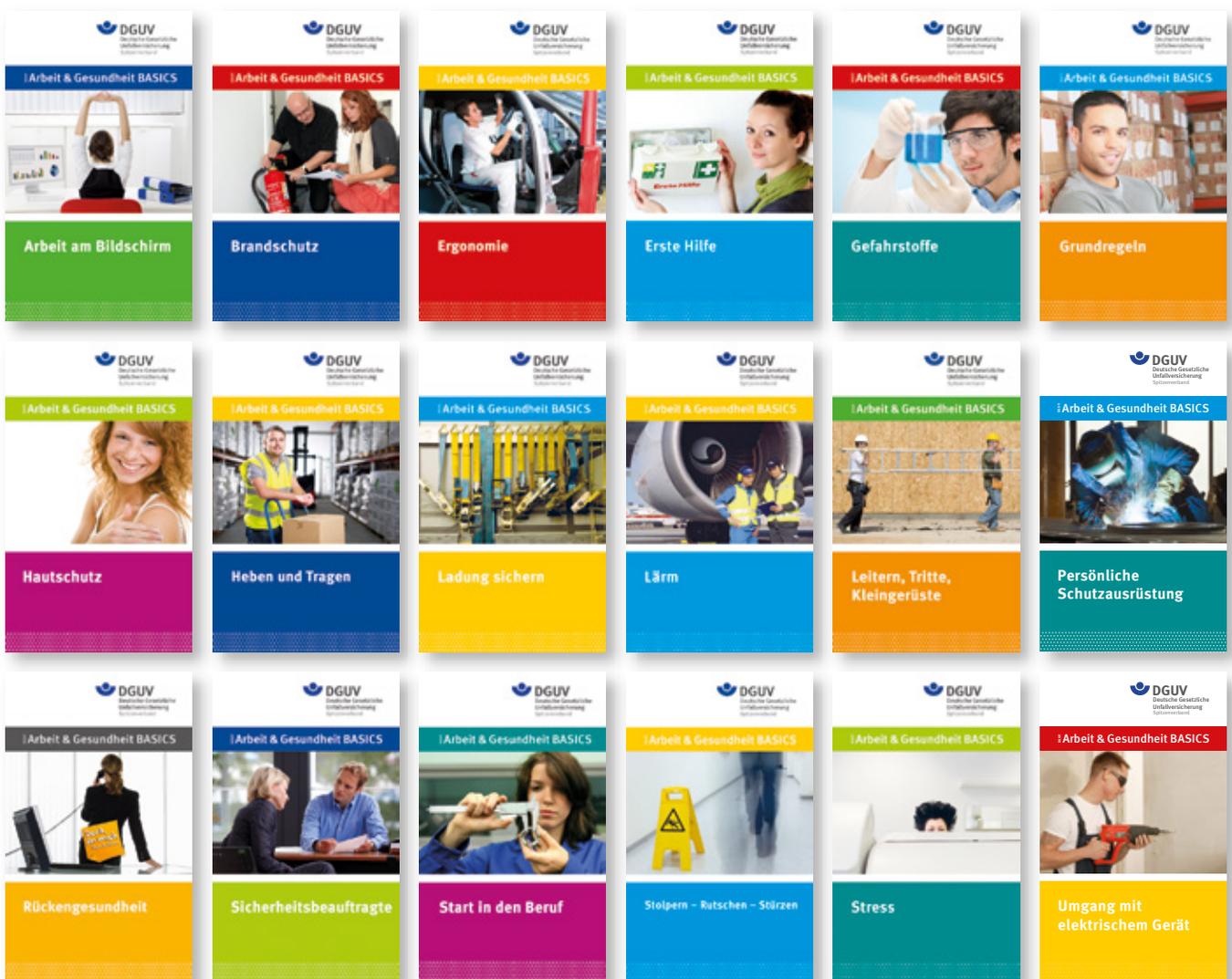
In dieser Zeitschrift beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Frauen und Männer, auch wenn dies in der Schreibweise nicht immer zum Ausdruck kommt.

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

DGUV Arbeit & Gesundheit **BASICS**

www.universum.de/basics

Die Broschüren zu den wichtigsten Themen
rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.



Preise und Bestellung unter: www.universum.de/basics

Sie benötigen eine große Stückzahl, möchten Ihr Logo
eindrucken lassen oder Wechelseiten einfügen?

Sprechen Sie uns an: basics@universum.de

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54
65183 Wiesbaden · Telefon 0611 90 30-501
Fax: 0611 90 30-379 · Internet: www.universum.de
E-Mail: vertrieb@universum.de · Registriert
beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

UV Universum
Verlag



© Erik de Castro / Reuters; * 10€ zzgl. Kosten einer normalen SMS. 9,89€ gehen direkt an ADH.

Taifun Haiyan: Philippinen Jetzt spenden!

Taifun Haiyan hinterließ auf den Philippinen ein unvorstellbares Ausmaß der Zerstörung. Millionen Menschen benötigen dringend humanitäre Hilfe. Die Bündnispartner sind vor Ort und leisten Nothilfe. Bitte helfen Sie mit Ihrer Spende!



Spendenkonto 10 20 30, Sozialbank Köln (BLZ 370 205 00)
Stichwort: Taifun Haiyan. Charity-SMS: Senden Sie ADH10 an die 8 11 90 (10€*)
Oder online: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de

