

DGUV Forum



Eine Welt ohne Barrieren nutzt allen Menschen

Evaluation der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“
Wichtige Impulse für die Rückengesundheit

Früherkennung asbestbedingter Lungenkrebskrankungen
Erweitertes differenziertes Vorsorgeangebot

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die zentrale Forderung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) ist ganz einfach: Es geht um die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft für alle Menschen – ganz gleich, ob sie eine Behinderung haben oder nicht.

Der Weg dahin ist aber alles andere als einfach. Das zeigt der Alltag der Betroffenen. Da kann eine Rollstuhlfahrerin nicht zum Arzt ihrer Wahl, weil dessen Praxis im ersten Stock keinen Aufzug hat. Ein Gehörloser kann nicht an einer Diskussion teilnehmen, weil niemand daran gedacht hat, einen Gebärdendolmetscher zu engagieren. Eine dritte Person bekommt trotz guter Ausbildung keine Stelle, weil viele Betriebe noch zu wenig wissen über Barrierefreiheit und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung.



Foto: DGUV/Stephan Floss

Was können wir tun, um diese Situation zu verbessern? Die gesetzliche Unfallversicherung hat dazu für ihren Wirkungsbereich zwei Aktionspläne vorgelegt, um die UN-BRK umzusetzen. Sie enthalten eine Reihe von Maßnahmen und Materialien, die Betriebe und Bildungseinrichtungen bei der konkreten Umsetzung von Inklusion unterstützen sollen.

„Es geht um die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft für alle Menschen – ganz gleich, ob sie eine Behinderung haben oder nicht.“

Die Empfehlung beim Thema Barrierefreiheit lautet: Planen und gestalten Sie vorausschauend. Denn es ist schlicht sinnvoller, die Anforderungen an die Barrierefreiheit von Gebäuden und Infrastruktur von Beginn an immer mit zu denken, unabhängig davon, ob aktuell ein behinderter Mensch beschäftigt wird oder nicht. Warum? Wir leben in

Zeiten des demografischen Wandels und Fachkräftemangels. Wir müssen uns auf alternde Belegschaften einstellen, das heißt, immer mehr Menschen werden barrierefreie Lösungen brauchen und von ihnen profitieren. Nachträgliche Umbauten aber sind teuer. Wer von Anfang an Barrierefreiheit in seine Planungen einbezieht, wird also auf lange Sicht sparen. Klingt doch ganz einfach? Im Prinzip ja, aber ohne Überzeugungsarbeit und gute Beispiele geht es nicht.

Mit den besten Grüßen

Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–6
› Nachrichten aus Brüssel ›››	7
› Titelthema ›››	8–22
Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung Barrierefreiheit in der Arbeitswelt <i>Hans-Jürgen Penz</i>	8
Barrierefreie Veranstaltungen planen und durchführen Ein Weltkongress ohne Hindernisse <i>Sabine Herbst, Kathrin Baltscheit</i>	11
Individuell, universell, alltagstauglich, barrierefrei Raum-gerecht denken <i>Ursula Fuss</i>	16
Bestandteil einer modernen Personalpolitik Barrierefreie Gestaltung der betrieblichen Infrastruktur <i>Klemens Kruse</i>	18
Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung Freie Arztwahl – ein Recht für alle? <i>Jonas Rohde</i>	20
› Prävention ›››	23–27
Zukunft der betriebsärztlichen Betreuung Erste akademische Lehrpraxis für Arbeitsmedizin in Deutschland <i>Bernd Lindemeier</i>	23
Evaluation der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ Wichtige Impulse für die Rückengesundheit <i>Marlen Rahfeld, Anna-Maria Hessenmöller</i>	24
Zertifizierte Sicherheit GQA – eine starke Marke <i>Karlheinz Kalenberg, Helmut Deden, Jochen Appt</i>	26
› Rehabilitation ›››	28–33
Pilotprojekt Die trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunde mit Peer Counseling <i>Gülcan Miyanyedi, Andreas Scherber</i>	28
Früherkennung asbestbedingter Lungenkrebskrankungen Das erweiterte differenzierte Vorsorgeangebot der DGUV – ein Zwischenbericht <i>Melanie Duell</i>	31



› Unfallversicherung ›››	34–40
Beschäftigungsfähigkeit erhalten und wieder herstellen Neues Projekt unterstützt Betriebe beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement <i>Katrin Grüber, Friedrich Mehrhoff, Hansjörg Schmidt-Kraepelin</i>	34
Änderung der Insolvenzordnung Positive Folgen für die Sozialversicherungsträger <i>Ralf Möller, Swantje Palliwoda</i>	37
› Aus der Rechtsprechung ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42

Neues Endoprothetik-Zentrum im Bergmannstrost

Das BG Klinikum Bergmannstrost Halle ist seit Januar als Endoprothetik-Zentrum zertifiziert. Das neue Zentrum bündelt die Leistungen verschiedener medizinischer Bereiche, um Patienten und Patientinnen mit einem künstlichen Gelenkersatz interdisziplinär behandeln und optimal versorgen zu können. Die Zertifizierung erhielt die Unfallklinik nach einem intensiven und detaillierten Prüfverfahren der Zertifizierungsinitiative EndoCert. „Die Endoprothetik ist seit 2004 Jahren ein Schwerpunkt unseres Behandlungsspektrums. Die Zertifizierung ist ein Nachweis der hohen Qua-

litätsstandards und der medizinischen Expertise unserer Arbeit“, so Prof. Gunther Hofmann, Ärztlicher Direktor am Bergmannstrost und Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.

Geprüft wurde das Zentrum nach den Vorgaben der Zertifizierungsinitiative EndoCert, die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik und dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie entwickelt wurde. Begutachtet wurde un-

ter anderem, wie die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen funktioniert und ob die spezielle Weiterbildung für Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte dem geforderten Standard entspricht. Eine zentrale Rolle spielt jedoch die Erfahrung der Chirurgen, Chirurgen und des OP-Personals. „Um die hohe medizinische Qualität der Eingriffe zu sichern, operieren nur Ärzte, die nachweislich eine große Routine bei diesen oft sehr komplexen Eingriffen haben“, so Hofmann. Die geforderte Mindestanzahl für ein Endoprothetik-Zentrum liegt bei 200 Fällen pro Jahr.

Slackline-Training im Forst

Mit rund 40 bis 50 Prozent am gesamten Unfallgeschehen ist das Stürzen, Stolpern und Ausrutschen ein bedeutender Unfallschwerpunkt bei Forstarbeiten. Die Verletzungen sind mitunter erheblich

und führen häufig zu bleibenden Beeinträchtigungen.

Die vorhandenen technischen Lösungen sollten daher konsequent angewendet

werden. So können beispielsweise an den Sohlen von Forstschuhen zusätzlich Spikes ins Profil montiert werden, ebenso Spezialbeschläge für schwieriges Gelände oder sogenannte Nagelsohlen. Auch die Kombination aus bewährtem Forstprofil und verbessertem Stegbereich wird mittlerweile von mehreren Forstsicherheitsschuhherstellern angeboten.

Die Sturz- und Stolpergefahr verringert sich aber auch, wenn das Gefühl für Gleichgewicht und Koordination verbessert wird. Die Unfallkasse Hessen untersuchte hierzu unter beratender Mitwirkung der SVLFG die Wirksamkeit eines Slackline-Trainings im Forst. Von einer ursprünglichen Trendsportart in der Freizeit hat sie sich inzwischen auch als physiotherapeutische Methode etabliert. Die Untersuchung ergab, dass Stabilität, Sensomotorik und Symmetrie hochsignifikant verbessert wurden. Probanden und Probandinnen, die regelmäßig trainierten, berichteten über deutlich weniger Beschwerden im Muskel-Skelett-System und fühlten sich in ihrer Tätigkeit weniger eingeschränkt. Das Projekt hat gezeigt, dass die Slackline eine praktikable und kostengünstige Maßnahme der Gesundheitsförderung ist.



Foto: SVLFG

Gleichgewicht und Stabilität verbessern mit dem Slackline-Training im Forst.



Im Internet sind unter www.youtube.com und dem Suchbegriff „Slackline im Forst“ Filme der Unfallkasse Hessen zum Thema abrufbar.

Kooperation für die Vision Zero

Der Verein der Zuckerindustrie (VdZ) und die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) haben im Januar 2016 in Berlin eine gemeinsame Initiative zu noch mehr Arbeitssicherheit in der Zuckerindustrie gestartet. Die Kooperationsvereinbarung ist Teil der neuen Präventionsstrategie „VISION ZERO. Null Unfälle – gesund arbeiten!“ der BG RCI. Ziel von VISION ZERO ist es, die Arbeitswelt so zu gestalten, dass niemand zu Schaden kommt.

„Der Verein der Zuckerindustrie ist sehr stolz darauf, zu den ersten Branchen zu gehören, die eine solche Vereinbarung mit der BG RCI abgeschlossen haben“, sagte Axel Aumüller, Vorsitzender des VdZ. Bereits 2014 beim XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit hatte der VdZ die VISION ZERO der Zuckerindustrie vorgestellt.

„Wir sind überzeugt davon, dass letztlich alle Unfälle und Berufskrankheiten verhindert werden können. Dazu müssen Sicherheit und Gesundheit als elementare Werte aller Menschen anerkannt und Führungskräfte sowie Beschäftigte in den Betrieben ihrer Verantwortung gerecht werden. Gemeinsam werden wir es schaffen, die Vision eines unfallfreien Arbeitslebens mehr und mehr zur Realität zu machen!“, erklärte Ulrich Meesmann, Mitglied der Geschäftsführung der BG RCI, bei der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung.

Die Präventionsstrategie „VISION ZERO. Null Unfälle – gesund arbeiten!“ gibt konkrete Ziele vor, die es bis zum Jahr 2024 zu erreichen gilt. So soll das Arbeitsunfallrisiko um 30 Prozent verringert werden, die Zahl tödlicher Arbeitsunfälle um 50 Prozent sinken und entsprechende Präventionsmaßnahmen sollen dafür sorgen, dass die Zahl der unfallfreien Betriebe gesteigert wird. Erreicht werden soll dies unter anderem durch verbesserte Analysen von Unfallschwerpunkten, die besondere För-

derung von kleinen und mittleren Unternehmen, bei denen Arbeitssicherheit häufig noch nicht so stark verankert ist, oder noch mehr persönliche Beratungen vor Ort in den Betrieben.

! Weitere Informationen zu VISION ZERO unter: www.bgrci.de (Seiten-ID: #HWTW)



V.l.n.r.: Axel Aumüller, Vorsitzender des Vereins der Zuckerindustrie (VdZ), und Ulrich Meesmann, Mitglied der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI), präsentieren den Kooperationsvertrag.

Netzwerke gestalten – psychisch erkrankte Beschäftigte unterstützen

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Ein wichtiger Grund dafür ist die geringe Vernetzung zwischen Versorgungssystem und Unternehmen. Betroffene Beschäftigte erhalten deshalb oft sehr spät und kaum auf die konkrete Arbeitssituation zugeschnittene Unterstützung.

Bei der dritten Fachtagung in der Reihe „Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie“ am 30. Juni und 1. Juli 2016 in der DGUV Akademie Dresden steht deshalb folgende

Frage im Fokus: Wie können Netzwerke mit allen Beteiligten so gestaltet werden, dass Beschäftigte möglichst schnell und effektiv Hilfe erhalten? Dabei sollen die Teilnehmenden auch erste Ideen entwickeln, wie sie in ihrer Region Netzwerke bilden können.

Die Tagung richtet sich an Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Betriebs-, Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Präventionsfachleute, Fachleute aus dem Reha-Management sowie auch Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Sie wird in Kooperation mit

der Bundespsychotherapeutenkammer, der BGW und der DGUV-Abteilung Versicherung und Leistungen durchgeführt.

! Teilnahmekosten: Normalpreis 300 Euro; Beschäftigte der Unfallversicherungsträger und Mitglieder einer Psychotherapeutenkammer: 250 Euro
Anmeldung und weitere Informationen: www.dguv.de/iag (Webcode: d1038783)

Nicht nur Minijobs – Haushaltsjob-Börse ausgeweitet

Ob Putzen, Gartenarbeit, Kinderbetreuung oder Altenpflege – wer im Haushalt helfen will oder Hilfe braucht, kann über die Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale kostenlos inserieren. Jetzt wird das Angebot erweitert. Nicht mehr nur Minijobber mit einem Verdienst bis 450 Euro können hier auf Jobsuche gehen, sondern auch Haushaltsjobs mit einem Verdienst über 450 Euro können

ab sofort hier angeboten oder gesucht werden. Der Service ist deutschlandweit und kostenlos. Im Oktober 2014 gab Bundessozialministerin Andrea Nahles den Startschuss für die Haushaltsjob-Börse der Minijob-Zentrale. Seitdem erfreut sich die neue Online-Börse für Beschäftigungen in Privathaushalten wachsender Beliebtheit. Nach gut einem Jahr verzeichnet die Haushalts-

job-Börse bereits rund 700.000 Besucher und Besucherinnen sowie mehr als 19.000 registrierte User.

- Aktuelle Hinweise und weitere Informationen gibt es unter: www.haushaltsjob-boerse.de

„Mannschaftsarzt-Verfahren“ gestartet

Die gesetzliche Unfallversicherung VBG hat am 1. Januar 2016 das „Mannschaftsarzt-Verfahren“ gestartet, ein dreijähriges Modellprojekt im bezahlten Sport. „Mit dem Mannschaftsarzt-Verfahren setzt die VBG Standards für eine präventiv ausgerichtete sportmedizinische Betreuung im Mannschaftssport. Das Besondere und Neue daran ist die Verbindung von Prä-

vention und Rehabilitation. Dies umfasst Präventionsmaßnahmen für die gesamte Mannschaft sowie – im Falle des Falles – die Durchführung und Steuerung der Behandlung des unfallverletzten Sportlers“, sagte Eckehard Froese, Leiter Versicherung, Leistungen und Regress der VBG. Wer kann als Mannschaftsarzt oder -ärztin an dem Verfahren der VBG teilnehmen?

- Die Zulassung als M-Arzt oder M-Ärztin ist an den Nachweis bestimmter fachlicher und organisatorischer Voraussetzungen geknüpft, zu denen auch die Zusatzqualifikation „Sportmedizin“ gehört.
- Dazu zählt auch die Benennung durch den Sportverein und die Beauftragung zur Umsetzung der Präventionsvorgaben der VBG.
- Der M-Arzt oder die M-Ärztin stellt die ganzheitliche sportmedizinische Betreuung der Sportlerinnen und Sportler sicher. Unterstützt werden sie dabei durch das Reha-Management und die Präventionsfachleute der VBG.
- Die regelmäßige Teilnahme an den Weiterbildungsangeboten der VBG ist verpflichtend.



Sport braucht gute Partner: Dr. Volker Braun (Mannschaftsarzt FC Bayern München), Eckehard Froese (Leiter Versicherung, Leistungen und Regress der VBG) und Dr. Markus Braun (Mannschaftsarzt Borussia Dortmund) (v.l.n.r.) stellen in Berlin das M-Arzt-Verfahren der VBG vor.

Zahl des Monats: 956.000

Die Zahl der Arbeitsunfälle ist so niedrig wie noch nie. Mit knapp 24 Unfällen je 1.000 Vollarbeiter stabilisierte sich 2014 die Unfallquote in Deutschland. **Die absolute Zahl der Arbeitsunfälle blieb mit rund 956.000** auch 2014 unterhalb der Millionengrenze. Durch Arbeitsunfähigkeit fielen nach Schätzungen

der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im vergangenen Jahr rund 1,5 Millionen Erwerbsjahre aus. Dies führte zu einem Produktionsausfall anhand der Lohnkosten von 57 Milliarden Euro. Durch Verlust an Arbeitsproduktivität gingen der deutschen Volkswirtschaft damit rund

90 Milliarden Euro an Bruttowertschöpfung verloren. Zu diesen und weiteren Ergebnissen kommt der statistische Bericht zum „Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SUGA), den die BAuA im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) veröffentlicht.

Bürokratie-Abbau – auch ein Thema für den Arbeitsschutz?

Bessere Rechtsetzung und der Abbau unnötiger Verwaltungslasten: Das sind zwei der Prioritäten, die Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker auf seine Agenda geschrieben hat. Ziel ist es, insgesamt weniger und bessere Regelungen auf europäischer Ebene zu erreichen. Dabei stehen alle Europäischen Themenbereiche auf dem Prüfstand.

Der Wunsch nach Bürokratie-Abbau könnte sich auch auf arbeitsschutzrechtliche Vorschriften auswirken, insbesondere mit Blick auf die laufende Evaluati-

on sämtlicher Richtlinien im Bereich des Arbeitsschutzes. Dabei scheint die EU-Kommission auch eine Verringerung der derzeit bestehenden 24 Arbeitsschutzrichtlinien ins Auge zu fassen. Allerdings sollen dabei die bestehenden Arbeitsschutzstandards auf europäischer Ebene nicht reduziert werden. Offen gelassen hat die EU-Kommission jedoch, wie sie den mit einer Reduzierung der Anzahl der Richtlinien einhergehenden Verlust an inhaltlicher Substanz auffangen möchte. Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Vorschlä-

ge die EU-Kommission nach Abschluss der Evaluation veröffentlichen wird. Als ein Teil der besseren Rechtsetzung ist auch eine interinstitutionelle Vereinbarung zwischen Rat, Parlament und Kommission anzusehen. Sie soll im Laufe des Jahres in Kraft treten. Sie sieht unter anderem vor, dass die Mitgliedstaaten künftig eine Ergänzung von EU-Rechtsvorschriften mit Blick auf potenzielle Vorteile und Kosten transparent darlegen müssen. Diese Neuerung könnte bei der nationalen Umsetzung von Arbeitsschutzrichtlinien von Bedeutung sein.

Europäisches Parlament zur Liberalisierung von Dienstleistungen

Seit vier Jahren verfolgt eine Gruppe von Mitgliedern der Welthandelsorganisation (WTO) ein gemeinsames Ziel: den Abschluss eines ambitionierten Abkommens zur Liberalisierung des Dienstleistungshandels. Beim Stichwort „Dienstleistungen“ fühlt sich auch die gesetzliche Sozialversicherung mit ihrem großen Leistungsangebot angesprochen. In der ersten Februarwoche haben sich die „really good friends of services“ – so der Name der Gruppe – zum 16. Mal in Genf getroffen, um unter Ausschluss der Öffentlichkeit mit den Verhandlungen voranzuschreiten. Auch die Abgeordneten des Europäischen Parlaments haben sich nun zu Wort gemeldet und dabei auch das besondere Schutzbedürfnis der gesetzlichen Sozialversicherung im Blick gehabt. So soll die EU während der Verhandlungen sicherstellen, dass die Sozialversicherungssysteme vom Geltungsbereich des Abkommens ausgeschlossen sind. Auch eine generelle Herausnahme von Gesundheits- und So-

zialdienstleistungen aus dem Abkommen fordert das Europäische Parlament und zwar unabhängig davon, wie die öffentlichen Dienstleistungen erbracht und finanziert werden. Dieses Anliegen haben auch die Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung in die Diskussion eingebracht.¹ Es bleibt abzuwarten, wie die EU-Kommission die

Empfehlungen des Europäischen Parlaments in ihren Textentwürfen umsetzt.

Fußnote

[1] DGUV Kompakt, Oktober 2015
www.dguv.de (Webcode: d1029370)
> Ausgabe Oktober 2015



Das Europäische Parlament hat das Schutzbedürfnis der Sozialversicherung im Blick.

Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung

Barrierefreiheit in der Arbeitswelt

Handlungshilfen, Seminare, Beratung – Berufsgenossenschaften und Unfallkassen unterstützen Betriebe und Dienststellen mit vielfältigen Informationsangeboten bei der Gestaltung barrierefreier Arbeitsplätze.

Begriff Barrierefreiheit

Der Begriff der Barrierefreiheit wurde erstmals im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) im Jahr 2002 umfassend definiert. Nach § 4 sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in „der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe“ auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.

Im weiteren Sinne bedeutet Barrierefreiheit aber, dass nicht nur die Anforderungen von Menschen mit physischen, sensorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Bei der Gestaltung unserer gemeinsamen Umwelt sollen vielmehr die Bedürfnisse aller Menschen Beachtung finden.

Heute unternehmen Betriebe und Dienststellen viel, um Beschäftigte, die während des Berufslebens eine Behinderung erwerben, im Arbeitsprozess zu halten. Arbeitsplätze werden dann den spezifischen Anforderungen einzelner Personen angepasst und „barrierefrei“ gestaltet. Diese

Anpassung ist bei genauerem Hinsehen eine „behinderungsgerechte“ Gestaltung. Neben dieser einzelfallbezogenen Umsetzung von „Barrierefreiheit“ gibt es aber auch eine zukunftsorientierte, präventive barrierefreie Gestaltung. Diese vorausschauende Barrierefreiheit zielt auf die gesamte Belegschaft eines Unternehmens ab und soll für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorteilhaft sein.

„Eine vorausschauende Barrierefreiheit zielt auf die gesamte Belegschaft eines Unternehmens ab und soll für alle Beschäftigten vorteilhaft sein.“

Forderungen der UN-BRK

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) der Vereinten Nationen fordert seit 2009 für alle Menschen die volle und wirkliche Teilhabe an der Gesellschaft. Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe an allen Lebensbereichen zu ermöglichen, muss ein gleichberechtigter Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien sowie -systemen gewährleistet werden. Um dies zu erreichen,

müssen zunächst Barrieren in den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bereichen ermittelt werden, um dann darauf hinzuwirken, Zugangshindernisse und -barrieren zu beseitigen. Dies gilt für Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen und Arbeitsstätten.

In Artikel 24 der UN-BRK wird das Recht von Menschen mit Behinderungen auf gleichberechtigte Bildung eingefordert. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, muss ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen ermöglicht werden. In Artikel 27 wird das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit in einem offenen, integrativen und für alle Menschen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld eingefordert.

Um in der Bildungs- und Arbeitswelt diese Anforderungen umsetzen zu können, ist die barrierefreie Gestaltung der Infrastruktur in Bildungseinrichtungen und Arbeitsstätten eine grundlegende Voraussetzung.¹

Forderungen der ArbStättV

Die auf der Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes erlassene Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) verlangt dagegen keine grundsätzlich barrierefreie Gestaltung der Arbeits- und Ausbildungsstätten. Sie sieht erst im Fall der Beschäftigung eines Menschen mit Behinderung eine nachträgliche Anpassung auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Person vor.

Eine präventive barrierefreie Gestaltung geht über diesen Ansatz der ArbStättV hinaus. Danach ist es sinnvoll, Arbeitsstätten unabhängig davon, ob ein behinderter Mensch beschäftigt wird oder nicht, barrierefrei zu gestalten. Immer mehr Unternehmen in Deutschland erkennen die Vor-

Autor



Foto: VBG

Hans-Jürgen Penz

Leiter des Sachgebietes
„Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ der DGUV
E-Mail: hans-juergen.penz@vbg.de



Foto: VBG/Alexander Jensko

Bei der barrierefreien Gestaltung sollen die Bedürfnisse aller Menschen Beachtung finden.

teile von vorausschauender barrierefreier Gestaltung, andere müssen von diesem Vorgehen noch überzeugt werden.

Umsetzung in den Betrieben

Wie kann das Kriterium Barrierefreiheit in die Prozesse und Planungen eines Betriebes einbezogen werden? Wichtig ist der vorausschauende Blick. Barrierefreiheit sollte von Anfang an zeitgleich und gleichberechtigt mit den übrigen Unternehmensinteressen berücksichtigt werden. Nachträglich ist es oft aufwändiger und manchmal gar nicht mehr möglich, eine barrierefreie Gestaltung zu realisieren. Auf jeden Fall wird es teurer, als von vornherein barrierefrei zu planen. In der Regel wird sich aber zeigen, dass eine barrierefreie Gestaltung nicht nur Menschen mit Behinderungen zugutekommt, sondern allen Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

tern. Auch für die Bildungs- und Arbeitswelt gilt der bekannte Ansatz: Für etwa zehn Prozent der Menschen ist Barrierefreiheit zwingend erforderlich, für etwa 30 bis 40 Prozent ist sie notwendig und für 100 Prozent komfortabel.

„Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels trägt eine barrierefreie Arbeitsgestaltung zur Sicherung des Arbeitskräftebedarfs bei.“

Für den Bereich der barrierefreien Arbeitsplatzgestaltung kann als allgemeiner Nutzen daneben hervorgehoben werden, dass die Arbeiterledigung oft einfacher, leichter und damit auch sicherer wird. Hinzu kommt: Angesichts des demografischen

Wandels werden sich viele Unternehmen bei der Gestaltung von Arbeitsstätten verstärkt auf die Bedürfnisse einer älter werdenden Belegschaft einstellen müssen. Auch damit gewinnt die barrierefreie Gestaltung von Arbeits- und Ausbildungsstätten an Bedeutung. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels kann sie auch zur Sicherung des Arbeitskräftebedarfs beitragen. Für Menschen mit Behinderungen sinkt bei einer entsprechenden Umgebung die Schwelle für ihre Einstellung.

Aktionsplan der Unfallversicherungsträger

Wie können die Unfallversicherungsträger die Unternehmen und Dienststellen öffentlicher Arbeitgeber praktisch bei der präventiven Umsetzung der barrierefreien Gestaltung der Bildungs- und Arbeitswelt unterstützen? Und, gibt es für die Berufs-

„Für zehn Prozent der Menschen ist Barrierefreiheit zwingend erforderlich, für etwa 30 bis 40 Prozent ist sie notwendig und für 100 Prozent komfortabel.“

genossenschaften und Unfallkassen – speziell auch für deren Präventionsdienste – eine Aufforderung zum aktiven Handeln?

Schon 2011 hat die DGUV einen von allen Unfallversicherungsträgern mitgetragenen ersten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK über die Rechte von Menschen mit Behinderung verabschiedet.² Dieser Aktionsplan wird seit 2015 in einer Version 2.0 weitergeführt. Im Aktionsplan heißt es zum Beispiel: „Der Arbeitsbereich Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung strebt im Rahmen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes an, Arbeitsstätten in Unternehmen und Bildungseinrichtungen barrierefrei zu gestalten. Bei Beschäftigten mit Behinderungen ist eine sichere ergonomische, belastungs- und beanspruchungsgerechte Ausführung der Tätigkeit zu ermöglichen.“

Das bedeutet, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen haben sich die Aufgabe gestellt, die Themen „Inklusion“ und „Barrierefreiheit“ durch Informationsangebote, Seminare und Beratung in den Unternehmen und Dienststellen bekannt zu machen und auf die praktische Umsetzung hinzuwirken.

Informationsangebote

Vor diesem Hintergrund hat das Sachgebiet „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ der DGUV Hilfen für die Präventionsdienste, Unternehmen und Dienststellen erstellt. So wurde ein Leitfaden zur „Barrierefreien Arbeitsgestaltung“ entwickelt.³ Der erste Teil „Grundlagen“ wurde 2014 veröffentlicht und enthält neben den gesetzlichen und normativen Grundlagen auch Grundsätze, die bei einer barrierefreien Gestaltung der Bildungs- und Arbeitswelt zu berücksichtigen sind. Der zweite Teil „Grundsätzliche Anforderungen“ wird im ersten Halbjahr 2016 erscheinen. Er enthält die wichtigsten zu berücksichtigen-

den baulichen Anforderungen. Die Teile 3 und 4 „Branchenübergreifende Anforderungen“ und „Branchenbezogene Anforderungen“ werden erst 2017 zur Verfügung stehen.

„Barrierefreiheit sollte von Anfang an zeitgleich und gleichberechtigt mit den übrigen Unternehmensinteressen berücksichtigt werden.“

Ungefähr 90 Prozent der Unternehmen in Deutschland sind kleine oder mittlere Unternehmen (KMU). Insbesondere für diese Unternehmen ist es erforderlich, Kurzinformationen und einfache Handlungshilfen zur Verfügung zu haben. Es wurde deshalb eine Checkliste „Barrierefreie Gestaltung von Arbeitsplätzen – Checkliste für die Praxis in Unternehmen“ entwickelt, die zur Bewusstseinsbildung zum Thema Inklusion beitragen soll und eine einfache Prüfung des Unternehmens zum Stand der eigenen „Barrierefreiheit“ ermöglicht. Der Leitfaden kann bei den Unfallversicherungsträgern oder bei der DGUV abgerufen werden. Die Checkliste ist derzeit nur über die VBG erhältlich.⁴

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) wurde zudem ein Seminar für Aufsichtspersonen mit dem Titel „So gelingt Inklusion“ entwickelt. In diesem können sich Aufsichtspersonen aller Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit den Grundlagen der barrierefreien Gestaltung vertraut machen. Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) bietet darüber hinaus drei unterschiedliche Seminare für verschiedene Zielgruppen an (Architektinnen und Architekten, Bauplanerinnen und Bauplaner, Unternehmerinnen und Unternehmer,

Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Schwerbehindertenbeauftragte der Unternehmen und Dienststellen).

Ausblick

Das Sachgebiet „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ wird inzwischen von Unternehmen und Dienststellen aus vielen Wirtschaftsbereichen und Regionen als beratende Institution in Anspruch genommen. Auch aus diesem Grund wird es noch in diesem Jahr eine Neugestaltung des Internetportals⁵ des Sachgebietes geben. Ziel ist es, die vielen Informationen und Aktivitäten zu den Themen „Inklusion“ und „Barrierefreie Gestaltung“ gebündelt an einer Stelle, natürlich barrierefrei präsentiert, darzustellen. In den kommenden Jahren wird auf die Beschäftigten in diesem Sachgebiet eine Vielzahl anspruchsvoller und interessanter Aufgaben zukommen. So wird auch die Frage zu beantworten sein, wie sich die „neuen Formen“ der Arbeit 4.0 auf das Thema Inklusion auswirken können. ●

Fußnoten

[1] Siehe zum Thema Bildungseinrichtungen das Positionspapier: „Inklusion in Bildungseinrichtungen“: www.dguv.de (Webcode: d958183), Download rechts oben

[2] Informationen zum Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung: www.dguv.de (Webcode: d133311)

[3] DGUV Information 215-111 „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“: www.dguv.de/publikationen (Suchbegriff: 215-111)

[4] Barrierefreie Gestaltung von Arbeitsplätzen – Checkliste für die Praxis in Unternehmen: www.vbg.de/Medien/5349

[5] Internetportal des Sachgebietes „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ unter: www.dguv.de (Webcode: d131972)

Barrierefreie Veranstaltungen planen und durchführen

Ein Weltkongress ohne Hindernisse

Erfahrungen mit der barrierefreien Gestaltung von Veranstaltungen am Beispiel des Weltkongresses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014

Der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 in Frankfurt am Main war für die aus aller Welt angereisten Arbeitsschutzexpertinnen und -experten ein besonderes Highlight und für die DGUV als Gastgeberin auch eine Herausforderung. Nicht nur Programm, Methodik und Gestaltung des Weltkongresses sollten besondere Akzente setzen. Der internationale Kongress sollte Menschen aus aller Welt unabhängig von ihren jeweiligen individuellen Voraussetzungen eine aktive Teilnahme ermöglichen. Eine möglichst barrierefreie und inklusive Veranstaltung war das Ziel.

Grundlage

Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) in Deutschland geltendes Recht. Die UN-BRK verpflichtet den Staat zur Einhaltung von Menschenrechten, also zur vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft. Sie sollen sich bestmöglich entwickeln, einer selbst gewählten Arbeit nachgehen, ihr privates Leben selbst bestimmen, politisch mitentscheiden und sich kulturell betätigen können – und zwar soweit es ihre Fähigkeiten erlauben und ihrem Willen und ihren Bedürfnissen entspricht. Die UN-BRK spricht damit auch die Versicherten der Berufs-genossenschaften und Unfallkassen an: Menschen,

die bei einem Arbeitsunfall verletzt wurden oder die von einer Berufskrankheit betroffen sind.

Deshalb leistet die gesetzliche Unfallversicherung mit einem eigenen Aktionsplan einen verbindlichen und nachhaltigen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft. Der erste „Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2012–2014“ wurde im November 2011 auf den Weg gebracht.¹ Darin wurden zwölf Ziele, 73 Aktionen und Maßnahmen für fünf Handlungsfelder beschrieben: Bewusstseinsbildung, Barrierefreiheit, Partizipation, Individualisierung und Vielfalt sowie Lebensräume und Inklusion. Unter der Maßnahme 2.8 wurde konkret vereinbart: Beim XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Globales Forum 2014 in Frankfurt am Main wird die Barrierefreiheit berücksichtigt.

Aber was genau bedeutet „Barrierefreiheit“? Das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) versteht darunter: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behin-

derte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind“ (§ 4 BGG).

Es bedeutet also nicht nur räumliche Barrierefreiheit wie rollstuhlgerechte Zugänge zu Gebäuden, Behindertenparkplätze, Beschilderung für Menschen mit Sehbehinderungen oder Möblierung für Menschen im Rollstuhl. Es geht auch um barrierefreie Kommunikation, zum Beispiel mittels Gebärdensprachdolmetscher und -dolmetscherinnen oder Leichter Sprache. Das heißt, bei der Umsetzung von Barrierefreiheit müssen die Belange von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen genauso berücksichtigt werden wie die Belange von Menschen mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen.

Die Planung

Das Ziel war gesteckt – ein inklusiver Weltkongress mit über 4.000 zu erwartenden Gästen. Vor der Planung stand die Recherche, denn eigene Leitfäden oder Checklisten gab es innerhalb der DGUV noch nicht. Zum Planungszeitpunkt des Weltkongresses befand sich die „Checkliste Barrierefreiheit bei Veranstaltungen“ noch in der Entwicklung.² Aber der Austausch mit den Autorinnen der Checkliste sowie Gespräche mit Menschen mit Behinderungen als auch mit

Autorinnen



Foto: DGUV/Stephan Floss

Sabine Herbst

Stabsbereich Prävention der DGUV
Stellvertretende Projektleiterin
des Weltkongresses 2014
E-Mail: sabine.herbst@dguv.de



Foto: DGUV/Nikolaus Brade

Kathrin Baltscheit

Referentin im Referat
Redaktion und Medien der DGUV
E-Mail: kathrin.baltscheit@dguv.de



Abbildung 1: Unterfahrbare Sitzmöglichkeiten ermöglichten auch Rollstuhlfahrenden, sich Filme des Internationalen Mediafestivals für Prävention 2014 auf dem Laptop anzuschauen.

Verbänden und Organisationen, zum Beispiel dem Deutschen Gehörlosen-Bund e. V. oder dem Bundesverband der GebärdensprachdolmetscherInnen Deutschlands (BGSD) e. V. waren aufschlussreich und führten zu manchen „Aha“-Effekten. Weitere Grundlage war die Checkliste des BKB Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e. V.³

In einem zweiten Schritt wurde der Veranstaltungsort persönlich besichtigt. Obwohl die Frankfurter Messe, wo der Weltkongress stattfand, Informationen zur Barrierefreiheit des Veranstaltungsortes zur Verfügung stellte, mussten die Gegebenheiten vor Ort mit den Anforderungen abgeglichen werden. Nur so konnten Lösungen für eine barrierefreie Gestaltung entsprechend den spezifischen Anforderungen entwickelt und umgesetzt werden. Hierbei standen die Kolleginnen und Kollegen des Sachgebietes „Barrierefreie Arbeitsgestaltung“ des DGUV-Fachbereichs „Verwaltung“ unterstützend zur Seite – immer auch die praktische Umsetzung im Auge behaltend.

Leitfaden Barrierefreiheit

Nach Recherche und Vor-Ort-Begehung galt es, einen speziellen Leitfaden für die barrierefreie Gestaltung des Weltkongresses zu entwickeln. Die Basis bildeten die folgenden drei Grundregeln:

- Alle Angebote sollen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung durchgängig nutzbar sein.
- Informationen sollen durch mindestens zwei Sinne wahrnehmbar sein.
- Informationen sollen nach der Methode KISS „Keep it short and simple“ ausgedrückt werden.

Auf Grundlage dieser Regeln erfolgte die detaillierte Beschreibung der Anforderungen an die barrierefreie Gestaltung des Weltkongresses. Zu berücksichtigen waren die Wege zum Veranstaltungsort und zu den Veranstaltungsräumen, die Raumgestaltung, das Leitsystem einschließlich Beschilderung, die Bühne sowie Aufführungen und Vorträge, die Parkplätze, die Kommunikationsmittel und die Kommunikationsflächen.

Neben allgemeinen Anforderungen an die Möblierung und die bauliche Ausstattung erfordert eine barrierefreie Gestaltung von Veranstaltungen idealerweise die Betrachtung jedes einzelnen Raums hinsichtlich seiner baulichen Voraussetzungen, aber auch der geplanten Nutzung. Was soll in diesem Raum passieren? Wie sehen die baulichen Voraussetzungen und Nutzungsmöglichkeiten aus? Welche Vorschriften sind zu beachten? Welche Technik soll eingesetzt, welche Methodik im jeweiligen Veranstaltungsformat zum Einsatz kommen?

Auf Basis des Leitfadens für einen barrierefreien Weltkongress wurde ein Arbeitsdokument (siehe Abbildung 2) in Form einer Übersichtstabelle aufgesetzt und die Informationen wurden für alle Räume gebündelt und fortwährend den Fragen und Lösungen entsprechend adaptiert. Damit konnten für jeden Veranstaltungsraum die jeweils spezifischen Anforderungen identifiziert, überprüft, gegebenenfalls adaptiert und schließlich umgesetzt werden. Unbedingt erforderlich sind hierfür regel-



Foto: kongressbild.de / Michael Bader Leipzig

mäßige Vor-Ort-Begehungen, um sich einen Überblick über die konkrete Situation zu verschaffen und zu überprüfen, ob die Planungen hinsichtlich Barrierefreiheit bereits realisiert wurden oder Planungsänderungen erforderlich sind. Nicht immer war eine hundertprozentige Barrierefreiheit möglich, sei es wegen baulicher Voraussetzungen oder Kosten – aber immer versuchen wir, das Bestmögliche zu realisieren.

„Eine Grundregel für den Weltkongress lautete: Alle Angebote sollen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung durchgängig nutzbar sein.“

Barrierefreie Kommunikation

Wie eingangs erwähnt, geht es bei Barrierefreiheit nicht nur um bauliche Barrieren, sondern auch um barrierefreie Kommunikation. Eine besondere Herausforderung waren deshalb auch die interaktiven Veranstaltungsformate beim Weltkongress, die deutlich von traditionellen Vortragssituati-

onen abweichen und baulich wie auch methodisch neue Standards setzten. Beispielsweise sollte das bei einigen Fachveranstaltungen genutzte interaktive Format „Fußballarena mit Tribünen“ allen Teilnehmenden des Kongresses zugänglich sein. So wurde neben den „Spieler- und Trainerbänken“ Platz für Gäste im Rollstuhl eingeplant.

Immer wieder musste das Veranstaltungsteam flexibel reagieren, denn die Anforderungen an das interaktive Format und die barrierefreie Gestaltung mussten zusammen gedacht und die Machbarkeit der Planung nicht aus den Augen verloren werden. Konkret bedeutete das zum Beispiel, dass bei einigen Veranstaltungsräumen die äußeren Stühle der Sitzreihen nicht verankert wurden, um sie bei Bedarf entfernen zu können. Dadurch konnte flexibel Platz für Rollstühle geschaffen werden. Nicht zu vergessen: In jeder Planungsphase musste immer geprüft werden, ob die Raumgestaltung mit der Versammlungsstättenverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen und der barrierefreien Gestaltung der Flucht- und Rettungswege vereinbar war.

Ein ganz besonderes Anliegen war die inklusive Gestaltung der Kommunikations- und Begegnungsflächen – insbesondere in den Pausen, zum Beispiel beim Mittagessen. Werden zum Beispiel ausschließlich Stehtische verwendet, können Rollstuhlfahrende nicht gleichberechtigt an der Kommunikation teilnehmen. Die gewählte Mischung von Steh- und Sitztischen ermöglichte, dass sich Menschen mit und ohne Rollstuhl auf Augenhöhe unterhalten und essen konnten.

Für Menschen mit Hör- und Sehminderung sowie für taube und blinde Menschen gab es das Angebot einer individuellen Unterstützung durch Gebärdensprachdolmetscher oder -dolmetscherinnen in Plenarveranstaltungen in deutscher und englischer Sprache. Da ihr Einsatz langfristig geplant werden musste, sollten die Teilnehmenden im Registrierungsformular hierzu ihren persönlichen Unterstützungsbedarf mitteilen. Dies gilt umso mehr bei mehrsprachigen Veranstaltungen, denn es gibt keine Gebärdensprache, die international allen verständlich ist. ▶

<input type="checkbox"/>	Behindertenparkplätze mit guter Ausschilderung werden in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt.
<input type="checkbox"/>	Barrierefreie Toiletten
Spezifische Anforderungen an Zugang und Aufenthalt auf den Flächen	
<input type="checkbox"/>	Gut lesbare Beschilderung der Zugänge für alle Teilnehmenden des Weltkongresses, auch für Personen mit Einschränkungen
<input type="checkbox"/>	Leit- und Orientierungssystem so anbringen, dass sie für alle gut lesbar sind. Mehrere Lesehöhen erschweren die Leitung der Teilnehmerströme.
<input type="checkbox"/>	Klare, gut lesbare Schrift, serifenfrei
<input type="checkbox"/>	Kontrastreiche Gestaltung der Schrift, schwarze Schrift, weißer Hintergrund
<input type="checkbox"/>	Informationen und Kennzeichnung der Rettungswege müssen für alle Teilnehmenden gut lesbar sein.
<input type="checkbox"/>	Möglichst stufenloser, ebenerdiger Zugang und Wege, ggf. Rampen (eine Ausnahme bildet der Zugang von Areal Hall zu Via Mobile/Panorama Hall. Hier ist der Zugang nur über die Aufzüge möglich).
<input type="checkbox"/>	Fester Untergrund, gut befahr- und begehbar
<input type="checkbox"/>	Wegbreite mind. 90 cm
<input type="checkbox"/>	Gute Ausleuchtung der Wege
<input type="checkbox"/>	Kontrastreiche Gestaltung nicht vermeidbarer Hindernisse
<input type="checkbox"/>	Abdeckung von Kabeln und Schläuchen mit Matten oder Kabelbrücken
<input type="checkbox"/>	Fahrstühle müssen rollstuhlgerecht/behindertengerecht sein, auch für größere Elektrorollstühle
<input type="checkbox"/>	Ausreichende Beschilderung der Aufzüge
<input type="checkbox"/>	Absicherung von Gefahrenstellen und Beseitigung von Stolperfallen
<input type="checkbox"/>	Wenderadius von Rollstuhlfahrern berücksichtigen
<input type="checkbox"/>	Ruhezonen mit gemischten Sitzmöglichkeiten für alle Teilnehmenden
Spezifische Anforderungen an die Veranstaltungsräume	
<input type="checkbox"/>	Nach Möglichkeit unterfahrbare Tische
<input type="checkbox"/>	Gute Sichtbarkeit der Vortragenden auch für Menschen mit Handicap
<input type="checkbox"/>	Für Gehörlose und Hörgeminderte: Beide Gruppen zusammensetzen, möglichst in der 1. Reihe
<input type="checkbox"/>	Für Gehörlose und Hörgeminderte: Zusätzliche Plätze für Begleitpersonen, Gebärdensprachdolmetscher deutsch & englisch, ggf. zusätzliche Monitore zur Schriftmittlung
<input type="checkbox"/>	Für Menschen mit Sehminderung extra Plätze. Durch Ausstattung mit transportablen Lupen Anforderungen (Blickwinkel, Entfernung etc.) beachten – sofern Anfragen bei Anmeldungen vorliegen
<input type="checkbox"/>	Mischung von Steh- und Sitztischen

Quelle: DGUV

Abbildung 2: Inhalt des Arbeitsdokuments für barrierefreie Gestaltung von Räumen beim Weltkongress 2014 (Ausschnitt)



Foto: kongressbild.de / Oliver Killig

Abbildung 3: Zonen mit Sitzmöglichkeiten boten behinderten und nichtbehinderten Menschen die Möglichkeit, sich auszuruhen.

Die Gebärdensprache ist eine eigenständige Sprache, die sich von Land zu Land und sogar innerhalb eines Landes unterscheidet. Auch Schriftmittler und Schriftmittlerinnen, die das gesprochene Wort über einen eigenen Monitor oder Laptop verschriftlichen und die auch ins Englische dolmetschen, gibt es wenige. Allerdings meldeten die Teilnehmenden keinen Bedarf, weshalb diese Fachleute vor Ort auch nicht vorgehalten wurden. Für hörgeschädigte Menschen standen bei Bedarf vor Ort Hörschleifen (Induktionsanlagen) und für Sehbehinderte mobile Lupen zur Verfügung.

Informationswege

Alle Unterstützungsangebote mussten kommuniziert werden. Das begann mit dem Internetauftritt zum Weltkongress, auf dem über die barrierefreie Gestaltung der Veranstaltung informiert wurde. Im Registrierungsformular gab es die Möglichkeit, Angaben zum Unterstützungsbedarf zu machen. Natürlich konnten diese auch mündlich übermittelt werden. Wichtig war außerdem die Information über die barrierefreie Gestaltung vor Ort. Die

Teilnehmenden konnten sich sowohl in ihren Kongressunterlagen als auch bei zentralen Anlaufstellen sowie bei den Messehostessen über das Unterstützungsangebot für Menschen mit Einschränkungen informieren. Dafür wurden das Servicepersonal und die Hostessen entsprechend eingewiesen, damit sie jederzeit zu allen Unterstützungsangeboten kompetent Auskunft geben konnten. Es gab immer auch die Möglichkeit der Begleitung zu den einzelnen Veranstaltungsräumen.

Ausblick

Von einer barrierefreien Gestaltung von Veranstaltungen profitieren alle. Einfachere Orientierung durch barrierearme Leitsysteme und vielfältige Möglichkeiten für Kommunikation und Erholung sowie Raumgestaltung sind nur einige der positiven Aspekte. Barrierefreiheit kommt allerdings (noch) nicht von alleine. Sie erfordert eine gute Planung, praktische Arbeitshilfen wie Leitfäden und Checklisten, gute Ideen, Flexibilität und die Einbindung von Experten und Expertinnen – von der Planung bis zur Realisierung.

Die auf dem Weltkongress 2014 gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sollen nicht verloren gehen. Sie werden in die Überarbeitung der „Checkliste Barrierefreiheit bei Veranstaltungen“ mit einfließen und damit allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen innerhalb der DGUV und der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Arbeitshilfe zur Verfügung stehen. Damit aus der Herausforderung „Barrierefreiheit“ mehr und mehr eine Routine wird. ●

Fußnoten

[1] Der „Aktionsplan 2.0 der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-BRK in den Jahren 2015–2017“ wurde im November 2015 veröffentlicht.

[2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (Hrsg.): Checkliste Barrierefreiheit bei Veranstaltungen, 2013

[3] BKB Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e. V. (Hrsg.): Handreichung und Checkliste für barrierefreie Veranstaltungen, 2012

Individuell, universell, alltagstauglich, barrierefrei

Raum-gerecht denken

Viele Menschen glauben, dass Barrierefreiheit durch DIN-Normen und andere Richtlinien umfassend geregelt ist. Rechtlich sind dies aber lediglich Empfehlungen. Juristisch relevant sind sie nur, wenn sie in die Gesetzgebungen aufgenommen werden. Aber reicht das, um eine barrierefreie Umwelt zu bauen?

Oft nenne ich meine Vorträge: Der kurze Weg zum Glück. Ich sehe dann die Frage in den Gesichtern meiner Zuhörenden: Was hat Barrierefreiheit mit Glück zu tun? Wir könnten die Frage aber auch umkehren: Warum sollte Barrierefreiheit nicht mit Glück zu tun haben? Es betrifft die Wahrnehmung unserer Umwelt, der Mitmenschen und wie wir uns alle in unserer gebauten Umwelt bewegen. Wenn dies Spaß macht und Freude bereitet, kann es durchaus mit Glück zu tun haben!

Menschen identifizieren sich über Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung. Das heißt: Wie andere uns erleben, beeinflusst, wie wir uns selbst erleben. Daraus entsteht das individuelle Selbstbewusstsein. Einen großen Beitrag dazu leistet auch die gebaute Umwelt und damit die Architektur. Mittlerweile hat man zwar schon erkannt, dass nicht nur Menschen mit Behinderungen eine barrierefreie Umwelt genießen, sondern auch Eltern mit Kinderwagen, Inlineskaterinnen und -skater und viele andere Gruppen. Trotzdem wird Barrierefreiheit meist mit Alter, Behinderung und letztendlich mit Hilfsbedürftigkeit gleichgestellt.

Das „Päckchen Fähigkeiten“

Dies geschieht in Unkenntnis der vielfältigen Fähigkeiten, die Menschen entwi-

ckeln können. Ich spreche gerne über das „Päckchen Fähigkeiten“, das jeder Mensch bei der Geburt mitbekommt. Die eine wird Musikerin, ein anderer Mathematiker, ein dritter Dienstleister. Entwickelt ein Mensch beispielsweise nicht die Sehfähigkeit, so gilt er heute als blind. Er ist es aber nicht, sondern er hat in seinem Päckchen viele andere Fähigkeiten, die er alternativ entwickeln kann: zum Beispiel Akustik, Haptik, und Temperaturempfindungen. Diese ermöglichen es ihm, sich in unserer gebauten Umwelt zu orientieren.

Wir Sehenden können das nicht, denn unser Auge verhindert es. Dieser Perspektivwechsel macht deutlich: Eine „Behinderung“ ist eine Bereicherung der Fähigkeiten, die unsere gesellschaftliche Vielfalt ausmachen. Wir sollten alles dafür tun, diese verschiedenen Fähigkeiten wahrzunehmen, um daraus Neues zu lernen.

Der architektonische Raum

Die Weiterentwicklung in der Medizintechnik ermöglicht es Menschen, in vielen Situationen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu führen. Funktionale Zusammenhänge und Handlungsabläufe verändern sich aufgrund der veränderten Mobilität. Hier liegt das Potenzial für die Architektur, standardisierte Abläufe und alltägliche Situationen zu hinterfragen.

Architekten und Architektinnen sollten sich darüber Gedanken machen, wie ein Raum auf Nutzende wirkt. Für das persönliche Selbstbewusstsein ist es aber mindestens ebenso wichtig, wie andere jemanden im architektonischen Raum wahrnehmen. Dabei spielt Gestaltung eine große Rolle. Dazu ein Beispiel:

Das Benutzen einer Hebebühne ist für alle Beteiligten unangenehm. Für die Benutzenden, da sie wie auf einem Präsentierteller herausgehoben und unfreiwillig zur Schau gestellt werden. Für Zuschauerinnen und Zuschauer, weil sie die Benutzenden als hilfsbedürftig wahrnehmen und sich dadurch betroffen fühlen. Das ist ein negatives Erlebnis und bleibt emotional lange erhalten. Auf einer technischen Ebene ist das Problem gelöst, doch das Selbstbewusstsein der Nutzerin oder des Nutzers wird geschwächt und soziale Teilhabe in der Folge erschwert. Eine Hebebühne ist deshalb immer eine schlechte und nie eine architektonische Lösung!

Das Gleiche gilt für zu steile Rampen. Sie erfordern immer eine Anstrengung und damit die Reaktion: „O je, der arme Mensch, muss das schwierig sein!“ Macht eine geringe Neigung die Rampe jedoch leicht befahrbar, wird die Nutzerin oder der Nutzer positiv wahrgenommen.

Gerecht statt barrierefrei

Das Wort „barrierefrei“ ist gut gemeint. Ich mag es trotzdem nicht besonders. Viel besser wäre es, einfach „gerecht“ zu bauen. Also Gebäude zu entwerfen, die von allen gleichberechtigt genutzt werden können, egal, wie groß oder klein oder wie mobil sie sind, egal, welche Sinne zur Orientierung im Raum sie benutzen. Die meisten Lösungen, die derzeit entworfen werden, machen mich (und alle anderen, die nicht dem Durchschnitt entsprechen) zu einem Sonderfall.

Autorin



Ursula Fuss

Dipl.-Ing. Architektin, Frankfurt am Main

E-Mail: architektur@con-fuss.de

www.con-fuss.de

Eine kleine Rundfahrt durch meine Heimatstadt Frankfurt zeigt sehr schnell den Unterschied zwischen wirklich gleichberechtigtem Bauen und jenen Gebäuden, die bestenfalls die behördlichen Erwartungen erfüllen. Und es gelingt auch mühelos der Beweis, dass herausragende Architektur gleichberechtigt sein kann, und andere herausragende Architektur ist es nicht.

Von Aufzügen und Rampen

Von außen ist Richard Meiers Museum für Angewandte Kunst nicht nur eine Ikone der Neomodern. Es sieht auch so aus, als wäre es für alle gleichberechtigt zu benutzen. Dennoch beginnen die Unterschiede schon beim Eingang. Wieso eine Drehtür? Für mich ist sie unüberwindlich, und die alternativ angebotenen und nach außen öffnenden Türflügel sind auch nicht optimal. Sie verhindern zudem, dass ich das Haus betreten kann, wie alle anderen auch. Sie machen mich ohne bauliche Not zum Sonderfall. Nun könnte man sagen, diese Gebäude stamme doch aus einer Zeit, in der das Bewusstsein für Barrierefreiheit noch nicht thematisiert wurde. Doch auch heute sind solche Lösungen noch Standard. Ich stelle immer wieder fest, dass die Forderung nach Barrierefreiheit mit schwellenlosem Zugang, Aufzug und Behinderten-WC als erfüllt gilt. In vielen Architekturwettbewerben, an denen ich als Beraterin teilgenommen habe, wurden ausschließlich solche Konzeptvorschläge angeboten.

Die Rampen innerhalb des Museumsgebäudes sind prägend für den Entwurf Meiers. Sie lassen die Hoffnung aufkommen, dass alle Menschen das Museum auf dieselbe Weise besuchen können. Die Steigung der Rampen ist jedoch zu steil. Selbst für aktive Rollstuhlfahrerinnen oder -fahrer ist der Kraftaufwand zu hoch. Was bleibt, ist der Aufzug. Er macht das Haus letztlich doch barrierefrei. Er sondert mich aber zugleich als Rollstuhlfahrerin aus, denn ich werde in ein Erschließungssystem gezwungen, das außer mir niemand benutzt. „Die Fussgänger bitte links, die Behinderten bitte nach rechts“ – die Selektion geschieht hier noch äußerst diskret.

Nun kann man nicht behaupten, dass die Deutschen nicht hilfsbereit wären, und ganz besonders die Angestellten des Museums für Kunsthandwerk. Ein kurzes Verharren vor einer Tür, ein angedeutetes Zögern vor einer Stufe – und blitzartig



Nur auf den ersten Blick barrierefrei: Die Rampen im Frankfurter „Museum Angewandte Kunst“ sind zu steil für Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer.

kommen aus allen Ecken hilfsbereite Menschen mit besorgten Mienen, die mich dadurch zu etwas Besonderem machen. Das möchte ich aber nicht sein.

Ein weiteres Baubeispiel steht auf der Frankfurter Zeil, errichtet von Prof. Rüdiger Kramm. Seine sehr schmale und dafür recht hohe Zeil-Galerie war wirtschaftlich zwar nie ein wirklich großer Erfolg – doch das ist ein anderes Thema. Die Idee, die Marktstraße im Gebäude weiterzuführen, entwickelte eine ungewöhnliche Erschließung über eine Rampe. Alle kommen mühelos ins Erdgeschoss. Man kann den Aufzug nutzen oder die Rampe, um weiter nach oben zu fahren. Und alle benutzen die sanft geneigte Rampe nach unten. Für Rollstuhlfahrende ist die Zeilgalerie dasselbe wie eine Halfpipe für Skaterinnen und Skater. Von ganz oben nach ganz unten – wird immer der Rollstuhlfahrende die zu Fuß gehenden schlagen.

Die Zeil-Galerie ist auf völlig ungezwungene und selbstverständliche Weise nutzbar für alle Besuchenden. Ihre architektonische Qualität ist nicht wegen der Barrierefreiheit entstanden, sondern sie war eine architektonische Erschließungskonzeption. Sie ist einfach integral. Sie beweist, dass gleichberechtigtes Bauen und herausragende Architektur möglich sind.

Gerechte Architektur ist mehr als Normerfüllung

Wir als Architektinnen und Architekten sind gefordert, uns mit der sich ändernden

Mobilität intensiv auseinanderzusetzen. Wir müssen Erschließungskonzepte entwickeln, die Raum erlebbar machen und allen eine spannende und motivierende Erfahrung geben. Kommunikation muss entstehen können und gefördert werden. Die diversen Richtlinien und Normen können nur einen kleinen Input geben. Die Umsetzung von Barrierefreiheit muss in der architektonischen Konzeption gesucht werden. Das ist viel Arbeit, aber es lohnt sich. Denn durch „neue“ Architekturelemente wie Rampen, schräge Flächen und viele andere Elemente werden das langweilige Einerlei der Architektur durchbrochen und eine Begegnung aller Benutzenden auf Augenhöhe ermöglicht.

In der heutigen Architekturausbildung werden diese Entwurfsansätze nur zögerlich oder gar nicht aufgenommen. Meist wird Barrierefreiheit als nachträgliche technische Ausstattung bewertet. Die Chance, eigenständige individuelle Lösungen zu erarbeiten, wird nicht erkannt. Das „notwendige“ Know-how wird an den Hochschulen meist in Wahl(pflicht)fächern angeboten. Diese ermöglichen aber keine ausreichende kreative Auseinandersetzung mit barrierefreien, funktionalen Anforderungen. Ich weiß aus meiner eigenen Lehrtätigkeit zum Thema barrierefreies Bauen, wie neugierig, innovativ und begeistert junge Studentinnen und Studenten dieses Thema entwickeln können. Dieses Potenzial sollte man wahrnehmen und damit der Architektur eine weitere wichtige Gestaltungschance geben. ●

Bestandteil einer modernen Personalpolitik

Barrierefreie Gestaltung der betrieblichen Infrastruktur

Deutschland setzt beim gleichberechtigten Zugang zum Arbeitsleben auf individuelle behinderungsgerechte Anpassungen des Arbeitsplatzes. Eine Gewährleistung der Barrierefreiheit allein über individuelle Lösungen schafft allerdings selbst Barrieren. Einer modernen Personalpolitik entspricht es, die betriebliche Infrastruktur vorausschauend barrierefrei zu gestalten.

Die Grenzen behinderungsgerechter Anpassungen

Individuelle behinderungsgerechte Anpassungen stoßen dann an ihre Grenzen, wenn der Anpassungsbedarf an die vorhandene betriebliche Infrastruktur zu groß wird. Zwei Beispiele verdeutlichen das Problem:

In einer Industriewerkstatt erkrankt ein 60 Jahre alter Meister so schwer, dass er ab sofort einen Rollstuhl nutzen muss. Soll die Werkstatt zeitaufwendig umgebaut werden oder rechnet es sich betriebswirtschaftlich mehr, dem Kollegen ein Abfindungsangebot zu unterbreiten? Eine andere Firma expandiert durch den Zukauf weiterer Unternehmen. Die barrierefreie Anpassung der unterschiedlichen Software ist schwierig, die Beschäftigung einer Kollegin, die auf die Barrierefreiheit angewiesen ist, nicht mehr rentabel.

Auch beim Einstellungsverfahren haben Menschen mit Beeinträchtigungen gegenüber ihren nicht beeinträchtigten Mitbewerberinnen und -bewerbern einen Nachteil, wenn sie erst dann einsetzbar sind, wenn ihr Arbeitsplatz entsprechend hergerichtet ist. Denn das kostet mindestens Zeit und mitunter auch Geld, da die notwendi-

gen Anpassungen nicht immer vollständig finanziert werden.

Die Lösung des Problems liegt auf der Hand: Die betriebliche Infrastruktur muss so errichtet werden, dass individuelle Anpassungen möglichst vermieden werden. Angesichts der Unterschiedlichkeit der Menschen, gerade auch von Menschen mit Beeinträchtigungen, wird man allerdings auch in Zukunft auf individuelle Anpassungen nicht verzichten können. Deren Wert soll also nicht in Abrede gestellt werden.

Probleme der Umsetzung einer vorausschauenden Barrierefreiheit im Arbeitsleben

Wenn ein Betrieb Barrierefreiheit vorausschauend berücksichtigen will, stößt er bislang auf mehrere Probleme: Während ein Unternehmen zur behinderungsgerechten Anpassung eines Arbeitsplatzes verpflichtet ist, sofern der Aufwand nicht unverhältnismäßig ist¹, gibt es bis auf wenige Ausnahmen keine rechtlichen Vorgaben zur vorausschauenden Berücksichtigung von Barrierefreiheit.² Und während es für behinderungsgerechte Anpassungen Fördergelder geben kann³, gibt es diese

für eine vorausschauende Barrierefreiheit nicht. Darüber hinaus fehlt es an anerkannten Standards der Barrierefreiheit für den Arbeitsbereich und an Fachleuten, die das vorhandene Wissen der barrierefreien Gestaltung im konkreten Fall zweckentsprechend anwenden können.

Warum ist es sinnvoll, Barrierefreiheit vorausschauend zu berücksichtigen?

Die betriebliche Infrastruktur vorausschauend barrierefrei zu gestalten, ist Bestandteil einer modernen Personalpolitik: Die Zahl der erwerbstätigen Personen geht in Deutschland kontinuierlich zurück.⁴ Das Gewinnen und Halten von qualifizierten Beschäftigten wird mehr und mehr zum Problem. Schwerbehinderte Menschen sind häufiger nicht erwerbstätig als nicht schwerbehinderte.⁵ Arbeitslose schwerbehinderte Menschen sind im Durchschnitt aber etwas besser qualifiziert als nicht-schwerbehinderte Arbeitslose.⁶

Eine barrierefreie betriebliche Infrastruktur erleichtert es, das vorhandene Arbeitskräftepotential vollständig auszuschöpfen. Schon heute steigt der Anteil der berufstätigen Menschen an allen Menschen derselben Altersgruppe am stärksten bei den 60- bis 65-Jährigen. Hier hat sich die Erwerbstätigenquote innerhalb der letzten 10 Jahre mehr als verdoppelt.⁷ In dieser Bevölkerungsgruppe leben knapp 40 Prozent mit einer Beeinträchtigung.⁸ Auch wenn diese nicht alle auf Barrierefreiheit angewiesen sind, verdeutlicht die Zahl, dass sich Unternehmen mehr und mehr mit dem Abbau von Barrieren beschäftigen müssen.

Barrierefreiheit ist technisch einfacher und kostengünstiger umzusetzen, wenn sie von

Autor



Klemens Kruse

Geschäftsführer

BKB Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit e. V.

E-Mail: kruse@barrierefreiheit.de

Alter in Jahren	Menschen mit Beeinträchtigung		davon Männer		davon Frauen	
	Anzahl (in 1000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1000)	Anteil an der Altersklasse	Anzahl (in 1000)	Anteil an der Altersklasse
18 bis 24	285	4 %	/	/	/	/
25 bis 49	3.394	12 %	1.498	11 %	1.895	13 %
50 bis 59	3.346	28 %	1.489	26 %	1.857	30 %
60 bis 64	1.905	39 %	898	38 %	1.007	41 %
65 bis 79	5.667	42 %	2.873	43 %	2.795	41 %
80 und älter	2.251	60 %	869	57 %	1.382	62 %
Insgesamt	16.847	25 %	7.765	24 %	9.083	26 %

Quelle: Teilhabebericht der Bundesregierung 2013, S. 55, Tabelle 3-7

Die Tabelle zeigt, wie groß der Anteil von Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung desselben Alters und Geschlechts ist.

Anfang an berücksichtigt wird. Barrierefreie Lösungen haben zudem vielfach einen Mehrwert für die gesamte Belegschaft. Sie tragen zur Gesundheit und Zufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen bei und erleichtern damit auch das Halten der Beschäftigten ohne Beeinträchtigung. Der Zusammenhang ist häufig beschrieben worden und bei Maßnahmen zur Verbesserung der Akustik und bei der Einführung von Technik, die das Heben schwerer Lasten erleichtert, auch messbar.

Barrierefreiheit umzusetzen ist ein Prozess. Ein Barrierefreiheitsmanagement muss daher insbesondere auf folgende Fragen eine Antwort geben:

1. Welche Standards der Barrierefreiheit sollen in Bezug auf die betriebliche Infrastruktur angewendet werden?
2. Wie wird ein kontinuierlicher Lern- und Umsetzungsprozess im Betrieb organisiert?

Das Projekt „Barrierefrei arbeiten“ des BKB Bundeskompetenzzentrums Barrierefreiheit e. V. stellt hierfür unterstützende Materialien zur Verfügung. Für den Einstieg in die innerbetriebliche Diskussion werden eine PowerPoint-Präsentation und die Beantwortung häufig gestellter Fragen (Frequently Asked Questions) erarbeitet. Hierfür können auch kurze Motivationsfilme genutzt werden, die das Projekt er-

stellt hat. Für betriebliche Vereinbarungen oder Aktionspläne gibt es einen erläuterten Textbaustein. Ausführlichere Informationen und Praxisbeispiele liefert die Broschüren-Reihe „Vorausschauende

Barrierefreiheit im Arbeitsleben“. Ein Schulungsmodul zum Einbau in interne und externe Fortbildungsangebote rundet die Materialien ab. Alle Materialien zum Thema unter: www.barrierefreiheit.de ●

Fußnoten

[1] § 81 Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 Sozialgesetzbuch – SGB IX; § 3a Absatz 2 Satz 1 Arbeitsstättenverordnung – ArbStättV

[2] Wenn sich Arbeitsplätze in öffentlich zugänglichen Gebäuden in dem für den allgemeinen Besucherverkehr bestimmten Teil befinden, dann gelten die Anforderungen, die für diese Bereiche gelten, auch für die Arbeitsplätze. Eine darüber hinausgehende Verpflichtung zur barrierefreien Gestaltung der Arbeitsgebäude kennen nur die beiden Landesbauordnungen von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Bei der von der ArbStättV sogenannten „barrierefreie(n) Gestaltung von Arbeitsplätzen“ (§ 3a Absatz 2 Satz 2 ArbStättV) geht es der Sache nach um eine behinderungsgerechte Gestaltung, nämlich um Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und des Unfallschutzes für die konkret im Betrieb beschäftigten Personen mit Beeinträchtigungen. Eine Verpflichtung zur barrierefreien Gestaltung auch des Intranets, also des internen Online-Rechnernetzes, kennen die Behindertengleichstellungsgesetze der sieben Bundesländer Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen für die jeweiligen Landesverwaltungen.

[3] Insbesondere § 77 Absatz 5 SGB IX in Verbindung mit §§ 15, 19, 26 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung

[4] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Arbeitsmarktprognose 2030. Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland, Juli 2013, S. 4

[5] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, August 2013, Abbildung 4–34, S. 147

[6] Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarkt-Berichterstattung: Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Die Arbeitsmarktsituation von schwerbehinderten Menschen, Nürnberg 2015, S. 10

[7] Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarkt-Berichterstattung (2015): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Ältere am Arbeitsmarkt, Nürnberg, S. 9

[8] Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (wie Fußnote 5), Tabelle 3-7, S. 55

Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung

Freie Arztwahl – ein Recht für alle?

Um die Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung ist es in Deutschland schlecht bestellt – mit erheblichen Nachteilen für Menschen mit Behinderungen. Die gemeinnützige Stiftung Gesundheit setzt sich dafür ein, auch ihnen eine freie Arztwahl zu ermöglichen.

Dem Begriff der Barrierefreiheit ist ein eigentümliches Schicksal zuteil geworden: Im Sprachgebrauch fest verankert – und doch in vielen Fällen unscharf und sogar falsch benutzt. Denn Barrierefreiheit bedeutet viel mehr als die zum Symbol erhobene Rollstuhlrampe vor der Eingangstür. Gerade in der medizinischen Versorgung ist es wichtig, den öffentlichen Diskurs von diesem verkürzten Verständnis der Barrierefreiheit zu befreien.

Rund 10 Millionen Menschen leben in Deutschland dauerhaft mit einer Behinderung. Die kann angeboren sein oder plötzlich eintreten, etwa durch einen Unfall, eine Krankheit oder das Alter. So unterschiedlich wie die Ausprägungen von Behinderungen sind, so verschieden gestalten sich die Anforderungen an die Barrierefreiheit in den Arztpraxen. Überraschenderweise sind die Hilfen und Vorkehrungen für diese Patientengruppen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland nach wie vor in weiten Teilen unvereinbar. Trotz des stattlichen Alters der Republik und der sonstigen Regelungsdichte.

Die Defizite zeigen sich beispielhaft bereits bei einem Blick auf die Barrierefreiheit in der hausärztlichen Versorgung (siehe Karte auf Seite 22). Die Karte dokumentiert: Viele Menschen mit Behinde-

rungen haben keine hausärztliche Praxis in erreichbarer Entfernung, die sie auch nutzen können. Es wäre falsch, allein die Ärztinnen und Ärzte für diese ungerechte Schiefelage in die Verantwortung zu nehmen. Davon abgesehen, dass schon baulich nicht jede bestehende Praxis barrierefrei gestaltet werden kann, müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre finanzielle Basis selbst erwirtschaften – jede Investition muss deshalb sorgsam überlegt sein. Auf der anderen Seite sind die allermeisten Niedergelassenen eben Vertragsärztinnen und -ärzte der gesetzlichen Krankenkassen und daher Teil eines öffentlich-rechtlichen Systems – das für alle Versicherten gleichermaßen zugänglich sein soll, wie es das Sozialgesetzbuch fordert.

Arztverzeichnis der Barrierefreiheit – kostenlos und für alle

Angestoßen durch Betroffene und auch deren Verbände hat die Stiftung Gesundheit realisierbare Wege gesucht, um die Situation zu verbessern. Bereits seit 1997 ist sie Trägerin der Arzt-Auskunft, des Verzeichnisses aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kliniken, Notfalleinrichtungen sowie Chefärztinnen und -ärzte in Deutschland. Patienten und Patientinnen

können dort kostenlos nach spezialisierten Ärztinnen und Ärzten zu mehr als 1.000 Diagnose- und Therapieschwerpunkten suchen – von Akupunktur bis Zytologie.

„Derzeit besteht für Ärztinnen und Ärzte keine Möglichkeit, die Kosten des Umbaus mit der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.“

2009 fiel dann der Startschuss für das Projekt „Barrierefreie Praxis“, das die Arzt-Auskunft um differenzierte Angaben zur Barrierefreiheit aller Arztpraxen in Deutschland erweitert: Der Weg dahin ist beschwerlich. Die Stiftung schreibt regelmäßig alle Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland an und bietet ihnen die Möglichkeit, ihre Vorkehrungen zur Barrierefreiheit kostenlos in das Verzeichnis einzutragen – vom stufenfreien Zugang über Orientierungshilfen für Sehbehinderte bis hin zur Möglichkeit, in Gebärdensprache zu kommunizieren. Aktuell haben etwa 80.000 Ärztinnen und Ärzte angegeben, dass ihre Praxen eine oder mehr Komponenten der Barrierefreiheit bieten. 140.000 verzeichnete Ärztinnen und Ärzte verfügen erklärtermaßen über keine entsprechenden Vorkehrungen oder haben bislang keine Rückmeldung dazu gegeben.

Informieren und sensibilisieren

„Viel mehr als bei allen anderen Erhebungen in der Ärzteschaft treffen wir bei den turnusgemäßen Abfragen – bei viel gutem Willen der Ärztinnen und Ärzte – dennoch auf falsch-positive wie auch falsch-negative Angaben“, erklärt Dr. Peter Müller,

Autor



Jonas Rohde

Pressereferent
Stiftung Gesundheit
E-Mail: rohde@stiftung-gesundheit.de

„Nicht jede Altbau-Praxis muss rollstuhlgerecht umgerüstet werden. Bereits kleine bewusste Vorkehrungen können viel bewirken.“

Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheit. Das liegt daran, dass die Materie schwierig zu durchdringen ist. Zwar hat die Stiftung die Methodik der Erhebung weiterentwickelt – von der einfachen Abfrage zur instruierten Erhebung mit Definitions- und Erläuterungsinstrumenten –, dennoch bleibe auch an der Methode weiter zu arbeiten, so Müller.

Es besteht also noch viel Aufklärungsbedarf. Darum gehört es auch zu den Zielen der Stiftung Gesundheit und deren Förderverein, kontinuierlich über das Thema Barrierefreiheit in der ambulanten medizinischen Versorgung zu informieren und für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren.

Nun muss keineswegs jede Altbau-Praxis rollstuhlgerecht umgerüstet werden. Bereits kleine bewusste Vorkehrungen können viel bewirken: Zum Beispiel kann die Orientierung für Menschen mit Sehbehinderungen durch kontrastreich gestrichene Türzargen, farbige Türklinken und farbige Wegführung erleichtert werden. Haltestangen vorm Tresen ermöglichen Menschen mit Gehhilfen den Halt. All das kann in Praxen schon mit wenig Aufwand umgesetzt werden.

Praxis-Tool Barrierefreiheit

Um Ärztinnen und Ärzte bei der Planung und punktuellen Nachrüstung ihrer Praxis zu unterstützen, hat die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) das Praxis-Tool Barrierefreiheit entwickelt, das 2015 nach vierjähriger Entwicklungsphase in den Regelbetrieb gegangen ist. Mit dem interaktiven Expertensystem können sie sich darüber informieren, wie sie bei einem Um- oder Neubau die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen erhöhen

können, was bei der Planung berücksichtigt werden muss und welche Fördermittel sie dafür in Anspruch nehmen können.

„Viele Menschen mit Behinderungen haben keine hausärztliche Praxis in der Nähe, die sie auch nutzen können.“

Farbmarkierungen und Haltestangen sind nicht alles: Beispielsweise kann das Angebot, Termine online zu buchen, eine entscheidende Erleichterung für autistische Menschen sein, die sich oft vor der persönlichen Kontaktaufnahme scheuen. Auch die Schulung und Sensibilisierung des Praxispersonals macht vielen Menschen den Arztbesuch ein ganzes Stück leichter – zum Nulltarif. Für viele ist es fundamental wichtig zu wissen, ob und in welchem Maße eine jeweilige Praxis für sie speziell zugänglich ist. Daher gibt es in der Arzt-Auskunft auch keine einfache „Barrierefreiheit“-Option, sondern den Katalog von einem Dutzend Kriterien, die jeweils unterschiedlichen Erfordernissen gerecht werden.

Nahtlos mobil

Barrierefreiheit in den Arztpraxen ist allerdings nur ein Teil der ganzen Geschichte: Die Versicherten müssen ja auch dorthin gelangen. Im Projekt „Mobil bis ins hohe Alter – nahtlose Mobilitätsketten zur Beseitigung, Umgehung und Überwindung von Barrieren“ kooperiert die Stiftung Gesundheit unter anderem mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Rhein-Main-Verkehrsverbund (RMV). Das Ziel ist, ein Reise-Assistenzsystem zu entwickeln: Menschen mit Behinderungen sol-

len die geeigneten Ziele identifizieren – sei es die Bäckerei, die Pizzeria oder die orthopädische Praxis – und können dann den Weg dorthin mit dem Öffentlichen Nahverkehr barrierefrei planen.

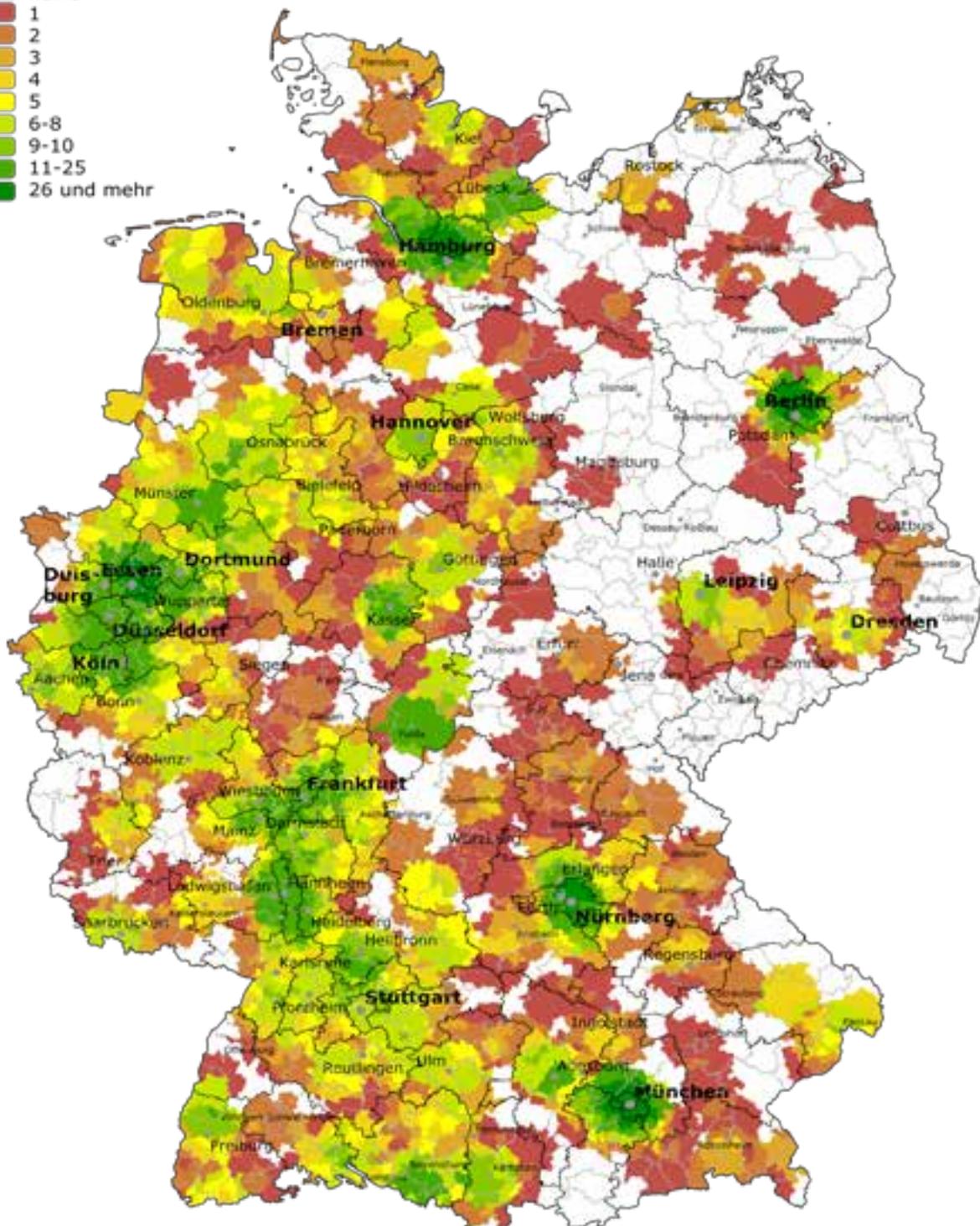
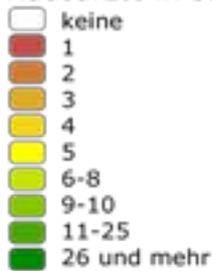
Barrierefreiheit und das Recht auf freie Arztwahl

Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen ihre Ärztin oder ihren Arzt in Deutschland grundsätzlich frei wählen. Von diesem verbrieften Recht können Menschen mit Behinderungen in der Realität aber nur eingeschränkten Gebrauch machen. Immerhin: Die 2009 von der Bundesrepublik ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention schließt auch die Zugänglichkeit von medizinischen Einrichtungen ein. Der auf der Konvention basierende Nationale Aktionsplan der Bundesregierung (NAP) sieht vor, bis zum Jahr 2020 eine „ausreichende Zahl“ von Arztpraxen barrierefrei zu machen. Das bedeutet aber nicht, dass es für Praxen feste Standards gibt. Die baurechtlichen Regelungen finden sich in den Landesbauordnungen der einzelnen Bundesländer, für bereits bestehende Praxen besteht keine Pflicht zum Umbau. Die Informationssysteme der Stiftung Gesundheit sind im NAP ausdrücklich verankert.

Anreize für mehr Barrierefreiheit muss die Politik schaffen: Derzeit besteht für Ärztinnen und Ärzte keine Möglichkeit, die Kosten des Umbaus mit der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Doch der Staat ist nicht alles: Die Arbeit der Stiftung Gesundheit zeigt, dass nicht nur die Politik, sondern auch Zivilgesellschaft und Mediziner maßgeblich zur freien Arztwahl für behinderte Menschen beitragen können – insbesondere mit einem Eintrag zur Barrierefreiheit in die Arzt-Auskunft. ●

Barrierefreiheit in der hausärztlichen Versorgung

Im 20km PLZ-Umkreis erreichbare
Hausärzte in barrierefreien Praxen



Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Karte: Stiftung Gesundheit

Diese Karte zeigt barrierefreie Hausarztpraxen, die für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen sowie Seh- oder Hörbehinderungen zugänglich sind. Sie basiert auf Angaben der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit. (Stand 2015)

Zukunft der betriebsärztlichen Betreuung

Erste akademische Lehrpraxis für Arbeitsmedizin in Deutschland

Der Mangel an Betriebsärzten und Betriebsärztinnen in Deutschland ist eklatant und wird in den Berufsverbänden, politischen und berufsgenossenschaftlichen Foren mit großer Sorge diskutiert. Praxisnahe Ausbildungsmöglichkeiten während des Medizinstudiums gibt es in Deutschland nur wenige.

Eine Initiative von Professor Dr. Dennis Nowak von der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und der ASAM praevent GmbH (Institut für Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin und Prävention), einem überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst in München, zielte daher auf eine bewusste Nachwuchsförderung ab. Beide Institutionen schlossen sich dafür zu einer Kooperative zusammen, die es in dieser Form in Deutschland bisher nicht gab: Es wurde am 1. August

„In der Lehrpraxis werden Studentinnen und Studenten an das betriebsärztliche Aufgabenspektrum herangeführt.“

2015 die erste akademische Lehrpraxis im Fachgebiet Arbeitsmedizin gegründet. Zusammen mit dem Institut für Arbeitsmedizin der Universität kann nun Arbeitsmedizin in der täglichen praktischen betriebsärztlichen Tätigkeit mit Forschung und Lehre sinnvoll verbunden werden.

In der Lehrpraxis können Studierende der Medizin während eines einmonatigen Teils

ihrer Famulatur – ein in Deutschland für werdende Ärzte und Ärztinnen vorgeschriebenes Praktikum von viermonatiger Dauer – arbeitsmedizinische Vorsorge, Untersuchungen und innerbetriebliche Prävention bereits im Studium grundlegend kennenlernen und dabei an das gesamte betriebsärztliche Aufgabenspektrum herangeführt werden. Wenn Ärztinnen und Ärzte im Praktikum in einem Drittel dieses speziellen Ausbildungsabschnitts das Wahlfach Arbeitsmedizin wählen, lernen sie in der Praxis den betriebsärztlichen Alltag und das arbeitsmedizinische Untersuchungsspektrum von Grund auf kennen. Sie untersuchen Probandinnen und Probanden unter Aufsicht erfahrener Fachärzte und Fachärztinnen, nehmen



Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind Mangelware.

aktiv an Betriebsbegehungen, Ausschusssitzungen und Notfallübungen teil. Ein Tutor oder eine Tutorin steht den angehenden Ärztinnen und Ärzten und den Famulanten stets zur Seite. Ein weiterer Teil mit mehr forschungsbezogenen Inhalten wird an den Instituten der Universität abgeleistet.

Diese neue Form der Kooperation einer arbeitsmedizinischen Fakultät mit einer arbeitsmedizinischen Praxis könnte als Beispiel dienen, dem Betriebsärztemangel durch eine frühe Motivation angehender Ärzte und Ärztinnen für die betriebsärztliche und präventivmedizinische Arbeit entscheidend entgegenzuwirken. ●

Autor



Dr. med. Bernd Lindemeier

Facharzt für Arbeitsmedizin
E-Mail: li_bernd@web.de

Evaluation der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“

Wichtige Impulse für die Rückengesundheit

Mit Ablauf des Jahres 2015 ist die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sowie der Knappschaft zu Ende gegangen. Ziel der Kampagne war, arbeitsbedingte Rückenbelastungen zu reduzieren. Die Kampagne wurde wieder von einer Evaluation begleitet, deren Ergebnisse hier in Auszügen dargestellt werden.

Dokumentation und Medienanalyse

Der Evaluation der Kampagne wurde ein mehrstufiges Evaluationskonzept zugrunde gelegt (siehe DGUV Forum 1-2/2012, IAG Report 1/2011). Darin wird berücksichtigt, dass die Wirkung von Kampagnen stufenweise zustande kommt, wobei die Wirkung auf einer Ebene die Weichen für die nächsthöhere Ebene stellt. So ist für ihr langfristiges Ziel zunächst Voraussetzung, dass die Kampagne und ihre Botschaften von den Zielgruppen wahrgenommen werden können, das heißt öffentlich gemacht und verbreitet werden (Ebene 1).

Insgesamt wandte sich die Kampagne seit ihrem Start im Januar 2013 allein durch Anzeigen, Advertorials und Werbemittel an mehr als 25 Millionen Menschen, an weitere 1,4 Millionen über Veranstaltungen, Seminare oder Betriebsbegehungen. Die Medienanalyse (Ebene 2) erfasst, wie viele Menschen durch unterschiedliche Formate angesprochen wurden. Insgesamt gab es 3.700 redaktionelle Beiträge in Print- und Online-Medien (siehe Abbildung 1). Mit weniger als der Hälfte der redaktionellen

Meldungen wurden mehr als 220 Millionen Leserinnen und Leser adressiert (siehe Abbildung 2).

Weitere 535 Print-Publikationen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hatten eine Gesamtauflage von mehr als 70 Millionen Exemplaren. Auch im Radio waren die Botschaften von „Denk an mich. Dein Rücken“ zu hören. Die Hör-

funkanstalten strahlten die zehn verschiedenen Beiträge mehr als 400-mal aus.

Wahrnehmung und Veränderung

Um Aussagen zur Wahrnehmung, Akzeptanz und Bewertung der Kampagne durch die Zielgruppen (Ebene 3) sowie Veränderungen in den Verhältnissen im Betrieb und im Verhalten der Zielgruppen zu erfassen (Ebenen 4 und 5), wurde bereits zu

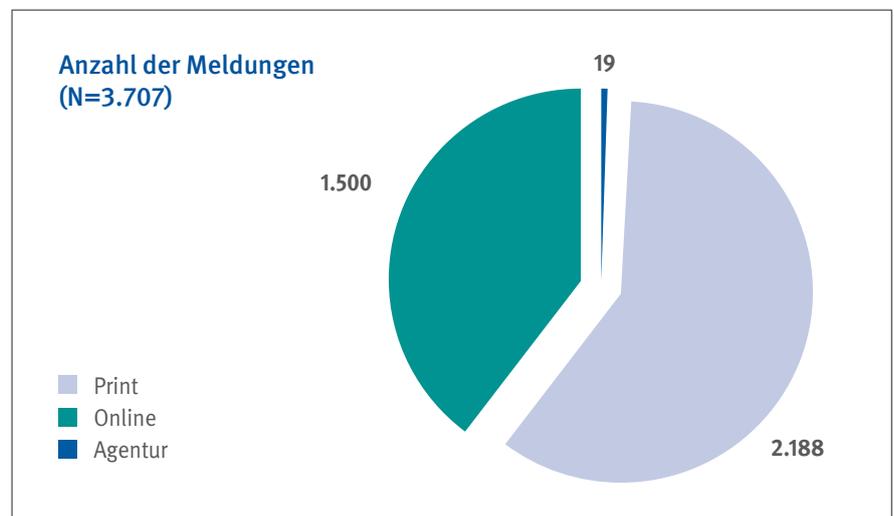


Abbildung 1: Anzahl der Meldungen zu „Denk an mich. Dein Rücken“ von 2013–2015

Quelle: IAG

Autorinnen



Foto: Susann Städter

Marlen Rahnfeld

Referentin für Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: marlen.rahnfeld@dguv.de



Foto: IAG/Stephan Floß

Anna-Maria Hessenmöller

Referentin für Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: anna-maria.hessenmoeller@dguv.de

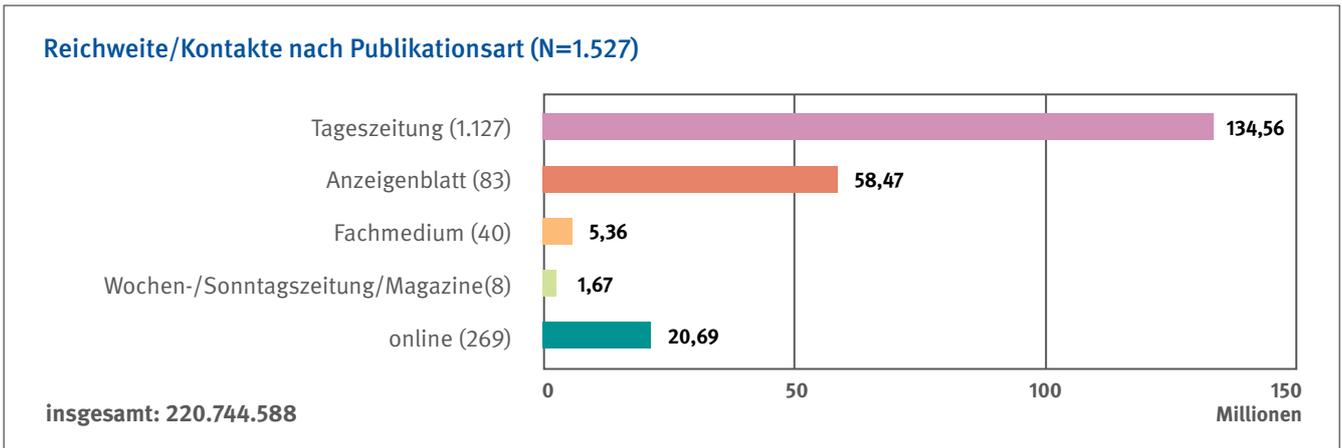


Abbildung 2: Anzahl der Meldungen zu „Denk an mich. Dein Rücken“ von 2013–2015

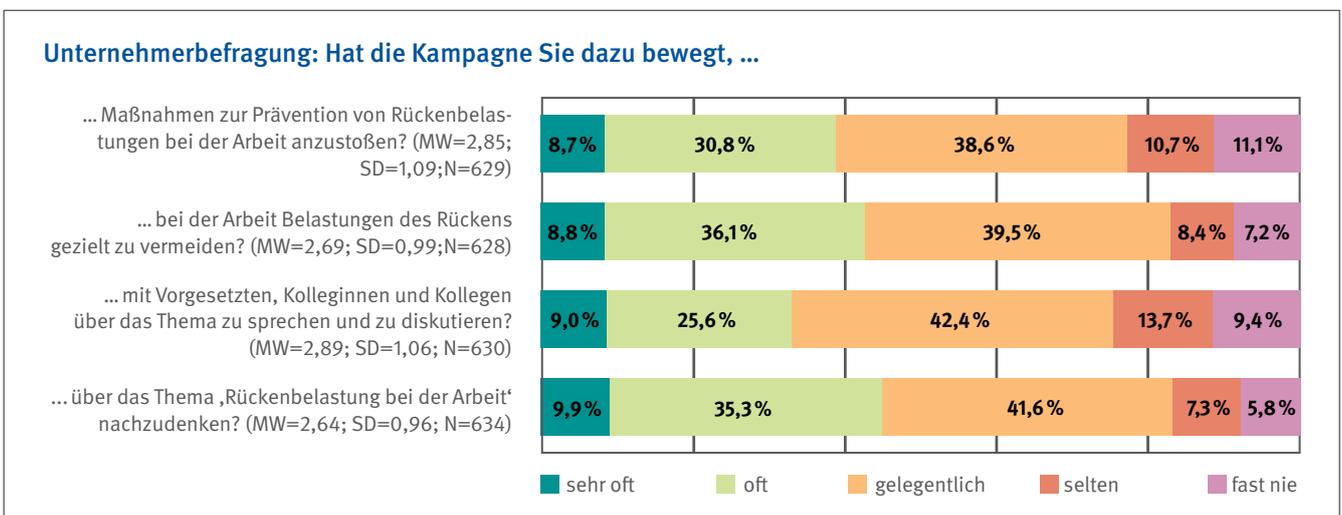


Abbildung 3: Auswirkungen der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ (Befragung der Unternehmensleitungen/Führungskräfte)

Kampagnenbeginn der Ist-Zustand in den Betrieben hinsichtlich bereits bestehender Maßnahmen zur Prävention von Rückenbelastungen erhoben (Prämessung). Zum Ende der Kampagne fand im Herbst 2015 eine Nachher-Messung (Postmessung) statt. Es haben sich insgesamt 1.346 Unternehmensleitungen und Führungskräfte sowie 1.770 Beschäftigte an der Postmessung beteiligt.

Jeweils mehr als die Hälfte der befragten Unternehmerinnen und Unternehmer beziehungsweise Führungskräfte und der Beschäftigten hat von der Kampagne gehört, insbesondere durch die BG/UK oder die Sifa und am häufigsten per Flyer/Broschüre, Zeitung/Zeitschrift, Poster oder das Internet. So hat die Kampagne zwischen 77 bis 87 Prozent der Unternehmensleitungen und Führungskräfte gelegentlich bis sehr oft dazu bewegt, Maßnahmen zur Prävention von Rückenbe-

lastungen anzustoßen, bei der Arbeit Belastungen des Rückens gezielt zu vermeiden, mit anderen über das Thema zu sprechen und zu diskutieren sowie über das Thema Rückenbelastungen nachzudenken (siehe Abbildung 3).

Die Ergebnisse der Postmessung lassen an vielen Stellen Verbesserungen erkennbar werden, insbesondere beim gesundheitsförderlichen Führungsverhalten, der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen sowie der Sensibilisierung der Beschäftigten für ein rückschonendes Verhalten und die gesundheitsgerechte Benutzung von Arbeitsmitteln. Auch sind die Themen körperliche Belastungen des Rückens, psychische Belastungen und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung häufiger Bestandteil von Gefährdungsbeurteilung, Unterweisungen sowie innerbetrieblichen Qualifizierungsmaßnahmen als vor der Kampagne.

Fazit

Die Ergebnisse der Dokumentation und Medienanalyse belegen, dass die Kampagne in Unternehmen und Einrichtungen sehr präsent war und erfolgreich kommuniziert wurde. Die durchweg positiven Ergebnisse der Befragungen belegen, dass es der Kampagne gelungen ist, wichtige Impulse in Richtung Rückengesundheit zu geben und dass sich das große Engagement aller Beteiligten gelohnt hat.

Information

Eine Abschlussdokumentation zur Kampagne findet man unter: www.dguv.de (Webcode: d98649); die Publikation aller Evaluationsergebnisse durch einen IAG Report wird derzeit vorbereitet.

Zertifizierte Sicherheit

GQA – eine starke Marke

Die Gesellschaft für Qualität im Arbeitsschutz (GQA) bietet seit zwanzig Jahren eine auf den Arbeitsschutz zugeschnittene Güteprüfung und ein Prüfsiegel für die sicherheitstechnische Betreuung an.

Die Gesellschaft für Qualität im Arbeitsschutz (GQA) wurde am 30. Juni 1995 auf der Grundlage einer Rahmenempfehlung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) gegründet. Sie ist eine unabhängige Tochter des VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit, dem früheren Verband Deutscher Sicherheitsingenieure. Sitz der Gesellschaft ist Wiesbaden. Die Gründung der GQA erfolgte in enger Abstimmung mit den folgenden Institutionen und Verbänden beziehungsweise deren Vorgängern:

- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
- Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)
- VDSI – Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit

Seitdem können überbetriebliche sicherheitstechnische Dienste oder Fachabtei-

lungen, die die sicherheitstechnische Betreuung ihrer Firma durchführen, das GQA-Prüfsiegel erwerben. Es bestätigt, dass alle personellen, fachlichen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind, um Unternehmen in Fragen des Arbeitsschutzes zu beraten und zu unterstützen. Damit erbringt ein GQA-zertifizierter Dienstleister den Nachweis, dass er die qualitativen Vorausset-



zungen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 6 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) erfüllt und über ausreichende Kapazitäten verfügt, die erforderliche sicherheitstechnische Betreuung durchzuführen.

Gründung der GQA schließt Lücke

Mit der Etablierung der GQA wurde eine Lücke geschlossen: Erstmals gab es für sicherheitstechnische Dienstleister die Möglichkeit, eine freiwillige Güteprüfung abseits von staatlicher Regulierung bei einer neutralen Prüfinstitution zu absolvieren. Außerdem wurde mit der Güteprü-

fung ein Instrument geschaffen, das Sicherheit verleiht: Die Betriebe, die einen GQA-geprüften Dienstleister beauftragen, können darauf vertrauen, dass dieser über ein hohes Qualitätsniveau in der sicherheitstechnischen Betreuung verfügt.

„Ein GQA-zertifizierter Dienstleister hat nachgewiesen, dass er die qualitativen Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 6 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) erfüllt“

Die Güteprüfung, die der Vergabe des GQA-Gütesiegels vorausgeht, ist ein Verfahren, das die GQA-Kunden als transparent und gewinnbringend beschreiben: Die betrieblichen Abläufe werden umfassend analysiert und dokumentiert. Die Qualitätsprüfung der unabhängigen und im Arbeitsschutz erfahrenen GQA-Auditoren betrachtet den gesamten Prozess und gibt Hinweise auf eventuell vorhandene Schwachstellen in den betrieblichen Abläufen, die dann beseitigt werden können. Dabei werden aktuelle Entwicklungen im Arbeitsschutz von den Auditoren berücksichtigt. Unternehmen, die erfolgreich die GQA-Güteprüfung absolviert haben, können darauf auch bei einer Beteiligung an Ausschreibungsverfahren hinweisen. Zum Teil ist

Autoren

Karlheinz Kalenberg

Geschäftsführer
Gesellschaft für Qualität im Arbeitsschutz (GQA) mbH
E-Mail: info@gqa.de

Dr. Helmut Deden

Ehemaliger Vorsitzender des
Länderausschuss für Arbeitsschutz und
Sicherheitstechnik (LASI)
Ministerium für Arbeit, Integration und
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
E-Mail: helmut.deden@gmx.de

Dr. Jochen Appt

Leiter der Abteilung Sicherheit und
Gesundheit der DGUV
E-Mail: jochen.appt@dguv.de

„Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Auditoren gewährleistet eine einheitliche Bewertung der Unternehmen bei der Güteprüfung.“

die Vorlage der Güteprüfung auch Voraussetzung, um sich an einer Ausschreibung zu beteiligen.

Fachbeirat entwickelt Prüfkriterien

Im GQA-Fachbeirat sind Arbeitsschutzfachleute aus Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern, die Sozialpartner sowie VDBW und VDSI vertreten. Sie entwickeln die Kriterien für die GQA-Güteprüfung weiter und halten diese damit auf dem neuesten Stand. Die Kriterien werden nicht nur kontinuierlich an die aktuellen Vorschriften aus dem Regelwerk angepasst – insbesondere an die DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ –, sondern berücksichtigen auch die Gegebenheiten in der betrieblichen Praxis.

Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Auditoren gewährleistet eine einheitliche Bewertung der Unternehmen bei der Güteprüfung. Die GQA bietet so ein Qualitätsmanagementsystem, das spezifisch auf sicherheitstechnische Leistungen zugeschnitten ist. Durch die Beteiligung im Fachbeirat erhält es zugleich eine deutliche Legitimation durch die relevanten Aufsichtsinstitutionen in Deutschland. Das schafft mehr Rechtssicherheit für die gütegeprüften Unternehmen, vor allem aber auch für deren Geschäftspartnerinnen und -partner.

Weiterbildung zum autorisierten „Berater Offensive Mittelstand“

Die GQA bietet ihren Kunden weitere Services an. So wurde sie Ende 2013 von der „Offensive Mittelstand – Gut für Deutschland“ als Ausbildungsinstitution zur Qualifizierung von Fachkräften für Arbeitssicherheit anerkannt. Seitdem können GQA-Kunden ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der GQA zum „Berater Offensive Mittelstand“ weiterbilden

lassen: Diese sind dann befähigt, den INQA-Unternehmenscheck „Guter Mittelstand“ bei der Beratung ihrer Kundinnen und Kunden einzusetzen.

Der Check zeigt, wie sich Arbeitsschutz bei den elf zentralen Handlungsfeldern in klein- und mittelständischen Unternehmen integrieren lässt. Er bietet außerdem eine gute Unterstützung bei der Ermittlung und der transparenten Darstellung des betriebsspezifischen Betreuungsbedarfs nach DGUV Vorschrift 2. Die erste Qualifizierungsmaßnahme wurde Mitte April 2015 erfolgreich in Wiesbaden durchgeführt.

„Alle GQA-zertifizierten Dienstleister sind in der unter www.gqa.de abrufbaren Datenbank mit ihren Kontaktdaten gespeichert. Sie sind damit für potenzielle Auftraggeber gut auffindbar.“

Vereinfachte Teilnahme am VDSI-Weiterbildungsnachweis

Bei der Güteprüfung wird ebenfalls die Weiterbildung der Fachkräfte für Arbeitssicherheit überprüft. Hierdurch profitieren Kunden und Kundinnen der GQA, indem eine vereinfachte Teilnahme am VDSI-Weiterbildungsnachweis möglich ist. Alle Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die in dem erfolgreich gütegeprüften überbetrieblichen Dienst oder der geprüften Fachabteilung beschäftigt und VDSI-Mitglied sind, erhalten den VDSI-Weiterbildungsnachweis im Arbeitsschutz für die Dauer von drei Jahren. Die reguläre Dauer beträgt zwölf Monate.

Alle GQA-zertifizierten Dienstleister sind in der unter www.gqa.de abrufbaren Datenbank mit ihren Kontaktdaten gespeichert.



chert. Sie sind damit für potenzielle Auftraggeberinnen und Auftraggeber gut auffindbar. Unternehmen können hier durch Eingabe der Postleitzahl nach einem sicherheitstechnischen Dienstleister in ihrer Nähe recherchieren. Der Suchradius kann dabei variiert werden.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass eine GQA-Güteprüfung Vorteile bietet: Dies gilt sowohl für die gütegeprüften Dienstleister als auch für die Unternehmen, die eine kompetente und zuverlässige sicherheitstechnische Betreuung auf hohem Niveau suchen. Unternehmen, die diesen Qualitätsanspruch nach außen dokumentieren möchten, sollten daher bei der Vergabe von Aufträgen auf das GQA-Prüfsiegel achten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aufsichts- und Präventionsdienste können diesen Prozess unterstützen, indem sie die Unternehmen, die einen sicherheitstechnischen Dienstleister beauftragen möchten, auf die Internetseite der GQA aufmerksam machen. ●

Pilotprojekt

Die trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunde mit Peer Counseling

Ergeben zwei „Zutaten“ unterschiedlicher Unfallversicherungsträger eine gute Mischung für ein wichtiges Projekt in der gesetzlichen Unfallversicherung? Dies zu klären, ist Aufgabe der Arbeitsgruppe „Trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunde mit Peer Counseling“.

Die erste Zutat: Asbestose-Sprechstunde

„Ich habe den Verdacht, bei Ihnen besteht eine Asbestose, und ich werde dies der Berufsgenossenschaft melden.“ Mit diesen oder ähnlichen Worten werden viele Versicherte aus ärztlichen Untersuchungen entlassen. Eine ausführliche Beratung über die Verdachtsdiagnose findet in vielen Fällen nicht statt. Als Folge entwickeln sich Sorgen, Ängste und Unsicherheiten.

Um diese Ängste abzubauen, bieten die Berufsgenossenschaft Holz und Metal (BGHM) seit dem Jahr 2004 und die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) seit dem Jahr 2008 ihren Versicherten die Teilnahme an einer Asbestose-Sprechstunde an. Dort erhalten sie umfangreiche Informationen zum Thema Asbest und asbestbedingte Erkrankungen. Dabei zeigen Beschäftigte der Präventionsabteilungen anhand vieler Beispiele, bei welchen Tätigkeiten und in welchen Arbeitsbereichen Asbest verwendet wurde. Erfahrene Mediziner und Medizinerinnen wie Prof. Dr. Dr. Hans-Jürgen Raithel, Dr. Arnoud Demedts, Dr. Nicola Kotschy-Lang, Dr.

Rainer Ebbinghaus, Dr. Thomas Schultz, Dr. Volker Sostmann oder Dr. Mike Bucher erklären die Funktion der Atmung und welche Erkrankungen durch Asbest entstehen können. Die Information, dass es sich bei Asbestose nicht um eine „böserartige“ Tumorerkrankung handelt, beruhigt Betroffene und Angehörige gleichermaßen. Ergänzend erhalten die Versicherten Ratschläge, wie sie mit der Asbestose gesund leben (Bewegung, Rauchverzicht).

Beschäftigte aus dem Bereich Berufskrankheiten erläutern, wie die Berufsgenossenschaft ermittelt und welche Leistungen bei einer anerkannten Berufskrankheit in Betracht kommen. Das Angebot beider Berufsgenossenschaften wird von den betroffenen Menschen gerne angenommen.

Zweite Zutat: „Betroffene unterstützen Betroffene“ – Peer Counseling

Ebenso bewährt hat sich bei einigen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen der Einsatz von Peers im Unfallbereich. So stehen beispielsweise rehabilitierte Querschnittsgelähmte akut Verletzten in einigen BG Kliniken mit Rat zur Seite. Ihre Aufgabe ist es dabei nicht, im Sinne einer Reha-Beratung über die Leistungen der

Unfallversicherungsträger zu informieren, sondern ihre Erfahrungen im Umgang mit der Verletzung weiterzugeben und den Verunfallten dadurch eine Stütze zu sein.

„In der Asbestose-Sprechstunde erhalten Betroffene Informationen zum Thema Asbest und asbestbedingte Erkrankungen.“

Versicherte nehmen eine Verdachtsdiagnose „Asbestose“ unterschiedlich auf. Gemeinsam ist ihnen, dass mit der Diagnose Ängste und Belastungen einhergehen können. Wer die Situation als Betroffene oder Betroffener selbst durchlebt hat, kann anderen Betroffenen wertvolle – das Angebot der Unfallversicherungsträger ergänzende – Hilfestellungen geben. Das war Anlass für den Arbeitskreis Anwendung des Berufskrankheitenrechts (BK-Rechts), eine Arbeitsgruppe zu bilden, die in Umsetzung des Aktionsplans der DGUV zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunde mit Peer-Counseling für einen Zeitraum von 18 Monaten testet.

Autorin und Autor



Foto: Privat

Gülcan Miyanyedi

Leiterin des Bereichs Grundsatz und Organisation der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
E-Mail: miyanyedi.guelcan@bgetem.de



Foto: Privat

Andreas Scherber

BK-Teamleiter der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
E-Mail: scherber.andreas@bgetem.de



Foto einer Asbestose-Sprechstunde

Die AG Trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunde mit Peer Counseling:

Mitglieder der AG

- Melanie Duell – DGUV
- Birgit Hardt – BG RCI
- Torsten Krumkühler – BGHM
- Gülcan Miyanyedi – BG ETEM (Leitung der AG)
- Andreas Schad – VBG
- Andreas Scherber – BG ETEM

Die AG hat ein Konzept zur Umsetzung erarbeitet, welches vom Arbeitskreis Anwendung des BK-Rechts beschlossen wurde.

Das Konzept

- beschreibt die Schwerpunkte und Inhalte der Asbestose-Sprechstunde,
- erläutert den Begriff „Peer Counseling“
- sowie die Organisation und Durchführung der Sprechstunden.

In der 18-monatigen Projektphase finden an den Standorten der BGHM und der BG ETEM trägerübergreifende Asbestose-Sprechstunden mit Peer Counseling statt.

Zielgruppe, Verfahren, Dokumentation

Die Asbestose-Sprechstunden stellen ein Angebot für Versicherte dar, bei denen erstmals eine Berufskrankheit Nr.

4103 angezeigt wurde. Das Angebot zur Teilnahme an einer Sprechstunde sollte noch während des laufenden Feststellungsverfahrens erfolgen.

„Die Asbestose-Sprechstunden sind ein Angebot für Versicherte, bei denen die BK Nr. 4103 angezeigt wurde.“

Um die trägerübergreifenden Asbestose-Sprechstunden zu koordinieren, wurden bei den Unfallversicherungsträgern für jeden Veranstaltungsort Ansprechpersonen benannt. Diese informieren sich bei der Ansprechperson des Veranstalters oder der Veranstalterin über freie Kapazitäten und melden „ihre“ Versicherten, die an einer Sprechstunde teilnehmen möchten, verbindlich an. Die schriftliche Einladung der versicherten Person übernimmt immer der für sie zuständige Unfallversicherungsträger. Ansprechperson und Koordinatoren für die Einsätze der Peers sind Jasmina Majstorovic (BGHM) und Andreas Scherber (BG ETEM).

Um das Konzept der trägerübergreifenden Asbestose-Sprechstunde mit Peer Counseling nach Abschluss des 18-mona-

tigen Projektes bewerten zu können, wurde für die Versicherten ein Feedback-Fragebogen entwickelt, der vom Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) ausgewertet wird. Die Ergebnisse der Evaluation werden von der AG nach Abschluss der Pilotphase bei einer gemeinsamen Veranstaltung aller Unfallversicherungsträger veröffentlicht.

Peer-Akquirierung

Wie können Peers für die Sprechstunden gewonnen werden? Mit dieser Frage hat sich Torsten Krumkühler intensiv beschäftigt. Er hatte Versicherte mit anerkannter Berufskrankheit nach Nummer 4103, die zudem an der ambulanten Asbestose-Reha der BGHM Bremen teilgenommen haben, zu einer Informationsveranstaltung am 22. September 2014 in Bremen eingeladen, um ihnen die Idee des Peer Counseling vorzustellen. Zusammen mit ihnen erarbeitete Thorsten Krumkühler, welche Voraussetzungen ein Peer für die Tätigkeit haben sollte und wie die Unfallversicherungsträger einen Peer unterstützen können. Durch die Veranstaltung konnten fünf Versicherte für die Aufgabe als Peer gewonnen werden. Drei weitere Peers konnten durch eine zweite Informationsveranstaltung bei der BG ETEM Köln am 30. April 2015 begeistert werden.

Info der Unfallversicherungsträger – Ansprechpersonen

In einer Auftaktveranstaltung am 30. Oktober 2014 bei der DGUV in Sankt Augustin wurde den Ansprechpersonen der Unfallversicherungsträger das Konzept vorgestellt. Erläutert wurden dabei die Hintergründe des Konzeptes (Umsetzung UN-BRK), der von der AG entwickelte Leitfaden, Inhalte einer Asbestose-Sprechstunde sowie die Organisation einer trägerübergreifenden Sprechstunde. Unterstützt wurde die AG in Sankt Augustin von Herrn Prof. Dr. Thomas Kraus (RWTH Aachen), der medizinisch über die Asbestose referierte.

Start der 18-monatigen Projektphase

Nachdem motivierte Peers gewonnen und die Ansprechpersonen der Unfallversicherungsträger informiert worden waren, erfolgte der Startschuss für die Projektphase: Torsten Krumkühler leitete die erste trägerübergreifende Sprechstunde mit Peer-Counseling am 25. Februar 2015 in Bremen. Neben betroffenen Versicherten nahmen an der Sprechstunde Vertreterinnen und Vertreter interessierter Berufsgenossenschaften, der Unfallversicherung Bund und Bahn sowie potenzielle Peers teil. Das Interesse am Peer im Einsatz war groß. Insgesamt war es – so berichtete Thorsten Krumkühler – eine rundum gelungene Veranstaltung und damit ein guter Start!

Seither fanden 14 weitere trägerübergreifende Sprechstunden an den Standorten der BGHM und BG ETEM statt. Das Interesse der Unfallversicherungsträger, ihre Versicherten zu den Asbestose-Sprechstunden anzumelden, ist groß.

Wir lernen aus jeder einzelnen Sprechstunde

Soweit möglich, werden die Peers von den Angestellten der BGHM Bremen und BG ETEM Köln zu den Asbestose-Sprechstunden begleitet. Wichtige Erkenntnisse für die nächste Sprechstunde geben sowohl sie als auch die Ansprechpersonen in der jeweiligen Bezirksverwaltung direkt weiter.

Die bisherigen Erfahrungen der Peer-Einsätze haben gezeigt, dass der Erfahrungsaustausch der Betroffenen mit dem Peer im Rahmen der Veranstaltungspausen oder nach der Selbstvorstellung des Peers stattgefunden hat. Um diesen Erfahrungsaustausch zu fördern, wurden

bei den Veranstaltungen in Stuttgart, Nürnberg und Köln Interviews mit dem Peer geführt. Diese Art des Peer-Einsatzes regte in den Veranstaltungen den intensiven Erfahrungsaustausch und Diskussionen an.

Die Peers berichteten über ihr früheres Berufsleben, ihren Alltag, ihren Umgang mit der Erkrankung, ihre Erfahrung mit medizinischen Untersuchungen und mit dem Unfallversicherungsträger. Sie schilderten authentisch, wie es ihnen nach der Diagnose ging, und gaben den Betroffenen Ratschläge. Als besonderer Erfolg kann gewertet werden, wenn die betroffenen Versicherten die Fragen aufnehmen und so ein Übergang vom Interview in die Diskussionsrunde erfolgt. Natürlich kommt es in erster Linie auf die Teilneh-

merinnen und Teilnehmer sowie den Peer im Einsatz an – aber auch das Verfahren muss wohl bedacht sein.

Sowohl die Ansprechpersonen in den Bezirksverwaltungen als auch wir, die Mitglieder der AG, nutzen die Pilotphase, um unsere Möglichkeiten im Sinne einer ganzheitlichen Rehabilitation für und mit den Versicherten gemeinsam auszuloten. Der Erfahrungsaustausch mit den Ansprechpersonen vor Ort, den Peers und den Betroffenen ist unabdingbar. Wertvolle Hinweise geben uns die Teilnehmenden, indem sie den ihnen vorliegenden Fragebogen nach der Sprechstunde ausfüllen.

Eine abschließende Beurteilung des Projekts erfolgt durch die Evaluierung nach Abschluss des Projektes. ●



Abbildung 1: Standorte, an denen die BGHM und die BG ETEM Sprechstunden anbieten

Früherkennung asbestbedingter Lungenkrebskrankungen

Das erweiterte differenzierte Vorsorgeangebot der DGUV – ein Zwischenbericht

Die ersten Versicherten haben das Angebot der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu einer erweiterten Vorsorge mittels LD-HRCT wahrgenommen. Erste Erfahrungen liegen nun vor.

Lungenkrebs nimmt bei der krebbsbedingten Sterblichkeit (Mortalität) weltweit seit Jahren einen Spitzenplatz ein. Er ist in Deutschland bei Männern die häufigste, bei Frauen die dritthäufigste krebbsbedingte Todesursache.¹

Die Gesundheitsvorsorge (GVS) organisiert seit 1972 als zentrale Dienstleistungseinrichtung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die arbeitsmedizinische Vorsorge für Beschäftigte mit beruflichem Asbestkontakt.

Im Herbst 2014 wurde das Vorsorgeangebot für versicherte Personen, die einer besonderen Hochrisikogruppe zur Entwicklung von Lungenkrebskrankungen angehören, um das Angebot einer Früherkennungsuntersuchung mit einer hochauflösenden Niedrigdosis-Computertomografie (Low-Dose-HRCT) erweitert.² Erste Erfahrungen aus der Pilotregion Hamburg liegen nun vor.

Ausgangspunkt

Eine randomisierte klinische Studie aus den USA (NLST – National Lung Screening Trial) mit mehr als 53.000 Teilnehmenden hatte 2011 gezeigt, dass ein jährliches Lungenkrebscreening mittels Low-Dose-HRCT (LD-HRCT) bei stark durch Tabakrauch belasteten Personen mit einem Rückgang der lungenkrebsbedingten Mortalität assoziiert ist.

Die Probandinnen und Probanden der Studie waren (Ex-)Raucherinnen und Raucher

Autorin

Melanie Duell

Referentin im Referat
„Berufskrankheiten“ der DGUV
E-Mail: melanie.duell@dguv.de

mit einer Rauchanamnese von wenigstens 30 Packungsjahren;³ ein Rauchverzicht durfte bei Studienbeginn nicht länger als 15 Jahre zurückliegen. Das Alter lag bei Studienbeginn zwischen 55 und 74 Jahren. Die Teilnehmenden waren zwei Kollektiven zugeordnet: In einer Gruppe erfolgte das Lungenkrebscreening einmal jährlich mittels LD-HRCT, die andere Gruppe erhielt jährlich eine Röntgenthorax-Übersichtsaufnahme. Die Studie wurde vorzeitig beendet, da sich ein Überlebensvorteil für die Teilnehmenden des LD-HRCT-Kollektivs gezeigt hatte und eine Fortführung des parallelen Röntgenscreenings als ethisch nicht vertretbar bewertet wurde.

„Das Konzept des erweiterten Vorsorgeangebots sieht vor, dass bei den Untersuchungen jeweils die individuell notwendige, aber auch geringstmögliche Strahlendosis zur Anwendung kommt.“

Für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) waren die Ergebnisse der NLST-Studie Anlass dafür, die nachgehende Vorsorge für besonders gefährdete Personen um ein jährliches Angebot einer LD-HRCT-Untersuchung zu erweitern.⁴

Konzeption

Das Konzept des erweiterten LD-HRCT-Vorsorgeangebots wurde von einer interdisziplinär besetzten Umsetzungsgruppe unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. Volker Harth aus Hamburg (Institut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) und der organisatorischen Leitung der GVS (Edmund Mannes

und Alexandra Centmayer) auf Basis der Ergebnisse der NLST-Studie entwickelt. Es richtet sich an Personen aus dem Datenbestand der GVS,

- die eine berufliche Asbestexposition von wenigstens zehn Jahren aufweisen, wobei der Beginn der schädigenden Tätigkeit vor 1985, also in den besonders „asbeststaubintensiven“ Jahren erfolgt sein muss
- die zum Zeitpunkt des erstmaligen LD-HRCT-Untersuchungsangebots mindestens das 55. Lebensjahr vollendet haben und
- bei denen ein Zigarettenkonsum von mindestens 30 Packungsjahren dokumentiert ist.

Besonderes Augenmerk wurde auf die – auch mit einer Niedrigdosis-CT-Untersuchung verbundene – Einwirkung ionisierender Strahlung gelegt.

Wissenschaftlich belastbare Daten über die Folgen einer langjährigen regelmäßigen Strahlenexposition auf das strahlenbedingte zusätzliche Krebsrisiko durch eine LD-HRCT-Untersuchung – auch im Niedrigdosisbereich – liegen bislang nicht vor.⁵ Das Konzept des erweiterten Vorsorgeangebots sieht daher vor, dass bei den Untersuchungen jeweils die individuell notwendige, aber auch geringstmögliche Strahlendosis zur Anwendung kommt.

Mittels eines speziellen Protokolls⁶ der AG „Arbeits- und umweltbedingte Erkrankungen“ der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG), das eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung von CT-Untersuchungen (unabhängig vom verwendeten Gerätetyp) zum Ziel hat und im Rahmen des erweiterten Vorsorgeangebots anzuwenden ist, wird bildtechnisch eine möglichst lücken-



Lungenkrebscreening kann dazu beitragen, die Krebserkrankung in frühen Entwicklungsstadien zu entdecken und so die Prognose zu verbessern.

lose Abdeckung von Lunge und Pleura gewährleistet. Die Anwendung des Protokolls soll zudem die Rekonstruktion der dargestellten Strukturen in allen Raumebenen bei einer guten Bildqualität und einer effektiven Strahlendosis $< 1 \text{ mSv}$ (bei normalgewichtigen Personen) ermöglichen.⁷

Erfüllt eine Person die oben genannten Angebotskriterien nach dem Datenbestand der GVS, wird sie zur erweiterten Vorsorge eingeladen, die, wie auch schon bei den bisherigen arbeitsmedizinischen Untersuchungen, zunächst mit einem persönlichen ärztlichen Beratungsgespräch verbunden ist. In diesem Gespräch werden der individuelle Nutzen des Lungenkrebscreenings, aber auch mögliche Risiken und medizinische Gründe bewertet, die gegen eine LD-HRCT-Untersuchung sprechen könnten (zum Beispiel Komorbiditäten). Die Entscheidung über die Annahme beziehungsweise Ablehnung des erweiterten Vorsorgeangebots erfolgt am Ende des ärztlichen Beratungsgesprächs. Die Entscheidung gilt nur für das aktuelle

Vorsorgeangebot, sie ist bei weiteren Untersuchungen erneut zu treffen.

Umsetzung

Vor einer bundesweiten Einführung des erweiterten LD-HRCT-Vorsorgeangebots war es zunächst Ziel, die geplanten Abläufe des Angebots in Pilotregionen zu etablieren, die eine hohe Dichte an versicherten Personen aufweisen, die bereits eine nachgehende Vorsorge wegen einer beruflichen Asbestbelastung erhalten (Hamburg und Ruhrgebiet). Daher wurden zunächst die an der nachgehenden Vorsorge beteiligten Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner aus der Region Hamburg sowie die Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger mit dem Zuständigkeitsbereich Hamburg in zwei jeweils gut besuchten Informationsveranstaltungen mit dem erweiterten Vorsorgeangebot und dessen Besonderheiten vertraut gemacht. Entsprechende Informationen erfolgten 2015 auch für Ärztinnen und Ärzte sowie die Sachbearbeitung aus der zweiten Pilotregion Ruhrgebiet.

Im Herbst 2014 erhielten die ersten versicherten Personen des GVS-Kollektivs der Pilotregion Hamburg das Angebot für die erweiterte Vorsorge mit LD-HRCT. Im Ruhrgebiet startete die erweiterte Vorsorge im Januar 2016.

In ausgewählten Untersuchungszentren besteht für die versicherten Personen auch die Möglichkeit, für wissenschaftliche Begleitprojekte freiwillig Blut- und Speichelproben abzugeben, die in eine zentrale Probenbank überführt werden. Ziel ist die Entwicklung und Validierung von Biomarkern zur Früherkennung beruflich bedingter Lungenkrebskrankungen.⁸

Erste Ergebnisse

Von den bislang von der GVS kontaktierten 318 Personen aus der Pilotregion Hamburg haben bis zum Berichtszeitpunkt (20. Januar 2016) 187 das Angebot zur erweiterten Nachsorge angenommen. 37 Personen haben sich nach dem ärztlichen Beratungsgespräch gegen eine LD-HRCT-Untersuchung ausgesprochen oder kamen

„Ziel ist die zeitnahe deutschlandweite Etablierung des LD-HRCT-Vorsorgeangebots.“

für die Untersuchung beispielsweise aus medizinischen Gründen nicht in Betracht. 25 Personen entschieden sich gegen das erweiterte Angebot aber für eine „normale“ nachgehende Vorsorge. 49 Versicherte wünschten grundsätzlich keine weiteren Vorsorgeuntersuchungen. 17 Personen waren seit der letzten nachgehenden Vorsorgeuntersuchung verstorben.

Bis zum Berichtszeitpunkt erfolgten auf Basis des erweiterten Vorsorgeangebots sechs Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen nach Nummer 4104 (Lungen- oder Kehlkopfkrebs)⁹ und in 25 Fällen Verdachtsanzeigen nach Nummer 4103 (Asbestose)¹⁰ der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). In zwei Fällen ergab sich der Verdacht auf das Vorliegen einer BK nach Nummer 4105 (Mesotheliom)¹¹ und in einem Fall auf das Vorliegen einer BK nach Nummer 4302 (Obstruktive Atemwegserkrankung durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe).¹² Alle BK-Verdachtsfälle wurden den Unfallversicherungsträgern zur weiteren Bearbeitung gemeldet.

Nach der Rückmeldung der GVS fällt zudem die Resonanz der Versicherten auf das neue Angebot ganz überwiegend positiv aus.

Perspektive

Ausgehend von den bislang gewonnen Erfahrungen aus der Hamburger Pilotphase soll ein inhaltsgleiches Nachsorgeangebot für Versicherte mit bereits anerkannter Berufskrankheit nach Nummer 4103 der BKV (Asbestose)¹⁰ etabliert werden. Die Organisation des Angebots wird derzeit zwischen den die Versicherten bereits betreuenden Unfallversicherungsträgern

und der GVS abgestimmt. Eine Unterarbeitsgruppe der Umsetzungsgruppe erarbeitet derzeit die Einzelheiten. Darüber hinaus wird die GVS sukzessive weitere

Regionen in das Angebot der erweiterten nachgehenden Vorsorge einbinden. Ziel ist die zeitnahe deutschlandweite Etablierung des LD-HRCT-Vorsorgeangebots. ●

Fußnoten

[1] Vgl. Hagemeyer, O. et al.: Krebsfrüherkennung verspricht bessere Heilungschancen – Bedeutung der Low-dose-Mehrzeilen-Volumen-HRCT in der Lungenkrebsfrüherkennung, IPA-Journal 02/2012, S. 12

[2] Vgl. Duell, M.: Früherkennung asbestbedingter Lungenkrebskrankungen – Erweitertes Vorsorgeangebot, DGUV Forum 7-8/14, S. 14 ff.

[3] Ein Packungsjahr = 1 Packung Zigaretten täglich über ein Jahr

[4] Vgl. Wiethage, T. et al.: Erweitertes Vorsorgeangebot für asbestverursachte Erkrankungen, IPA-Journal 01/2014, S. 12 ff.

[5] Vgl. Wiethage, T. et al.: Erweitertes Vorsorgeangebot für asbestverursachte Erkrankungen, IPA-Journal 01/2014, S. 15

[6] Diagnostik und Begutachtung bei berufsbedingten Erkrankungen der Lunge (Protokoll 08.2015), AG „Arbeits- und umweltbedingte Erkrankungen“ der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG)

[7] Die effektive Dosis einer protokollgemäßen CT-Untersuchung liegt bei einem Body-Mass-Index (BMI) von 24 deutlich unter 1 mSv (Definition Normalpatient: männlich: 176 cm/73 kg; weiblich: 160 cm/60 kg). Besteht der Verdacht auf das Vorliegen eines (asbestbedingten) Lungentumors oder soll mittels des CT der Nachweis beziehungsweise der Ausschluss einer BK-Nr. 4104 der BKV bei bekannter Lungenkrebskrankung erfolgen (in der Regel im Rahmen einer Begutachtung), soll das (insoweit spezifischere) Protokoll „Diagnostik und Begutachtung bei berufsbedingten Tumorerkrankungen der Lunge (Protokoll 08.2015)“ zur Anwendung kommen.

[8] Vgl. Wiethage, T. et al.: Erweitertes Vorsorgeangebot für asbestverursachte Erkrankungen, IPA-Journal 01/2014, S. 16

[9] BK-Nr. 4104: Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs – in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) – in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachten Erkrankungen der Pleura oder – bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstabdosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren {25 x 10⁶ [(Fasern/m³) x Jahre]}

[10] BK-Nr. 4103: Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura

[11] BK-Nr. 4105: Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards

[12] BK-Nr. 4302: Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können



Ein betriebliches Eingliederungsmanagement hilft dabei, nach langer Krankheit die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erleichtern.

Beschäftigungsfähigkeit erhalten und wieder herstellen

Neues Projekt unterstützt Betriebe beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Von 2016 bis 2018 wollen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen noch mehr Unternehmen beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) begleiten und beraten. Grundlage des Projekts ist ein Maßnahmenkatalog, der fünf Ziele enthält.

Viele Gründe sprechen dafür, die Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitenden zu erhalten oder wieder herzustellen. Diese liegen sowohl auf der betrieblichen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene und erhalten angesichts

der demografischen Entwicklung besondere Bedeutung.

Ein sinnvolles Verfahren, um die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen nach länger dauernden Erkrankungen zu erhal-

ten, ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement – kurz BEM. In Deutschland ist es nicht neu, aber weltweit einmalig. Rechtlich geregelt wird es seit 2004 im § 84 Absatz 2 des Neunten Sozialgesetzbuchs (SGB IX). Danach müssen Arbeitgeber und

Autorin und Autoren

Dr. Katrin Grüber

Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)
E-Mail: grueber@imew.de

Dr. Friedrich Mehrhoff

Stabsbereich Rehabilitationsstrategien und -grundsätze der DGUV
E-Mail: friedrich.mehrhoff@dguv.de

Hansjörg Schmidt-Kraepelin

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
E-Mail: hansjoerg.schmidt-kraepelin@bgbau.de



Foto: DGUV/Wolfgang Bellwinkel

Arbeitgeberinnen in Deutschland aktiv werden, wenn ihre Beschäftigten eine längere Zeit arbeitsunfähig sind (sechs Wochen im Jahr). Um deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und wiederherzustellen, sind Unternehmen aufgefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Diese sozialrechtliche Pflicht zum Handeln hat arbeitsrechtliche Konsequenzen, etwa im Kündigungsschutzrecht. Die Überschrift der Norm „Prävention“ im SGB IX macht die sachliche Nähe von BEM zur gesetzlichen Pflicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber im Arbeitsschutz deutlich.

BEM als Chance

BEM bietet Chancen – sowohl für die Beschäftigten als auch für die Betriebe. Für die Arbeitnehmenden bedeutet es den Erhalt des Arbeitsplatzes und Unterstützung bei der Reintegration in den Arbeitsprozess. Die Betriebe profitieren von der Möglichkeit, kompetente und erfahrene Mitarbeitende weiter beschäftigen zu können. Das wird in Zeiten von Fachkräftemangel und demografischem Wandel ein immer wichtigeres Argument. Trotz dieser Vorteile wird BEM noch nicht überall praktiziert. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. So sind einige Unternehmen nach wie vor unsicher, worauf bei der Einführung und Um-

setzung von BEM zu achten ist und an wen sie sich wenden können. Ein erfolgreiches BEM ist nur im Zusammenspiel mit mehreren Akteuren zu leisten, etwa mit Krankenkassen, Rentenversicherungen, Berufsförderungswerken, Integrationsämtern oder auch mit den Betriebsärzten und Betriebsärztinnen vor Ort.

Gerade kleine und mittlere Unternehmen (KMU) stellt diese Koordination oft vor große Herausforderungen. Sie brauchen kompetente und vernetzte Ansprechpersonen, die ihnen die notwendigen Informationen liefern und sie bei Bedarf auf lokaler und regionaler Ebene dabei unterstützen, die relevanten Akteure zur Erhaltung und Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeitenden zu finden und zusammenzubringen.

BEM als gelebte Praxis

Genau hier setzt das Projekt der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung an: Von 2016 bis 2018 wollen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen noch mehr Unternehmen beim BEM unterstützen. Dafür werden die bereits bestehenden unterschiedlichen Aktivitäten der Unfallversicherungsträger fortgeführt, gebündelt und ergänzt.

„Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist in Deutschland nicht neu, aber weltweit einmalig.“

Denn bereits seit 2004 betrachten die Unfallversicherungsträger die Unterstützung der Betriebe bei der Einführung des BEM als eine wichtige Aufgabe. Schließlich knüpfen sie damit an die jahrelange und erfolgreiche Unterstützung der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen bei deren Management von Gesundheit im Betrieb an. Es geht dabei darum, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten sowie die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen.

Die Verbindung von BEM und Gesundheitsmanagement ist naheliegend: Präventive Maßnahmen beim BEM dienen der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit und dem Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Dazu ein Beispiel:

Ein Mitarbeiter hat häufig Rückenbeschwerden, die auch schon zu Arbeitsunfällen geführt haben. Eine vorbeugende BEM-Maßnahme könnte in diesem Fall die individuelle Ausstattung seines Arbeitsplatzes mit einem höhenverstellbarem Schreibtisch und einem ergonomischen Stuhl sein. Ziel ist es, gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz oder gar den Verlust des Arbeitsplatzes durch frühe Intervention zu vermeiden.

Die derzeitigen Unterstützungsangebote der einzelnen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sind sehr unterschiedlich, wie die folgenden Beispiele zeigen: Einige haben das Thema in ihre Seminarangebote für Unternehmer und Unternehmerinnen aufgenommen – auch mit der Möglichkeit des Erfahrungsaustausches –, und andere haben das Thema BEM in bestehende Schulungsmodulare für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen integriert. Ein Unfallversicherungsträger bildet Gesundheitsaufsichtspersonen auf der Grundlage eines eigens entwickelten Gesprächsleitfadens aus.

Einzelne Unfallversicherungsträger beraten Unternehmen auch vor Ort, wobei Art und Tiefe der Beratung sehr unterschiedlich sind. Die Beratung umfasst zum Beispiel die Bereitstellung von Informationen über Angebote anderer Träger der sozialen Sicherheit wie der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung und reicht über die Unterstützung der Unternehmen bei der Einführung von BEM und dem Aufbau von Strukturen und der Implementierung von Prozessen bis hin zum Fallmanagement nach Verletzungen und bei Erkrankungen im Zusammenhang mit betrieblichen Tätigkeiten.

Nah dran

Ein Alleinstellungsmerkmal der gesetzlichen Unfallversicherung ist – im Vergleich zu den meisten anderen Sozialversicherungsträgern – die Nähe zu den Betrieben. Denn aufgrund ihres gesetzlichen Präventionsauftrages sind sie regelmäßig vor Ort und kennen die betrieblichen Gegebenheiten und Ansprechpersonen. Ihr Leistungsspektrum ist ganzheitlich, denn Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bieten präventives, akutes und rehabilitatives Handeln aus einer Hand. Während die Präventionsfachleute den Schutz der Beschäftigten vor Arbeitsunfällen, Berufskrank-

heiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Auge haben und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen, helfen die Reha-Beraterinnen und -Berater mit allen geeigneten Mitteln und ihren Netzwerken, die Beschäftigungsfähigkeit wieder herzustellen. Dieses Zusammenspiel kommt allen Betrieben in Deutschland zugute, denn sie sind alle Mitglieder der Unfallversicherungsträger.

Weitere Unterstützung im BEM erhalten Betriebe durch ein Qualifizierungsangebot der gesetzlichen Unfallversicherung. Die DGUV hat weit über 1.000 sogenannte Disability Manager und Managerinnen in einem internationalen Bildungsprogramm weitergebildet und bei erfolgreichem Abschluss zertifiziert („CDMP“: www.disability-manager.de). Sie agieren als Experten und Expertinnen für BEM direkt in den Betrieben oder bei Dienstleistern der Betriebe als BEM-Beauftragte. Das alles sind gute Grundlagen, um als gesetzliche Unfallversicherung einen Beitrag zur Weiterentwicklung des BEM zu leisten, so wie es in der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung 2013 niedergelegt wurde.

Konkrete Hilfen

Grundlage des Projekts ist ein Maßnahmenkatalog, der von den Unfallversicherungsträgern auf der Ebene der DGUV verabredet und vom Vorstand der DGUV beschlossen worden ist. Gemeinsam sollen fünf Ziele verwirklicht werden:

- Die Unfallversicherungsträger und ihre Einrichtungen und Partner intensivieren die Beratung und Information von Betrieben und Verwaltungen, damit diese ihren BEM-Verpflichtungen nachkommen können.
- Die Unfallversicherungsträger verbessern ihre interne und externe Kommunikation.
- Die Unfallversicherungsträger und ihre Einrichtungen fördern die Kooperation zwischen ihren Fachleuten in der Prävention und Rehabilitation in Bezug auf BEM.
- Die Unfallversicherungsträger erstellen auf der Ebene der DGUV Kriterien für die Kooperation mit anderen Partnern in der sozialen Sicherheit, etwa mit den Trägern der gesetzlichen

Kranken- und Rentenversicherung, den Integrationsämtern und den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

- Die DGUV und die Unfallversicherungsträger sowie deren Einrichtungen werden das BEM für ihre eigenen Beschäftigten so ausgestalten, dass sich daraus eine überzeugende und geeignete Dienstleistung gegenüber den Betrieben und Verwaltungen ergibt.

„Ein gelingendes BEM ist auch für die Unfallversicherungsträger selbst von Vorteil.“

Der Maßnahmenkatalog richtet sich also an folgende Zielgruppen:

1. Betriebe und Verwaltungen, die die Aufgabe haben, BEM ihren Beschäftigten anzubieten
2. Unfallversicherungsträger, damit sie ihre Strukturvorteile sowie die Chancen der Kooperation zwischen Prävention und Rehabilitation vermehrt nutzen
3. Partner der verschiedenen Leistungsträger der sozialen Sicherheit, weil Betriebe und Beschäftigte ganzheitliche Lösungen benötigen

Allerdings müssen die einzelnen Möglichkeiten der Unterstützung durch die Unfallversicherungsträger differenziert werden. Leistungen und Einzelfallberatungen in einem konkreten BEM-Fall können nur gezahlt werden, wenn es sich um Unfallversicherte handelt. Das heißt, Grund für das BEM muss ein Unfall oder eine Erkrankung sein, die ihre Ursache in den Arbeitsbedingungen hat. Nur das lässt die gesetzliche Grundlage der gesetzlichen Unfallversicherung als kausal orientierte, allein von den Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen finanzierte Versicherung zu. Im Rahmen ihrer Präventionsarbeit aber unterstützen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen die Betriebe umfassend bei deren Gesundheitsmanagement. Dies ist Teil ihres gesetzlichen Auftrags. In diesem Zusammenhang sind Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auch Ansprechpersonen für geeignete betriebliche Strukturen und Prozesse eines erfolgreichen BEM.

Ein gelingendes BEM ist dabei auch für die Unfallversicherungsträger selbst von Vorteil. Sie profitieren zum Beispiel in den Fällen, in denen sie Leistungen zur beruflichen Teilhabe bezahlen. Kehren die Versicherten in ein Umfeld zurück, das an ihre Bedürfnisse angepasst ist, erhöht dies die Chancen einer dauerhaften Gesunderhaltung. So können Folgekosten vermieden werden, die entstehen, wenn Beschäftigte weiterhin belastende Tätigkeiten ausüben und deshalb erneut Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation erhalten müssen.

Das auf zunächst drei Jahre ausgerichtete Projekt beschränkt sich auf Maßnahmen, die in einer Bestandsaufnahme für geeignet, wichtig und prioritär erachtet wurden. Die Unfallversicherungsträger sollen mit ihren spezifischen Angeboten gemeinsam dazu beitragen, dass in den Betrieben eine auf Vertrauen und Kooperation ausgerichtete Kultur eines Gesundheitsmanagements entwickelt wird.

Ziel ist es, dass nach Abschluss des Projektes die aufgebauten Beratungsstrukturen beibehalten und verstetigt werden, sodass sie im Alltag der Unfallversicherungsträger wie selbstverständlich genutzt werden.

Je nach den Bedürfnissen der Betriebe und den Führungsentscheidungen bei den Unfallversicherungsträgern soll die BEM-Beratung in eine Routine übergehen, von der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie Beschäftigte gleichermaßen profitieren. Maßnahmen zum BEM bei den eigenen Beschäftigten runden den Maßnahmenkatalog ab. ●

Entwicklung des BEM

Seit 2004 sind Unternehmen verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Das bedeutet, dass die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen klären müssen, „wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“. Wie dies im Einzelfall umgesetzt werden soll, gibt das Gesetz nicht vor.

Änderung der Insolvenzordnung

Positive Folgen für die Sozialversicherungsträger

Gläubiger- und Gläubigerinnenrechte versus Schuldner- und Schuldnerinnenschutz – die gesetzgebenden Institutionen versuchen mit einem aktuellen Gesetz zur Änderung der Insolvenzordnung,¹ Fehlentwicklungen im Zusammenhang mit Anfechtungen zu korrigieren. Der vom Bundestag beschrittene Weg verspricht einige Verbesserungen für Sozialversicherungsträger.

Anlass für die Änderung der Insolvenzordnung

Die Insolvenzanfechtung ist ein bei den Anfechtungsgegnern gefürchtetes Instrument, welches dem Insolvenzverwalter oder der Insolvenzverwalterin erlaubt, Vorgänge rückgängig zu machen, die außerhalb eines Insolvenzverfahrens nicht mehr angreifbar wären.² Es wird von schätzungsweise 800 Millionen Euro³ Beitragsausfällen bei den Sozialversicherungsträgern ausgegangen, die durch die unter anderem im Rahmen des § 133 InsO vollzogene Vorsatzanfechtung verursacht wurden.⁴ Im richtigen Umgang mit Anfechtungen liegt demnach ein großes Einsparpotenzial für die Sozialversicherungsträger und eine Möglichkeit, Beitragseinnahmen behalten zu können. Zu diesen hohen Beitragsausfällen kommt es nicht zuletzt, weil die Rechtsprechung des IX. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs⁵ die Formulierung des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren immer mehr zugunsten der anfechtenden Insolvenzverwalter und -verwalterinnen auslegte,⁶ wovon besonders die Sozialversicherungsträger und die Finanzämter betroffen sind.⁷ Aufgrund dieser Fehlentwicklung⁸ legte das Bundesministerium der Justiz und für

Verbraucherschutz einen Gesetzesentwurf vor, welcher die weite Auslegung des BGH wieder einzudämmen versucht. Diesen Gesetzesentwurf hat sich die Bundesregierung im Wesentlichen zu eigen gemacht. Dabei sind zentrale Ziele des Entwurfs die Verkürzung des Anfechtungszeitraumes, die Stärkung von Rechten der Anfechtungsbetroffenen, die Verzinsung von Anfechtungsansprüchen⁹ sowie in bestimmten Fällen die Einschränkung der Anfechtung wegen inkongruenter Deckungshandlungen.¹⁰

Benachteiligungsvorsatz gegenüber Gläubigerinnen und Gläubigern

Der Tatbestand der Gläubigerbenachteiligung wird im § 133 Abs. 1 S. 1 InsO dahingehend definiert, dass ein Vorsatz des Schuldners oder der Schuldnerin vorliegen muss, seine oder ihre Gläubigerinnen oder Gläubiger benachteiligen zu wollen. Dieser ist gegeben, wenn die Rechtshandlung willentlich vorgenommen wurde, um die Gläubiger und Gläubigerinnen zu benachteiligen. Damit kann die Befriedigung einzelner Gläubiger und Gläubigerinnen gemeint sein, während der Schuldner oder die Schuldnerin auch von anderen Gläubigerinnen oder Gläubigern Kenntnis hat,

deren Schulden jedoch nicht beglichen werden. Oft geschieht dies unter dem Druck einer Zwangsvollstreckung, die vielfach von Finanzämtern und Sozialversicherungsträgern durchgeführt werden. Die Rechtsprechung, insbesondere diejenige des BGH unterstellt regelmäßig, dass der Schuldnerin oder dem Schuldner bewusst ist, Gläubiger oder Gläubigerinnen zu benachteiligen, wenn er oder sie nur einzelne Ansprüche befriedigt, da die finanziellen Mittel nicht zur Deckung aller Schulden ausreichen. Um jedoch von der Vorsatzanfechtung des § 133 InsO Gebrauch machen zu können, muss der Anfechtende (Insolvenzverwalter oder Insolvenzverwalterin) die Kenntnis des Gläubigers oder der Gläubigerin (zum Beispiel einer Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse) von dem Gläubigerbenachteiligungsvorsatz beweisen. An dieser Stelle führen Insolvenzverwalter und Insolvenzverwalterinnen Absatz 1 Satz 2 InsO mit dessen Vermutungswirkung ins Feld.

Kenntnis des Gläubigers oder der Gläubigerin

Die Kenntnis der Gläubiger oder Gläubigerinnen vom Gläubigerbenachteiligungsvorsatz der Schuldnerin oder des

Autor und Autorin



Foto: DGUV

Prof. Dr. Ralf Möller

Leiter des Bereichs Zertifikatsprogramme und Berufsbildung der Hochschule der DGUV (HGU)
E-Mail: ralf.moeller@dguv.de



Foto: Privat

Swantje Palliwoda

Studierende des Bachelorstudiengangs Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung (B.A.)
Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft
E-Mail: swantje.palliwoda@bg-verkehr.de

Schuldners spielt zur Verwirklichung der Tatbestandsvoraussetzungen des § 133 InsO eine entscheidende Rolle. Die Rechtshandlung des Schuldners oder der Schuldnerin ist nur dann nach § 133 InsO anfechtbar, wenn die Gläubigerin oder der Gläubiger den eben beschriebenen Gläubigerbenachteiligungsvorsatz zum Zeitpunkt der Handlung des Schuldners oder der Schuldnerin kannte.

Obwohl auch in der jetzigen Fassung des § 133 InsO ein Vollbeweis der Kenntnis der Gläubigerin oder des Gläubigers seitens des oder der Anfechtenden verlangt wird, greift in der gerichtlichen praktischen Auseinandersetzung die zuvor genannte Vermutensregel. Die Kenntnis der Gläubiger oder Gläubigerinnen wird vorzugsweise immer dann unterstellt, wenn diese oder dieser, die oder der zugleich Anfechtungsgegner oder -gegnerin ist, seine oder ihre Befriedigung durch Zwangsvollstreckung oder Ratenzahlungen erhalten hat. Eben dieser Missbrauch der Vermutensregelung¹¹ seitens der anfechtenden Insolvenzverwaltung, unterstützt durch die ausufernde Rechtsprechung, wurde vom Referenten- und vom Regierungsentwurf zur Änderung der Insolvenzordnung als eines der Kernprobleme herausgearbeitet. Hierbei soll die Tatsache, dass die inkongruente Deckung nach der ständigen Rechtsprechung als Beweisindiz für den Gläubigerbenachteiligungsvorsatz diene, obwohl sie nicht Tatbestandsmerkmal und Voraussetzung des § 133 Abs. 1 InsO¹² ist, mittels des Entwurfs beseitigt werden.

Anfechtungstatbestände im Gesetzgebungsverfahren

Die geplanten Änderungen des Insolvenzrechts betreffen insbesondere die für die Sozialversicherungsträger wichtigen Normen der Inkongruenzanfechtung nach § 131 InsO sowie der Vorsatzanfechtung nach § 133 Abs. 1 InsO. Dabei soll die Regelungssystematik des geltenden Rechts grundsätzlich unberührt bleiben und sich nur auf die zu ändernden Problempunkte beschränken.¹³ Vorwiegend werden solche Fallkonstellationen neu justiert, welche sich aufgrund der Rechtsprechung zu vermeintlich unkalkulierbaren Risiken für die Anfechtungsgegner entwickelten. Kernelemente des Entwurfs und von großer Bedeutung für Sozialversicherungsträger sind zum

einen die Einschränkung der Inkongruenzanfechtung für Titelgläubiger oder Titelgläubigerinnen und zum anderen die Behandlung von Zahlungserleichterungen. Zudem soll das Recht der Anfechtungsmöglichkeiten überarbeitet werden, um Anfechtungsgegnerinnen oder Anfechtungsgegner vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen.¹⁴ Hierbei ist die geplante Verkürzung des Anfechtungszeitraums bei Deckungshandlungen von zehn auf vier Jahre eine der gravierendsten.¹⁵ Des Weiteren soll die Regelung über die Verzinsung von Anfechtungsansprüchen ebenfalls eine Umgestaltung erfahren.¹⁶ Insoweit sind übergeordnete Ziele der Neujustierung die Entlastungen des Wirtschaftsverkehrs und die Beseitigung von Rechtsunsicherheiten.¹⁷

„Es wird von schätzungsweise 800 Millionen Euro Beitragsausfällen bei den Sozialversicherungsträgern ausgegangen, die durch die unter anderem im Rahmen des § 133 InsO vollzogene Vorsatzanfechtung verursacht wurden. Im richtigen Umgang mit Anfechtungen liegt demnach ein großes Einsparpotenzial für die Sozialversicherungsträger.“

Nach Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs befasste sich der Bundesrat mit dem Gesetzesvorhaben.¹⁸ Die im Referentenentwurf genannten Ziele werden auch von der Länderkammer untermauert und gefestigt. In der Beschlussfassung schlägt der Bundesrat im aktuellen Gesetzgebungsverfahren vor, § 131 InsO dahingehend zu ergänzen, dass Sicherungen und Befriedigungen durch Zwangsvollstreckung sowie Zahlungen, die unter dem Druck der Zwangsvollstreckung geleistet werden, aus dem Tatbestand der Inkongruenzanfechtung herauszunehmen sind. Zusammenfassend stellt der Bundesrat in der Begründung seiner Stellungnahme zu § 133 InsO fest, dass die Gewährung einer Zahlungserleichterung fortan nicht mehr als Kenntnis der drohenden Zahlungsunfähigkeit für den Anfechtungsgegner und die Anfechtungsgegnerin ausgelegt werden kann.¹⁹



Weitere Ziele der Gesetzgebung und Umsetzung

Ein Ziel ist, das Antragsrecht der Gläubiger und Gläubigerinnen zu stärken. Hierbei sollen Zahlungen, die unter dem Druck der Zwangsvollstreckung erzielt werden, nicht grundsätzlich einer Anfechtung unterliegen. Gläubiger oder Gläubigerinnen, die das Kostenrisiko eines Prozesses und die Aufwendungen hierfür aufgebracht haben, um einen vollstreckbaren Titel zu erwirken, sollen nicht durch die Anfechtung um den Erfolg gebracht werden. Die Möglichkeit der Anfechtung nach § 130 Abs. 1 InsO soll nur dann weiterhin bestehen, wenn die Gläubigerin oder der Gläubiger tatsächlich



Wenn die Sozialversicherungsträger konsequent Mittel der Zwangsvollstreckung nutzen, können künftig anfechtungsfeste Beitragseinnahmen erzielt werden.

Kenntnis von der Zahlungsunfähigkeit bei der Vollstreckung hatte.²⁰ Diese Kenntnis soll fortan nicht mehr durch eine vorausgegangene Zwangsvollstreckung oder Ratenzahlung unterstellt werden, sondern von der Kenntnis der tatsächlich eingetretenen Zahlungsunfähigkeit des Schuldners oder der Schuldnerin abhängen. Die Einschränkung der Inkongruenzanfechtung bedeutet für die Praxis, dass Zahlungen der Schuldnerin oder des Schuldners, die im Wege oder unter dem Druck der Zwangsvollstreckung erfolgen, „künftig in aller Regel anfechtungsfest sein“ sollen.²¹ Der Entwurf sieht demnach vor, dass die Gewährung einer den Gepflogenheiten des Wirtschaftsverkehrs entsprechenden

Zahlungserleichterung nicht den Schluss auf einen untypischen Fall (den Gläubiger- und Gläubigerinnenbenachteiligungsvorsatz) erlauben darf.²²

Um die Belastung für die Anfechtungsgegner und Anfechtungsgegnerinnen überschaubarer und kalkulierbarer zu machen, soll der Anfechtungszeitraum nach § 133 Abs. 2 InsO in der Fassung des Gesetzesentwurfs von zehn auf vier Jahre verkürzt werden. Die geplante Verkürzung des Anfechtungszeitraums soll den Gläubigern und Gläubigerinnen mehr Rechtssicherheit dahingehend bieten, dass sie stärker auf die Bestandskraft abgeschlossener Vorgänge vertrauen können.²³

Ein weiteres bedeutungsvolles Ziel ist die Neuregelung der Verzinsung des Anfechtungsanspruchs. Bisher ist die Anfechtungsgegnerin oder der Anfechtungsgegner verpflichtet, unabhängig vom Eintritt des Verzugs, Prozesszinsen ab Verfahrenseröffnung zu entrichten. Der hier entstandene Anreiz, die Geltendmachung des Anfechtungsanspruchs zu verzögern, soll fortan verhindert werden und so den Rechtsverkehr besser vor einer übermäßigen Zinsbelastung schützen.²⁴ Deshalb sieht der Entwurf vor, die Forderung der Zinsen an die Voraussetzungen des Schuldner- und Schuldnerinnenverzugs zu koppeln. Letztgenannter verlangt im Gegensatz zur bisherigen Praxis neben der Fälligkeit des Anspruchs eine vorherige Mahnung durch den Insolvenzverwalter oder die Insolvenzverwalterin.²⁵

„Vorwiegend werden solche Fallkonstellationen neu justiert, welche sich aufgrund der Rechtsprechung zu vermeintlich unkalkulierbaren Risiken für die Anfechtungsgegner entwickelten.“

Stimmen zum Gesetzesvorhaben

Kritische Meinungen sehen die Verwirklichung des Entwurfs als fragwürdig an. Die Verfassenden²⁶ führen an, dass die Neuregelung des geplanten § 131 Absatz 1 Satz 2 InsO ein Problem dahingehend darstelle, dass dessen Neuregelung bewirken würde, dass eine Deckung nicht allein deswegen inkongruent sein könne, weil „die Sicherung oder Befriedigung durch Zwangsvollstreckung erwirkt oder zu deren Abwendung bewirkt worden ist“. Um die im Wege der Zwangsvollstreckung erlangten Zahlungen von der Finanzverwaltung oder den Sozialversicherungsträgern mittels § 130 Absatz 1 InsO erfolgreich anfechten zu können, müsste die Insolvenzverwaltung ihre Kenntnis von der Zahlungsunfähigkeit des Schuldners oder der Schuldnerin beweisen. Dieser Beweis würde nur selten möglich sein.²⁷

Weiterhin wird die geplante Änderung zur Kenntnis der Zahlungsunfähigkeit durch den Gläubiger oder die Gläubigerin in den Absätzen 2 und 3 des § 133 InsO in der Entwurfsfassung im Zusammenhang mit Zahlungserleichterungen kritisiert. Es sei realitätsfern, bei der Bitte des Schuldners ▶

oder der Schuldnerin um einen Zahlungsaufschub nicht von dessen Zahlungsunfähigkeit auszugehen, sodass zu diesem Zeitpunkt immer eine Zahlungsunfähigkeit vorläge.²⁸

„Um die Belastung für die Anfechtungsgegner und Anfechtungsgenerinnen überschaubarer und kalkulierbarer zu machen, soll der Anfechtungszeitraum nach § 133 Abs. 2 InsO von zehn auf vier Jahre verkürzt werden.“

Der angeführten Kritik stehen positive Meinungen gegenüber, welche die hier vertretene Ansicht teilen: Die Befürwortenden sind der Auffassung, dass Zahlungserleichterungen selbst im Fall einer drohenden Zahlungsunfähigkeit legitimer Bestandteil einer freien Sanierung sein könnten und daher nicht per se ein Beweisindiz für den Benachteiligungsvorsatz vorliege.²⁹

Positive Folgen für die Sozialversicherungsträger

Der Gesetzesentwurf geht davon aus, dass die Neujustierung der Regelungen zur Vorsatzanfechtung zu einer rückläufigen Geltendmachung von Anfechtungsansprüchen führen könnte, was eine Entlastung der öffentlichen Kassen zur Folge hätte. Rechtsanwendende sollen sich künftig besser in der Materie der Anfechtung zurechtfinden, sodass mit einer Rechts- und Verwaltungsvereinfachung zu rechnen ist.³⁰ Sozialversicherungsträger könnten künftig bei der Gewährung von verkehrüblichen Zahlungserleichterungen profitieren, da durch die Neujustierung des Gesetzes eine rechtssichere Grundlage geschaffen wird.³¹ So wird erreicht, dass für Sozialversicherungsträger nicht per se die Gefahr besteht, durch die Gewährung einer Zahlungserleichterung erhaltene Beiträge im Falle einer späteren Insolvenz des Schuldners oder der Schuldnerin diese durch die Anfechtung wieder zu verlieren.

Vor dem Hintergrund der geplanten Gesetzesänderung sollten Sozialversicherungsträger prüfen, konsequenter als bisher Insolvenzanträge zu stellen. Hinsichtlich § 76 SGB IV wäre zu prüfen, ob nicht mit Blick auf die Rückschlagsperre des § 88 InsO ein „strengerer“ Umgang mit den Unter-

nehmen angestrebt werden sollte. Wenn die Sozialversicherungsträger konsequent Mittel der Zwangsvollstreckung nutzen, können künftig anfechtungsfeste Beitrags-einnahmen erzielt werden. Im Vergleich mit anderen Sozialversicherungsträgern, welche den Gesamtsozialversicherungsbeitrag monatlich erheben, haben die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen einen zeitlichen Nachteil, dem es vorzubeugen und den es auszugleichen gilt.

Fazit

Sollte der Gesetzesentwurf in seiner aktuellen Fassung umgesetzt werden, wird dies soweit absehbar positive Folgen für die Sozialversicherungsträger haben. Darauf darf nunmehr mehr als gehofft werden, da im parlamentarischen Verfahren die wesentlichen Regelungen des Regierungsentwurfs die Länderkammer passiert haben. Insoweit kann den geplanten Gesetzesänderungen zugestimmt werden. Die erwähnten Kritiken erwecken den Anschein, nicht objektiv gesetzt worden zu sein. Diese Vermutung beruht auf der Tatsache, dass viele der Gegner und Gegnerinnen selbst Interessen vertreten (Insolvenzverwalter und Insolvenzverwalterinnen). Inwiefern die geplanten Änderungen zu den angestrebten Zielen führen, bleibt abzuwarten. Im Interesse der mittelständischen Unternehmen sowie der Behörden wäre es wünschenswert, dass die geplanten Änderungen im Gesetzgebungsverfahren auch abschließend verabschiedet werden. ●

Fußnoten

[1] Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechtssicherheit bei Anfechtungen nach der Insolvenzordnung und nach dem Anfechtungsgesetz, Bundestagsdrucksache 18/7054 vom 16.12.2015 (Vorabfassung), <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/070/1807054.pdf> (Stand 28.12.2015). Das Anfechtungsgesetz wird in diesem Beitrag nicht berücksichtigt.

[2] Vgl. van Marwyk, ZInsO 2014, 1734, 1735.

[3] Da diese Zahl statistisch nicht nachprüfbar ist, wird sie teilweise angezweifelt, vgl. VID, ZIP 2005, 1384; Flöther/Bräuer, InVo 2005, 387, 387 f.

[4] Vgl. BR-Drucksache 618/05, S. 8 ff.

[5] Im Folgenden: BGH.

[6] Vgl. hierzu die Ausarbeitung von

Strandmann, ZInsO 2014, 538, 539.

[7] Vgl. Frind, ZInsO 2005, 790, 791.

[8] Aus Sicht der Autoren, was freilich auch anders gesehen wird.

[9] Vgl. BT-Drucksache 18/7054, Art. 1 Nr. 3 a; Regierungsentwurf Art. 1 Nr. 3 a.

[10] Vgl. Wagner, ZInsO 2015, 2171, 2712.

[11] Das sehen freilich einige Autoren und Autorinnen anders, vgl. beispielsweise Huber, ZInsO 2015, 2297, 2298.

[12] Absatz 2 der Vorschrift wird in diesem Rahmen vernachlässigt, da er nicht ausschlaggebend für den Gesetzesänderungsvorschlag war.

[13] Vgl. Blank/Blank, ZInsO 2015, 1705, 1706.

[14] Vgl. RegE, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs.

[15] Vgl. RegE, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs, 1. Einschränkung der Vorsatzanfechtung von Deckungshandlungen (§ 133 Abs. 2 und 3 Ins O-E).

[16] Vgl. RegE, B. Lösung, S. 2.

[17] Vgl. RegE, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs.

[18] Vgl. BR-Drucks. 495/15 (Beschluss), 2. zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a (§ 131 Abs. 1 Satz 2 InsO).

[19] Vgl. BR-Drucks. 495/15 (Beschluss), 3. zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 133 Abs. 3 Satz 2 InsO).

[20] Vgl. RegE, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs, 3. Einschränkung der Inkongruenzanfechtung.

[21] Vgl. RegE, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs, 3. Einschränkung der Inkongruenzanfechtung.

[22] Vgl. RegE, B. Besonderer Teil, zu Nr. 3 Buchstabe a (§ 133 Abs. 2 und 3 InsO-E).

[23] Vgl. RegE, B. Besonderer Teil, zu Nr. 3 Buchstabe a (§ 133 Abs. 2 und 3 InsO-E).

[24] Vgl. RegE, B. Lösung.

[25] Vgl. RefE, B. Besonderer Teil, zu Nr. 45 (§ 143 InsO-E).

[26] Blank/Blank ZInsO 2015, 1706, 1707; sinngemäß ebenso Huber, ZInsO 2015, 2297, 2298.

[27] Vgl. Brinkmann/Jacoby/Thole ZIP 2015, 2001, 2001.

[28] Vgl. Brinkmann/Jacoby/Thole ZIP 2015, 2001, 2001.

[29] Vgl. Schmidt, ZIP 2015, 2104, 2105.

[30] Vgl. RegE, VI Gesetzesfolgen, Nr. 1 Rechts- und Verwaltungsvereinfachung, 2 Nachhaltigkeitsaspekte.

[31] Vgl. RegE, VI Gesetzesfolgen, 6. Weitere Gesetzesfolgen.

Nachsetzen des Diebes durch den Bestohlenen selbst auf offener Straße als eigenwirtschaftliche Tätigkeit unversichert

Verfolgt der Bestohlene selbst den Dieb, sind die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 13c SGB VII in der Regel nicht erfüllt, weil eine Handlung im Eigeninteresse und nicht im Allgemeininteresse „vorliegen dürfte“.



Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
18.11.2015 – L 2 U 63/13

Der Sachverhalt ist ein alltäglicher und hatte sich im hier zu entscheidenden Streitfall im Ausland (Spanien) zugetragen: Ein Passant (möglicherweise erkennbar als Tourist) wird auf offener Straße von zwei Unbekannten zunächst angesprochen und angesichts fehlender Reaktion angerempelt, wobei der körperliche Kontakt ausgenutzt wird, um die am Körper befindliche Brieftasche zu entwenden. Beim Nachsetzen der Täter wird er von einem der beiden rüde angegangen, hier durch einen Sprung des zweiten Unbekannten in die Beine, wodurch der Bestohlene zu Fall kommt und damit eine Verfolgung der Täter vereitelt wird. So weit, so gut (oder schlecht); ein wohl heute alltäglicher Fall, der neuerdings mit dem in den Medien so bezeichneten „Antanzen“ eine neue Variante einer kriminellen Vorgehensweise aufweist, die ebenso wie der geschilderte Fall eher verharmlosend gleich zu bewertende Formen (Diebstahl und nicht Raub) stark verbreiteter Straßenkriminalität in Großstädten kennzeichnet.

Angesichts der bereits beendeten dienstlichen Tätigkeit (der Kläger befand sich auf einer dienstlich veranlassten Auslandsreise) kam nur ein Versicherungsschutz nach § 2 Nr. 13c SGB VII in Betracht, wonach kraft Gesetzes Personen versichert sind, die sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist, oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen. Dieser Versicherungsschutz umfasst auch Personen mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt im Inland, wenn sie bei der Verfolgung eines Täters im Ausland zu Schaden kommen (§ 2 Abs. 3 S. 5 SGB VII).

Dass das LSG im hier zu entscheidenden Fall eine zusätzliche Begründung für die nach einfacher Wortlautauslegung sich bereits ergebenden Ausstrahlung des Versicherungsschutzes in § 3 SGB IV sucht, erscheint nicht so recht nachvollziehbar; das Verb „tätig werden“ bezieht sich nicht auf Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 ff. SGB VII, sondern auf die versicherte Tätigkeit gerade nach § 2 Abs. 1 Nr. 13 (ebenso die verbreitete Kommentarliteratur), weil erwartet wird, dass die hiernach versicherten Personen ihre Hilfeleistung auch im Ausland erbringen. Letztlich hatte das LSG einen Versicherungsschutz im Ausland für Inländer bei vorübergehendem Auslandsauf-

enthalt ja bejaht und sich damit der Frage zu stellen, ob hier angesichts einer Tätigkeit mit gespaltener Handlungstendenz (Verfolgung eines Straftäters und Wiedererlangung des Eigentums als unversicherter Tätigkeit im Eigeninteresse) das versicherte Motiv der Verfolgung eines Straftäters bei Straftaten gegen den Geschädigten selbst dem Interesse an Wiedererlangung des Eigentums überwiegt. Konkret komme es darauf an, ob die versicherte Tätigkeit auch dann vorgenommen worden wäre, wenn die private Motivation entfallen wäre, wofür die konkrete Verrichtung und die daraus gefolgerte Feststellung maßgeblich sei, dass sie objektiv die versicherungsbezogene Handlungstendenz erkennen lasse.

Das Gericht folgerte aus dem Impuls zum Nachlaufen (Feststellen des Verlusts der Brieftasche), der für den Nachmittag anzutretenden Heimreise sowie der geringen Wahrscheinlichkeit des Festhaltens des Täters bis zum Eintreffen von Polizei, dass die wesentliche Motivationslage in der Wiedererlangung der Brieftasche mit den notwendigen Papieren und nicht der „Bekämpfung der Straßenkriminalität“ im Allgemeinen zu sehen sei.

Wörtlich wird ausgeführt: „Die Inkaufnahme eines derart hohen persönlichen Risikos zur ohnehin aussichtslosen Bekämpfung von Kleinkriminalität in B ist abwegig, der entsprechende Vortrag daher nicht glaubhaft.“ Rechtspolitisch erscheint diese Aussage fragwürdig – das Gericht sah sich auch von einer Auseinandersetzung mit anderslautenden Entscheidungen des BSG (BSG, Urteil vom 29.5.1964, BSGE 21, 101, 103) nicht veranlasst. Danach wird der Versicherungsschutz nicht dadurch ausgeschlossen, dass sich die Straftat, deren der Festzunehmende verdächtig ist, gegen die Besitzsphäre des Handelnden richtet (im gegebenen Fall Ergreifung des Einbrechers im eigenen Haus). Allerdings erscheint es grundsätzlich nicht ausgeschlossen, dass eine Tätigkeit zwei Motivationslagen gleichberechtigt erkennen lässt und nur eins der Motive des Handelns als rechtlich wesentlich anzuerkennen ist.

Eine Verallgemeinerung in der Weise, wie sie dem Leitsatz der Entscheidung entnommen werden kann, erscheint aber mit Blick auf das gesellschaftlich steigende Allgemeininteresse bei drastisch gestiegener Straßenkriminalität in Ballungszentren an der Ergreifung auch sogenannter „Kleinkrimineller“ (häufig mit hoher Gewaltneigung) zumindest fragwürdig!



Kontakt: Prof. Dr. Susanne Peters-Lange;
susanne.peters-lange@h-bonn-rhein-sieg.de

Kurztipp zum Hautschutz

Obwohl die Haut eines unserer größten Organe ist, sind wir uns häufig ihrer Bedeutung und wichtigen Schutzfunktion nicht bewusst. Praxisnahe Hinweise zum Hautschutz hat die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) jetzt neu aufgelegt. Zusammengestellt wurden Informationen zu Hautgefährdungen, zur richtigen Anwendung von Hautschutzprodukten ebenso wie Regeln zu Hautreinigung, -schutz, -pflege und Hautschutz-Tipps für verschiedene Gefährdungen am Arbeitsplatz.



Der Kurztipp kann im Internet heruntergeladen werden unter: www.bgetem.de
(Webcode: 12201321)

Ergonomisches Arbeiten ausprobieren: Wanderausstellung der BGW

In einer Wanderausstellung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) können Pflegekräfte und Auszubildende aus der Branche selbst testen, worauf es für das ergonomische Arbeiten in ihrem Beruf ankommt. Die BGW-Roadshow „Hilfe für Helfende“ macht derzeit Station im BG Klinikum Hamburg.

Ergonomisches Arbeiten ist in Pflegeberufen für die Rückengesundheit unverzichtbar. Nach den Erfahrungen der BGW schätzen aber viele Pflegekräfte die eigenen Kräfte falsch ein und übernehmen sich. Zu den anstrengenden Tätigkeiten gehört das Bewegen von Patientinnen und Patienten – häufig mit Hauruck und Schwung durchgeführt, aber auch das Heben und Tragen, zum Beispiel schwerer Medikamentenkisten.

Um diese Belastungen auf ein vertretbares Niveau zu reduzieren, bieten sich ver-

schiedene Maßnahmen an. Wichtig sind ein ergonomisch gestaltetes Arbeitsumfeld, die Arbeitsorganisation, der Einsatz technischer und kleiner Hilfsmittel und eine rückengerechte Arbeitsweise. Die Ausstellung vermittelt praxisnahe Einblicke in diese Themenaspekte. In kostenlosen Führungen können die Besucherinnen und Besucher das ergonomische Arbeiten am Pflegebett und den Einsatz von Hilfsmitteln selbst ausprobieren. Gleichzeitig erhalten sie fachliche Informationen dazu.



Terminwünsche für Führungen nimmt die BGW unter der E-Mail-Adresse ruECKENkabinett@bgw-online.de entgegen. In Hamburg bleibt die Ausstellung voraussichtlich bis April 2016. Die nächste Station ist danach Dresden.

Impressum

DGUV Forum

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

Herausgegeben von • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 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, Katharina Rönnebeck (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Natalie Peine, Franz Roiederer (Universum Verlag)

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

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

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

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

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

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

Druck • abcdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

Grafische Konzeption und Gestaltung • Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

Titelbild • Jan Pauls Fotografie

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

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

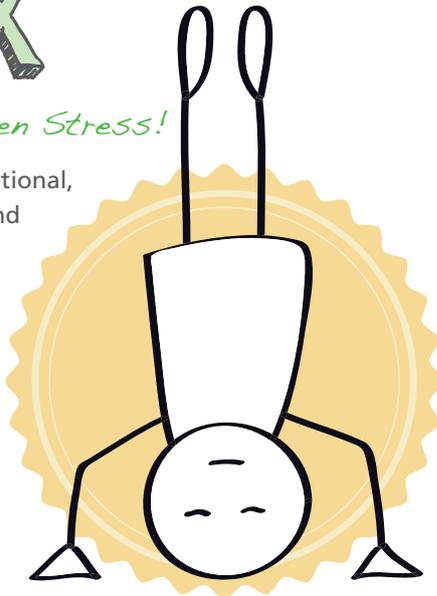
E-Learning für gesunde Mitarbeiter

Betriebliches Gesundheitsmanagement mal anders

RELAX

Wir haben etwas gegen Stress!

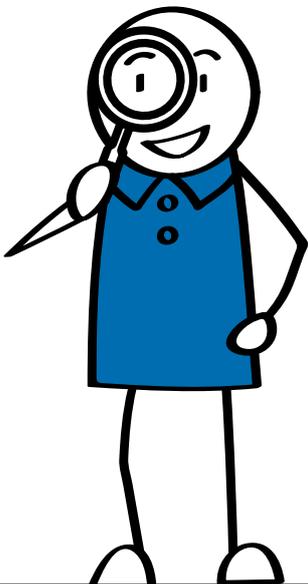
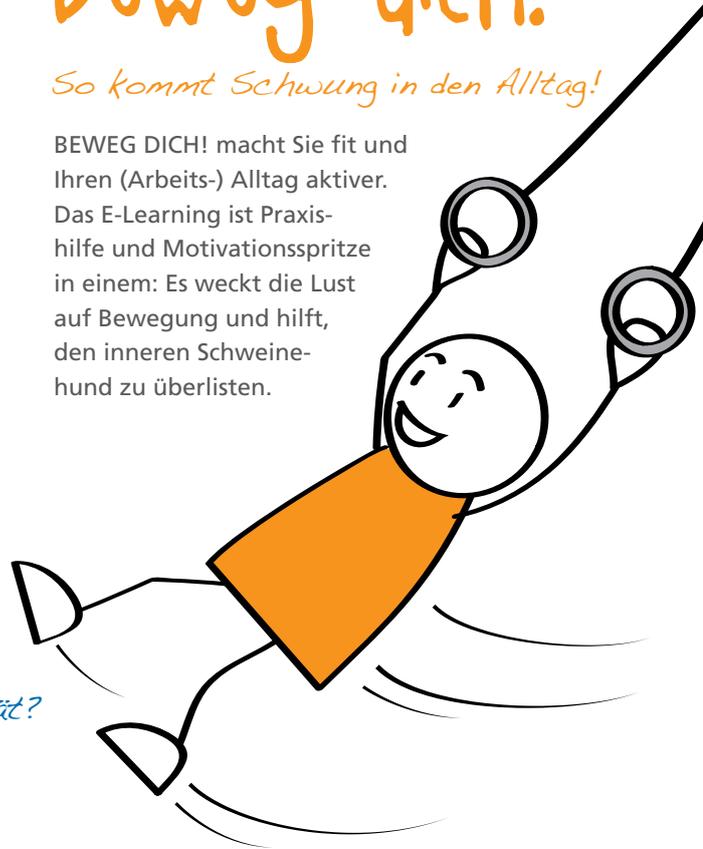
RELAX ist anders: Positiv, emotional, überraschend, sympathisch und kurzweilig: RELAX verzichtet bewusst auf den erhobenen Zeigefinger und gibt handfeste und wirklich umsetzbare Tipps gegen Stress im Job und in der Freizeit.



Beweg dich!

So kommt Schwung in den Alltag!

BEWEG DICH! macht Sie fit und Ihren (Arbeits-) Alltag aktiver. Das E-Learning ist Praxis-hilfe und Motivations-spritze in einem: Es weckt die Lust auf Bewegung und hilft, den inneren Schweinehund zu überlisten.



Durchblick

Warum ist es so früh so spät?

DURCHBLICK zeigt Ihnen, wie Sie dank cleveren Zeitmanagements das Wichtige erkennen und das Richtige tun. So bekommen Sie mehr Struktur in Ihren Arbeitsalltag. Das ist Stressprävention par excellence.

Kampagnenpakete für Ihren Gesundheitstag

- Inhalt:
- CD-ROM
 - Broschüre für Führungskräfte
 - 2 Poster
 - 2x12 Postkarten

Informationen und Bestellung unter
www.toolbox-gesundes-arbeiten.de

Toolbox-Module für Ihre E-Learning-Plattform

Jedes Toolbox-Modul lässt sich in Ihre eigene Lernplattform integrieren – auf Wunsch maßgeschneidert. Alternativ können Sie die Online-Module in unserer Plattform „Unterweisungs-Manager“ nutzen.

Sprechen Sie uns an!
 Telefon: 0611 90 30-200



Änderungen können Konsequenzen haben!



REGEL-RECHT
aktuell

Damit Sie nichts verpassen!

Neues aus Gesetzen, Verordnungen
und Regeln im Arbeitsschutz.
Kompakt in einem Newsletter.

Kostenfreies Abo:

www.regelrechtaktuell.de

Ein Produkt der Universum Verlag GmbH

