

DGUV Forum



DIE NEUE STRUKTUR DES KLINIKVERBUNDES DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG (KUV)

Arbeitsschutz im Koalitionsvertrag

18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

Erfahrungsbericht zur Bochumer Empfehlung

BK 4101: Quarzstaublungenerkrankung – Silikose

Liebe Leserin, lieber Leser,

es gibt berührende Erfolgsgeschichten von Menschen, die sich nach einem schweren Arbeitsunfall wieder den Weg zurück in Alltag und Beruf erkämpft haben. So eine Reintegration durchläuft viele Stationen, eine der wichtigsten ist zweifellos die behandelnde Klinik. Diese zentrale Bedeutung erkannten auch schon die Gründerväter der gesetzlichen Unfallversicherung. Noch vor 1900 eröffneten sie in Bochum das erste Unfallkrankenhaus der Welt.

Heute gehören elf eigene Kliniken und zwei Unfallbehandlungsstellen zum Versorgungsnetz der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie gewährleisten die bestmögliche Behandlung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und setzen Standards für das gesamte System. Sie sind spezialisiert auf Unfall- und Notfallmedizin und übernehmen hier auch eine wichtige Funktion bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Darüber hinaus – und das unterscheidet sie von vielen anderen

Krankenhäusern – bieten sie eine Versorgung „aus einer Hand“. Das heißt: Ihre Arbeit endet nicht mit der Entlassung der Patienten, sondern erst mit deren vollständiger Rehabilitation.

**„Die Arbeit der berufs-
genossenschaftlichen
Kliniken endet nicht mit der
Entlassung der Patientinnen
und Patienten.“**

Um diese Behandlungsqualität auch in Zukunft zu gewährleisten und die Kliniken fit zu machen für einen umkämpften Klinikmarkt, werden sie künftig in einer Holding organisiert werden. In dieser neuen Struktur bleiben die Kliniken eigen-

ständig, aber die gemeinnützige Dachgesellschaft, der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV), wird Mehrheitsgesellschafter. Der KUV verantwortet künftig die Gesamtstrategie des Unternehmens.

Diese Strukturreform ist auch vor dem Hintergrund der Neuordnung unseres Heilverfahrens zu sehen. Wir wollen uns mit diesem Schritt noch stärker auf unseren Kernauftrag konzentrieren und gleichzeitig Innovationskraft und Wirtschaftlichkeit der Kliniken stärken. Damit die Leuchttürme unseres Systems noch lange strahlen können.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung



DGUV/Stephan Floss Fotografie

› Editorial/Inhalt ››› 2–3

› Aktuelles ››› 4–6

› Nachrichten aus Brüssel ››› 7

› Titelthema ››› 8–17

BG-Kliniken schließen sich zusammen
Neue Struktur für zukünftige Herausforderungen 8
Reinhard Nieper, Joachim Breuer

Berufsgenossenschaftliche Kliniken
Einführung eines neuen Vergütungssystems 10
Petra Thiel, Christian Roßbach

Behandlung von Rückenmarkverletzungen
 in den BG-Kliniken
Zurück in einen neuen Alltag 13
Eike Jeske, Sven Pannicke

Rehabilitation durch Sport
Erste Liga 16
Eike Jeske, Sven Pannicke

› Prävention ››› 18–25

18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages
Der Arbeitsschutz im Koalitionsvertrag 18
Michael Koll, Achim Duve

Präventionsfeld der Unfallversicherungsträger
Status quo Betriebliches Gesundheitsmanagement 22
Friederike Maria Engst, Matthias Warken

Aus der Forschung
Das IPA – Expositionslabor 24
Thomas Brüning

› Unfallversicherung ››› 26–37

Hautarztverfahren
Systemische Therapie aus Sicht eines Unfallversicherungsträgers 26
Jörg Schudmann

Die BK 4101: Quarzstaublungenerkrankung – Silikose
Erfahrungsbericht zur Bochumer Empfehlung 32
Susanne Elsner, Rolf Merget, Gerhard Schultze-Werninghaus

› Aus der Rechtsprechung ››› 31



› Europa und Internationales ››› 38–41

Thema für die gesetzliche Unfallversicherung
Freihandelsabkommen EU – USA 38
Ilka Wölfe, Rüdiger Reitz

› Personalia ››› 42

NEUE WEBSITES FÜR FALKENSTEIN UND BAD REICHENHALL

Die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken für Berufskrankheiten in Falkenstein und Bad Reichenhall haben ihre Web-auftritte überarbeitet – seit Mitte Oktober 2014 präsentieren sich die medizinischen Spezialeinrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung im Internet mit klarer Optik, intuitiver Navigation, flexiblen Darstellungsoptionen und praktischen Serviceangeboten für ihre Zielgruppen.

Patientinnen, Patienten, Versicherte, Beschäftigte der Kliniken und Sachbearbeitende der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen finden unter www.bgklinik-badreichenhall.de und www.klinik-falkenstein.de zukünftig alle wichtigen Informationen zum Leistungsangebot der Kliniken, persönliche Kon-

taktdaten von Ansprechpersonen und nützliche Hinweise zum Klinikaufenthalt.

Dr. Wolfgang Raab, Ärztlicher Leiter in Bad Reichenhall: „Die erfolgreiche Rehabilitation nach einer berufsbedingten Erkrankung lebt von der nahtlosen Verknüpfung aller Behandlungsphasen. Unser aktualisierter Webauftritt wird den systematischen Austausch zwischen Patienten, Klinik und Versicherern weiter verbessern.“

Die überarbeiteten Webauftritte sind Teil eines Gemeinschaftsprojekts zur Vereinheitlichung der Online-Kommunikation des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung. Aktuell passen alle berufsgenossenschaftlichen Kliniken

ihre Websites an das neue Design an, für das die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg im Wettbewerb „Deutschlands Beste Klinikwebsite“ 2014 bereits ausgezeichnet wurde. Ab 2015 sollen weitere Funktionen folgen: Neben Service und optimierter Vernetzung stehen dabei vor allem die Barrierefreiheit und Serviceangebote wie ein medizinisches Glossar, intelligente Suchfunktionen und interaktive Patienten-Navigatoren im Fokus.

! Weitere Informationen unter: www.bgklinik-badreichenhall.de und www.klinik-falkenstein.de

SCHÖNE SCHLAUE ARBEITSWELT: AUSSTELLUNG ZU AMBIENT INTELLIGENCE

Denkende Büros, schlaue Schutzkleidung oder helfende Datenbrillen. Das ist längst kein Stoff mehr für Science-Fiction-Filme. Kleinste vernetzte Technologie umgibt uns im Alltag bereits überall. Sie unterstützt uns selbstständig – versteckt und unbemerkt in Gegenständen oder Räumen. Welche Möglichkeiten sich durch die unsichtbaren Helfer ergeben, wie die Forschung zu neuester

Technik aussieht und ob Technik überhaupt „intelligent“ sein kann, zeigt die neue Schau „Schöne schlaue Arbeitswelt. Eine Ausstellung zu Ambient Intelligence“ der DASA Arbeitswelt Ausstellung in Dortmund. Noch bis zum 23. November 2014 präsentiert sie in fünf Bereichen von der Kleidung bis zur Datenbrille, was intelligente Technik alles leistet.

Bisher ist die vollständige intelligente Umgebung, man spricht von „Ambient Intelligence“, eine Vision. Doch an ihrer Verwirklichung arbeiten derzeit Forschungsinstitutionen in aller Welt. Ob sich von Geisterhand bewegende Rollläden, Autos ohne Fahrerinnen und Fahrer oder einkaufende Kühlschränke: Unsere Umgebung lernt, zunehmend vernetzt und eigenständig zu „denken“.

Auf knapp 300 Quadratmetern Fläche erkunden die Besucherinnen und Besucher futuristische Würfel, die es in sich haben. Die Kuben stellen die verschiedenen Einsatzgebiete der Ambient Intelligence vor. Für eine schlaue Atmosphäre sorgen Lampen, die miteinander „reden“ können.

! Weitere Informationen unter: www.dasa-dortmund.de (Rubrik Sonderausstellungen)

DASA/Wahlbrink



Datenbrillen zeigen an, was als Nächstes zu tun ist, wie hier beim Bau mit Holzklötzen.

UNTERSTÜTZUNG DURCH VORGESETZTE UNTERSCHÄTZT

In Deutschland besteht Nachholbedarf in Sachen Hilfe und Unterstützung durch direkte Vorgesetzte. Darauf weist die Erwerbstätigenbefragung 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hin. Nur 59 Prozent der Beschäftigten gaben in der Befragung an, häufig durch Vorgesetzte unterstützt zu werden. Damit können circa 40 Prozent der Erwerbstätigen nicht regelmäßig auf die Hilfe und Unterstützung von Vorgesetzten zurückgreifen.

Dabei zeigt die Untersuchung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), dass sich soziale Unterstützung am Arbeitsplatz positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auswirkt: Sie kann zum einen die Arbeitsbelastung der Beschäftigten verringern, indem Lösungswege aufgezeigt werden. Zum anderen kann Unterstützung dem Auftreten von stressbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegenwirken. Drittens kann

allein das Bewusstsein, sich im Ernstfall auf Vorgesetzte verlassen zu können, eine „puffernde“ Wirkung auf Auftreten und Ausmaß von Stress haben. Unterstützung durch direkte Vorgesetzte kann also das Stressempfinden vermindern und Arbeitsbelastung verringern.

In der Befragung wurden über 17.000 abhängig Beschäftigte unter anderem zu verschiedenen Arbeitsbelastungen befragt. Im Ergebnis zeigt sich auch, dass das Ausbleiben von Hilfestellungen häufig nicht dem fehlenden Willen geschuldet ist, sondern vielmehr dem mangelnden Bewusstsein für dessen Stellenwert.



Stefan Klein



Das Factsheet „Unterstützung durch Vorgesetzte – Dreifach wichtig, einfach unterschätzt“ findet man als Download unter: www.baua.de/dok/5428054

SICHERER UMGANG MIT NANOMATERIALIEN IN KFZ-WERKSTÄTTEN

Auch in der Kfz-Werkstatt will der sichere Umgang mit Nanomaterialien gelernt sein: Zu diesem Zweck steht mit dem „Nanorama Kfz-Werkstatt“ nun bereits das dritte interaktive E-Learning Tool „Nanorama“ zur Verfügung. Im Zentrum des „Nanorama“ stehen der sichere Umgang mit Produkten, die Nanomaterialien enthalten,

und Maßnahmen zum Schutz vor ultrafeinen Partikeln. Die Nutzenden eignen sich durch die Bearbeitung des „Nanorama Kfz-Werkstatt“ auf abwechslungsreiche Art Informationen über die Gefährdungsbeurteilung, Expositions-niveaus bei Arbeitsvorgängen sowie über notwendige Schutzmaßnahmen an.

(BGHM) entwickelt. „Nanoramen“ sind virtuelle Schulungsräume, die es den Nutzenden erlauben, in einer 360°-Arbeitsumgebung spielerisch wichtige Informationen zum sicheren Umgang mit Nanomaterialien zu erhalten. Das „Nanorama Kfz-Werkstatt“ folgt auf das „Nanorama Bau“ und das „Nanorama Labor“. Sie befassen sich mit dem sicheren Umgang mit Nanomaterialien auf Baustellen beziehungsweise in Laboratorien. Dank des modularen Aufbaus können jederzeit weitere „Nanorama“-Module erstellt und angeschaltet werden.



DGUV

Das „Nanorama Kfz-Werkstatt“ ist Bestandteil des Nano-Portals „Sicheres Arbeiten mit Nanomaterialien“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Es wurde von der „Innovationsgesellschaft, St. Gallen“ in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft Holz und Metall



Das E-Learning Tool ist abrufbar unter: <http://nano.dguv.de/nanorama/bghm>

AUF LEBEN UND TOD – DAS UNFALLKRANKENHAUS BERLIN

Vom 10. September bis 1. Oktober strahlte das rbb Fernsehen die Doku-Serie „Auf Leben und Tod – das Unfallkrankenhaus Berlin“ aus. Im Mittelpunkt standen das medizinische Personal mit seinen Patientinnen und Patienten. Die Pressesprecherin des ukb, Angela Kijewski, spricht im Interview mit DGUV Forum über Idee, Umsetzung und Ertrag der Fernsehserie.

Mit der Fernsehserie haben Sie einen umfassenden Einblick in die Arbeit des Unfallkrankenhauses Berlin gegeben. Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit dem Fernsehteam?

Vor Drehbeginn haben wir uns mit den Autoren und Regisseuren des Senders in vielen Gesprächen über Themen, Szenarien, Protagonisten und Drehorte ausgetauscht. Dabei war uns sehr wichtig, den besonderen Auftrag unseres Berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses über geeignete Falldarstellungen herauszuarbeiten. Die Dreharbeiten für „Auf Leben und Tod“ fanden dann von April bis August 2014 statt. Ein fertiges Drehbuch gab es nicht. Dank des sensiblen Vorgehens der Autoren und der Pressestellenmitarbeiter konnten Patienten, aber auch Ärzte und Pflegekräfte für das Projekt gewonnen werden, die dann ganz persönliche,



Angela Kijewski, Pressesprecherin des Unfallkrankenhauses Berlin

unverstellte Einblicke in ihr Schicksal beziehungsweise in ihre Arbeit im Krankenhausalltag gewährten.

Arztserien sind im Fernsehen keine Seltenheit. Wodurch unterschied sich die Serie über das ukb von solchen Formaten?

Die Doku-Serie zeigt authentische Fälle der Rettungsstelle, von der Aufnahme der Patienten über die ersten Schritte der Be-

handlung bis zur Entlassung. Zum Beispiel haben wir den 18-jährigen Philipp Rieck vorgestellt, der nach einem Verkehrsunfall die Diagnose Querschnittslähmung erhielt. Das Kamerateam blieb sehr nah an den Patienten dran. Man konnte ihre Höhen und Tiefen miterleben. Trotzdem sollte die Serie nicht voyeuristisch sein. Um die Dokumentation zusätzlich zu versachlichen, haben wir Wissensinseln in die einzelnen Folgen eingebaut, die medizinische Inhalte durch Grafiken veranschaulichen – zum Beispiel: Was passiert bei einer Querschnittverletzung der Wirbelsäule? Das kam bei den Zuschauern sehr gut an und schuf eine gute Verbindung zwischen Authentizität und Aufklärung.

Wie war die Resonanz auf die Serie?

Absolut positiv: sowohl intern im Krankenhaus als auch extern. Die Protagonisten wurden häufig von Fernsehzuschauern aus ihrem Umfeld, aber auch auf der Straße auf die Serie angesprochen. Die Menschen haben ihre Wertschätzung über die Arbeit und auch das ukb als Ganzes zum Ausdruck gebracht. Nicht nur allein der guten Quote wegen wird aktuell noch eine fünfte Folge der Serie produziert. Am 10. Dezember 2014, 21.00 Uhr, gibt es dann ein Wiedersehen.

18,8 MILLIONEN ZAHL DES MONATS

Knapp 18,8 Millionen Patientinnen und Patienten wurden 2013 stationär im Krankenhaus behandelt. Das sind 0,9 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen weiter mitteilt, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus durchschnittlich 7,5 Tage (2012: 7,6 Tage).

In 1995 Krankenhäusern Deutschlands (2012: 2017) standen für die stationäre

Behandlung der Patientinnen und Patienten insgesamt knapp 501.000 Betten zur Verfügung, 900 Betten weniger als im Jahr 2012.

1,96 Millionen Patientinnen und Patienten nahmen 2013 eine stationäre Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Anspruch. Das waren knapp 9.000 Behandlungsfälle weniger als im Vorjahr (- 0,4 Prozent).



Leere Krankenhausbetten sind seltener geworden.

EINHEITLICHE STANDARDS FÜR GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN?

Einheitliche Qualitätsstandards setzen: Das ist das Ziel von Normung. Im Produktbereich ist dies nachvollziehbar. So können einheitliche Sicherheitsstandards, etwa von persönlichen Schutzausrüstungen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten erhöhen. Aber gilt dies auch für ärztliche Behandlungen und andere Gesundheitsdienstleistungen oder für Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation?

In diese Richtung gehen zumindest aktuelle Entwicklungen auf europäischer Ebene, die von der DGUV beobachtet werden. Bei der europäischen Normungsorganisa-

tion CEN gibt es auf diesem Gebiet schon heute verschiedene Projekte. Daneben hat auch die Europäische Kommission zu erkennen gegeben, dass sie für den wachsenden Sektor von Gesundheitsdienstleistungen einen Bedarf für die Einführung gemeinsamer Benchmarks sieht. Gerade im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die individuelle und umfassende Behandlung, die auch den Gedanken der UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen verfolgt, von zentraler Bedeutung. Einheitliche Standards und Vorgaben durch Normen stehen jedoch diesem individuellen, hoch qualitativen Behandlungsansatz entgegen. Darüber

hinaus ist zu befürchten, dass diese Bestrebungen einen massiven Eingriff in die in den europäischen Verträgen festgelegten nationalen Kompetenzen der Mitgliedstaaten darstellen.

Die DGUV hat sich deswegen gemeinsam mit anderen betroffenen Partnern im Rahmen einer Stellungnahme der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung (GVG) kritisch dazu geäußert. In dem Papier mit dem Titel „Position zur Normung heilkundlicher Dienstleistungen“ wird klargestellt, dass Normung auf dem Gebiet von Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen nicht zielführend ist.

NEUER ANLAUF ZUR REVISION DER ARBEITSZEITRICHTLINIE



Fotolia/Hemisatho

Die EU-Kommission möchte zahlreiche Rechtsvorschriften in einzelnen Politikbereichen verbessern und vereinfachen. Das hat sie bereits Ende 2012 in einem Papier zur regulatorischen Eignung der EU-Vorschriften – auch unter dem Titel „REFIT“ bekannt – dargestellt. Dabei hatte sie auch einige Vorschriften aus dem Bereich des Arbeitsschutzes im Fokus.

Die Brüsseler Behörde beginnt nun, ihre Ankündigung in die Tat umzusetzen. Als eine der ersten Maßnahmen will sie die Arbeitszeitrichtlinie vereinfachen. Nachdem in der Vergangenheit unternommene Bemühungen, die seit 2003 geltende Richtlinie über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung zu reformieren, gescheitert sind, bereiten die EU-Beamten derzeit

neue Regelungen vor. Wie so häufig bei der Vorbereitung von Gesetzesinitiativen hat die EU-Kommission auch beim Thema Arbeitszeit beschlossen, externen Sachverständigen hinzuzuziehen. Befragungen der Sozialpartner, Ministerien und Arbeitsinspektionen sollen mehr Klarheit bringen über die mit der geltenden Richtlinie verbundenen administrativen und regulativen Lasten und ökonomischen Folgen.

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wird demnächst erwartet. Die Informationen und Erkenntnisse sollen dann in eine Folgenabschätzung zur Zukunft der Arbeitszeitrichtlinie einfließen. Neue Gesetzesvorschläge zur Arbeitszeit wird die Brüsseler Behörde voraussichtlich schon Anfang 2015 auf den Tisch legen.

BG-KLINIKEN SCHLIESSEN SICH ZUSAMMEN

NEUE STRUKTUR FÜR ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN

Die berufsgenossenschaftlichen Kliniken sind künftig in einer Holding organisiert. Über die Hintergründe dieser Veränderung und die Ziele sprechen Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, und Reinhard Nieper, Geschäftsführer des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung.

Herr Dr. Breuer, Herr Nieper, künftig werden die BG-Kliniken in einer Holding organisiert sein. Was ist das Ziel der neuen Strukturen?

BREUER: Die berufsgenossenschaftlichen Kliniken haben innerhalb der Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung eine zentrale Rolle. Sie garantieren ein exzellentes Behandlungsniveau und setzen damit auch die Standards für das gesamte System. Das ist insbesondere für die Behandlung und Rehabilitation nach schweren Arbeitsunfällen sehr wichtig. Diese Leuchtturm-Funktion können die Kliniken innerhalb der neuen Organisationsform in Zukunft noch besser erfüllen als bisher.

NIEPER: Wichtigstes Ziel der Reform ist ein Ausbau des Kernauftrags und die Stei-

gerung von Qualität, Innovationskraft und Wirtschaftlichkeit der BG-Kliniken. Dazu zählen Faktoren wie gemeinsame Infrastrukturen, systematischer Wissenstransfer und die Entwicklung eines einheitlichen Unternehmensprofils.

Herr Nieper, an der Spitze der Holding steht der KUV als gemeinnützige Dachgesellschaft. Wie sind die Rollen zwischen dem KUV und den Kliniken, die in gemeinnützige GmbHs umgewandelt werden, verteilt?

NIEPER: Auch das neue Unternehmen verfügt über eine dezentrale Organisationsstruktur, die BG-Kliniken behalten also ihre rechtliche Eigenständigkeit. Die gemeinnützige Dachgesellschaft wird dabei Mehrheitsgesellschafter der einzelnen

Kliniken, verantwortet die Gesamtstrategie des Unternehmens und koordiniert deren Umsetzung.

Herr Dr. Breuer, was unterscheidet die BG-Kliniken von anderen Krankenhäusern?

BREUER: Sie gewährleisten für die Unfallversicherung die bestmögliche Behandlung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Denn unser oberstes Ziel ist es, unsere Versicherten so zu rehabilitieren, dass sie möglichst bald wieder in ihr Leben und ihren Beruf zurückkehren können. BG-Kliniken müssen deshalb Unfall- und Reha-Versorgung „aus einer Hand“ anbieten können. BG-Kliniken behandeln mithin primär Notfälle. Mit ihren hochspezialisierten Unfallstationen nehmen sie damit eine wichtige Aufgabe in der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung wahr. Denn im Notfall ist zumeist nicht erkennbar, ob es sich um einen Versicherten der Unfallversicherung handelt oder nicht.

Herr Nieper, was bedeuten der Zusammenschluss und die neue Rechtsstruktur für den Arbeitsalltag der Beschäftigten der Klinik?

NIEPER: Das Klinikpersonal wird vom Zusammenschluss profitieren. Die BG-Kliniken sind bereits sehr attraktive Arbeitgeber, bleiben jedoch mittelfristig nicht vom Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft verschont. Für die beste Medizin brauchen wir aber die besten Köpfe, deshalb werden sich die BG-Kliniken diesem Wettbewerb mit gemeinsamen Strategien der Mitarbeitergewinnung und -bindung stellen, zum Beispiel durch umfangreiche Fort- und Weiterbildungsangebote, flexiblere Arbeitszeitmodelle,



DGUV

Reinhard Nieper, Geschäftsführer des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung

familienfreundlichere Strukturen und attraktive Tarifverträge.

Herr Dr. Breuer, ein Merkmal der gesetzlichen Unfallversicherung ist die paritätische Selbstverwaltung. Wie wird dieses Prinzip in der neuen Struktur berücksichtigt?

BREUER: Die Neuorganisation verlagert die Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung von der regionalen Ebene auf die zentrale Ebene der neuen Dachgesellschaft. Das ist nur konsequent, denn dort werden die wesentlichen strategischen Entscheidungen getroffen. Damit werden die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit der Eigentümer und ihrer Selbstverwaltungen an entscheidender Stelle gestärkt. In der Gesellschafterversammlung der Dachgesellschaft werden Versichertenvertreter und Arbeitgebervertreter der einzelnen Gesellschafter vertreten sein. Auch die Ausschüsse werden entsprechend besetzt. Hinzu tritt eine auf fachliche Unterstützung ausgerichtete Vertretung aus dem Kreis der Geschäftsführer der Unfallversicherungsträger.

„Berufsgenossenschaftliche Kliniken haben innerhalb der Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung eine zentrale Rolle. Sie garantieren ein exzellentes Behandlungsniveau und setzen damit auch die Standards für das gesamte System.“

Herr Dr. Breuer, was ändert sich für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Eigentümer der BG-Kliniken?

BREUER: Schon früh im Diskussionsprozess wurde betont, dass die Steuerung der BG-Kliniken im Sinne der Eigentümerinteressen verbessert werden soll. Die Grundlagen hierfür werden jetzt geschaffen. Durch die Umwandlung der bisherigen Trägervereine in die Rechtsform einer gGmbH und die damit verbundene Bildung von echten Kapitalanteilen, die die bisherigen Beteiligungen der Vereinsmit-

glieder ersetzen, wird die Eigentümerstellung der Unfallversicherungsträger deutlich gestärkt. Zudem werden nunmehr die Voraussetzungen für eine einheitliche und zentrale Steuerung des Gesamtunternehmens geschaffen. Dies wird dazu führen, dass auch die Anforderungen der Unfallversicherungsträger besser verwirklicht werden können.

Herr Nieper, in welchen Bereichen wollen die BG-Kliniken zukünftig besonders intensiv zusammenarbeiten?

NIEPER: Die BG-Kliniken sind in erster Linie Teil der Unfallversicherung in Deutschland. Sie betreiben damit Daseinsfürsorge. Dennoch müssen die BG-Kliniken wirtschaftlich sein. Wir sind davon überzeugt, durch gemeinsame Infrastruktur und zentrale Steuerungselemente zahlreiche Synergien heben zu können. Qualität und Effizienz sind dabei die Fixpunkte, auf die wir unser Handeln ausrichten. Das kann sowohl die Beschaffung und den Einsatz von Medizin- und Informationstechnik betreffen als auch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen durch eine zentrale Rechtsabteilung oder klinikübergreifendes Baumanagement.

Herr Dr. Breuer, Herr Nieper, was war der Grund dafür, die BG-Kliniken in Zukunft als ein Unternehmen zu führen?

Welche Ziele wird die Holding im Wettbewerb verfolgen?

BREUER: Auch die BG-Kliniken sind Teil eines sich wandelnden Medizinmarktes. Um in der Konkurrenz bestehen und sich weiter entwickeln zu können, war es notwendig, unsere Kräfte zu bündeln und das medizinische Profil der Kliniken zu stärken. Beides lässt sich innerhalb der neuen Struktur besser verwirklichen als zuvor.

NIEPER: Wir wollen die BG-Kliniken mit der Strukturreform vor allem für zukünftige Herausforderungen wappnen. Selbstverständlich sind wir daran interessiert, unsere Marktposition zu behaupten, und falls nötig, auch weiter auszubauen. Vorrangiges Ziel bleibt aber, die Qualität und Effizienz in den bestehenden BG-Kliniken zu verbessern. Die BG-Kliniken schaffen schon seit Jahren erfolgreich eine Verbindung zwischen ihrem Kernauftrag und der Funktion als überregionale Traumazentren und Maximalversorger für die Gesamtbevölkerung. Unsere Kernkompetenzen liegen in allen Bereichen der Akut- und Rehamedizin, das heißt chirurgischen Fachdisziplinen wie Hand-, Brand- und Rückenmarksverletzungen und der Versorgung von schweren Schädel-Hirn- und Mehrfach-Verletzungen. Wie Herr Dr. Breuer eingangs sagte: Die BG-Kliniken besitzen hier eine Leuchtturm-Funktion.



Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

DGUV

BERUFGENOSSENSCHAFTLICHE KLINIKEN

EINFÜHRUNG EINES NEUEN VERGÜTUNGSSYSTEMS

Transparenz der Kosten und Leistungen sowie eine wirtschaftliche und nachhaltige Mittelverwendung in Abstimmung mit dem Klinikgesamt- und Klinikbaukonzept – so lauten die Ziele eines neuen Vergütungssystems, das zum 1.1.2015 eingeführt werden soll.

Hintergrund

Vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Erwägungen und der politischen Diskussion zu den Leistungen und Kosten der gesetzlichen Unfallversicherung wurde bereits 2010 beschlossen, das derzeitige Vergütungssystem für die Einrichtungen der Berufsgenossenschaften (berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken, Kliniken für Berufskrankheiten und Unfallbehandlungsstellen) zu überprüfen und zu einem transparenten, auf Kostendaten basierenden Verfahren weiterzuentwickeln.

Die Anforderungen an das neue Vergütungssystem sind in Leitlinien definiert; diese wurden in der Zwischenzeit wiederholt überprüft und durch die Gremien der DGUV bestätigt.

„Die phasenweise Umstellung mildert die Auswirkungen des neuen Systems bei gleichzeitiger Einführung der relevanten Elemente des neuen Systems.“

Ziele sind die Schaffung von Transparenz über die Verwendung der durch die Unfallversicherungsträger zur Verfügung gestellten Mittel und deren Verwendung (Kosten- und Leistungstransparenz), eine leistungsadäquate Vergütung sowie die nachhaltige Steuerung und Orientierung

an übergreifenden Zielen der Unfallversicherung (Klinikbaukonzept). Der gesetzlich verankerte Grundsatz der Heilung mit allen geeigneten Mitteln bleibt weiterhin gesichert.

Das neue Vergütungssystem soll zum 1.1.2015 eingeführt werden und ist für alle berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen und – soweit noch relevant – deren Kooperationshäuser verpflichtend.

Eckpunkte des neuen Vergütungssystems

Im aktuellen System erfolgt die Vergütung der Unfallversicherungsfälle über tagesgleiche Pflegesätze, die sowohl die Vergütung der Betriebskosten als auch die Er-satzinvestitionen der Kliniken sicherstellt. Kern des neuen Vergütungssystems sind die Trennung dieser beiden Bestandteile Betriebskosten und Investitionskosten und deren Auszahlung nach unterschiedlichen Verfahren sowie die Anwendung von Fallpauschalen für geeignete Leistungen.

Finanzierung der Betriebskosten

Die Vergütung der Betriebskosten im neuen System erfolgt für die unfallversicherungsspezifischen Kernbereiche der Querschnittverletzungen, der Schwerebrandverletzten, der Schwere Schädelhirnverletzten, der komplexen Handchirurgie, der Komplikationen, insbesondere der septischen Chirurgie sowie die Leistungen der Rehabilitation auch

weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze. Alle weiteren akutstationären Leistungsbereiche werden zukünftig aber über Fallpauschalen vergütet, wobei die Klassifizierung sich an dem offiziellen DRG-Fallpauschalenkatalog (Diagnosis Related Groups) orientiert. Das neue System ermöglicht jederzeit eine Änderung der Zuordnung der stationären Leistungen zu Pflegesätzen oder Fallpauschalen, wenn sich dieses als notwendig erweist.

Um die Refinanzierung der erhöhten Anforderungen und Vorgaben der Leistungserbringung („mit allen geeigneten Mitteln“) der gesetzlichen Unfallversicherung jederzeit sicherzustellen, wird ein neues unfallversicherungsspezifisches Vergütungselement – der sogenannte „UV-Zuschlag“ – eingeführt, der zusätzlich zu den Fallpauschalen vergütet wird. Beispiele für Elemente des „UV-Zuschlags“ sind Mehrkosten im Personalbereich durch eine höhere Facharztquote beziehungsweise unfallversicherungsspezifische Tarifstrukturen (Ärztinnen und Ärzte des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung) oder Mehrbedarfe der integrierten Rehabilitation.

Die konkrete Definition und Bewertung der Leistungsinhalte des „UV-Zuschlags“ erfolgt aktuell durch die Arbeitsgruppe Behandlungstarife und wird zum Gremienlauf 4/2014 beziehungsweise bis zur Mitgliederversammlung 2/2014 vorliegen.

Neben der beschriebenen inhaltlichen Funktion hat der „UV-Zuschlag“ auch eine Ausgleichsfunktion im Rahmen der Einführung des neuen Vergütungssystems. Um zu gewährleisten, dass die Umstellung unter Ceteris-paribus-Bedingungen (gleiche Leistungen) für die berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen nicht mit

Autorin und Autor

Petra Thiel

Leiterin des Referats Kliniken
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: petra.thiel@dguv.de

Dr. Christian Roßbach

Gründer und
Geschäftsführer
der aktiva GmbH
E-Mail: rossbach@aktiva-mail.de

Erlöseinbußen verbunden ist, werden sich ergebende Differenzen klinikindividuell ausgeglichen.

Finanzierung der Ersatzinvestitionen

Die Investitionskostenanteile werden im neuen Vergütungssystem einem neu gebildeten Investitionsfonds zugeführt. Den Einrichtungen werden im Antragsverfahren zweckgebunden Mittel für bauliche Ersatzinvestitionen (Gebäude sowie technische Anlagen und medizinische Großgeräte) zur Verfügung gestellt. Das Antragsverfahren orientiert sich am bereits etablierten Verfahren für den Gemeinschaftsfonds Teil A.

Die getrennte Finanzierung der Investitionskosten ermöglicht zum einen die wirtschaftliche und nachhaltige Mittelverwendung in Abstimmung mit dem Klinikgesamt- und Klinikbaukonzept, zum anderen kann nur so die geforderte Transparenz und Vergleichbarkeit des Mit-

leinsatzes der Leistungserbringung erreicht werden.

Die Ermittlung des Investitionskostenanteils erfolgte auf Basis der bisherigen Investitionstätigkeiten der Einrichtungen individuell für jede Einrichtung mit Unterstützung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC).

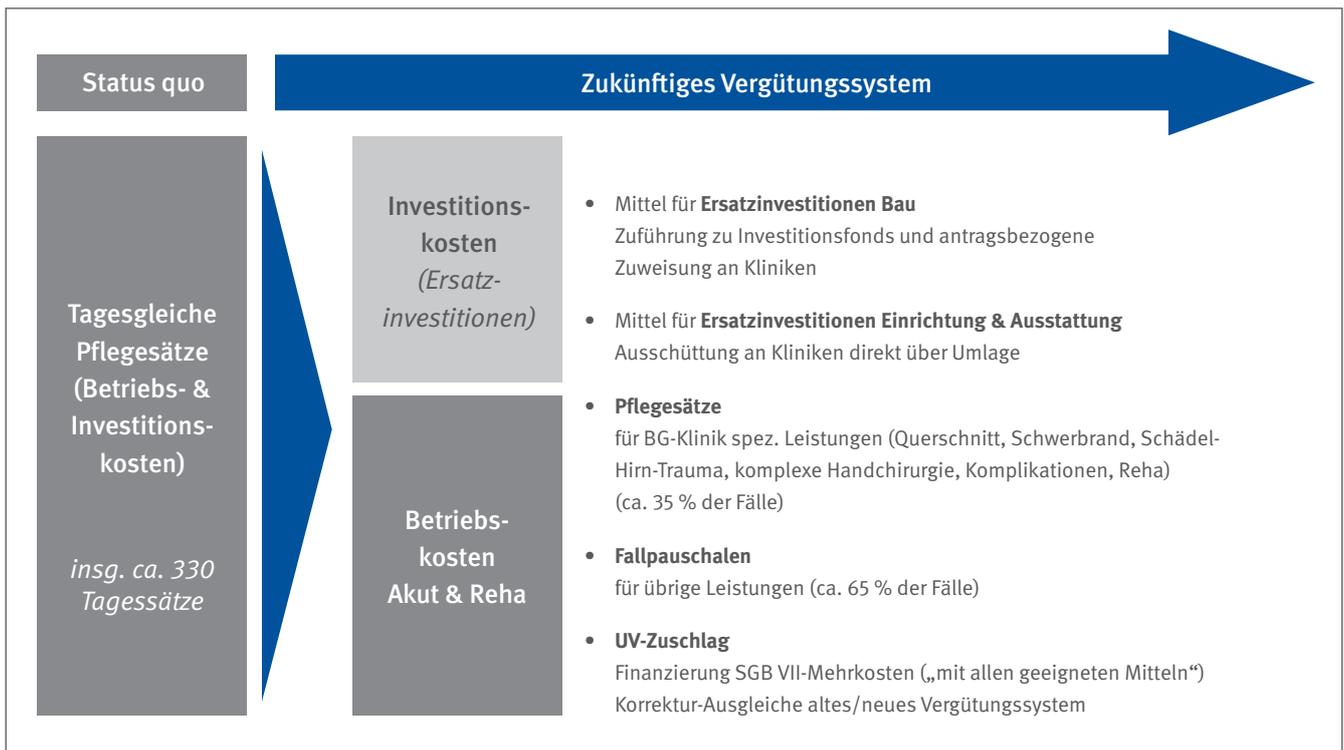
Die Trennung der Kostenbestandteile mit antragsbezogener Auszahlung der Mittel für bauliche Ersatzinvestitionen hat zur Konsequenz, dass die berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen Ersatzinvestitionen dieser Art künftig nicht mehr über die Pflegesätze finanzieren müssen. Die Vergütung der Unfallversicherungsfälle wird daher um die Investitionskostenbestandteile reduziert.

Um sicherzustellen, dass diese Erlösabsenkung keine Auswirkung auf das Ergebnis der Einrichtungen hat, wird ein Sonder-

posten für Altanlagevermögen gebildet, in dem das Eigenkapital der Kliniken in Höhe der korrespondierenden Restbuchwerte der relevanten Investitionsmaßnahmen umgebucht wird. Die weiterhin aus diesen Investitionen entstehenden Abschreibungen können dann durch periodische Auflösung des neuen Sonderpostens neutralisiert werden, sodass sich das Ergebnis nicht ändert.

Durch dieses Vorgehen wird die mit Einführung der Finanzierung aus dem Gemeinschaftsfonds nach 2007 (neue Finanzierung) bereits eingeführte Systematik zur Verbuchung auf Seiten der Einrichtungen auch auf die Altbeteiligungen angewandt und somit vereinheitlicht.

Die rechtliche Sachrichtigkeit der Umbuchung wird durch zwei offizielle unabhängige gutachterliche Stellungnahmen der Wirtschaftsprüfungsgesellschaften PwC und KPMG bestätigt. Die



DGUV

Abbildung 1: Elemente des neuen Vergütungssystems

Umbuchung hat keine Auswirkungen auf die Stimmrechte oder die Beteiligungswerte in den Bilanzen der Unfallversicherungsträger der Vereine oder Gesellschaften der Einrichtungen.

Einführung in mehreren Phasen

Aufgrund der Komplexität der Ermittlung sowie um die Veränderungen und Auswirkungen der Umstellung für alle Seiten zu minimieren, erfolgt die Trennung der Vergütungsbestandteile in zwei Phasen.

Zum 1.1.2015 (Phase I) erfolgt die Abtrennung des Teils der Investitionskosten, die aus Gemeinschaftsfonds-Mitteln bis Ende 2006 finanziert wurden mit der oben beschriebenen Umbuchung von Eigenkapital in Höhe der entsprechenden Restbuchwerte in einen neu zu schaffenden Sonderposten. Die unmittelbaren Klinik Erlöse verringern sich um diesen Betrag, die entsprechenden investiven Anteile für Baumaßnahmen werden dem Investitionsfonds zugeführt. Die restlichen Investitionskostenbestandteile (Investitionskostenanteil Phase II) werden bis zur vollständigen Trennung noch als Bestandteil der Pflegesätze und des „UV-Zuschlags“ vergütet.

Zwischen 2015 und 2017 (Phase II) werden die übrigen nicht aus dem Gemeinschaftsfonds geförderten Investitionen auf Investitionsfonds-relevante Bestandteile analysiert. Diese sind zum 1.1.2018 aus den Pflegesätzen auszugliedern und in den Investitionsfonds zu überführen. Damit ist die vollständige Trennung von Investitionskosten und Betriebskosten zum 1.1.2018 erfolgt, alle Abschreibungen für relevante Investitionsmaßnahmen sind über einen Sonderposten für Altanlagevermögen gedeckt.

Die phasenweise Umstellung mildert die Auswirkungen des neuen Systems bei gleichzeitiger Einführung der relevanten Elemente des neuen Systems. Eine notwendige und gewollte Steuerung der Ersatzinvestitionen kann damit zeitnah erfolgen. Der Zeitplan (Abbildung 2) zeigt die einzelnen Umsetzungsschritte.

Im Rahmen einer sogenannten Echt-Simulation werden im Jahr 2014 die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems für die einzelnen Einrichtungen parallel zur Echtabrechnung nach dem bestehenden Abrechnungssystem bewertet, um praktische Erfahrungen zu sammeln und Aus-

wirkungen auf relevante finanzielle Kennzahlen zu erkennen.

Nächste Schritte

Aktuelle und anstehende relevante Aufgaben sind die weitere inhaltliche Konkretisierung, der „UV-Zuschlag“, die Ermittlung der Vergütungshöhen für die einzelnen Elemente, die technische und organisatorische Anpassung der Informationstechnik und der Prozesse sowie die Vorbereitung der Umbuchung des Eigenkapitals in einen Sonderposten zum 1.1.2015.

Zur weitergehenden Schaffung von Transparenz und einer engmaschigen Überprüfung der Auswirkungen des neuen Vergütungssystems wird darüber hinaus ein Berichtswesen definiert, das den Unfallversicherungsträgern und Kliniken ab 2015 zur Verfügung steht.

Darüber hinaus sind auch noch die tagesgleichen Pflegesätze auf sachrichtige Höhe zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dieses wird eine der anstehenden Aufgaben ab 2015 sein.

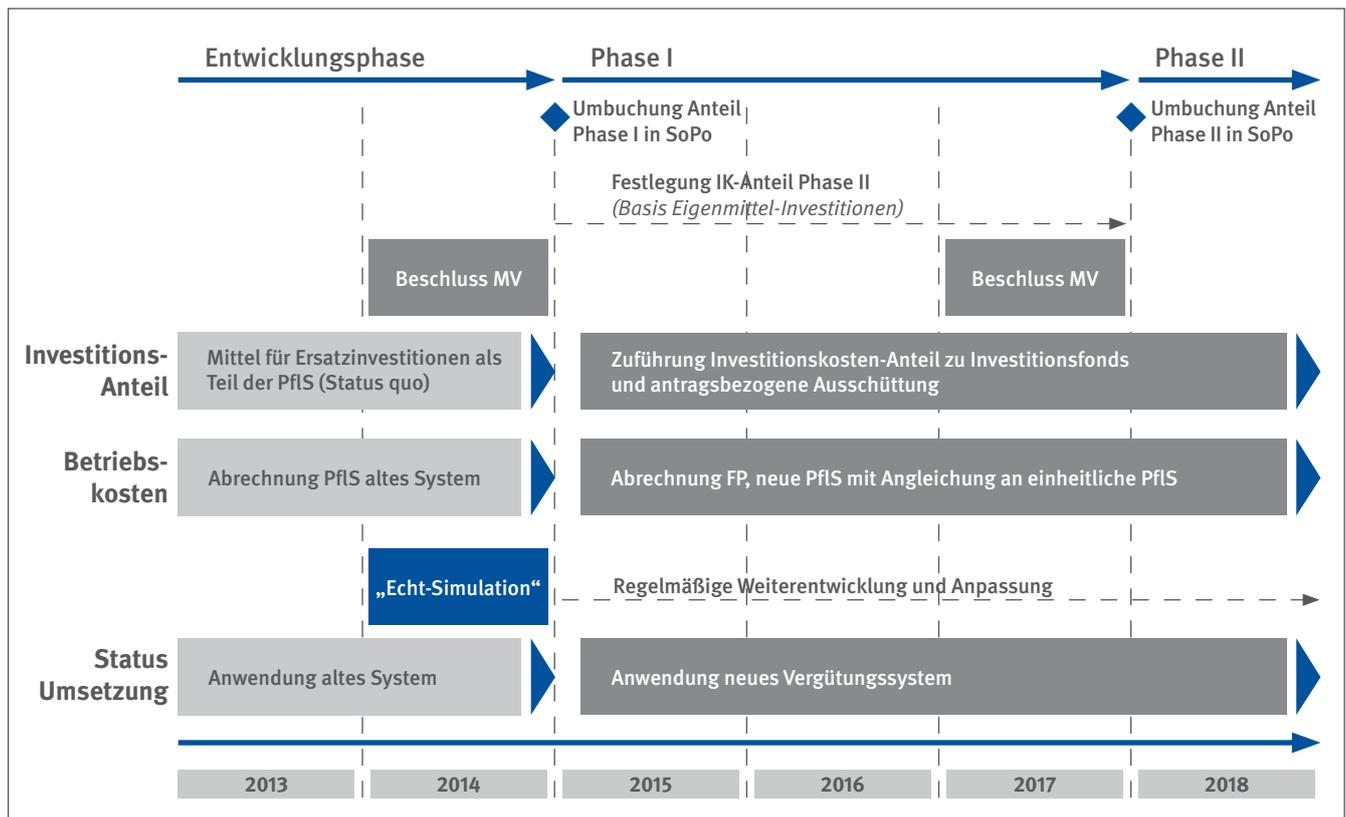


Abbildung 2: Zeitplan zur Umstellung des neuen Vergütungssystems in zwei Phasen

BEHANDLUNG VON RÜCKENMARKVERLETZUNGEN IN DEN BG-KLINIKEN

ZURÜCK IN EINEN NEUEN ALLTAG

40 Prozent aller Betten für Querschnittverletzte in Deutschland stehen in BG-Kliniken. In deren Kompetenzzentren arbeiten Expertenteams Hand in Hand, um Patientinnen und Patienten zurück in einen lebenswerten Alltag zu führen. Bereits auf der Intensivstation beginnt die Rehabilitation.

An einem sonnigen Wintertag auf Teneriffa im Februar 2010 veränderte sich das Leben von Klaus Greif schlagartig. Der durchtrainierte Fahrradhändler aus Tübingen war auf einer beruflichen Testfahrt mit einem Mountainbike in den Bergen der Insel unterwegs. Als er an einem Hang absteigen wollte, blieb er mit dem Fuß hängen und stürzte kopfüber in eine Schlucht. „Ich hörte einen Knacks in meiner Wirbelsäule und fühlte einen elektrischen Schlag, als würde ich in eine Steckdose fassen“, erinnert sich der heute 60-Jährige. Als er seine Beine nicht mehr spürte, wusste Klaus Greif sofort, dass er querschnittgelähmt war.

Drei endlos lange Stunden dauerte seine Bergung in dem steilen Gelände. Helfende zogen den Schwerverletzten schließlich mit einer Seilwinde den Hang hinauf und brachten ihn in ein Krankenhaus auf der Insel. Einen Tag später wurde Klaus Greif auf Drängen seiner Lebensgefährtin in die BG Klinik Tübingen geflogen.

Hier begann, was er sein zweites Leben nennt, eines, für das er „unglaublich dankbar“ ist – dankbar für das, was er menschlich nach seinem Unfall erlebte, dankbar vor allem aber auch für die exzellente Versorgung und Therapie in Tübingen.

Sie hat ihn Schritt für Schritt in den Alltag und seinen Beruf zurückgeführt. Selbstmitleid ist nicht seine Art. „Ich habe Glück gehabt“, sagt er stattdessen: „Ich kann meine Arme noch bewegen.“

Modernste Behandlungsmethoden

Klaus Greif ist einer von rund 2.000 Menschen, die jährlich in Deutschland eine Querschnittlähmung erleiden. 40 Prozent der 1.263 Betten, die es hierzulande für die Behandlung von Querschnittverletzten gibt, stehen in BG-Kliniken. Die Häuser des Verbundes sind damit Spitzenreiter bei der medizinischen Versorgung und Reintegration von Unfallverletzten.

„Die BG-Kliniken sind Spitzenreiter bei der medizinischen Versorgung und Reintegration von Unfallverletzten.“

In spezialisierten Behandlungszentren versorgen interdisziplinäre Expertenteams Patientinnen und Patienten, die durch Unfälle, aber auch Tumore, angeborene Fehlbildungen oder Entzündungen eine Querschnittlähmung erlitten haben. Viele der dort eingesetzten Techniken,

Geräte und Materialien sind Innovationen, die in den Häusern selbst erforscht und entwickelt wurden.

Allein das Querschnittgelähmten-Zentrum am BG Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) behandelt jährlich rund 200 neue Patientinnen und Patienten und damit etwa zehn Prozent der in Deutschland jedes Jahr eintretenden Querschnittlähmungen. Das Hamburger Zentrum ist eine Modelleinrichtung der Berufsgenossenschaften und mit seinen 121 Betten nicht nur im Klinikverbund, sondern unter allen deutschen Kliniken das größte. Der Klinikverbund hat den Bereich der Wirbelsäulenchirurgie in den vergangenen Jahren ständig ausgebaut. Dabei wurde das Spektrum der konservativen und chirurgischen Behandlungsverfahren kontinuierlich erweitert, zum Beispiel in der Stabilisierung von Wirbelbrüchen.

Von Kunden und Bekannten wusste Klaus Greif, dass die BG Klinik Tübingen eine exzellente Adresse für die Versorgung und Betreuung Querschnittgelähmter ist. Er empfand daher eine „unglaubliche Erleichterung“, als er 30 Stunden nach seinem Unfall dort ankam, und wusste sich in den besten Händen. „Ab dem Moment habe ich mich entspannt.“ Zunächst

Weitere Informationen



Eike Jeske

Bereichsleiter Kommunikation des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung e. V.
E-Mail: eike.jeske@k-uv.de



Sven Pannicke

Referent Öffentlichkeitsarbeit und Marketing des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung e. V.
E-Mail: sven.pannicke@k-uv.de



KUV

Klaus Greif ist einer von rund 2.000 Menschen, die jährlich in Deutschland eine Querschnittslähmung erleiden.

wurde seine Wirbelsäule chirurgisch stabilisiert. Dann begann gleich nach der Operation die Rehabilitation – ein Ansatz, der die BG-Kliniken auszeichnet.

Bereits auf der Intensivstation arbeiten Physiotherapeuten mit den frisch verletzten Patientinnen und Patienten. Dabei richtet sich die Behandlung an den Verletzungen und dem Alter der Betroffenen aus. „Unser oberstes Ziel ist es, jede Patientin und jeden Patienten so selbstständig wie möglich zu machen“, sagt Privatdozent Dr. Andreas Badke, der in der Tübinger Klinik die Abteilung für Querschnittgelähmte, Technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie leitet. Wenn möglich, sollen die Rückenmarkverletzten zurück in ihre gewohnte Umgebung und in den Arbeitsalltag.

Angehörige einbeziehen

Anfangs stehen die Betroffenen vor der großen Herausforderung, die mit der Ver-

letzung einhergehenden enormen Einschränkungen zu akzeptieren. „Für viele Patientinnen und Patienten ist es allerdings schwieriger, damit klarzukommen, dass sie Blase und Darm nicht kontrollieren können, als dass sie nicht mehr laufen können“, sagt Patrick Mayer, psychologischer Psychotherapeut am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb). In diesen Zeiten sind psychologische und seelsorgerische Fachkräfte Ansprechpersonen. Ihre Arbeit ist in den BG-Kliniken fest in das stationäre Behandlungskonzept integriert.

In einer ersten Phase kurz nach der Diagnose schützt häufig eine Art emotionaler Airbag vor einem psychischen Zusammenbruch. „Viele Patientinnen und Patienten setzen plötzlich unglaubliche Kräfte frei“, hat Patrick Mayer beobachtet. Es sind eher die Angehörigen, die in dieser Phase überfordert sind und Stresssymptome zeigen. Daher werden Angehörige von Beginn an in die Therapie einbezogen.

„Vor ihnen liegt ein Marathonlauf, und wir müssen dafür sorgen, dass sie nicht ihre gesamte Kraft in die ersten Kilometer investieren“, erläutert der Psychotherapeut. Das Berliner Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte veranstaltet regelmäßig Seminare für Patientinnen, Patienten und Angehörige, in denen sie Informationen und Unterstützung im Umgang mit der neuen Situation erhalten. Ziel ist es, körperliche, seelische und soziale Komplikationen, die ihre Krankheit oder Verletzung mit sich bringt, zu vermeiden oder zu minimieren.

Mobiler als je zuvor

Eine Heilung ihrer Krankheit ist jedoch derzeit nicht in Sicht. Zahlreiche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler arbeiten an dem Ziel, einen Rückenmarkdefekt zu überbrücken und der Patientin oder dem Patienten die Lähmung zu ersparen. „Hierzu gibt es interessante Ansätze, der große Durchbruch im Sinne einer Reparatur des Rückenmarkschadens ist jedoch noch nicht geglückt“, sagt Prof. Dr. Christian Jürgens, Ärztlicher Direktor des BG Unfallkrankenhauses Hamburg (BUKH).

Zumindest hat sich die Lebensqualität Querschnittgelähmter in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert: „In der Rehabilitation und den Möglichkeiten der Wiedereingliederung haben wir große Fortschritte erzielt“, betont der Tübinger Arzt Badke. Das Training motorischer Funktionen macht Patientinnen und Patienten heute erheblich mobiler als früher, zudem sind elektronische Hilfen und Assistenzsysteme weiterentwickelt worden und im Alltag unentbehrlich.

Hand in Hand arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten sowie Kranken-

schwwestern und Krankenpfleger an dem jeweiligen Therapieziel. Sie alle sind speziell für die Behandlung und Betreuung Querschnittgelähmter ausgebildet. In der Physiotherapie werden Muskelkräftigungen, Körperkontrolle und Bewegungsübergänge erarbeitet. In der Ergotherapie steht das Alltagstraining im Vordergrund: Fähigkeiten, die verloren gegangen sind, werden durch neue ersetzt.

Im Rahmen eines Rollstuhltrainings wird die Patientin oder der Patient beispielsweise auf die Hürden des Alltags vorbereitet. Außerhalb der Klinik sind Straßen und Wege nicht so glatt und barrierefrei wie die Krankenhausflure. Klaus Greif erinnert sich: „Die ersten Wochen in der realen Welt waren wirklich hart.“

„Man muss Geduld haben.“

Doch Schritt für Schritt arbeitete sich der Fahrradhändler in den Alltag zurück. Am Anfang konnte er nicht aufrecht im Rollstuhl sitzen und hatte ständig Angst, nach vorn zu fallen. Mit intensiver und dauer-

hafter Physio- und Ergotherapie schaffte er es schließlich, seinen Rollstuhl zu beherrschen. „Man muss Geduld haben“, sagt Klaus Greif. Auch sein Optimismus und sein Wille halfen bei den sichtbaren Fortschritten. Den Tübinger spornte es an zu sehen, dass andere Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Verletzungen nach einigen Monaten Dinge tun konnten, von denen er kurz nach seinem Unfall noch weit entfernt war. Das kann ich bald auch – war sein Motto. Und tatsächlich fuhr er in seinem Rollstuhl schon bald durch den Klinikpark. Klaus Greif half es in dieser Zeit, dass er offen war und auf die Kompetenzen des Teams vertraute. „Ich wusste, das sind Experten, die ihr Bestes für mich tun.“

In allen Kliniken ist das Sportprogramm ein wichtiger Baustein der Therapie. Auch die Vorbereitung auf den neuen Alltag nach der Klinik nimmt viel Raum ein. Wer will, kann noch während der Reha-Phase das Autofahren in speziell umgebauten Fahrzeugen lernen. Der Sozialdienst berät

die Patientin oder den Patienten hinsichtlich der häuslichen Versorgung und meist notwendiger Umbaumaßnahmen, beispielsweise in Küche und Bad. Fünf Monate nach seinem Unfall, im Sommer 2010, konnte Klaus Greif die Klinik verlassen. Er kehrte nicht nur in seine Wohnung, sondern auch in seine berufliche Selbstständigkeit zurück: in sein Fahrradfachgeschäft „Rad & Tat“, mit dem er sich vor dem Unfall einen guten Namen in der Radszene und ein gutes Einkommen gesichert hatte. Dort arbeitet er an drei Tagen pro Woche im Verkauf und gelegentlich auch in der Werkstatt. ●

Was zeichnet die BG-Kliniken aus?

- **Mit allen geeigneten Mitteln**
Eines der auffälligsten Alleinstellungsmerkmale der BG-Kliniken ist ihr gesetzlicher Auftrag zur Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten „mit allen geeigneten Mitteln“ nach dem Sozialgesetzbuch VII, der Rechtsgrundlage der gesetzlichen Unfallversicherung. Denn als Teil der Sozialversicherung in Deutschland ist diese dafür verantwortlich, insgesamt 76 Millionen Versicherte vor Unfallgefahren bei der Arbeit zu schützen, im Bedarfsfall eine möglichst vollständige gesundheitliche, soziale und berufliche Rehabilitation sicherzustellen und für finanzielle Entschädigung zu sorgen.
- **Sektorübergreifende Versorgung**
Weiterhin endet die Arbeit der BG-Kliniken daher nicht – wie bei anderen Krankenhäusern – mit der Entlassung der Patientinnen und Patienten, sondern erst mit ihrer vollständigen Rückkehr in Beruf und Alltag. Dieses Grundprinzip nennt sich sektorübergreifende Versorgung: die enge Verzahnung aller Behandlungsphasen durch ein ganzheitliches Heilverfahren.
- **Offen für alle Patientinnen und Patienten**
Gleichzeitig behandeln die BG-Kliniken aber auch Patientinnen und Patienten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen: Als überregionale Traumazentren innerhalb der Traumanetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie besitzen sie einen umfassenden Versorgungsauftrag für die Gesamtbevölkerung.
- **Spezialisten für Akut- und Rehamedizin**
Die BG-Kliniken sind Spezialeinrichtungen für Akut- und Rehamedizin und Maximalversorger, entsprechend breit ist ihr Behandlungsspektrum. Sie verfügen über besondere Expertise in allen Fachbereichen der Chirurgie und Rehabilitation: In der Therapie von Hand-, Brand- und Rückenmarksverletzungen und der Versorgung von schweren Schädel-Hirn- und Mehrfach-Verletzungen belegen die Kliniken auch international Spitzenpositionen.
- **Selbstverwaltet und gemeinnützig**
Die BG-Kliniken werden bis in die Führungsebenen hinein gemeinsam von versicherten Beschäftigten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern verwaltet, um jederzeit die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung zu erhalten: die möglichst vollständige Rehabilitation von Unfallverletzten und beruflerkranken Menschen. Dabei arbeiten die einzelnen Einrichtungen gemeinnützig und reinvestieren sämtliche Gewinne in die Sicherung und den Ausbau ihrer medizinischen Leistungsangebote.

REHABILITATION DURCH SPORT

ERSTE LIGA

Ob Fußballprofi, Patientin oder Patient in der Rehabilitation: Wer Fachkräfte für Sportmedizin und -therapie aus der ersten Liga sucht, ist in den BG-Kliniken richtig.

Ein wichtiger Wettkampf naht. Plötzlich meldet sich stechender Schmerz im Knie. In Momenten wie diesen schrillen bei Profisportlerinnen und Profisportlern sowie ihren Trainerinnen und Trainern die Alarmglocken. Jetzt kann eine exzellente medizinische Betreuung karriereentscheidend sein. Die sportmedizinischen Zentren der berufsgenossenschaftlichen Kliniken genießen das Vertrauen vieler bekannter Leistungssportlerinnen und Leistungssportler im In- und Ausland und sind deren feste medizinische Partner.

Dabei ist die Expertise der Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapierenden nicht nur im Verletzungsfall und bei Komplikationen gefragt, sondern auch im sportlichen Alltag der Athletinnen und Athleten. Die Teams in den Kliniken unterstützen und begleiten Profisportlerinnen und Profisportler häufig über viele Jahre. Auch mit professioneller Leistungsdiagnostik helfen sie, sportliche Spitzenleistungen zu erbringen.

Spitzenmedizin für den Spitzensport

In der Hauptstadt ist das Unfallkrankenhaus Berlin offizieller Partner des Olympiastützpunktes Berlin und zahlreicher prominenter Profisportlerinnen und Profisportler. Die Mannschaft des Fußball-Erstligisten Hannover 96 wird von Ärztinnen und Ärzten des BG Unfallkrankenhauses Hamburg betreut. In Duisburg steht das „Zentrum für Sportmedizin und Sporttraumatologie“ der dortigen BG-Unfallklinik

den Fußballern des MSV Duisburg zur Seite. Und die BG Unfallklinik Frankfurt am Main unterstützte während der Rollstuhlbasketball-EM 2013 in ihrer Stadt die teilnehmenden Sportlerinnen und Sportler mit Rat und Tat.

Auch auf wissenschaftlicher Ebene spielen die Kliniken ganz oben mit. Bereits zum elften Mal veranstaltet das Unfallkrankenhaus Berlin am 17. November gemeinsam mit der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft das Symposium Hochleistungssport. Die BG Unfallklinik Frankfurt am Main wiederum richtet regelmäßig das „Sportmedizinische Forum“ aus, dieses Jahr am 5. November 2014 zum Thema „Schädelhirn- und Muskelverletzungen im Sport“. Beide Veranstaltungen haben sich zum Muss für Sportmedizinerinnen und Sportmediziner sowie zum renommierten Treffpunkt für Vereinsverantwortliche, Medizinerinnen und Mediziner entwickelt.

Sporttherapie hilft bei der Reha

Die positive Kraft der Bewegung nutzen die BG-Kliniken im Rahmen der Sporttherapie seit vielen Jahren. In angegliederten Sporthallen und Einrichtungen können Patientinnen und Patienten im Rahmen der Rehabilitation gemeinsam mit anderen wiedererlernte Fähigkeiten spielerisch testen.

„Sport unterstützt den Rehabilitationsprozess entscheidend. Er motiviert die Betroffenen nicht nur im Sport selbst, sondern

auch im Leben allgemein“, unterstreicht der Ärztliche Direktor und Ärztliche Geschäftsführer der BG Unfallklinik Frankfurt am Main, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann.

„Sport unterstützt den Rehabilitationsprozess entscheidend. Er motiviert die Betroffenen nicht nur im Sport selbst, sondern auch im Leben allgemein.“

Die Verfahren und Methoden der Sporttherapie im Klinikverbund genießen weltweit hohe Anerkennung. Viele Häuser haben enge Verbindungen zu Interessenverbänden und Sportvereinen. So hat beispielsweise der Deutsche Rollstuhl-Sportverband (DRS) seinen Sitz im BG Unfallkrankenhaus Hamburg. Gemeinsam mit der BG Klinik in Halle führen beide Einrichtungen das Projekt „Rollstuhlsport macht Schule“ durch, bei dem Schülerinnen und Schüler sowie Lehrende für Rollstuhlsport und Inklusion im Sportunterricht sensibilisiert werden.

Behinderte Sportlerinnen und Sportler sind Vorbilder

Welche große Bedeutung Sport für Menschen mit Behinderungen gewinnen kann, belegen auf eindrucksvolle Weise drei Goldmedaillengewinnerinnen, die zugleich im Klinikverbund tätig sind: Kirsten Bruhn, Edina Müller und Ilke Wyludda.

Die Hallenserin Ilke Wyludda hatte bereits 1996 bei den Olympischen Spielen von Atlanta Gold im Diskuswerfen gewonnen und ihre Profikarriere seit zehn Jahren beendet, als ihr 2010 das rechte Bein über dem Knie amputiert werden musste. Sie erhielt 2011 ihre Approbation

Weitere Informationen

Eike Jeske

Bereichsleiter Kommunikation des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung e. V.
E-Mail: eike.jeske@k-uv.de

Sven Pannicke

Referent Öffentlichkeitsarbeit und Marketing des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung e. V.
E-Mail: sven.pannicke@k-uv.de

18. LEGISLATURPERIODE DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES

DER ARBEITSSCHUTZ IM KOALITIONSVERTRAG

Der am 16. Dezember 2013 unterzeichnete Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD dokumentiert, dass Arbeitsschutz und Prävention auch in der 18. Legislaturperiode wichtige politische Handlungsfelder der Bundesregierung sind.

Schutz und Stärkung der physischen wie der psychischen Gesundheit, Humanisierung der Arbeit im Lichte des demografischen Wandels, Erschließung von Synergien zu anderen Politikfeldern, Intensivierung der Forschung und die Einordnung nationaler Vorhaben in die europäischen Bezüge, diese Stichworte markieren wichtige Herausforderungen im Arbeitsschutz für die 18. Legislaturperiode. Grundlage des konkreten Regierungshandelns ist der Koalitionsvertrag vom 16. Dezember 2013, der auch für den Arbeitsschutz bedeutsame Handlungsaufträge enthält. Der Vertrag ist kein Gesetz, sondern eine politische Absichtserklärung im Innenverhältnis der Koalitionäre mit faktischer Wirkkraft.

Schutz vor psychischen Belastungen

Gemessen an früheren Verträgen nimmt der Arbeitsschutz im Regierungsprogramm der 18. Legislaturperiode erfreulicherweise einen recht breiten Raum ein. Vor allem das Ziel, den Gesundheitsschutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen weiter zu stärken, steht im Fokus der Bundesregierung. Im Arbeitsschutzge-

setz ist bereits klargestellt, dass der Gesundheitsbegriff die physische und die psychische Gesundheit umfasst und dass psychische Belastungen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden

„Der Arbeitsschutz nimmt im Regierungsprogramm der 18. Legislaturperiode erfreulicherweise einen recht breiten Raum ein.“

müssen. Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass das Thema bereichsbezogen auch in den bestehenden Arbeitsschutzverordnungen verankert werden soll. Diese Arbeiten sind im Gange. Die Bildschirmarbeitsverordnung, die Biostoffverordnung und die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge enthalten inzwischen solche Klarstellungen. Entsprechende Ergänzungen in den übrigen Arbeitsschutzverordnungen sollen folgen. Der Koalitionsvertrag sieht ferner vor, den Schutz der psychischen Gesundheit bei der Arbeit auch auf

der nicht legislativen Ebene, insbesondere im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), weiter voranzutreiben sowie eine wissenschaftliche Standortbestimmung vorzunehmen und den Erkenntnisstand zu psychischen Belastungsfaktoren sowie zur Verfügbarkeit von Messstandards und der Möglichkeit von Grenzwertfestsetzungen zu verbreitern. Über den Bedarf und die Sinnhaftigkeit weiterer rechtsetzender Schritte bis hin zur Frage einer eigenständigen Verordnung zur psychischen Gesundheit bei der Arbeit soll auf der Grundlage der gewonnenen weiteren wissenschaftlichen Erkenntnisse entschieden werden. Zur Umsetzung dieser wissenschaftlichen Standortbestimmung hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ihre Arbeiten aufgenommen mit dem Ziel, bis 2016 eine umfassende Analyse zum Thema der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt vorzulegen.

Stärkung der physischen Gesundheit

Neben der psychischen Gesundheit spielen auch Fragen einer Stärkung der physischen

Autoren



Michael Koll

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Unterabteilung IIIb
E-Mail: michael.koll@bmas.bund.de



Achim Duve

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Referent im Referat Arbeitsschutzrecht, Arbeitsmedizin, Prävention
E-Mail: achim.duve@bmas.bund.de



Der Arbeitsschutz nimmt in der Bundesregierung eine wichtige Rolle ein.

Gesundheit im Regierungsprogramm eine wichtige Rolle. Im Koalitionsvertrag heißt es dazu: „Der Schutz und die Stärkung der physischen Gesundheit in besonders belastenden Tätigkeiten werden weiter verbessert“. Konkrete Anknüpfungspunkte sind Handlungsaufträge für legislative Schritte zur Anpassung einiger Arbeitsschutzverordnungen.

Betriebssicherheitsverordnung

Zunächst soll die seit ihrem Erlass im Jahr 2002 im Wesentlichen unveränderte Betriebssicherheitsverordnung neu gefasst werden. Ziele sind die Beseitigung inzwischen bekannt gewordener rechtlicher und fachlicher Mängel, eine bessere Umsetzung von EU-Recht, der Abbau von Standard- und Bürokratiekosten, die Beseitigung von Doppelregelungen, insbesondere beim Explosionsschutz und bei der Prüfung von Arbeitsmitteln, die Verbesserung der Schnittstellen zu anderen Rechtsvorschriften und nicht zuletzt eine

Verbesserung der Anwendbarkeit durch die Arbeitgeber. Besondere Schwerpunkte sind die Verbesserung der Regelungen zur Instandhaltung von Arbeitsmitteln, zur Berücksichtigung ergonomischer Gesichtspunkte und psychischer Belastungen bei der Benutzung von Arbeitsmitteln und zur Sicherheit von Aufzugsanlagen.

„Vor allem das Ziel, den Gesundheitsschutz der Beschäftigten vor psychischen Belastungen weiter zu stärken, steht im Fokus der Bundesregierung.“

Gefahrstoffverordnung

Ferner wird 2015 die Gefahrstoffverordnung zu ändern sein, um den Schutz der Beschäftigten vor krebserzeugenden Chemikalien zu verbessern. Dazu sollen ein grundlegend neues Risikokzept einge-

führt und effektive Grenzwerte festgelegt werden. Das BMAS wird sich dabei auf europäischer Ebene auch für die Herstellung einer besseren Kompatibilität zwischen den europäischen Gefahrstoff-Arbeitsschutzrichtlinien und den europäischen Verordnungen zum Inverkehrbringen von Chemikalien (REACH und CLP-Verordnung) einsetzen, um widersprüchliche Regelungen zu vermeiden, die in den Betrieben einen wirksamen Schutz der Beschäftigten vor Gesundheitsgefährdungen durch Gefahrstoffe verhindern.

Arbeitsstättenverordnung

Auch die Arbeitsstättenverordnung wird novelliert werden. Insbesondere sollen die Anforderungen an Bildschirmarbeitsplätze aus der Bildschirmarbeitsverordnung inhaltsgleich in die Arbeitsstättenverordnung übertragen werden. Weitere Änderungsvorschläge betreffen die Wiedereinführung von Regelungen zur Sichtverbindung aus Arbeitsräumen nach

» Neben der psychischen Gesundheit spielt auch die Stärkung der physischen Gesundheit im Regierungsprogramm eine wichtige Rolle. «

außen, bessere Regelungen für Telearbeitsplätze und die Einführung einer die Arbeitsstätte betreffenden Unterweisungsverpflichtung des Arbeitgebers.

Elektromagnetische Felder

Ein weiteres Beispiel für physische Belastungen der Beschäftigten ist die zunehmende berufliche Exposition gegenüber elektromagnetischen Feldern, zum Beispiel beim Schweißen, in der Metallherstellung und -verarbeitung, in der Galvanik, bei der Elektrolyse, beim Leitungsbau und bei medizinischen Anwendungen. Über die Beschäftigten hinaus ist dies auch für die breite Öffentlichkeit von Interesse, vor allem bei den Themen Handystrahlung, LTE, Induktionsöfen, Träger von Implantaten und Stromleitungstrassen. Die Umsetzung der 2013 verabschiedeten europäischen Richtlinie Elektromagnetische Felder (EMF-Richtlinie) durch eine neue Rechtsverordnung zum Arbeitsschutzgesetz – voraussichtlich im nächsten Jahr – wird daher allgemeine Aufmerksamkeit und Beachtung finden.

Forschung

Auch der Bereich der Forschung bleibt im Fokus. Hier lassen sich aus dem Koalitionsvertrag einige Impulse herauslesen: Der forschungsbezogene Aktionsradius der BAuA wird unterstützt. Er konzentriert sich derzeit vor allem auf strategiebasierte Programmforschung und systematische Aktivitäten zur vorausschauenden wissenschaftlichen Erfassung und Bewertung relevanter Trends und Entwicklungen im Ar-

beitsschutz. Aktuelle Schwerpunkte sind die Forschungsfelder

- anwendungssichere Chemikalien und Produkte gewährleisten,
- Arbeit im Betrieb menschengerecht gestalten,
- arbeitsbedingte Erkrankungen vermeiden – Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fördern und
- Auswirkungen des Wandels der Arbeitswelt verstehen/Arbeitsschutzinstrumente weiterentwickeln.

Präventionsgesetz

Mit seinen allgemeinen Aussagen zur engeren Verknüpfung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz bleibt der Koalitionsvertrag an dieser Stelle konkretisierungsbedürftig. Konkretisierungen sind vor allem von dem für diese Legislaturperiode vorgesehenen neuen Präventionsgesetz zu erwarten. Dazu heißt es im Koalitionsvertrag: „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht.“ Für das BMAS ist wichtig, dass in einem solchen Gesetz die Verpflichtung aller Präventionsträger (also auch der gesetzlichen Unfallversicherung) zur besseren wechselsei-

tigen Zusammenarbeit, die Festlegung konkreter Präventionsziele durch den Deutschen Bundestag und die Abstimmung der Präventionsziele mit den Zielen der GDA klar zum Ausdruck kommen.

Arbeitsmedizinische Vorsorge

Aufgrund der demografischen Entwicklung, die mit längeren Lebensarbeitszeiten verbunden ist, gewinnt ferner die Arbeitsmedizin wesentlich an Bedeutung. Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) leistet einen wichtigen Beitrag zur rechtssicheren Gestaltung der individuellen betrieblichen Prävention in der modernen Arbeitswelt. Durch die Novellierung der ArbMedVV Ende 2013 wurden die Selbstbestimmungs- und Datenschutzrechte der Beschäftigten nochmals gestärkt sowie die Grundlagen für eine ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge und eine bessere Verknüpfung mit der Verhältnisprävention geschaffen. Die Integration der Wunschvorsorge in die ArbMedVV verdeutlicht, dass arbeitsmedizinische Vorsorge bei grundsätzlich allen Tätigkeiten in Betracht kommt. Arbeitsmedizinische Vorsorge soll nicht auf bestimmte Einzelexpositionen beschränkt bleiben, sondern die gesamte Arbeitssituation einbeziehen. Durch die Änderungsverordnung wurde nochmals klargestellt, dass Untersuchungen zum Nachweis der gesundheitlichen Eignung von Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu trennen sind. Der Anhang der ArbMedVV wurde mit der Novellierung an den Stand der Wissenschaft angepasst.

Ausschuss für Arbeitsmedizin

Der Ausschuss für Arbeitsmedizin mit Vertretern der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie praktisch und wissenschaftlich tätigen Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern erarbeitet Arbeitsmedizinische Regeln (AMR) zur Konkretisierung der ArbMedVV. Dazu gehören die AMR 3.1 zum Thema, welche Informationen dem Arzt über die Arbeitsplatzverhältnisse vorliegen müssen, die AMR 6.3 zur Vorsorgebescheinigung sowie die AMR 6.4 zu den Mitteilungen an den Arbeitgeber bei Arbeitsschutzmängeln. Zudem erarbeitet der AfAMed Arbeitsmedizinische Empfehlungen (AME), zuletzt zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Arbeitsmedizinische Regeln und Arbeitsmedizinische Empfehlungen unterstützen Betriebe und Betriebsärzte dabei, den Gesundheitsschutz der Beschäftigten zu stärken, arbeitsbedingte Erkrankungen zu reduzieren und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen. Übergreifende Ziele sind die Verbesserung der Präventionskultur in den Betrieben und die Steigerung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten. Die Stärkung der arbeitsmedizinischen Prävention bedarf auch der Förderung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses. Der AfAMed hat 2013 eine Konferenz zu diesem Thema ausgerichtet. Das BMAS und viele andere Arbeitsschutzakteure unterstützen das daraus hervorgegangene Aktionsbündnis zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses.

Arbeitsschutz in Europa

Schließlich gibt es auch auf europäischer Ebene einige neue Entwicklungen im Arbeitsschutz. Im Juni hat die scheidende Kommission anstelle einer umfassenden neuen EU-Gemeinschaftsstrategie eine „Mitteilung über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicher-

heit am Arbeitsplatz 2014–2020“ vorgelegt. Es handelt sich dabei im Kern allerdings eher um eine Konsolidierung der alten Strategie ohne wirkliche Neuausrichtung im Sinne einer umfassenden EU-Arbeitsschutzstrategie. Daneben intensiviert die Kommission ihre Bemühungen um Entbürokratisierung und Deregulierung des Vorschriften- und Regelwerks und hat ein Programm zur Effizienz und Leistungsfähigkeit von Rechtsvorschriften (REFIT) vorbereitet.

Überarbeitung der Binnenmarkt Richtlinien

Im Bereich des Binnenmarktes ist die Überarbeitung von fünf Binnenmarkt Richtlinien, für die das BMAS die Federführung hat, inzwischen abgeschlossen. Dies sind die

- Niederspannungsrichtlinie,
- Richtlinie über einfache Druckbehälter,
- Druckgeräterichtlinie,
- ATEX-Richtlinie und
- Aufzugsrichtlinie.

Die Richtlinien sind (mit Ausnahme der Druckgeräterichtlinie) bis zum 19. April 2016 in nationales Recht umzusetzen. Mit ersten konzeptionellen Überlegungen und Vorarbeiten zur Änderung der entsprechenden Produktsicherheitsverordnungen (1., 6., 11. und 12. ProdSV) wurde begonnen.

Druckgeräterichtlinie

Die Druckgeräterichtlinie (2014/68 EU) ist bis zum 19. Juni 2016 in nationales Recht umzusetzen. Zu beachten ist, dass für den CLP-Teil der Richtlinie, das heißt für die Einstufung von in Druckgeräten verwendeten Fluiden in Gefahrenklassen, gemäß

Artikel 13 eine gesonderte, vorgezogene Umsetzungsfrist (28. Februar 2015, Anwendung ab 1. Juni 2015) vorgesehen ist. Das BMAS beabsichtigt, die Umsetzung der Druckgeräterichtlinie in einem Schritt vorzunehmen.

Revision von Richtlinien

Am 27. März 2014 hat die EU-Kommission ihren Vorschlag für eine Revision der Richtlinie für persönliche Schutzausrüstung (COM [2014] 186 final) und am 12. Mai 2014 ihren Vorschlag für eine Revision der Richtlinie über Gasverbrauchseinrichtungen (COM [2014] 258 final) veröffentlicht. Die Verhandlungen im Rat zu beiden Rechtsakten laufen und werden federführend seitens des BMAS begleitet. Die Kommission schlägt für beide Rechtsakte die Rechtsform einer EU-Verordnung vor. Inhaltlich konzentrieren sich die Änderungen unter anderem auf eine Anpassung an den New Legislative Framework (NLF), eine Klarstellung des jeweiligen Anwendungsbereiches, eine Einführung bisher fehlender Begriffsbestimmungen und eine Anpassung der grundlegenden Anforderungen an den Stand der Technik.

Produktsicherheit

Die Verhandlungen für eine neue Produktsicherheitsverordnung sowie eine übergreifende Marktüberwachungsverordnung (das sogenannte Produktsicherheitspaket) sind seit Ende 2013 ins Stocken geraten. Hintergrund ist die in der Produktsicherheitsverordnung enthaltene Ursprungslandkennzeichnung. Das Europäische Parlament hat am 15. April 2014 in erster Lesung über die Gesetzentwürfe abgestimmt, um die bisher geleistete Arbeit zu konsolidieren und an das nächste Parlament zu übergeben. Der im Rat umstrittenen Ursprungslandkennzeichnung hat das Europäische Parlament zugestimmt. ●

PRÄVENTIONSFELD DER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER

STATUS QUO BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Neben der Beratung der Mitgliedsbetriebe zum Thema haben Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auch bei den Unfallversicherungsträgern selbst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.

Unfallversicherungsträger beraten ihre Mitgliedsunternehmen mit großem Angebots- und Kompetenzspektrum bei der Implementierung eines ganzheitlichen Be-

„Wie können die Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Unfallversicherungsträger ihrem Präventionsauftrag für die eigenen Beschäftigten gerecht werden?“

trieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Darüber hinaus hat das Thema bei den Unfallversicherungsträgern selbst in den letzten Jahren ebenfalls einen höheren Stellenwert erhalten¹. Zunehmend werden Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für die eigenen Beschäftigten umgesetzt, und ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement wird aufgebaut.

Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten sollen dabei gemäß dem gemeinsamen Verständnis „Gesund-

heit im Betrieb“ der Unfallversicherungsträger² erhalten und gefördert werden.³

Mittlerweile ist ein intensiver Austausch zwischen den „BGM-Akteuren“ der Unfallversicherungsträger darüber entstanden, wie sie ihrem Präventionsauftrag für die eigenen Beschäftigten gerecht werden. Die bereits zahlreichen Umsetzungsbeispiele werden auszugsweise im Folgenden beschrieben, um so weiteren Austausch anzuregen und andere Unfallversicherungsträger mit ihren Ansätzen ebenfalls in dieses Netzwerk einzuladen.

Strukturelle Voraussetzungen

Nur eine systematische Integration von Sicherheit und Gesundheit mit Unterstützung durch Führungskräfte, entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen sowie unter Beteiligung der Beschäftigten kann eine nachhaltige Wirksamkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gewährleisten. Bei einigen Unfallversicherungsträgern startete man mit verhaltensbezogenen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder mit einem Projektauftrag, um Ziele und das weitere Vorgehen abzulei-

ten. Aktuell werden verschiedene strukturelle Ansätze verfolgt, die jeweils auf ihre Weise Wirkung entfalten. Verankert in Präventionsabteilungen oder im Bereich Personal wurden teilweise eigens Referenten- und Gesundheitsmanagerstellen geschaffen oder Zeitressourcen bereitgestellt. Alternativ koordinieren einzelne Beauftragte die Aktivitäten.

Die Steuerung erfolgt dabei über ein Gremium, in dem alle wichtigen Akteure auch des bestehenden Arbeitsschutzes eingebunden werden. Bei einem Unfallversicherungsträger wurde das Thema zudem im Handbuch des internen Arbeitsschutzes verankert. Eine schriftliche Fixierung in dieser oder ähnlichen Formen, wie Betriebsvereinbarungen oder Leitlinien, ist noch in wenigen Häusern vorhanden. Sie bildet jedoch eine wichtige Grundlage für ein langfristig wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Gesundheitsbezogenes Führen

Die aktive Unterstützung durch Führungskräfte ist für die nachhaltige Umsetzung unabdingbar. Entsprechend wird das Thema bei den Unfallversicherungs-

Autorin und Autor



Friederike Maria Engst

Koordinatorin des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
E-Mail: friederike.engst@dguv.de



Matthias Warken

Referent Betriebliches Gesundheitsmanagement, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW)
E-Mail: m.warken@bghw.de

trägern in Führungskräftebildungen und -konferenzen integriert, und Führungskräfte werden in Gesundheitszirkel eingebunden. Darüber hinaus wurde beispielsweise eine Fachtagung „Gesund führen“ organisiert. Hierbei geht es nicht nur darum, welche Aufgaben Führungskräfte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement übernehmen können, sondern auch, welchen Unterstützungsbedarf sie dabei haben.

Organisationsbezogene Maßnahmen

Um langfristig die richtigen Angebote und Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement umzusetzen, ist ein systematisches Vorgehen von der Analyse hin zur Maßnahmenableitung wichtig. Bei den Unfallversicherungsträgern werden Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen, Gefährdungsbeurteilungen, Arbeitsplatzbegehungen und anderen Verfahren genutzt. Darüber hinaus kann eine Analyse des Status quo zum Beispiel mithilfe des „BGM-Checks“ helfen, bereits Erreichtes und offene Handlungsfelder aufzuschlüsseln. In Gesundheitszirkeln oder Workshops werden Stärken und Schwächen beleuchtet, um so Ressourcen wie auch Handlungsbedarf aufzudecken. Verschiedene Unfallversicherungsträger richten bei der Analyse ein besonderes Augenmerk auf Geschlechtsunterschiede oder den Bedarf von Menschen mit Behinderung und leiten zielgruppengerechte Maßnahmen ab. Ein Austausch über die zielgruppenorientierte Herangehensweise bei anderen Unfallversicherungsträgern kann dabei helfen, diesen Bereich weiterzuentwickeln.

Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wird zum Beispiel mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, Kinderbetreuung, Unterstützung in Pflegefällen oder Leitlinien zum familienbewussten Führen angegangen. Darüber hinaus spielen Weiterbildungsmöglichkeiten ebenso eine Rolle wie ein leichter Zugang zu ergonomischen Büroausstattungen. Auch die Einrichtung von gut ausgestatteten „BGM-Räumen“, die als Bewegungs-, Entspannungs- oder Rückzugsort dienen, ist ein interessanter Ansatz bei einigen Unfallversicherungsträgern.

In den letzten Jahren haben viele Unfallversicherungsträger fusioniert, Umstrukturierungen haben zu Veränderungen in Teams geführt. Um das soziale Klima zu stärken, bieten die Unfallversicherungsträger Teamentwicklung oder auch kollegiale Beratung an.

Einige Unfallversicherungsträger greifen zudem für die Primärprävention bei beruflichen, familiären, gesundheitlichen oder anderen persönlichen Fragestellungen auf externe Mitarbeiterberatungen zurück. Diese bieten für die Beschäftigten ein kostenloses und anonymes Beratungsangebot.

Verhaltensbezogene Maßnahmen

Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung dienen in vielen Häusern als Einstieg ins Betriebliche Gesundheitsmanagement und bieten die Möglichkeit, Aufmerksamkeit für das Thema zu erzeugen. Die Angebote reichen von Gesundheitstagen, gesunder Ernährung, Massagen, Rückenkursen, Sport- und Seminarangeboten bis hin zu Ideen, wie man das soziale Klima verbessern kann.

„Gesundheitskurse mit Inhalten von der klassischen Rückenschule bis hin zum konditionellen Boxen kommen gut an.“

Ob nun mit dem Slogan „Sei kein Forscher – Nimm die Treppe!“ zur Treppennutzung aufgerufen wird oder mittags eine Gruppe zu einem kurzen gemeinsamen Treppenlauf im Gebäude startet – mit zahlreichen Ideen wird versucht, einen Ausgleich zum ständigen Sitzen und zu bewegungsarmen Tätigkeiten zu schaffen.

Bewegungspausen haben bei vielen Unfallversicherungsträgern Anklang gefunden. So werden bei der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mehrmals wöchentlich Ausgleichsübungen angeboten, in der Regel angeleitet von Kolleginnen und Kollegen aus den eigenen Häusern. Gesundheitskurse mit Inhalten von der

klassischen Rückenschule bis hin zum konditionellen Boxen kommen gut an.

Evaluation

Bezüglich der Evaluation von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sehen die „BGM-Akteure“ der Unfallversicherungsträger noch starken Handlungs- und Entwicklungsbedarf. Aktuell werden durch Auswertungen von Inanspruchnahme, Rückmeldungen durch Beschäftigte, wiederholte Befragungen sowie mithilfe von Protokollen der Steuergremien erste Bewertungen vorgenommen. Das Thema soll auf weiteren Treffen der internen „BGM-Akteure“ verstärkt in den Mittelpunkt gerückt werden.

Wie geht es weiter?

Betriebliches Gesundheitsmanagement gestaltet sich als kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Jeder Unfallversicherungsträger steht dabei vor unterschiedlichen Herausforderungen mit eigenen Schwerpunkten und Herangehensweisen. Die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches bietet sich wieder beim Fachgespräch „Betriebliche Gesundheitsförderung/Betriebliches Gesundheitsmanagement“ in Dresden im Januar 2015. Hier treffen Akteure des Unfallversicherungs-internen Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf einschlägige Experten aus der Prävention. ●

Fußnoten

[1] Engst, F. M.; Wetzstein, A.: Forschung und Beratung für die UV-Träger sowie die Umsetzung des internen BGM der DGUV. In: DGUV Forum 7-8/2012, S. 24–25

[2] Bindzius, F.; Knoll, A.: Das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“. In: DGUV Forum 12/2011, S. 26–31

[3] Das „Gemeinsame Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes Gesundheit im Betrieb durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)“ kann unter www.dguv.de > Webcode: d125303 heruntergeladen werden.

[4] Schmidt, N.: Erfassung des Status Quo des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Organisationen. In: DGUV Forum 12/2013, S. 38–39.

AUS DER FORSCHUNG

DAS IPA – EXPOSITIONSLABOR

Forschung für die Ableitung qualitätsgesicherter Grenzwerte am Arbeitsplatz: Im ExpoLab werden Expositionen am Arbeitsplatz simuliert, um Risiken zu bewerten, Grenzwerte von Gefahrstoffen festzusetzen und Schutzmaßnahmen auszuwählen. Die Ergebnisse der Untersuchungen können einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz leisten.

Expositionen gegenüber luftgetragenen Substanzen wie Gasen, Dämpfen und Partikeln haben als Gesundheitsrisiken an vielen Arbeitsplätzen nach wie vor eine große Bedeutung. Für die Risikobewertung und Grenzwertfestsetzung von

„Übergeordnetes Ziel ist es, ohne Risiko für die Probandinnen und Probanden mögliche gesundheitsgefährdende Effekte eindeutig zu identifizieren.“

Gefahrstoffen und die Auswahl weiterer Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz sind standardisierte Expositionen im Expositions-labor besonders gut geeignet. Hier können akute lokale und systemische Effekte durch Arbeitsstoffe direkt am Menschen exakt erfasst werden. Nach der Bewertung, ob es sich bei diesen Effekten um adverse Wirkungen mit dem Risiko einer Gesundheitsschädigung handelt, können die Ergebnisse solcher Studien einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz leisten.

Das IPA – Expositions-labor

Das 2010 in Betrieb genommene Expositions-labor (kurz: ExpoLab) am Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA) kann bei Fragestellungen aus der Toxikologie im Bereich der Atemwege und Lungen, der Dermatotoxikologie (Hautpenetration von Gefahrstoffen) und aus der Chemosensorik zum Einsatz kommen. Unter Chemosensorik versteht man den Geschmackssinn, den Geruchssinn sowie den allgemeinen chemischen Sinn. Diese Sinne dienen der Wahrnehmung flüchtiger oder gelöster chemischer Stoffe aus der Umwelt. Es kann auch genutzt werden für ausgewählte Fälle der Diagnostik im Berufs-krankheitenverfahren, wenn standardisierte Expositionen von nicht wasserlöslichen Substanzen im individuellen Falle bewertet werden müssen und entsprechende Daten aus der Literatur fehlen.

Außerdem kommt es aufgrund der nur eingeschränkten Übertragbarkeit von Tierstudien auf den Menschen zu einem steigenden Bedarf an sicher durchzuführenden Humanstudien mit luftgetragenen Partikeln, um bei gesundheitsbasierten Schutzmaßnahmen und der Ableitung

von entsprechenden Arbeitsplatzgrenzwerten beizutragen. Durch die Generierung verschiedener Expositionshöhen können Dosis-Wirkungsbeziehungen dargestellt werden. Im ExpoLab werden sowohl sitzende Tätigkeiten als auch körperlich anstrengende Tätigkeit simuliert. An das ExpoLab grenzen ein Beobachtungsraum für das medizinische Personal und ein Vorbereitungsraum für die Generierung und Überwachung der Expositions-atmosphäre an.

Die Untersuchungen an freiwilligen Probandinnen und Probanden werden nach Prüfung des Studienprotokolls durch die Ethik-Kommission der Ruhr-Universität Bochum unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben und unter kontrollierten und standardisierten Expositionsbedingungen durchgeführt. Die Höhe der Exposition orientiert sich an den geltenden Grenzwerten am Arbeitsplatz, der Fragestellung und den bislang verfügbaren Literaturdaten. Übergeordnetes Ziel ist es, ohne Risiko für die Probandinnen und Probanden mögliche gesundheitsgefährdende Effekte eindeutig zu identifizieren.

Schwerpunkt bei den Studien im Expositions-labor ist die Bewertung sensorischer Effekte (Geruch, Irritation) im Hinblick auf ihre potenzielle Adversität; dabei werden vornehmlich solche Stoffe bearbeitet, bei denen bislang aufgrund unzulänglicher humaner Daten eine Grenzwertfestsetzung nicht möglich ist und bei denen aufgrund ihres modellhaften Charakters Erkenntnisse in einem übergreifenden Maße zu erwarten sind. Bisher wurden folgende Humanstudien im ExpoLab

Autor



Prof. Dr. Thomas Brüning

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA)
E-Mail: bruening@ipa-dguv.de



Die Untersuchungen werden unter kontrollierten und standardisierten Expositionsbedingungen durchgeführt.

durchgeführt: Expositionen gegenüber Anilin, Ethylacetat, Ethylacrylat, Kohlendioxid und Ozon. In Vorbereitung ist die Exposition gegenüber Zinkoxid.

Für die Erfassung und Bewertung der lokalen wie systemischen Effekte durch Arbeitsstoffe im Rahmen der ExpoLab-Studien stehen am IPA verschiedene Untersuchungsmethoden zur Verfügung: Hierzu gehört die Messung physiologischer Parameter wie Lidschlussfrequenz,

„Etwa die Hälfte der deutschen Grenzwerte für Gefahrstoffe am Arbeitsplatz beruht auf der Vermeidung von Irritationen durch Reizstoffe.“

Herzfrequenzvariabilität, Atemfrequenz, -tiefe und Blutgasanalyse. Um sehr frühe, aber verlässliche Zeichen der schädlichen Wirkungen auf die Atemwege ermitteln zu können, werden Botenstoffe, Entzündungsmarker und bestimmte Zellpopulationen in Proben, die mit nicht-invasiven Methoden aus den Atemwegen gewonnen wurden, gemessen. Mit dem

Biomonitoring werden quantitativ Gefahrstoffe und deren Stoffwechselprodukte im Blut und Urin bestimmt und damit Studien zur Aufnahme und zum Metabolismus von Arbeitsstoffen im Expositionslabor möglich.

Reizstoffe – Verfahrensvorschlag für die Grenzwertfestsetzung

Die häufigste Ursache von Irritationen der Augen und Atemwege sind zahlreiche Reizstoffe. In der Luft am Arbeitsplatz können sie zu Belästigungen, Geruchs- und Reizeffekten, Entzündungsreaktionen und manchmal manifesten Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege führen. Etwa die Hälfte der deutschen Grenzwerte für Gefahrstoffe am Arbeitsplatz beruht auf der Vermeidung von Irritationen durch Reizstoffe. Aufgrund der großen Bedeutung unterstützt die DGUV seit vielen Jahren die „Reizstoffforschung“ am Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfAdo), die eng mit den Arbeiten am IPA verknüpft ist.

Zudem hat die von Prof. Brüning geleitete gemeinsame Arbeitsgruppe „Grenzwertableitung bei lokalen Effekten“ des Ausschusses für Gefahrstoffe und der MAK-Kommission der DFG ein einheitliches

Vorgehen für die Ableitung von Grenzwerten für diese große Gruppe von Gefahrstoffen mit Reizwirkung an den oberen Atemwegen erarbeitet, das unter dem Titel „Sensory irritation – A basis for setting OELs“ in der Zeitschrift „Archives of Toxicology“ erschienen ist¹. Für die zukünftige Bewertung von Gefahrstoffen stellt diese Veröffentlichung eine wichtige Grundlage dar, da hier exemplarisch an einer Reihe modellhafter Gefahrstoffe mit Reizwirkung durch Vergleichsbetrachtungen zwischen Mensch und Tier ein Verfahrensvorschlag für regulatorische Gremien entwickelt wurde. Die Forschungsergebnisse der gemeinsamen Reizstoffforschung des IPA mit dem IfAdo sind dabei maßgeblich mit einbezogen worden. ●

Fußnote

[1] Brüning, T.; Bartsch, R.; Bolt, H. M.; Desel, H.; Drexler, H.; Gundert-Remy, U.; Hartwig, A.; Jäckh, R.; Leibold, E.; Pallapies, D.; Rettenmeier, A. W.; Schlüter, G.; Stropp, G.; Sucker, K.; Triebig, G.; Westphal, G.; van Thriel, Ch.: Arch Tox 2014; Epub ahead of Print: DOI: 10.1007/s00204-014-1318-3

HAUTARZTVERFAHREN

SYSTEMISCHE THERAPIE AUS SICHT EINES UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGERS

Eine systemische Therapie kann von Unfallversicherungsträgern bei der Beauftragung von Dermatologinnen und Dermatologen unter Genehmigungsvorbehalt gestellt werden. Ist diese Praxis gerechtfertigt?

1. Einleitung

Der Verfasser geht der Frage nach¹, ob Unfallversicherungsträger berechtigt sind, bei Erteilung von Behandlungsaufträgen an Dermatologinnen und Dermatologen im Rahmen des Hautarztverfahrens² die Kostenübernahme für die Durchführung einer systemischen Therapie ausdrücklich auszunehmen beziehungsweise unter einen gesonderten Genehmigungsvorbehalt zu stellen. Eine entsprechende Praxis vieler gesetzlicher Unfallversicherungsträger ist auf Kritik aus der Ärzteschaft gestoßen³.

Grundlage der in Rede stehenden Behandlungsaufträge an Dermatologinnen und Dermatologen ist der von der DGUV empfohlene Formtext A 6450. In diesem Formtext heißt es unter anderem: „Bitte führen Sie bis zum ... eine hautfachärztliche Therapie durch ... Veranlassen Sie bitte alle hierzu geeigneten Maßnahmen ... Unser Behandlungsauftrag erstreckt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf eine Behandlung mit systemischen Therapien (zum Beispiel Alitretinoin, Zyklosporin, Glukokortikosteroid). Bitte sprechen Sie uns vor Einleitung der Therapie an, wenn Sie diese im Ausnahmefall für indiziert betrachten. Sie geben uns damit auch die Möglichkeit, zusätzliche flankierende

Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention zu ergreifen“⁴.

„Im Jahr 2012 sind den Unfallversicherungsträgern 24.385 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit (BK) 5101 einschließlich der Hautarztberichte zur Früherkennung von Hauterkrankungen zugegangen.“

Den Ergebnissen einer Onlineumfrage der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie e. V. (ABD) bei ihren Mitgliedern im Oktober 2013 zufolge sehen rund 2/3 der insgesamt 182 Dermatologinnen und Dermatologen, die sich an der Umfrage beteiligt haben (Response Rate 21,3 Prozent), die Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern als gut oder sehr gut an. Allerdings würden – so heißt es in der Veröffentlichung der Umfrageergebnisse – an zweiter Stelle der Kritikpunkte „Eingriffe in die Behandlungsfreiheit“ genannt. Außerdem werde in den freien Kommentaren die von zahlreichen Unfallversicherungsträgern berichtete Praxis kritisiert, die Genehmi-

gung einer leitliniengerechten Therapie ohne Begründung abzulehnen.⁵

2. Mengengerüste und Zahlen

Valide Zahlen für alle Unfallversicherungsträger über die Häufigkeit und Dauer systemischer Therapien im Hautarztverfahren, insbesondere solcher mit der Anwendung des Medikaments Toctino®, sind nicht verfügbar. Eine Abschätzung der Größenordnung ist aber möglich.

Im Jahr 2012 sind den Unfallversicherungsträgern 24.385 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit (BK) 5101 einschließlich der Hautarztberichte zur Früherkennung von Hauterkrankungen zugegangen.⁶ In 17.453 Fällen der BK 5101 haben die Unfallversicherungsträger in 2012 nach Meldung der Hauterkrankung eine erste versicherungsrechtliche Entscheidung im Sinne des § 3 BKV getroffen und als solche der DGUV für die Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens gemeldet.⁷ Bei diesen möglichst frühzeitig zu treffenden Entscheidungen, deren Zeitpunkt die Kennzahl „Frühintervention“ als eine der Kennzahlen für die Bestimmung der Prozessqualität im Berufskrankheiten-Verfahren definiert⁸, dürfte es sich hauptsächlich um Behandlungsaufträge an Dermatologinnen und Dermatologen im Hautarztverfahren handeln.

Für die Beantwortung der Frage, in welcher Größenordnung sich der Anteil der Fälle mit Toctino®-Verordnung an diesen § 3-Entscheidungen in etwa bewegt, können die Ergebnisse einer Umfrage der DGUV unter ihren Mitgliedern herangezogen werden, die diese im Februar 2013 gehalten hat⁹. Danach sind in den vorausgegangenen zwei Jahren bundesweit schätzungsweise jeweils 850 bis 900 Fälle mit der ärztlichen Empfehlung einer

Autor



BGW/Jan Haeselich

Jörg Schudmann

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: joerg.schudmann@bgw-online.de

Therapie mit Toctino® im Hautarztverfahren aufgetreten. Den Angaben der teilnehmenden Unfallversicherungsträger zufolge sind in der überwiegenden Zahl der Fälle die Kosten für dieses Medikament übernommen worden. Gründe für die Ablehnung der Kostenübernahme im Einzelfall seien zum Beispiel eine unklare Diagnose oder Zweifel an einem schweren chronischen Handekzem im Sinne der Leitlinie „Management von Handekzemen“¹⁰, noch nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten der Anwendung lokaltherapeutischer Maßnahmen oder eine fehlende Kausalität gewesen.¹¹ Geht man für 2012 von etwa 17.000 erstmaligen § 3-Entscheidungen im Hautarztverfahren und circa 850 bis 900 Fällen mit einer ärztlichen Verordnung von Toctino® aus, beträgt der Anteil der Toctino®-Fälle rund 5 Prozent.

Die der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur Verfügung stehenden Daten sind genauer, weil die BGW seit 2009 die Verordnung von Toctino® im Hautarztverfahren besonders kennzeichnet und dadurch statistisch auswerten kann. Der Anteil der Fälle mit einer Verordnung von Toctino® an allen Fällen mit Leistungen nach § 3 Abs. 1 BKV lag bei der BGW in 2011 und 2012 bei jeweils knapp 2 Prozent¹² (siehe Abbildung 1).

Insgesamt lassen weder die Daten der DGUV noch die der BGW eine auffällig häufige Anwendung des Medikaments

Toctino® oder eine kritisch offensive Verordnungspraxis der behandelnden Dermatologinnen und Dermatologen erkennen.

Auch der Zeitpunkt, zu dem Dermatologinnen und Dermatologen eine Therapie mit Toctino® im Hautarztverfahren beginnen, erscheint unter Berücksichtigung der BGW-Daten unspezifisch, wie Abbildung 2 zeigt.

Die Entwicklung der Kosten für Toctino® bei der BGW erlaubt einen vorsichtigen Rückschluss auf die Dauer der systemischen Therapie mit diesem Medikament. Abbildung 3 zeigt, welche Gesamtkosten für Arzneimittel in Fällen entstanden sind, die 2011 und 2012 bei der BGW gemeldet wurden und in denen die Sachbearbeitung das Statistikkennzeichen für Toctino® vergeben hat. Die Auswertung konnte aus datentechnischen Gründen aber nicht auf Kosten für das Medikament Toctino® begrenzt werden, sondern beinhaltet auch andere im Hautarztverfahren zu Lasten der BGW verordnete Arzneimittel.

Nach Ziffer 7.5.1. der Leitlinie „Management von Handekzemen“ (Stand 11/2008)¹⁰ soll die Therapie mit Alitretinoin über 12 bis 24 Wochen beziehungsweise bis zur Abheilung durchgeführt werden. Bei einer Tagesdosis von einer Tablette und einem Packungspreis von etwa 660 bis 700 Euro für 30 Tabletten kostet eine 3- bis 6-monatige Therapie zwischen 2.000 und 4.200 Euro. Knapp die Hälfte der in 2011 und 2012 bei der BGW unter anderem im Zusammenhang mit Tocti-

no® entstandenen Medikamentenkosten liegt bei bis zu 3.500 Euro, rund 4/5 bei bis zu 6.000 Euro. Auch wenn unklar ist, wie hoch der Anteil der Kosten für andere Arzneien an diesen Gesamtkosten ist, spricht die in Abbildung 3 gezeigte Auswertung dafür, dass sich die Dauer der Therapie mit Toctino® zumeist im Rahmen des in der Leitlinie genannten Zeitraums von bis zu 24 Wochen bewegt.

„Valide Zahlen für alle Unfallversicherungsträger über die Häufigkeit und Dauer systemischer Therapien im Hautarztverfahren sind nicht verfügbar.“

Die Kostenauswertung zeigt aber auch, dass die Medikamentenkosten im Einzelfall beachtlich anwachsen und Anlass zu einer kritischen Prüfung durch den zuständigen Unfallversicherungsträger geben können. Hinsichtlich des Erfolgs einer Therapie mit dem Wirkstoff Alitretinoin im Hinblick auf die Möglichkeit der Fortführung der bisherigen Tätigkeit lassen die BGW-Daten indes keine Schlussfolgerungen zu. Abbildung 4 zeigt die Quote von Fällen aus 2011 und 2012 mit und ohne Toctino®-Verordnung, in denen ein Berufsverbleib nicht erreicht werden konnten.

Fazit:

Die dargestellten Zahlen weisen insgesamt keine Auffälligkeiten oder spezifischen Tendenzen hinsichtlich der Praxis im Zusammenhang mit der Anwendung von Toctino® im Hautarztverfahren aus. Die Mengen sind alles in allem gering und prägen daher nicht die alltägliche Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern und Dermatologinnen oder Dermatologen im Hautarztverfahren.

3. Abgrenzung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Rechtsgrundlage für die Leistungen des Unfallversicherungsträgers im Rahmen des Hautarztverfahrens ist regelmäßig § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV.¹⁵ Mit Leistungen nach § 3 Abs. 1 BKV soll der Eintritt eines Versicherungsfalls verhindert werden. Die Leistungen im Hautarztverfahren bezwecken, dass Betroffene ihre hautgefährdende Berufstätigkeit nicht unterlassen müssen,

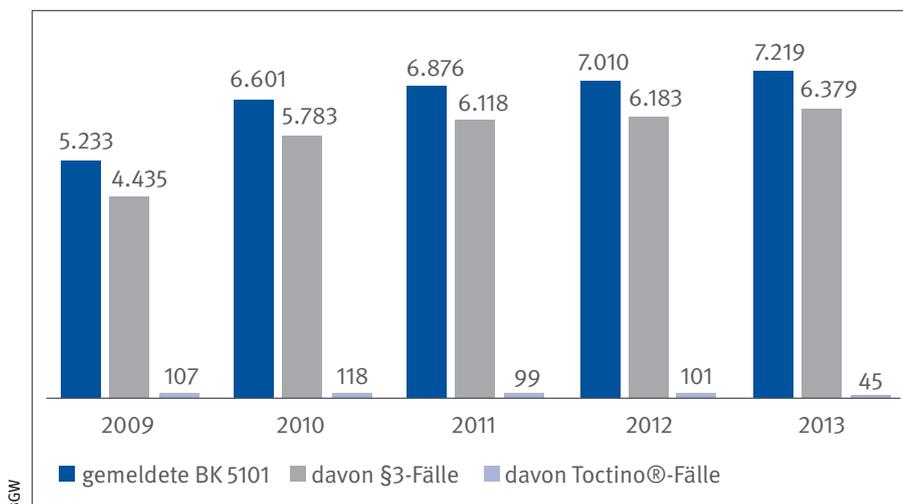


Abbildung 1: Hautarztberichte beziehungsweise Verdachtsanzeigen BK 5101, § 3- und Toctino®-Fälle der BGW¹³

sondern nach einer berufsdermatologischen Behandlung und zielgerichteten Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention hautgefährdungsfrei fortsetzen können.

Die Anerkennung einer berufsbedingten Hauterkrankung als Berufskrankheit setzt voraus, dass die Erkrankung die versicherte Person zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können (Nr. 5101 der Anlage 1 zur BKV). Ohne diesen Unterlassungszwang tritt der Versicherungsfall einer Berufskrankheit nicht ein. Dies gilt aber nicht für alle Berufskrankheiten, sondern nur für jene, bei denen der Ordnungsgeber von der gesetzlichen Ermächtigung in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII Gebrauch gemacht hat, den Unterlassungszwang als zusätzliches Tatbestandsmerkmal zu nennen.

Diese gesetzliche Ermächtigung findet nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ihren Sachgrund darin, dass Bagatellerkrankungen, die eine Aufgabe der schädigenden Tätigkeit nicht erfordern und zu deren Schutz durch die gesetzliche Unfallversicherung kein Erfordernis gesehen wird, vom Ordnungsgeber nicht in die Berufskrankheitenliste aufgenommen werden sollen.¹⁶ Ferner soll der Ordnungsgeber aus Gründen der Prävention verhindern dürfen, dass Versicherte ihre Gesundheit durch

ein Verbleiben am Arbeitsplatz weiter schädigen.¹⁶

Soweit im Einzelfall bei einer beruflich bedingten Hauterkrankung noch nicht alle Voraussetzungen für die Anerkennung dieser Erkrankung als Versicherungsfall vorliegen, besteht für die erkrankte Person also kein Erfordernis eines Schutzes durch die gesetzliche Unfallversicherung. Vielmehr gilt weiterhin die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem trägt auch die Vorschrift des § 11 Abs. 5 SGB V Rechnung, mit der die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Kranken- von der gesetzlichen Unfallversicherung abgegrenzt wird.

„Unfallversicherungsträger, die in ihren Behandlungsaufträgen die Durchführung systemischer Therapien wie etwa die Verordnung von Toctino® unter einen gesonderten Genehmigungsvorbehalt stellen, tragen dem Stufenverfahren Haut Rechnung.“

Nach § 11 Abs. 5 SGB V besteht kein Anspruch auf Leistungen gegen die gesetzliche Krankenversicherung bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind nach § 7 SGB VII die Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung, nicht aber die ohne Versicherungsfall zu erbringen-

den Leistungen nach § 3 BKV. Bei Leistungen des Unfallversicherungsträgers nach § 3 BKV bleibt demzufolge die grundsätzliche Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen.¹⁷

Voraussetzung für Leistungen des Unfallversicherungsträgers nach § 3 Abs. 1 BKV ist, dass die Krankheit noch durch geeignete medizinische Maßnahmen geheilt werden kann beziehungsweise noch nicht dauerhaft eingetreten ist oder die gefährdenden Elemente der Tätigkeit durch Präventionsmaßnahmen noch neutralisiert werden können.¹⁸ Über die im Einzelfall geeigneten Mittel hat der Unfallversicherungsträger im Rahmen eines Auswahlermessens zu entscheiden.¹⁹ Er muss also im Einzelfall prüfen, ob Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichen oder ob zur Beseitigung der Gefahren weitere Leistungen nach § 3 Abs. 1 BKV zu erbringen sind. Letztere müssen vom Präventionszweck des § 3 getragen sein. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sie qualitativ besser sind, ein möglichst schneller Einsatz notwendig erscheint oder die Nutzung erhöht werden soll.¹⁷

Fazit im Hinblick auf die in der Einleitung gestellte Frage:

Es entspricht der Rechtslage, wenn Unfallversicherungsträger sich im Einzelfall die Prüfung vorbehalten, ob einzelne Maßnahmen im Hautarztverfahren in Abgrenzung zur Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung den Anforderungen an Leistungen nach § 3 Abs. 1 BKV gerecht werden.

Angesichts der unter Punkt 2 dargestellten Zahlen ist die Leistungserbringung im Hautarztverfahren für die Unfallversicherungsträger ein Massengeschäft. Dieses Massengeschäft erfordert zur Qualitätssicherung Standardisierungen. Solche Standardisierungen können auch einheitliche Behandlungsaufträge an Dermatologinnen und Dermatologen sein, mit denen vordruckmäßig bestimmte Behandlungsmaßnahmen wie etwa systemische Therapien, die sich im Einzelfall aus Sicht des Unfallversicherungsträgers als kritisch im Hinblick auf die Leistungsabgrenzung zur gesetzlichen Krankenversicherung oder auf den besonderen Präventionszweck des § 3 BKV darstellen können, unter einen besonderen Genehmigungsvorbehalt gestellt werden.

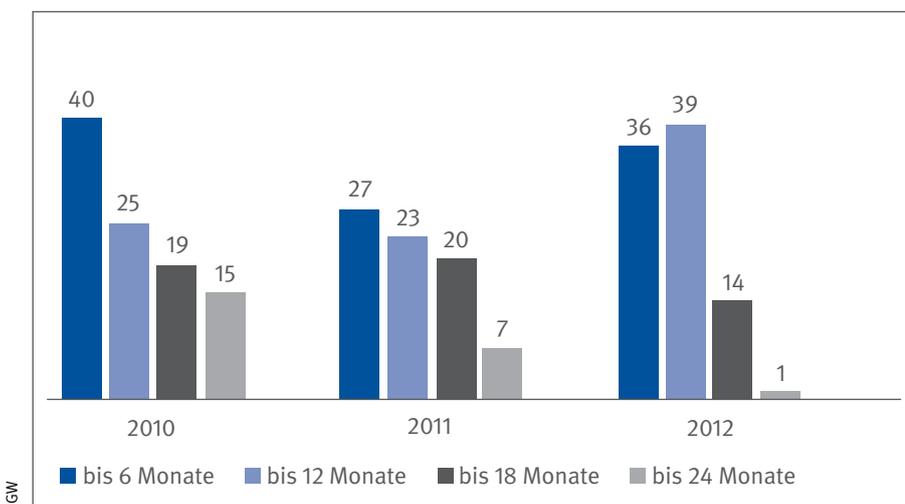


Abbildung 2: Zeitspanne zwischen Anzeige einer Hauterkrankung bei der BGW in 2010 bis 2012 und erster Buchung von Medikamentenkosten, die auf die Verordnung von Toctino® schließen lassen (Rezeptbuchung > 600 Euro)¹⁴

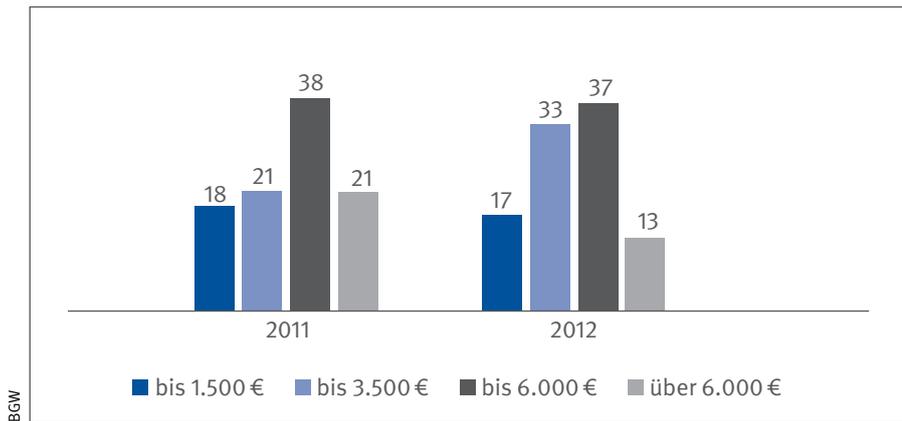


Abbildung 3: Aufsummierte Kosten für Arzneimittel bei Hauterkrankungen, die der BGW in 2011 und 2012 gemeldet und die unter anderem mit Toctino® behandelt wurden¹⁴

Zu solchen Behandlungsaufträgen passen auch die Regelungen im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger²⁰ über das Hautarztverfahren. Im Gegensatz beispielsweise zum Durchgangsarztverfahren nach Eintritt eines Arbeitsunfalls, das an einen die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließenden Versicherungsfall anknüpft, sieht § 41 dieses Vertrages gerade nicht einen generellen Behandlungsauftrag für Hautärztinnen und Hautärzte nach Erstattung des Hautarztberichts, sondern eine Mitteilung des Unfallversicherungsträgers im Einzelfall vor, „ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist“. Dies schließt dessen Befugnis ein, auch gestufte oder eingeschränkte Behandlungsaufträge zu erteilen.

4. Stufenverfahren „Haut“ der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger gehen bei der Bearbeitung von Hautarztberichten und ärztlichen Verdachtsanzeigen über eine BK 5101 gestuft vor, um schnellstmöglich Präventivleistungen zu erbringen. Bei der frühzeitigen Erbringung von Präventivleistungen liegen regelmäßig noch nicht alle für eine abschließende Entscheidung über einen Versicherungsfall notwendigen Informationen vor. Grundlage dieser gestuften Vorgehensweise ist eine gemeinsame Verfahrensbeschreibung; das Stufenverfahren Haut.²¹ Diese Verfahrensbeschreibung enthält Arbeitshinweise für die Sachbearbeitungen der einzelnen Unfallversicherungsträger. Im Zusammenhang mit § 3-Leistungen wird in diesen Arbeitshinweisen unter an-

derem ausgeführt: „Bei der Umsetzung von Maßnahmen nach § 3 BKV ist ein abgestuftes Vorgehen geboten. Über einfache und kostengünstige Maßnahmen ist eine schnelle Entscheidung gefordert. Je kostenaufwendiger die Maßnahme, desto höher die Anforderungen an die Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen. Es entsteht keine Bindungswirkung durch eine einzelne Maßnahme nach § 3 BKV. Über jede weitere Leistungszusage nach § 3 BKV ist neu zu entscheiden“.²²

Unfallversicherungsträger, die in ihren Behandlungsaufträgen die Durchführung systemischer Therapien wie etwa die Verordnung von Toctino® unter einen gesonderten Genehmigungsvorbehalt stellen,

tragen dem Stufenverfahren Haut Rechnung. Denn sie behalten sich allein die Entscheidung über eine Kostenübernahme für diese durchaus kostenträchtigen Therapien vor und beauftragen im Übrigen alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Würde den Unfallversicherungsträgern die Befugnis einer derart gestuften Vorgehensweise im Rahmen des § 3 BKV abgesprochen werden, wäre unter Umständen nicht auszuschließen, dass die frühzeitige Erteilung von Behandlungsaufträgen zugunsten einer zunächst umfassenden Prüfung der Kausalität und der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgestellt wird. Damit würde aber der Erfolg des Hautarztverfahrens zu Lasten der betroffenen Versicherten gefährdet.²³

Die Stufung von Behandlungsaufträgen im Hautarztverfahren ist mithin ein adäquates Mittel für die Unfallversicherungsträger, das eingeräumte Auswahlermessen bei der Erbringung von Leistungen nach § 3 Abs. 1 BKV im Einzelfall sachgerecht auszuüben. Die sachgerechte Ermessensausübung schließt ein, jede Ablehnung einer Kostenübernahme für eine systemische Therapie gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Versicherten nachvollziehbar zu begründen.

5. Zusammenfassung

Unfallversicherungsträger sind berechtigt, bei Erteilung von Behandlungsaufträgen

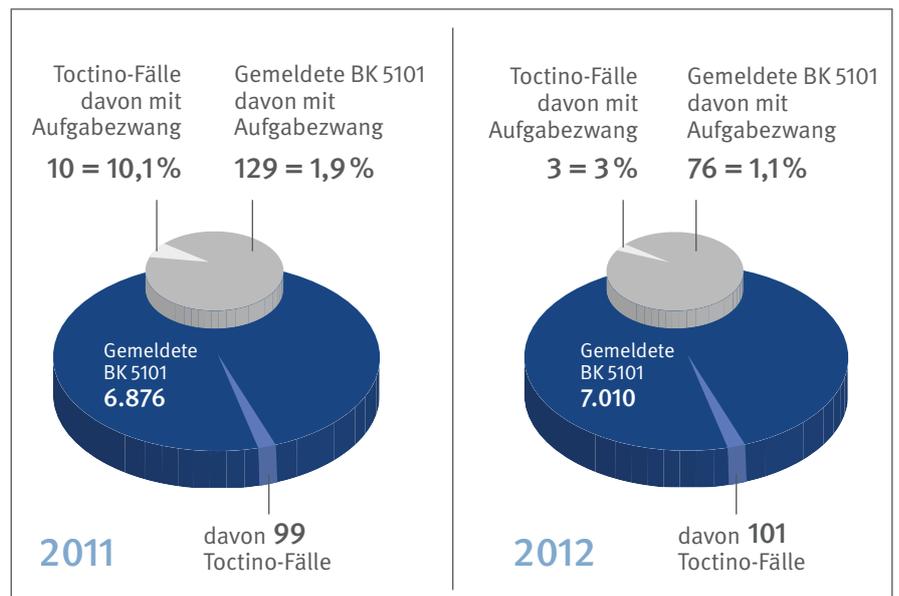


Abbildung 4: BGW-Fälle 2011 und 2012 mit Unterlassungszwang, verteilt auf Fälle mit und ohne Toctino®-Verordnung¹⁴

an Dermatologinnen und Dermatologen im Rahmen des Hautarztverfahrens die Kostenübernahme für die Durchführung einer systemischen Therapie ausdrücklich auszunehmen beziehungsweise unter einen gesonderten Genehmigungsvorbehalt zu stellen. Insgesamt zeigen die bisherigen Zahlen und Erfahrungen mit Toctino® keine kritischen Auffälligkeiten. Mengemäßig spielen die Verordnungen dieses Medikaments im Hautarztverfahren eine untergeordnete Rolle. Etwaige Auseinandersetzungen im Einzelfall sollten die Zusammenarbeit zwischen Dermatologinnen, Dermatologen und Unfallversicherungsträgern daher nicht belasten. Bei Meinungsverschiedenheiten besteht die Möglichkeit, sich an die gemeinsame Clearingstelle von ABD und DGUV zu wenden²⁴.

Fußnoten

[1] Nach einem Vortrag des Verfassers auf den 10. Potsdamer BK-Tagen am 23.05.2014 unter dem Titel „Systemische Therapie aus Sicht der UV-Träger“

[2] Das Hautarztverfahren dient der Früherkennung von berufsbedingten Hauterkrankungen. Rechtsgrundlage für Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung im Hautarztverfahren ist § 3 Abs. 1 Satz 1 Berufskrankheitenverordnung (BKV). Die Durchführung einer dermatologischen Behandlung beauftragt der zuständige Unfallversicherungsträger im Einzelfall (§ 41 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger). Näheres siehe Verfahrensbeschreibung „Hautarztverfahren“ der DGUV, Stand 07/2014: www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/dokum/dguv_hautarztverfahren.pdf, Datenabruf 01.08.2014

[3] Elsner, P., in: „Dermatologie in Beruf und Umwelt“, Jahrgang 60, Nr. 04/2012, S. 133–135; Diepgen, T. L./Elsner, P., in: „Dermatologie in Beruf und Umwelt“, Jahrgang 61, Nr. 01/2013, S. 1–3

[4] DGUV-Rundschreiben 0284/2010 vom 21.05.2010; Formtext unter: www.dguv.de/medien/formtexte/aerzte/A_6450/A6450.pdf, Datenabruf 01.08.2014

[5] Elsner, P. et al.: „Optimierungspotentiale der Qualitätssicherung in der Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern und berufsdermatologisch tätigen Ärzten“. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (JDDG), 1610 – 0379/2014/1205

[6] Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der DGUV 2012, S. 42

[7] Quelle: DGUV-Rundschreiben 0129/2014 vom 13.03.2014 mit Verweis auf das interne UV-Net, Webcode 27465

[8] Zur Kennzahl „Frühintervention“ siehe DGUV-Rundschreiben 0482/2012 vom 08.11.2012

[9] Zur Umfrage siehe DGUV-Rundschreiben 0074/2013 vom 18.02.2013

[10] Nach Ziffer 7.5 der Leitlinie „Management von Handekzemen“, Stand 11/2008, kann eine systemische Therapie bei schweren chronischen Handekzemen indiziert sein, siehe www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-053.pdf, Datenabruf 01.08.2014

[11] Quelle: Persönliche Mitteilung des BK-Referats der DGUV an den Verfasser vom 09.05.2014; ähnliche Zahlen haben sich bei einer gleichartigen Umfrage der DGUV im Februar 2010 ergeben. Danach lag die geschätzte Zahl der Fälle mit Kostenübernahme für Toctino® durch die Unfallversicherungsträger bei etwa 500. Dies sind circa 80 Prozent der ärztlichen Empfehlungen beziehungsweise Verordnungen, vgl. DGUV-Rundschreiben 0284/2010 vom 21.05.2010.

[12] Seit Mitte 2010 enthalten die Behandlungsaufträge der BGW im Hautarztverfahren abweichend vom Formtext der DGUV keinen Genehmigungsvorbehalt mehr, sondern nur noch die Bitte an die behandelnden Dermatologinnen und Dermatologen um eine Information vor Einleitung einer Therapie mit Toctino®. Ein Anstieg der Zahl von Fällen mit einer Toctino®-Verordnung war nach Wegfall des Genehmigungsvorbehalts bei der BGW bis heute nicht zu verzeichnen.

[13] Quelle: BGW-interne Auswertung (KO-Si 304/2014), Datenstand 07.03.2014. Die Zahl der Toctino®-Fälle in 2013 dürfte tatsächlich höher als 45 sein. Es liegt nahe anzunehmen, dass zum Zeitpunkt der Datenauswertung noch nicht alle Rezepte eingegangen beziehungsweise bezahlt waren und das entsprechende Statistikkennzeichen

deshalb noch nicht in allen Fällen eingepflegt war.

[14] Quelle: BGW-interne Auswertung (KO-Si 304/2014), Datenstand 07.03.2014

[15] § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV lautet: „Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken.“

[16] Urteil des BSG vom 22.03.2011 – B 2 U 4/10 R – SozR 4 – 5671 § 3 Nr. 5, juris Rn. 38 m. w. N.

[17] So auch Römer/Brandenburg, Anmerkung zum Urteil des BSG vom 22.03.2011 – B 2 U 4/10 R –, SGB 07/12, 420

[18] BSG vom 22.03.2011 – B 2 U 4/10 R – SozR 4 – 5671 § 3 Nr. 5, juris Rn. 28

[19] BSG vom 22.03.2011 – B 2 U 4/10 R – SozR 4 – 5671 § 3 Nr. 5, juris Rn. 17

[20] Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel (ab 01.01.2013: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin, über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) vom 01.01.2011, siehe www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/verguetung/documents/aerzte.pdf, Datenabruf 01.08.2014

[21] Eingeführt durch Rundschreiben des ehemaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) „Berufskrankheiten“ 038/2005 vom 06.12.2005

[22] Quelle: Berufsgenossenschaftliches Informationssystem BIS/Berufskrankheiten/Stufenverfahren BK 5101 Haut; Datenabruf 01.08.2014

[23] Zur Bedeutung einer frühzeitigen Intervention der Unfallversicherungsträger in Fällen der BK 5101 vgl. Drechsel-Schlund, „Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern“, DGUV Forum 1–2/2013, S. 52 ff.

[24] Zur Clearingstelle siehe DGUV-Rundschreiben 0192/2014 vom 02.05.2014

UNFALL BEI DIENSTLICH VERANLASSTEM VOLLEYBALLTURNIER

Die Teilnahme an einem Volleyballturnier im Rahmen eines Führungskräfte-seminars kann zur versicherten Tätigkeit gehören: wenn die Sportveranstaltung offizieller Programmpunkt ist und die Angestellten bei der Teilnahme von einer dienstlichen Veranlassung ausgehen können.



Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 11.3.2014 – L 15 U 731/12, UVR Recht & Reha Aktuell 2014, S. 597–603

Der Kläger, als leitender Angestellter Teilnehmer eines Führungskräfte-seminars, nahm an verschiedenen Workshops und Themenveranstaltungen der unter anderem zur Verschmelzung verschiedener Führungskräftegruppen vorgesehenen 2-tägigen Veranstaltung teil, die als „Sportliche Abendveranstaltung“ in ihrem Programm auch ein Volleyballturnier auswies. Bei der Teilnahme an dem Turnier knickte der Kläger um und zog sich eine Fußverletzung zu. Die beklagte Berufsgenossenschaft sah in der Teilnahme an dem abendlichen Turnier eine unversicherte Freizeitaktivität, da sich aus der Agenda des Seminars eine eindeutige Trennung zwischen geschäftlichen Programmpunkten und eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten (Volleyballspiel und Abendessen) entnehmen ließe. Ebenso wie die Vorinstanz verurteilte das LSG

die Beklagte zur Anerkennung des Unfalls als Arbeitsunfall. Der Handlungstendenz nach habe die Teilnahme des Klägers am Volleyballturnier auf dienstlicher Veranlassung beruht, wobei unerheblich sei, ob der Kläger arbeitsvertraglich zur Teilnahme verpflichtet gewesen sei. Vielmehr habe die Veranstaltung der Vernetzung verschiedener Führungskräftegruppen im Sinne einer Teambildungsmaßnahme gedient. Die Aufnahme im Programm sei damit nicht ausschließlich aus formalen Gründen erfolgt. Selbst wenn der Veranstaltung am Abend ein gewisser Unterhaltungs- und Freizeitwert beizumessen gewesen wäre, spiele dies für die Beurteilung nur dann eine Rolle, wenn nach den Grundsätzen einer gemischten Tätigkeit beziehungsweise einer Tätigkeit mit gespaltener Handlungstendenz die eigenwirtschaftliche Motivation überwiege. Der Kläger habe aber glaubhaft angegeben, dass er ohne die dienstliche Veranlassung nicht an dem Turnier teilgenommen hätte.

UNFALLVERSICHERUNGSSCHUTZ IM RAHMEN EHRENAMTLICHER TÄTIGKEIT

Die ehrenamtlich tätige Begleitperson einer Klassenfahrt steht bei einem Unfall in dem ihr allein überlassenen Zimmer eines Schullandheimes nicht unter Unfallversicherungsschutz. Auch aufgrund der Aufsichts- und Fürsorgepflicht besteht kein Versicherungsschutz „rund um die Uhr“ bei allen Tätigkeiten während einer Klassenfahrt.



Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25.3.2014 – L 15 U 243/12, UVR Recht & Reha Aktuell 2014, S. 589–596

Streitig war, ob der Sturz der Klägerin als Begleiterin einer 4. Grundschulklasse auf einer mehrtägigen Klassenfahrt in dem von ihr allein bewohnten Zimmer des Schullandheimes als Arbeitsunfall im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit nach § 2 Abs. 1 Nr. 10a i. V. m. § 2 Abs. 1 Nr. 8b SGB VII anzuerkennen sei. Am Morgen des 26.8.2008 begab sich die Klägerin nach dem Duschen und Ankleiden zunächst zu den Unterbringungen der Schülerinnen und Schüler zum Wecken und Beaufsichtigen des Ankleidens. Bevor sie dann zur Vorbereitung des Frühstücks den Speiseraum aufsuchte, war sie kurzfristig in das von ihr allein bewohnte Zimmer zurückgekehrt, um den auf dem Tisch verbliebenen Zimmerschlüssel zu holen. Beim Gang vom Tisch zurück zur Tür rutschte sie auf nassem Linoleumboden aus, stürzte und brach sich beide Unterarmknochen des linken Arms. Das LSG lehnte in Übereinstimmung mit der Verwaltung und der

ersten Instanz die Anerkennung als Arbeitsunfall ab, weil die Verrichtung, bei der sich der Unfall ereignete, nicht im inneren/sachlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit als ehrenamtliche Begleiterin der Klassenfahrt gestanden habe. Entscheidend für den erforderlichen inneren/sachlichen Zusammenhang der verrichteten Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt zur versicherten Tätigkeit sei, ob sie eine dem Unternehmen wesentlich dienende Verrichtung ausgeübt habe. Der Aufenthalt in der zur alleinigen Nutzung überlassenen Räumlichkeit des Land-schulheimes diene lediglich eigenwirtschaftlichen, nicht versicherten Tätigkeiten, da das überlassene Zimmer ausschließlich für ihre persönlichen Bedürfnisse bestimmt war. Einen Versicherungsschutz „rund um die Uhr“ wegen der gesteigerten und während der gesamten Klassenfahrt bestehenden Aufsichtspflicht lehnte das Gericht für ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter ebenso ab, wie ein ununterbrochenen Versicherungsschutz durch die Rechtsprechung bereits für Lehrerinnen, Lehrer oder angestellte Erzieherinnen und Erzieher bei der Begleitung von Kinder- und Jugendfahrten abgelehnt worden sei.



Kontakt: Prof. Susanne Peters-Lange, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg,
E-Mail: susanne.peters-lange@h-brs.de

DIE BK 4101: QUARZSTAUBLUNGENERKRANKUNG – SILIKOSE

ERFAHRUNGSBERICHT ZUR BOCHUMER EMPFEHLUNG

Mit der im Jahre 2009 veröffentlichten „Bochumer Empfehlung“, die auf der 2008 erschienenen S2-Leitlinie zur BK 4101 der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V. („AWMF-Leitlinie“) beruht, wurde die bis dahin geltende „Moerser Konvention“ abgelöst.

Die für die Verwaltungspraxis wichtigste Änderung besteht in der nunmehr gegebenen Möglichkeit, Funktionsausfälle bereits ab ILO 1/1 als silikosebedingt anerkennen zu können. Außerdem wurden Kriterien für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 Prozent (Untergrenze bisher 20 Prozent) formuliert.

Der folgende Bericht beschreibt die Erfahrungen mit der „Bochumer Empfehlung“ aus Sicht einer hauptbetroffenen Verwaltung (Teil 1) und aus ärztlicher Sicht (Teil 2).

Teil 1

Erfahrungen aus Sicht der Bezirksdirektion Bochum der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie:

Von der „Moerser Konvention“ zur „Bochumer Empfehlung“

Die Verwaltungspraxis bei der Bearbeitung der BK 4101 wurde seit den 1970er Jahren von der sogenannten „Moerser Konvention“ geprägt. Danach konnten bei geringgradigen, nicht-schweren Silikosen mit einem Streuungsgrad $< 2/3$ der Internationalen Staublungenklassifikation (ILO-Klassifikation) funktionsanalytisch messbare Ausfallserscheinungen regelmäßig nicht auf die silikotischen Einlagerungen zurückgeführt werden.

Darüber hinaus waren nach damaliger Auffassung Funktionsausfälle, die eine

Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 20 Prozent bedingten, wegen der physiologischen Schwankungen des kardio-pulmonalen Systems objektiv nicht erfassbar und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 10 Prozent damit nicht möglich.

Diese Begutachtungspraxis wurde von medizinischer Seite zunehmend kritisiert, weil sie sich nicht mehr mit der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage deckte. Die Kritik war Anlass für die Erarbeitung der AWMF-Leitlinie zur Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101, die im September 2008 veröffentlicht wurde (1). Nach dieser Leitlinie konnten nunmehr Funktionsausfälle bereits ab einem Streuungsgrad 1/1 der ILO-Klassifikation (geringgradig gestreute Silikose) auf eine

Quarzstaublungenerkrankung zurückgeführt werden.

Die Leitlinie enthielt nur allgemeine Empfehlungen, die in einer gemeinsamen Begutachtungsempfehlung der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin), DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) und weiterer Fachgesellschaften noch weiter konkretisiert, differenziert und durch praktische Anleitungen ergänzt wurden (2).

Unter der wissenschaftlichen Leitung des damaligen Direktors der Medizinischen Klinik III (Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin) des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil der

Autorin und Autoren

Ass. jur. Susanne Elsner

Leiterin Geschäftsbereich 1 und Ressort Berufskrankheiten, Bezirksdirektion Bochum, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)

Prof. Dr. med. Rolf Merget

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA)

Prof. Dr. med. Gerhard Schultze-Werninghaus

Ehem. Direktor der Medizinischen Klinik III – Pneumologie, Allergologie und Beatmungsmedizin, Universitätsklinikum Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum; Beratungsarzt der BG RCI

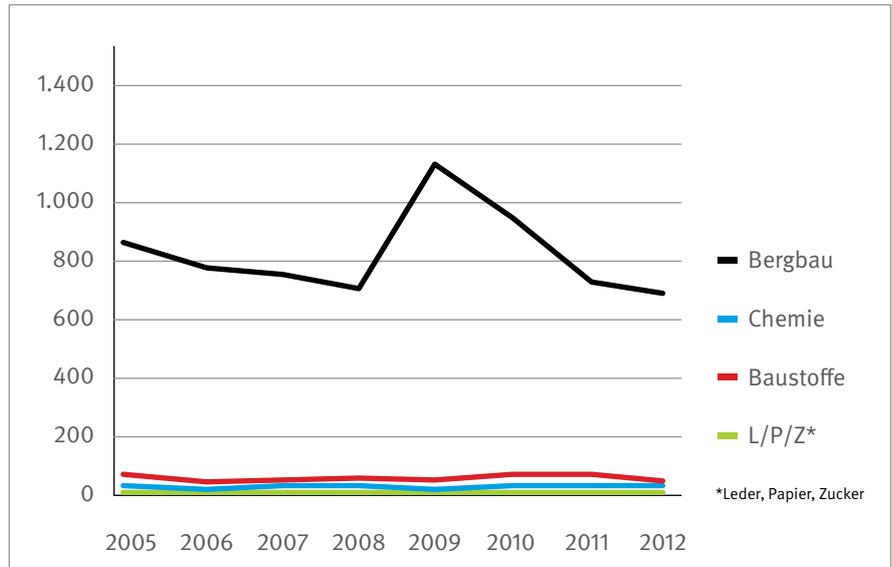


Abbildung 1: BK 4101-Verdachtsanzeigen

Ruhr-Universität Bochum, Professor Dr. Schultze-Werninghaus, wurde insoweit die „Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen)“ erarbeitet und als „Bochumer Empfehlung“ veröffentlicht (2).

Die „Bochumer Empfehlung“ erläutert die medizinischen und rechtlichen Grundlagen der Begutachtung, fasst den aktuellen Kenntnisstand zur Diagnostik und zur Beurteilung der auf die Silikose zurückzuführenden gesundheitlichen Einschränkungen zusammen, gibt Hinweise zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Anwendung des § 3 BKV sowie zu Heilbehandlungsmaßnahmen. Ein Mustergutachtenauftrag ist ebenfalls enthalten.

Die Begutachtungspraxis gemäß der „Moerser Konvention“ wurde von medizinischer Seite zunehmend kritisiert.

Die sich aus der „Bochumer Empfehlung“ für die Verwaltungspraxis ergebende wichtigste Änderung besteht darin, dass – wie schon in der AWMF-Leitlinie ausgeführt – Funktionsausfälle bereits ab ILO 1/1 als silikosebedingt anerkannt werden können.

In Zweifelsfällen wird dabei zur Diagnosesicherung einer Silikose eine qualifizierte Low-Dose-Volumen-Computertomographie des Thorax empfohlen. Hinsichtlich der Lungenfunktionseinschränkungen enthält die Empfehlung eine MdE-Tabelle, die als Orientierungshilfe für die MdE-Einschätzung dient und Entscheidungsspielräume für die konkrete Einzelfallbegut-

Jahr	Anzeigen des Verdachts auf eine Berufskrankheit Branche BG RCI			
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	L/P/Z *
2005	856	19	73	1
2006	789	11	56	1
2007	769	22	62	2
2008	710	24	67	3
2009	1.144	15	66	1
2010	929	24	71	1
2011	766	24	102	4
2012	725	33	66	5

Tabelle 1: BK 4101-Verdachtsanzeigen

*Leder, Papier, Zucker

achtung belässt. Abweichend von der früheren „Moerser Konvention“ ist nunmehr auch eine (Stütz-)MdE von 10 Prozent möglich.

Auswirkungen der „Bochumer Empfehlung“ auf die Verwaltungspraxis

Die „Bochumer Empfehlung“ führte im Jahre ihrer Veröffentlichung (2009) in der Branche Bergbau der BG RCI (frühere Bergbau-Berufsgenossenschaft) zu einem signifikanten Anstieg sowohl der BK 4101-Verdachtsanzeigen als auch der BK 4101-Neurenten (3).

Im Vergleich mit dem Durchschnittswert aus den letzten drei Jahren vor der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ (2006–2008) stiegen die BK 4101-Verdachtsanzeigen 2009 um 51,3 Prozent und

im Jahre 2010 um 22,9 Prozent an, bevor sie ab 2011 wieder ein Normalniveau erreichten (siehe Abbildung 1/Tabelle 1).

Der schnelle Anstieg der Verdachtsanzeigen dürfte dabei mit der bereits 2008 veröffentlichten AWMF-Leitlinie zu erklären sein, mit Informationsveranstaltungen beziehungsweise Info-Schreiben für die Gutachter und insbesondere mit der Verbreitung entsprechender Informationen durch die für die Bergleute zuständige Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) sowie durch andere Interessenverbände.

Die BK 4101-Neurenten (bezogen auf Neufälle, siehe BK 4101-Verdachtsanzeigen, und circa 8.000 von Amts wegen wieder aufgegriffene anerkannte Versicherungsfälle) stiegen im Vergleich mit dem Durch-

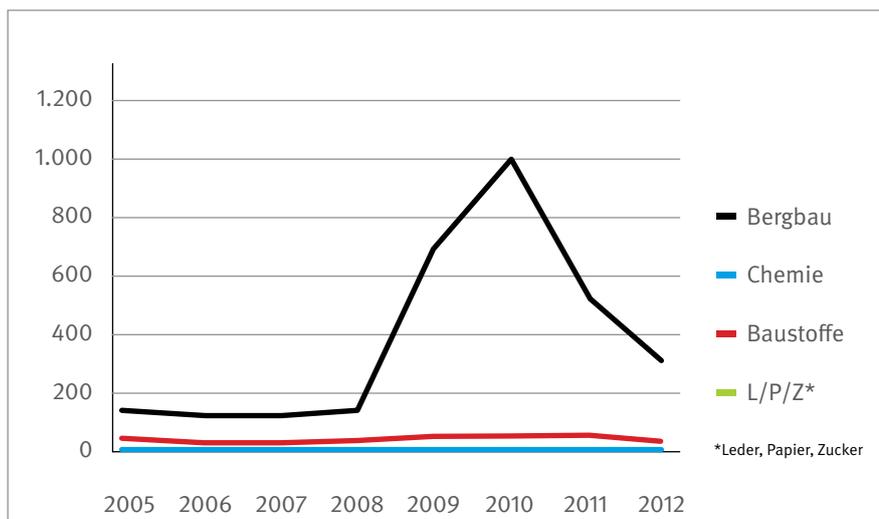


Abbildung 2: BK 4101-Neurenten

Jahr	BK-Neurenten			Branche BG RCI
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	L/P/Z *
2005	169	2	33	-
2006	142	5	18	-
2007	139	1	17	-
2008	160	2	24	-
2009	708	4	48	1
2010	998	6	46	-
2011	565	6	47	-
2012	325	3	33	-

Tabelle 2: BK 4101-Neurenten

*Leder, Papier, Zucker

schnittswert aus den letzten drei Jahren vor der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ (2006–2008) im Jahre 2009 um 381,6 Prozent und im Jahre 2010 um 578,9 Prozent an. Die Zahl der Neurenten bewegte sich in den beiden folgenden Jahren im Vergleich zum Durchschnittswert aus den Jahren 2006–2008 mit einem Anstieg von 284,4 Prozent (2011) und 121 Prozent (2012) weiterhin auf hohem Niveau (siehe Abbildung 2/Tabelle 2).

Demgegenüber stiegen die Versicherungsfälle ohne Rente in 2009 und 2010 um lediglich 18,9 Prozent beziehungsweise 8,4 Prozent und bewegen sich seit 2011 deutlich unter den Vorjahreswerten (siehe Abbildung 3/Tabelle 3).

Mit Blick darauf, dass die Versicherten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ im Schnitt 78 Jahre alt waren, war es sozialpolitisch geboten, die Verwaltungsverfahren so zügig wie möglich durchzuführen. Dies machte neben einer Schulung der Sachbearbeitung auch Informationsveranstaltungen für Gutachter und Beratungsärzte erforderlich. Mit der darüber hinaus von den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern geleisteten Mehrarbeit konnten die immensen Fallmengen ohne signifikante Laufzeitverlängerung bewältigt werden.

Inzwischen gehört die „Bochumer Empfehlung“ zum Arbeitsalltag der BK-Sachbearbeitenden der BG RCI.

Teil 2: Medizinische/gutachterliche Gesichtspunkte

Inzwischen liegen auch umfangreiche gutachterliche und beratungsärztliche Erfahrungen mit der „Bochumer Empfehlung“ vor. Im Hinblick auf die turnusmäßig anstehende Überarbeitung der AWMF-Leitlinie zur Begutachtung der Silikose setzen sich die Autoren kritisch mit dem Status quo auseinander.

Eine wesentliche Entwicklung für die Begutachtung von Atemwegserkrankungen stellt die 2012 veröffentlichte Überarbeitung der Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) – Reichenhaller Empfehlung (früher: Reichenhaller Merkblatt) dar.

Eine Auseinandersetzung mit ihren Neuerungen ist insbesondere geboten, weil sich sowohl nach der Silikose-Leitlinie als auch nach der „Bochumer Empfehlung“ die funktionellen Folgen von Silikose und COPD weitgehend entsprechen.

Aspekte aus der aktualisierten „Reichenhaller Empfehlung“

Die „Reichenhaller Empfehlung“ enthält zum Beispiel erstmalig Vorgaben zur Klassifikation der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen, die auch bei der Beurteilung der Silikosefolgen hilfreich sind.

Bei den Beurteilungskriterien zur COPD (MdE-Tabelle) weicht die „Reichenhaller Empfehlung“ zudem in vielen Punkten von der MdE-Tabelle der Silikose-Leitlinie ab.

» Mit der Einführung der „Bochumer Empfehlung“ sind grundsätzliche Änderungen der BK-rechtlichen Bewertung der BK 4101 (Silikose) erfolgt. «

In der „Reichenhaller Empfehlung“ wird darauf hingewiesen, dass eine Reversibilität der Atemwegsobstruktion unter Medikation nicht nur bei einem Asthma bronchiale, sondern nach neuer medizinischer Datenlage auch bei einer COPD gegeben sein kann. Dieser Aspekt sollte künftig auch bei der Begutachtung der BK 4101 Beachtung finden.

Radiologische Diagnostik

Ein Hauptproblem ist die Beurteilung der vorliegenden Lungenveränderungen. Grundsätzlich müssen die Veränderungen nach der ILO-Klassifikation konventionell-radiologisch einen Streuungsgrad von mindestens 1/1 aufweisen. In der Praxis zeigen sich häufig in (Niedrigdosis-) Computertomographien eindeutige silikotische Befunde, während auf den parallelen konventionellen Thorax-Röntgenaufnahmen die Streuungskategorie 1/1 nicht erreicht wird.

Die „Reichenhaller Empfehlung“ enthält zum Beispiel erstmalig Vorgaben zur Klassifikation der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen.

Weiterhin setzt die radiologische Diagnostik spezielle Kenntnisse der Befundenden und optimierte Aufnahmetechnik voraus. Leider sind die LD-HRCT-Aufnahmen oftmals durch ein ausgeprägtes Bildrauschen gestört, sodass eine Beurteilung

leichter Silikosegrade nicht zuverlässig erfolgen kann.

Daher sollten bei einer Überarbeitung der Bochumer Empfehlung die radiologischen Kriterien zur Beurteilung der Silikose sowie die Erfordernisse der technischen Standards für die LD-HRCT präzisiert werden.

Fachpathologische Diagnostik

Wenn in pathologisch-histologischen Beurteilungen von Lungenbiopsien/Lungenresektionen eine Silikose beschrieben wird, kommt nach der AWMF-Leitlinie die Anerkennung einer BK 4101 in Betracht, auch wenn keine radiologischen Befunde vorliegen. Wünschenswert wären in einer Neuauflage der „Bochumer Empfehlung“ weiterführende, quantitative Angaben zur Beurteilung der Silikose.

Lungenfunktionsprüfungen

Zur Diagnostik der Quarzstaublungenenerkrankungen gehören neben dem radiologischen (oder pathologischen) Nachweis weitere Untersuchungen. Die entsprechenden Ausführungen zu den unterschiedlichen Methoden und ihren Limitationen sind in der „Reichenhaller Empfehlung“ wesentlich tiefergehend. Zu prüfen ist, was davon – gegebenenfalls mit Änderungen – übernommen werden könnte. Dies betrifft zum Beispiel Blutgasanalysen in Ruhe und unter Belastung oder die Bestimmung der CO-Diffusionskapazität.

Die „Reichenhaller Empfehlung“ empfiehlt den 6-Minuten-Gehtest zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs, wenn keine

Belastung mittels Fahrradergometrie möglich ist. Ein relevanter Abfall der Sauerstoffsättigung oder des PaO₂ kann als Hin-

Information

Mit der Einführung der „Bochumer Empfehlung“ sind grundsätzliche Änderungen der BK-rechtlichen Bewertung der BK 4101 (Silikose) erfolgt, hauptsächlich durch die an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasste Beurteilung der funktionellen Folgen bei einer leichtgradigen BK 4101.

Bei einer radiologisch (oder auch histologisch) nachgewiesenen geringgradigen Silikose können funktionelle Einschränkungen im Sinne einer chronischen obstruktiven Bronchitis und/oder eines Lungenemphysems entschädigt werden. Daher wurden auch die in der Nachbeobachtung befindlichen Fälle, in denen zuvor keine rentenberechtigende MdE festgestellt werden konnte, nach den neuen Kriterien beurteilt, was zu einem vorübergehenden deutlichen Anstieg der neu festgestellten Renten führte.

Auf der Basis ihrer bisherigen Erfahrungen mit der AWMF-Leitlinie Silikose beziehungsweise der „Bochumer Empfehlung“ empfehlen die Autoren, die Beurteilung der Silikose künftig primär auf die Lungenfunktionsdaten zu stützen, da die weiteren Daten beziehungsweise die geklagten Beschwerden oft nicht eindeutig den Folgen der BK zugeordnet werden können.

Bei der Beurteilung der Lungenfunktionsdaten ist zu beachten, dass diese nicht immer zuverlässig erhoben werden. Mängelbehaftete Lungenfunktionsprüfungen lassen sich leider häufig feststellen. Die Autoren regen daher an, auch die Qualitätskontrolle in den Lungenfunktionslaboren zu verbessern.

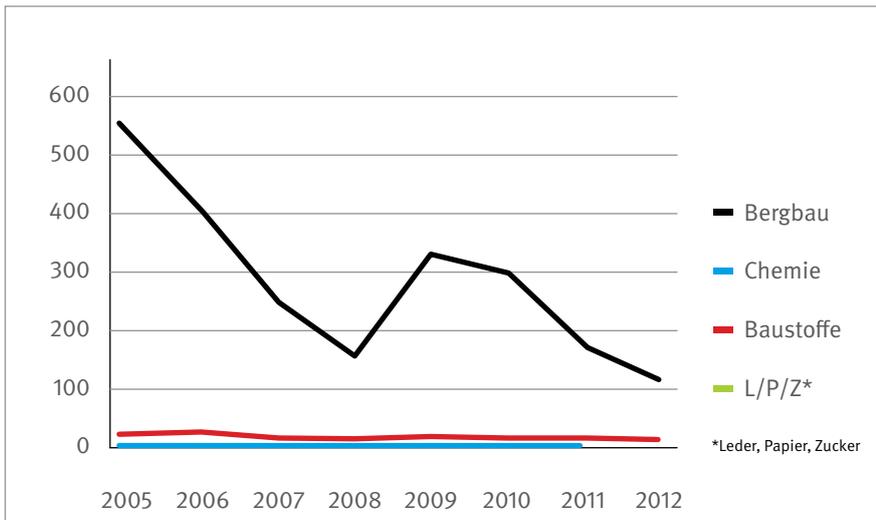


Abbildung 3: BK 4101-Anerkennungen ohne Rente

Jahr	BK-Neurenten			Branche BG RCI L/P/Z *
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	
2005	552	6	25	1
2006	408	1	31	-
2007	256	3	20	1
2008	160	2	16	1
2009	327	3	21	1
2010	298	1	18	-
2011	177	3	17	-
2012	113	-	12	-

Tabelle 3: BK 4101-Anerkennungen ohne Rente

*Leder, Papier, Zucker

weis auf eine Diffusionsstörung, ein Anstieg der Parameter als Hinweis auf eine Ventilations-/Perfusionsstörung gewertet werden.

Nach Einschätzung der Autoren stellt die Gehstrecke einen für die Beurteilung der Belastbarkeit bei Silikose wichtigen Parameter dar. Bei der Beurteilung einer BK 4101 sollten daher Gehtests nach den Empfehlungen der American Thoracic Society (ATS) durchgeführt werden (5).

Die Darstellung der Graduierung der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen in der „Reichenhaller Empfehlung“ ist nachahmenswert. Allerdings gibt es auch noch einige offene Fragen, zum Beispiel die Schweregradeinteilung

der Lungenüberblähung anhand des technisch nicht unproblematischen Residualvolumens in Prozent der Totalkapazität, ohne Ergänzung durch das intrathorakale Gasvolumen.

Unbefriedigend ist, dass die „Bochumer Empfehlung“ bisher die volumenbezogene Diffusionskapazität (Transferkoeffizient, T_{LCO}/VA) zwar als Funktionsparameter für das Lungenemphysem nennt, gleichzeitig aber die entsprechende MdE-Tabelle die Diffusionskapazität/den Transferfaktor (T_{LCO}) zur Schweregradeinteilung verwendet.

Erfahrungen mit den MdE-Tabellen der AWMF-Leitlinie Silikose und der „Bochumer Empfehlung“ sind:

Anamnese

Die gutachterliche Praxis hat gezeigt, dass die Patientenangaben zu Beschwerden wenig zuverlässig sind und zudem auch keine differentialdiagnostische Bewertung unabhängiger Erkrankungen, insbesondere kardiovaskulärer Erkrankungen, erlauben. Auch die MdE-Tabelle der „Reichenhaller Empfehlung“ behebt diese Probleme nicht. Die anamnestisch erhobenen Befunde sind daher aus Sicht der Autoren für die Beurteilung des Leistungsfalles einer BK 4101 nur von nachgeordneter Bedeutung.

Als Gradmesser für die BK-bedingten körperlichen Einschränkungen sollten die Belastbarkeit am Ergometer (Voraussetzung: stufenweise gesteigerte Belastung) oder in der Spiroergometrie oder auch die im 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Strecke bevorzugt werden.

Klinik

Diese Spalte ist aus Sicht der Autoren für die gutachterliche Beurteilung nicht ausreichend. Die dort genannten klinischen Befunde eignen sich beispielsweise nicht zur Erfassung eines Lungenemphysems. Auch die übrigen Kriterien (pulmonale Hypertonie verschiedener Schweregrade) werden im klinischen Alltag beziehungsweise im Gutachten meist nicht zuverlässig erfasst.

Lungenfunktion (Spirometrie, Bodyplethysmographie, DLCO, Blutgase, Spiroergometrie)

Wesentliche Verbesserungen durch die Maßgaben der „Reichenhaller Empfehlung“ sind:

- a) die Einführung von Schweregrad-Kriterien für Funktionsstörungen und
- b) die Zusammenfassung von Blutgaswerten im Belastungsversuch mittels Ergometrie/Gehtest und Spiroergometrie, da nicht in allen Untersuchungen eine Spiroergometrie erfolgt.

Therapie nach aktuellen Leitlinien

Die Spalten zur Therapie sind aus Sicht der Autoren bislang weder in der „Bochumer Empfehlung“ noch in der „Reichenhaller Empfehlung“ für die MdE-Beurteilung besonders geeignet.

Eine Sauerstofflangzeittherapie wird in der „Reichenhaller Empfehlung“ mit einer MdE von 90 Prozent verknüpft, die „Bochumer Empfehlung“ bewertet hingegen eine „zusätzliche“ Sauerstofftherapie mit einer MdE von 70 bis 90 Prozent.

Die Autoren empfehlen, die Therapiebedürftigkeit bei der MdE-Beurteilung nur nachrangig gegenüber den Funktionsparametern anzusetzen.

Auch wenn eine Medikation mit langwirksamen Bronchodilatoren erforderlich ist, findet sich keine Übereinstimmung in den Tabellen. Eine abschließende Beurteilung dieses Aspektes ist hier nicht möglich. Die Autoren empfehlen, die Therapiebedürftigkeit bei der MdE-Beurteilung nur nachrangig gegenüber den Funktionsparametern anzusetzen, da bei deren Schweregradeinstufung die Blutgase beziehungsweise die Sauerstoffpflichtigkeit bereits berücksichtigt werden.

Weitere Kriterien, die zur Beurteilung herangezogen werden sollten beziehungsweise könnten, sind:

Exazerbationshäufigkeit

Neben den in der AWMF-Silikose-Leitlinie und der „Bochumer Empfehlung“ aufgeführten Kriterien gibt es weitere klinische Kriterien für die MdE-Bewertung, die bisher allerdings wenig Beachtung finden. Die „Reichenhaller Empfehlung“ weist darauf hin, dass bei einer COPD die Erfas-

sung der Häufigkeit und des Schweregrades von Exazerbationen bedeutsam ist. Die Exazerbationshäufigkeit korreliert mit der Prognose der COPD. Die Autoren gehen daher davon aus, dass dies auch für die BK 4101 gilt.

Pneumonien

Gehäuft auftretende Pneumonien können als Kriterium für eine Befundverschlechterung herangezogen werden, da sie die Prognose ungünstig beeinflussen.

Therapie-Folgeerkrankungen

In der AWMF-Silikose-Leitlinie beziehungsweise in der „Bochumer Empfehlung“ wird nur orientierend ausgeführt, dass auch Folgeerkrankungen der Therapie für die MdE-Bewertung von Bedeutung sein können.

Dies können insbesondere die Folgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie sein, zum Beispiel:

- Steroid-Osteoporose
- Steroid-Diabetes und dessen mögliche Folgen, wie diabetische Nephro- und Polyneuropathie
- Achillessehnenruptur

Pulmonale Hypertonie

Die „Reichenhaller Empfehlung“ führt an, dass ein Cor pulmonale in der Regel erst bei fortgeschrittener Erkrankung auftritt. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Silikose sollte daher eine kritische Beurteilung bei der Diagnose einer pulmonalen Hypertonie (präkapilläre versus postkapilläre pulmonale Hypertonie beziehungsweise linkskardiale versus pulmonale/respiratorische Ursachen einer pulmonalen Hypertonie) erfolgen: insbesondere auch bei einer erheblichen Gasaustauschstörung ohne schwerwiegende Einschränkung der Lungenfunktion.

Die einzige beweisende Untersuchung für eine prä- oder postkapilläre pulmonale Hypertonie ist der Rechtsherzkatheter. Dieser ist jedoch mitwirkungspflichtig.

Die kardialen Folgen einer BK 4101 werden nicht immer von primär linkskardialen Erkrankungen abgegrenzt. Die Autoren empfehlen daher die häufigere Bestimmung des BNP (englisch: brain natriuretic peptide) sowie in Zweifelsfällen die Durchführung einer Echokardiographie. ●

Literatur

1. Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101 Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose), 09/2008, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Leitlinien-Register Nr. 020/010

Baur, X.; Heger, M.; Köhler, D. et al.: Pneumologie 2008; 62:659–684, mit Korrektur Pneumologie 2009; 63:176 und Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2008; 43:576–600

2. Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen) – Bochumer Empfehlung, DGUV 2011

3. Abteilung Informationstechnologie der BG RCI

4. Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung – Reichenhaller Empfehlung, DGUV 2012

5. American Thoracic Society: Guidelines for the Six-Minute Walk test. ATS Statement: Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:111–117

THEMA FÜR DIE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

FREIHANDELSABKOMMEN EU – USA

Das Freihandelsabkommen zwischen EU und USA kann Auswirkungen auf die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und auf die gesetzliche Unfallversicherung haben. Die DGUV beobachtet und analysiert die Entwicklungen.

Seit Monaten führt das seit Mitte 2013 verhandelte Freihandelsabkommen der Europäischen Union mit den USA zu heftigen Diskussionen. In Aussicht gestellt werden positive Effekte wie ein höheres Handelsvolumen und die damit verbundenen Auswirkungen auf Umsätze und Arbeitsplätze. Von einer gesunden wirtschaftlichen Lage und einem starken Außenhandel profitieren auch

„Die transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) könnte die Chance bieten, den Arbeitsschutz weltweit zu stärken.“

die deutschen Sozialversicherungssysteme, deren finanzielle Lage gegenwärtig stabil ist. Ist deswegen aber alles, was gut ist für den interkontinentalen Handel auch gut für die Gesundheit und den Arbeitsschutz der Versicherten und damit auch die Sozialversicherung?

Mögliche Auswirkungen auf die deutschen sozialen Sicherungssysteme – Chancen wie Risiken – werden häufig übersehen. Die gesetzliche Unfallversicherung hat deswegen als erster Zweig der Sozialversicherung ein Positionspapier erarbeitet mit dem Ziel, einen fachlichen Beitrag zur Diskussion zu liefern¹. Damit folgt die gesetzliche Unfallversicherung dem Aufruf sowohl der Europäischen Kommission als auch der Bundesregierung, sich in die Diskussion zur TTIP einzubringen. Allerdings ist es schwierig, an fundierte Informationen über die Verhandlungen zu kommen. Selbst die Verhandlungsleitlinien sind erst im Oktober 2014 offiziell der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden.²

Was steckt genau hinter dem Abkommen?

Mit dem Abkommen ist geplant, nicht nur den Handel mit Waren, sondern auch den Handel mit Dienstleistungen zu erleichtern. TTIP soll weit über bisherige Freihandelsabkommen hinausgehen und ein „ehrgeiziges, umfassendes“ Abkom-

men darstellen – so haben es die EU-Mitgliedstaaten in den Verhandlungsleitlinien beschlossen. Danach beabsichtigen die Verhandlungspartner insbesondere eine weitgehende Marktöffnung und den Abbau nichttarifärer Handelshemmnisse (Details siehe Abbildung).

Inwieweit ist die gesetzliche Unfallversicherung betroffen?

Aus den Inhalten der Verhandlungen erschließt sich schnell, dass das geplante Abkommen Auswirkungen auf die gesetzliche Unfallversicherung und die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit haben kann, positive wie auch möglicherweise negative. Im Folgenden werden einige Aspekte näher betrachtet.

Gegenseitige Anerkennung von Produktanforderungen

Die Diskussion um Handelsvereinfachungen durch die TTIP wird in den Medien von zwei Beispielen beherrscht:

- Blinker von PKW müssen in den USA rot und in der EU gelb sein. Dieses

Autorin und Autor



Ilka Wölfle LL.M.

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



Rüdiger Reitz

Leiter des Referats Produktsicherheit und DGUV Test, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: ruediger.reitz@dguv.de

Hauptinhalte der TTIP-Verhandlungen

Markttöffnung

- Zölle
- Liberalisierung Dienstleistungshandel
- Investitionsschutz
- öffentliches Beschaffungswesen

Regulierungsfragen/ nichttarifäre Handels- hemmnisse

- technische Vorschriften
- Normen
- Konformitätsbewertungsverfahren
- sektorspezifische Bestimmungen

gemeinsame Regeln

- Rechte des geistigen Eigentums
- Handel und nachhaltige Entwicklung
- Handel und Wettbewerb
- ...

DGUV

Beispiel wird von TTIP-Befürwortern ins Spiel gebracht: Für die Sicherheit im Straßenverkehr spiele die Farbe der Blinker keine Rolle. Mit einer gegenseitigen Anerkennung könnten PKW preiswerter hergestellt werden.

- **Chlorhühnchen:** In den USA werden Hühnchen im Schlachtprozess durch ein Chlorbad desinfiziert. Dieses Verfahren ist in der EU nicht erlaubt. Von TTIP-Kritikern werden Chlorhühnchen als Beispiel dafür hingestellt, was bei einer gegenseitigen Anerkennung dieser Standards auf die europäischen Verbrauchern zukommen würde. Ob entsprechend behandelte Hühnchen allerdings tatsächlich gesundheitsbedenklich sind, bezweifeln selbst Verbraucherschützer.

Beide Beispiele folgen der Regel, dass mit einfachen Botschaften die öffentliche Diskussion beeinflusst werden kann. Bei den Verhandlungen geht es allerdings in vielen Bereichen um komplexe Sachverhalte, die nicht einfach zu beurteilen sind.

Sowohl die EU als auch die USA verfügen in vielen Bereichen über ein hohes Schutzniveau, das durch die Verhandlungen zur TTIP nicht abgesenkt werden soll. Das hohe europäische Schutzniveau bei Arbeitsmitteln, zum Beispiel Maschinen, und Schutzausrüstungen könnte jedoch gefährdet sein, falls durch die TTIP die jeweiligen Produkt- und Konformitätsbewertungsanforderungen mit den USA gegenseitig anerkannt würden. Dies liegt nicht etwa daran, dass es in den USA einen geringeren Anspruch an Sicherheit und Gesundheitsschutz gäbe, sondern an den unterschiedlichen Rechts-, Sicher-

heits- und Normungsphilosophien sowie an der unterschiedlichen Rolle, die die Produktnormen sowie die Prüfung und Zertifizierung darin spielen. Die Ansätze unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht grundlegend, zum Beispiel hinsichtlich des Vorsorgeprinzips und der Hierarchie der Schutzmaßnahmen.

Überdies haben die USA im Unterschied zur EU kein einheitliches Normenwerk, sondern fördern auch hier den Wettbewerb.³ Damit ist bereits der Nachweis der Gleichwertigkeit als erste Hürde für gegenseitige Anerkennung nur schwer zu nehmen. Aber selbst gleichwertige Schutzniveaus können aufgrund ihrer Verschiedenheit eine gegenseitige Anerkennung ausschließen. Ein Beispiel hierfür ist die Feuerwehrschutzkleidung: Während in den USA Feuerwehrleute in der Regel nur eine bestimmte Aufgabe ausführen (zum Beispiel Brandbekämpfung oder Lebensrettung), sollen deutsche Feuerwehrleute universell einsetzbar sein – die Schutzkleidung ist dabei für den jeweiligen Einsatzzweck optimiert. Die universelle Bekleidung und die Bekleidung für spezielle Zwecke lassen sich allerdings nicht kombinieren, eine gegenseitige Anerkennung würde auf beiden Seiten des Atlantiks zu Problemen führen. Solche Beispiele lassen sich auch im Maschinenbereich vielfach finden.

Derzeit fehlt also in vielen Bereichen die gemeinsame Basis zwischen der EU und den USA. Erforderlich ist somit zunächst eine Harmonisierung der Anforderungen auf hohem Niveau. In der Praxis haben sich in einigen Bereichen bereits gute Ansätze gezeigt, wie durch Normen erfolgreich Anforderungen für neue Pro-

dukte gesetzt werden konnten, zum Beispiel in der Robotertechnik. Aus europäischer Sicht ist dabei allerdings zu beachten, dass die Normen nach den Regeln des Neuen Rechtsrahmens die grundlegenden Sicherheits- und Gesundheitsschutzanforderungen der EU-Rechtsvorschriften konkretisieren.

Sozialversicherung als Finanzdienstleistung im Wettbewerb?

Neben dem Warenhandel soll auch der Handel mit Dienstleistungen vereinfacht werden. Für die gesetzliche Unfallversicherung ist insoweit von Bedeutung, dass Verpflichtungen zur Liberalisierung von Dienstleistungen in der TTIP die Sozialversicherung und ihre Leistungen nicht erfassen dürfen. Zwar enthält das Verhandlungsmandat der EU eine Ausschlussklausel für bestimmte öffentliche Dienstleistungen, sie ist jedoch so schwammig und eng gefasst, dass unklar ist, welche Inhalte sie letztlich erfasst.

Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Sozialversicherung in ihrer Versicherungsfunktion, die von der EU als Finanzdienstleistung im Sinne des Abkommens angesehen wird, klar und eindeutig von den Regelungen ausgenommen wird. Ansonsten könnte sie mit einem Federstrich im Wettbewerb mit US-amerikanischen Unternehmen stehen. Wie die Mitgliedstaaten der Europäischen Union ihre Sozialversicherungssysteme organisieren, kann allerdings kein Verhandlungsgegenstand bei der TTIP sein. Dass diese Sorge nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigen Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, bei denen zahlreiche Unternehmerinnen und Unternehmer immer wieder versucht haben, über Klagen die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Unfallversicherung auszuhebeln.

Auch wenn der EuGH im Ergebnis entschieden hat, dass die Unfallversicherungsträger nicht mit Sozialversicherungsträgern anderer EU-Mitgliedstaaten im Wettbewerb stehen, ist nicht auszuschließen, dass über ein Freihandelsab-

kommen Unternehmen aus den USA erneut die Möglichkeit sehen, das Monopol zu Fall zu bringen. Die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Unfallversicherung darf deswegen nicht als „Handelshemmnis“ angesehen werden.

Gleiches gilt für die medizinischen oder Rehabilitationsleistungen, die von den Unfallversicherungsträgern finanziert oder erbracht werden. Diese sozialen Dienstleistungen dienen dem Gemeinwohl; sie sind keine gewinnorientierten privaten Leistungen und müssen deshalb aus dem Anwendungsbereich des Abkommens ausgeklammert werden.

Investitionsschutz

Die öffentliche Debatte zur TTIP wird beherrscht von den geplanten Investitionsschutzregelungen. Ein Unternehmen, das in einem anderen Staat investiert, will die Sicherheit haben, dass seine Investition weder direkt noch indirekt enteignet wird. Das ist nachvollziehbar und gerechtfertigt.

Sieht ein Unternehmen seine Rechte verletzt, kann es dagegen vorgehen. In TTIP sind hierfür Regelungen zur Beilegung von Auseinandersetzungen zwischen Staaten und Investoren vorgesehen (Investor State Dispute Settlement – ISDS). Wenn das Unternehmen durch politische Entscheidungen den Wert einer Investition gefährdet sieht, soll es – außerhalb des regulären Justizsystems – ein Schiedsgericht anrufen und Schadensersatz verlangen können. Die Schiedsgerichtsverfahren haben sich bei Staaten bewährt, die kein verlässliches Justizsystem aufweisen oder bei denen die Unabhängigkeit der Rechtsprechung nicht gewährleistet ist. Dies ist aber sowohl in den USA als auch bei der EU nicht der Fall.

Ein solches Streitbeilegungsverfahren könnte ein Einfallstor auch für Änderungen bei der Sozialversicherung und der Prävention sein: Gesetze beziehungsweise Gesetzesänderungen im Interesse des Arbeitsschutzes, der öffentlichen Gesundheit, der Finanzierbarkeit oder der

Organisation der Sozialversicherungssysteme könnten zu Entschädigungsforderungen von Unternehmen führen. Auch wenn in der Vergangenheit Investor-Staat-Streitbeilegungsverfahren nicht zu grundlegenden Systemänderungen von gesetzlichen Sozialversicherungssystemen geführt haben, zeigen verschiedene Klagen aus dem Gesundheitsbereich, dass Investitionsschutzbedingungen den gesundheits- und sozialpolitischen Handlungsspielraum der Mitgliedstaaten erheblich einschränken können oder nach derzeitigem Kenntnisstand eine Einschränkung zumindest nicht auszuschließen ist. Einige Beispiele für entsprechende Klagen gibt es aus anderen Abkommen:

- Das Unternehmen Eli Lilly klagt gegen Kanada, da Kanada die Zulassung eines Arzneimittels zurückgezogen hat.
- Philip Morris klagt gegen Australien bezüglich der Vorgabe der Gestaltung der Verpackung von Zigaretten.
- Der niederländische Versicherungskonzern Achmea klagt gegen die Slowakische Republik wegen Reformen bei der Krankenversicherung.

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Durch die TTIP dürfen nach Auffassung der gesetzlichen Unfallversicherung weder europäische noch nationale Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Verhandlung stehen. Auch wenn entsprechende Regelungen indirekt Auswirkungen auf den Handel von Waren und Dienstleistungen haben können, geht es hier doch nicht um handelsbezogene Fragen. Die Regelungen sind Teil des sozialen Systems und müssen bei den Verhandlungen außen vor bleiben. Auch beim Investitionsschutz muss klar sein, dass Regelungen zum betrieblichen Arbeitsschutz kein Klagegrund für US-amerikanische Investoren im Rahmen des Investor-Staat-Streitbeilegungsverfahrens sein dürfen. Die Anforderungen an

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit müssen weiterentwickelt werden können, ohne dass gleich das Damoklesschwert einer Investitionsschutzklage über einem Staat hängt.

Aufenthalt von Personen zu Geschäftszwecken

Für Unternehmen, die Investitionen tätigen, Wartungsarbeiten an von ihnen gelieferten Produkten vornehmen oder das Vertriebsnetz ausbauen wollen, ist es wichtig, dass sie eigenes Personal in das jeweilige Land schicken können. Die TTIP soll auch hierzu Regelungen enthalten, um einen entsprechenden Aufenthalt vor Ort zu erleichtern. Auf dem Gebiet der Sozialversicherung schließen die Mitgliedstaaten bilaterale Abkommen zur sozialen Sicherheit ab, die neben der Anrechnung von Versicherungszeiten auch Regelungen über die Zuständigkeit bei vorübergehenden Entsendungen enthalten. Der Abschluss solcher Sozialversicherungsabkommen ist den Mitgliedstaaten vorbehalten. Regelungen in der TTIP dürfen solchen Abkommen nicht entgegenlaufen und die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Sozialversicherungssysteme unterlaufen.

Hinsichtlich der Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit ist klarzustellen, dass das nationale Recht vor Ort anzuwenden ist: So muss bei Instandhaltungsarbeiten einer US-amerikanischen Firma an einer Anlage in einem deutschen Standort auch weiterhin das deutsche Arbeitsschutzrecht gelten.

Globale Auswirkungen

Die TTIP könnte die Chance bieten, den Arbeitsschutz weltweit zu stärken. Ein starkes Signal hierfür wäre, wenn die USA die Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) zu den Kernarbeitsnormen und die ILO-Erklärung über grundsätzliche Rechte und Pflichten bei der Arbeit anwendet und anerkennt. Auch im Bereich der Normung könnte die TTIP global für positive Bewegung sorgen. Bereits jetzt arbeiten

Vertreter der USA und der EU-Mitgliedstaaten in der internationalen Normung mit. Noch stoßen hier aber die oben erwähnten unterschiedlichen Rechts-, Sicherheits- und Normungsphilosophien aufeinander. Eine Annäherung durch TTIP hätte auch für die internationale Normung eine hohe Bedeutung.

Der gesetzlichen Unfallversicherung ist allerdings bewusst, wie herausfordernd es ist, globale Standards für Produkte zu schaffen und damit den internationalen Handel bei einem gleichzeitig hohen Schutzniveau für die Beschäftigten zu fördern. Der Aufwand lohnt, auch wenn immer gilt: Normung ist ein sehr wichtiges Hilfsmittel, aber kein Selbstzweck. Können internationale Normen nicht die europäischen Rechtsvorschriften konkretisieren, bringen sie aus europäischer Sicht keinen praktischen Nutzen.

Wie geht es weiter?

Bis wann die Verhandlungen zur TTIP abgeschlossen sein werden, kann derzeit noch nicht abgeschätzt werden. EU und USA waren ursprünglich von schnellen Verhandlungen ausgegangen. Die Verhandlungen zu dem bislang größten von der EU verhandelten Freihandelsabkommen werden jedoch durch die nicht abnehmende Kritik überschattet. Ein Ende der Geheimniskrämerei wird gefordert, denn vor dem Unbekannten hat man viel mehr Angst als vor dem, das man kennt. Inzwischen hat die Europäische Kommission auf die vielfältige Kritik an den intransparenten Verhandlungen reagiert und vermehrt Informationen bereitgestellt. Damit geht sie einen Schritt in die richtige Richtung.

Wünschenswert wäre aber auch, dass zentrale Verhandlungsdokumente vor Abschluss der Verhandlungen offen gelegt werden, damit eventuelle Auswirkungen bewertet werden können. Es stellt sich die Frage, ob die Zeit der geheimen Verhandlungen, in denen erst nach Abschluss ein Gesamtpaket vorgelegt wird, bei dieser Art der Abkommen noch zeitgemäß ist und ob sie nicht

sogar daran hindern, die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen.

Dennoch, die EU hält an ihrem Ziel fest, bis Ende 2015 die Verhandlungen abzuschließen. Sieben Verhandlungsrunden haben bislang stattgefunden, eine weitere Verhandlungsrunde ist für Dezember 2014 geplant.

„Durch die TTIP dürfen nach Auffassung der gesetzlichen Unfallversicherung weder europäische noch nationale Regelungen zu Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zur Verhandlung stehen.“

Ob und wann die TTIP in Kraft treten wird, ist nach dem derzeitigen Verhandlungsstand noch ungewiss, zumal dies auch maßgeblich von der Zustimmung der Mitgliedstaaten und des Europäischen Parlaments abhängen wird. Diese können jedoch erst nach Vorlage eines ausgehandelten Textes entscheiden, ob sie mit dem Inhalt des geplanten Abkommens einverstanden sind. Darüber hinaus ist auch noch unklar, ob ein Inkrafttreten des Abkommens nicht auch der Ratifizierung in den einzelnen Mitgliedstaaten bedarf.

Zumindest die Bundesregierung geht davon aus, dass es sich bei TTIP um ein gemischtes Abkommen handelt, bei dem eine Zustimmung auch der Mitgliedstaaten notwendig ist. Welche Chancen und Risiken die deutsche Sozialversicherung von TTIP zu erwarten hat, könnte sich ansatzweise aus dem älteren Bruder CETA ergeben. Den seit einiger Zeit ausgehandelten Vertragstext für ein umfangreiches Abkommen zwischen der EU und Kanada hat die EU-Kommission Anfang August an die Mitgliedstaaten zur Überprüfung übermittelt, der Text ist nach zunächst inoffizieller Veröffentlichung von der EU-Kommission der Öffentlichkeit bekannt gemacht worden. Die DGUV wird den

1.600 Seiten langen Text⁴ genau unter die Lupe nehmen und hinsichtlich der Auswirkungen auf die Unfallversicherungsträger und die Prävention überprüfen.

Im Schatten der von der EU bilateral verhandelten Abkommen steht schließlich noch ein weiterer internationaler Vertrag, der zunehmend in den Fokus rückt und für die gesetzliche Unfallversicherung von Bedeutung sein könnte: TiSA, ein Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen, das die USA, die Europäische Union und 21 weitere Staaten derzeit verhandeln. Ziel der Verhandlungspartner ist eine weitreichende Liberalisierung verschiedener Dienstleistungssektoren. Auch diese Verhandlungen werden weitestgehend unter Ausschluss der Öffentlichkeit und ohne Beteiligung der Zivilgesellschaft durchgeführt.

Generell ist davon auszugehen, dass auch künftig die Öffentlichkeit die von der EU verhandelten Freihandelsabkommen genauer unter die Lupe nehmen wird. Diese neue Wende ist sicherlich auf TTIP zurückzuführen, da sie als größtes Freihandelsabkommen bezeichnet wird, das die EU jemals verhandelt hat. ●

Fußnoten

[1] <http://www.dguv.de/webcode/d942371>

[2] <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11103-2013-DCL-1/de/pdf>

[3] Lesenswert hierzu: Gabler, S.: Freihandel zwischen Europa und den USA: Normung im Fokus. DIN-Mitteilungen Mai 2014, S. 11–13

[4] <http://ec.europa.eu/trade/policy/in-focus/ceta>

BUNDESVERDIENSTKREUZ FÜR DR. WALTER EICHENDORF

Dr. Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV und Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrats (DVR), ist mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden. Laudator Alexander Dobrindt, Bundesminister für Verkehr und digitale Infrastruktur, ehrte damit Dr. Eichendorfs besondere Verdienste um die Verkehrssicherheit in Deutschland.

„Ich freue mich sehr über diese hohe Auszeichnung und nehme sie auch stell-

vertretend für die vielen Mitstreiterinnen und Mitstreiter im Bereich der Verkehrssicherheitsarbeit entgegen“, sagte Eichendorf. Er betonte gleichzeitig, dass Verkehrssicherheitsarbeit eine beständige Aufgabe sei, wozu alle ihren Beitrag leisten müssten.



DGUV

Dr. Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV

INTERNATIONALE BEZIEHUNGEN

Der Hauptgeschäftsführer der DGUV, Dr. Joachim Breuer, ist als erster Deutscher zum Vorstandsmitglied der International Association of Industrial Accident Boards and Commissions (IAIABC), die größte Vereinigung von nationalen Unfallversicherungsbehörden in Nordamerika, gewählt worden. Das teilte die Vereinigung auf ihrer Internetseite mit. Dr. Joachim Breuer wird als außerordentliches Mitglied Teil des Vorstandes.

Darüber hinaus zeichnete die IAIABC den Leiter des Stabsbereichs Internationale

Beziehungen der DGUV, Dr. Gregor Kemper, mit dem International Collaboration Award aus. Die IAIABC ehrte damit sein Engagement für die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen internationalen Unfallversicherungsbehörden und Sozialversicherungsträgern. Die IAIABC zeichnet jährlich Persönlichkeiten aus der ganzen Welt aus, die sich durch ihr besonderes Engagement und ihre Leistungen im Bereich des Arbeitsschutzes verdient gemacht haben.

NEUER VORSTANDSVORSITZENDER DES KUV



DGUV

Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting, Vorsitzender des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV)

Der Vorstand des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) hat am 26. September 2014 Dr. Rainhardt

Freiherr von Leoprechting einstimmig zum neuen Vorsitzenden gewählt. Der 64-jährige Jurist übernimmt das Amt von Dr. Hans-Joachim Wolf und vertritt damit zukünftig die Seite der Arbeitgeber in der KUV-Selbstverwaltung. Vertreter der Arbeitnehmerseite ist weiterhin Jürgen Waßmann, gleichzeitig Vorstandsvorsitzender der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG). Abgesehen von seinem neuen Amt beim KUV ist von Leoprechting Vorstandsvorsitzender der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

IMPRESSUM

DGUV FORUM

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

Herausgeber • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastrasse 40, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion • Gregor Doepeke (verantwortlich), Dr. Jochen Appt, Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Natalie Peine, Falk Sinß (Universum Verlag)

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 • Cicero Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Wiesbaden

Titelbild • Jan Pauls / KUV

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.

Elektronische Unterweisung auf CD Thema „Gesunder Rücken“ nach DGUV-Test zertifiziert



Gesunder Rücken

- Rückenschmerzen sind ein Risiko für fast jeden Beschäftigten.
- Fast 70% aller Beschäftigten sind von Rücken- oder Gelenks- oder muskuloskeletalen Beschwerden betroffen.
- 60% aller Beschäftigten sind, wenn eine Erkrankung schon festgestellt ist, nicht richtig behandelt.

Wegen des VDE

Die elektronische Unterweisung „Gesunder Rücken“ durch den großen Hersteller für sicherheitsrelevante Verfahren, die sich nicht nur in all Ihren Themen sondern auch im Beschäftigten, gleichzusetzen.

Vertrauen Sie auf weitere geprüfte Inhalte

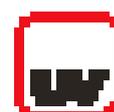
Suchen Sie nach DGUV-Test zertifizierte Unterweisungen der Reihe „Unterweisungsbibliothek“:

- Beschäftigte
- Beschäftigte
- Leistungserstellung
- Arbeitsschutz
- Beschäftigte
- Produktivität, Arbeitsleistung
- Arbeitsleistung
- Produktivität
- Elektronische Medien und Anlagen
- Arbeitsleistung

Unterweisungsbibliothek
Beschäftigte - Beschäftigte
Beschäftigte Beschäftigte Beschäftigte

Wiederholungsfragen:

www.underweisungsbibliothek.de



Unterweisungsbibliothek
Verlag

HANDBUCH FÜR ENTSORGUNGSWIRTSCHAFT



BGHW

Das Unternehmer-Handbuch „Entsorgungswirtschaft“

386 Millionen Tonnen Abfall produzieren die Deutschen pro Jahr. Um die Abfälle dem Recyclingkreislauf zuzuführen, werden die Abfälle in Entsorgungsunternehmen getrennt und zur Weiterverwertung vorbereitet. Im neu erschienenen Handbuch „Entsorgungswirtschaft“ beschreibt

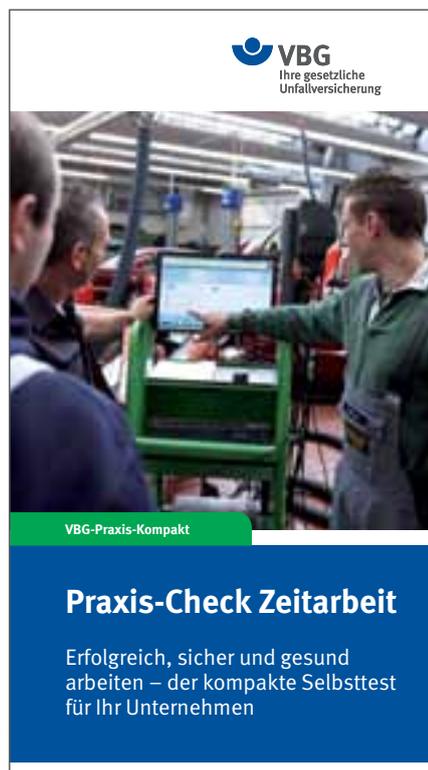
Fachautor Dr. Stefan Mayer von der Berufsgenossenschaft Handel und Waren-distribution (BGHW), welche Gefährdungen von der Sortiertechnologie, den Betriebsabläufen, aber auch dem Müll selbst ausgehen und wie Unternehmen richtig damit umgehen.

Das 128-seitige Unternehmer-Handbuch beschreibt ausführlich, worauf es beim Festlegen der Schutzmaßnahmen ankommt. Es wird differenziert auf branchenspezifische Problemfälle eingegangen, beispielsweise auf den Ausfall von Maschinen, störende Stoffe im Abfall, Rutsch- und Sturzunfälle oder den sicheren Umgang mit Abrollcontainern. Ein eigenes Kapitel ist der Persönlichen Schutzausrüstung gewidmet. Zum systematischen Durcharbeiten der Problemfelder finden sich im Anhang praktische Checklisten mit wichtigen Hinweisen zur Gefährdungsbeurteilung.

Informationen

Das Handbuch „Entsorgungswirtschaft“ kann unter www.bghw.de im Medienshop heruntergeladen oder bestellt werden.

SICHER IN DER ZEITARBEIT



VBG

Broschüre „Praxis-Check Zeitarbeit“ der VBG

Die neue Broschüre „Praxis-Check Zeitarbeit“ der VBG richtet sich insbesondere an kleine Zeitarbeitsunternehmen. Die 44-seitige Handlungshilfe zeigt Unternehmerinnen und Unternehmern, wie sie die Arbeit in der Geschäftsstelle sicher und effektiv gestalten können.

Der Check unterstützt unter anderem bei der Realisation einer effektiven und effizienten Arbeitsorganisation, einer optimalen Nutzung der Fähigkeiten und Ressourcen aller Beschäftigten, einem besseren Umgang mit zunehmendem Arbeitsdruck.

Ein Selbsttest macht deutlich, wie gut die Gefährdungsbeurteilung im Überlassungsprozess beherrscht wird.

Informationen

Weitere Informationen und die Broschüre „Praxis-Check Zeitarbeit“ zum Download findet man unter: www.vbg.de/zeitarbeit

!!!ACHTUNG!!! IMPRESSUM AUS 9/14

IMPRESSUM

DGUV FORUM

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

6. 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), Dr. Jochen Appt, Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Natalie Peine, Falk Sinß (Universum Verlag)

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 • Cicero Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Wiesbaden

Titelbild • fotolia.de/snyggg.de

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.

KAMPAGNE „DENK AN MICH. DEIN RÜCKEN“ SORGT FÜR BEWEGUNG AUF FACEBOOK

DEUTSCHLAND BEWEGT HERBERT

Im Mai 2014 startete im Rahmen der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ die Aktion „Deutschland bewegt Herbert“ auf Facebook. Sie hat das Ziel, Jugendliche und junge Erwachsene zu mehr sportlichen Aktivitäten und Bewegung zu animieren.

Hintergrund

In dieser Personengruppe treten häufig Rückenbeschwerden aufgrund von Bewegungsmangel und dadurch nicht trainierter Rückenmuskulatur auf. Um sie für das Thema „Bewegung“ zu sensibilisieren, soll auf humorvolle Art und Weise und ohne „erhobenen“ Zeigefinger die Lust an sportlichen Aktivitäten und Bewegung vermittelt werden. Darüber hinaus stehen für diese Zielgruppe bisher nur wenige Angebote im Rahmen der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ bereit.

Konzept und Umsetzung

Um die Zielgruppe direkt anzusprechen, greift die Kampagne auf die sozialen Netzwerke, speziell Facebook und YouTube, zurück. Die Facebook-Plattform dient dabei als zentrales Element, auf der die Kommunikation mit den Nutzenden in Form von Videos, Fotos und Posts stattfindet.

Kernbestandteil der Aktion „Deutschland bewegt Herbert“ sind Kurzfilme, in denen der Protagonist „Herbert“ sich verschiedenen, meist sportlichen Herausforderungen stellt. „Herbert“ ist 20 Jahre alt und Student im ersten Semester. Er fällt in die Kategorie Bewegungsmuffel und kennt aktive sportliche Betätigung bisher eher aus seinen Computerspielen.

Seit Beginn der Aktion hat er fünf Herausforderungen erfolgreich gemeistert: vom Tanzen über Fitness-Boxen und Bouldern bis zum Stand Up Paddling. Damit bewies er der Community, dass man grundsätzlich bei jeder Sportart schnelle Erfolge erzielen kann und es Spaß macht, etwas Neues auszuprobieren. Darüber hinaus ließ er sich das Kochen beibringen, um zukünftig – neben Tiefkühlpizza, Fischstäbchen und Ravioli – eine etwas abwechslungsreichere Küche auf dem Speiseplan zu haben.

Um so viele Internetnutzende wie möglich zu erreichen, werden die Videos auch in einem eigenen Kanal bei YouTube veröffentlicht.

Da die Jugendlichen und jungen Erwachsenen animiert werden sollen, die gezeigten Sportarten selbst auszuprobieren beziehungsweise sich sportlich zu betätigen, zeigt Herbert vor allem trendige und/oder niederschwellige Sportarten. Die Nutzenden dürfen außerdem selbst Sportarten vorschlagen, die „Herbert“ ausprobieren soll – ganz im Sinne des Mottos „Deutschland bewegt Herbert“. Somit schafft das Format einen interaktiven Ansatz. Regelmäßige Gewinnspiele sorgen für zusätzliche Attraktivität. Durch die

thematisch passende Einbindung prominenter Personen (zum Beispiel Schauspieler Manuel Cortez, Sieger der Fernsehshow „Let’s Dance“ 2013) wird die Aufmerksamkeit der Zielgruppe zusätzlich auf die Facebook-Seite gelenkt.

Pro Monat wird eine Episode vorgestellt. Diese ist aufgeteilt in einen sogenannten Teaser-Film, in dem „Herbert“ vor einem Problem steht. Damit wendet er sich an die Fans der Facebook-Seite und bittet um hilfreiche Tipps. Anschließend erfolgt die Auflösung seines Problems im eigentlichen Hauptfilm. Daneben wird die Facebook-Seite mit „Alltagsposts“ von Herbert gefüllt (zum Beispiel: „Wie war das Wochenende?“). Bei der Kommunikation mit den Nutzenden wird bewusst auf eine lockere und umgangssprachliche Wortwahl geachtet. Dadurch soll eine „Kult“-Figur geschaffen werden, die das Konzept dauerhaft trägt und die die Fans bindet. Mittlerweile verfolgen rund 20.000 Facebook-Nutzende „Herberts“ Abenteuer, die auch durch gezielt eingesetzte Werbung auf Facebook und YouTube gewonnen wurden. Neben den neu gewonnenen Fans wurde die Aktion auch auf der Facebook-Seite von „Risiko raus!“ beworben, um die dort verbliebenen Fans auf den neuen Auftritt aufmerksam zu machen.

Autorinnen



Anna-Sophia Quast

DGUV-Projektleiterin der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“
Stabsbereich Kommunikation
E-Mail: anna-sophia.quast@dguv.de



Elke Rogosky

DGUV-Projektleiterin der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“
Stabsbereich Prävention
E-Mail: elke.rogosky@dguv.de



DGUV

Auswahl des Darstellers

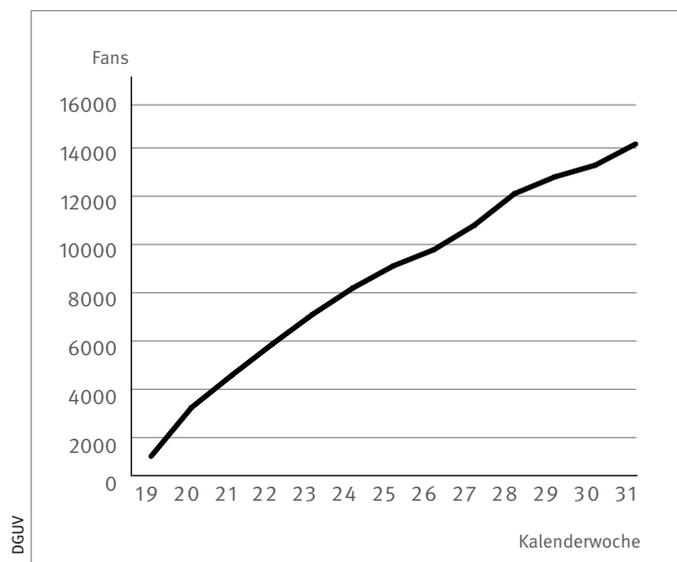
Im Vorfeld der Aktion wurde – in Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsinstitut TNS Emnid – ein Zielgruppentest mit 300 Personen aus der Zielgruppe 16- bis 25-Jährige durchgeführt. Ziel des Tests war es, aus drei Schauspielern den passenden Charakter für die Person des „Herbert“ zu finden. Hierbei wurde zum Beispiel nach der Glaubwürdigkeit sowie dem Identifikationspotenzial der einzelnen Schauspieler gefragt. Wei-

terhin wurde untersucht, ob die Art des Humors in der Zielgruppe ankommt.

Erste Zwischenbilanz

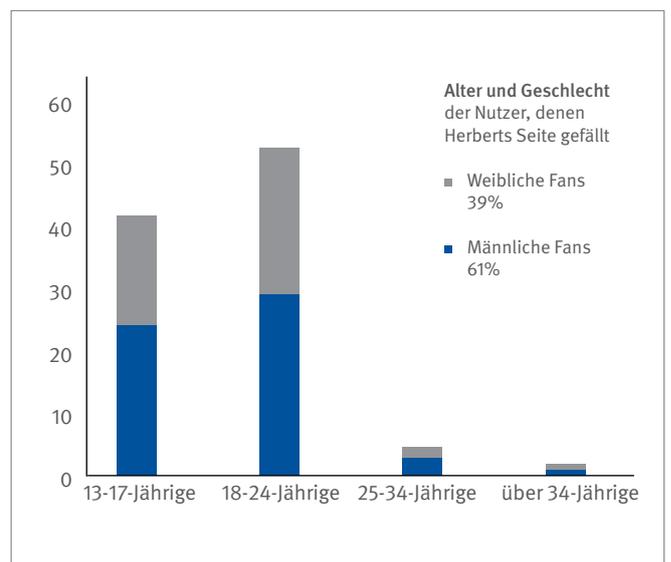
Facebook bietet die Möglichkeit, Nutzungsstatistiken für „Deutschland bewegt Herbert“ zu erhalten. Dies ermöglicht eine regelmäßige Evaluation des Facebook-Auftritts. Aus den zur Verfügung gestellten Daten lässt sich – neben der Entwicklung der Fanzahlen – zum Beispiel der

sogenannte „Response-Wert“ von einzelnen Posts errechnen. Dieser bildet die Reaktion der Facebook-Community auf „Herberts“ Beiträge ab und zeigt somit die Interaktivität der Community (dies erfolgt über eine unterschiedliche Gewichtung der „Gefällt mir“-Angaben, Kommentare und der geteilten Inhalte). Dabei zeigt sich, dass die Videos sowie die Gewinnspiele durchschnittlich über den höchsten „Response-Wert“ verfügen. ●



DGUV

Abbildung 1: Entwicklung Facebook-Fanzahlen bis August 2014



DGUV

Abbildung 2: Demografische Facebook-Daten bis August 2014