

DGUV **Forum**

Suchtprävention in der Arbeitswelt

Weiterentwicklung des Berufskrankheiten-Rechts

Interview mit Manfred Wirsch und
Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting

SuGA-Bericht 2015

Prävention in Zeiten revolutionären Wandels



DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der Jahreswechsel ist die Zeit der Feiern und Feste. Feuchtfröhlich geht es dabei meist zu – warum auch nicht? Wie heißt es in einem alten Trinkspruch: „Ein Gläschen in Ehren kann niemand verwehren.“ Ein Problem wird daraus erst, wenn aus dem einen Gläschen immer mehr werden – und das jeden Tag. Alkohol ist neben Nikotin immer noch die Volksdroge Nummer eins der Deutschen. Weit verbreiteter als die Sucht nach illegalen Drogen oder Medikamenten. Der volkswirtschaftliche Schaden durch Alkoholmissbrauch und Rauchen wird auf mehr als 27 Milliarden Euro geschätzt – das ist fast ein Prozent des Bruttosozialprodukts.



Foto: Wolfgang Beilwinkel/DGUV

Mit einem hohen Konsum von Alkohol oder anderen Drogen schädigen die Betroffenen aber nicht nur sich selbst. Sie gefährden unter Umständen auch andere. Die DGUV Vorschrift 1 ist deshalb an diesem Punkt ganz eindeutig: Beschäftigte, die unter dem Einfluss berauschender Substanzen stehen, dürfen nicht arbeiten. Dafür müssen auch die Vorgesetzten Sorge tragen. Aber wie erkennen sie, ob jemand unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen steht? Gelingt

es doch den meisten Betroffenen über lange Zeit, wenigstens noch am Arbeitsplatz ihren Pflichten nachzukommen.

„Ein erster Schritt und ein klares Signal an alle Beschäftigten ist sicher die Festlegung eines Suchtmittelverbots durch die Geschäftsleitung.“

Ein erster Schritt und ein klares Signal an alle Beschäftigten ist sicher die Festlegung eines Suchtmittelverbots durch die Geschäftsleitung. Im Rahmen einer mit der Mitarbeitervertretung getroffenen Betriebsvereinbarung können alle wesentlichen Aspekte geregelt werden. Sie hilft zudem, im konkreten Fall das

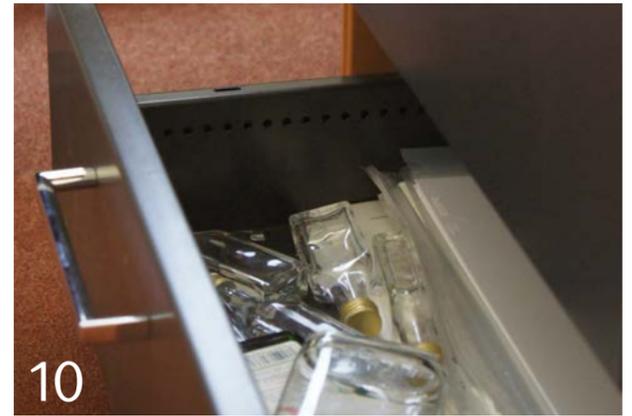
notwendige Gespräch mit den Betroffenen zu führen. Die Ursachen für Abhängigkeit sind vielschichtig, können aber auch im Unternehmen liegen. Gibt es Belastungen oder Situationen am Arbeitsplatz, die ein Suchtverhalten fördern? Diese Frage muss sich die Unternehmensleitung stellen, um schon im Vorfeld aktiv zu werden und Suchtprävention betreiben zu können.

Berufsgenossenschaften und Unfallkassen unterstützen ihre Mitgliedsbetriebe bei dieser Präventionsarbeit. Zum Beispiel mit einer Handlungshilfe zur Suchtprävention für kleine und mittelständische Betriebe, die gerade erstellt wird.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10–28
Einleitung	
Suchtprävention in der Arbeitswelt	10
<i>Jasmin Auf dem Berge, Gerald Wanka</i>	
Für ein Leben ohne Sucht und Drogen	
„Kinder stark machen“	13
<i>Michaela Goecke</i>	
Suchtprobleme in Betrieben offen angehen	
Ein Thema, das Courage und Einfühlungsvermögen erfordert	17
<i>Dr. Kristin Hupfer</i>	
Die Haaranalytik in der Drogenabstinenzkontrolle	
Möglichkeiten, aber auch Fallstricke	21
<i>Dr. Michael Paul</i>	
Suchtmittelkonsum im Betrieb	
Kündigungsmöglichkeiten und arbeitgeberseitige Fürsorgepflichten	25
<i>Frank Achilles, Kristina Stitz</i>	
› Prävention ›››	29–37
SuGA-Bericht 2015	
Prävention in Zeiten revolutionären Wandels: erfahren – kompetent – vorausschauend	29
<i>Dr. Heinz Schmid</i>	
Messungen der UV-Durchlässigkeiten von Kfz-Scheiben	
Sonnenbrand hinterm Lenkrad?	32
<i>Dr. Marc Wittlich</i>	
Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen	
Evaluation der „Weiterbildung zum Betrieblichen Gesundheitsmanager“	34
<i>Indra Bremser-Eckhard, Christina Helfer, Dr. Annetrin Wetzstein, Esther Foege</i>	
Haus der kleinen Forscher	
Kinder forschen zu Prävention	36
<i>Michael Hauke, Stefanie Becker und Heike Brüggemann-Prieshoff</i>	
› Berufskrankheiten ›››	38–59
Weiterentwicklung des Berufskrankheiten-Rechts	
„Evolution statt Revolution“	38
<i>Interview mit Manfred Wirsch und Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting</i>	
Die Problematik der Aufnahme sogenannter Volkskrankheiten in die BK-Liste	
Sind Mindestbelastungsdosen im BK-Tatbestand ein geeignetes Abgrenzungskriterium?	42
<i>Robin Ziegler</i>	



DGUV-Forschungsfonds	
Was tut sich in der Berufskrankheiten-Forschung?	46
<i>Dr. Ulrike Wolf</i>	
Ergebnisse der DGUV-Multi-Center-Studie ROQ II	
Langzeit-Evaluation der stationären tertiären Individualprävention bei Patienten mit schweren Berufsdermatosen	51
<i>Prof. Dr. Christoph Skudlik, Elke Weisshaar, Robert Ofenloch, Peter Elsner, Michael Schönfeld, Swen Malte John, Thomas Ludwig Diepgen</i>	

› Aus der Rechtsprechung ›››	60
› Personalia ›››	61
› Medien/Impressum ›››	62

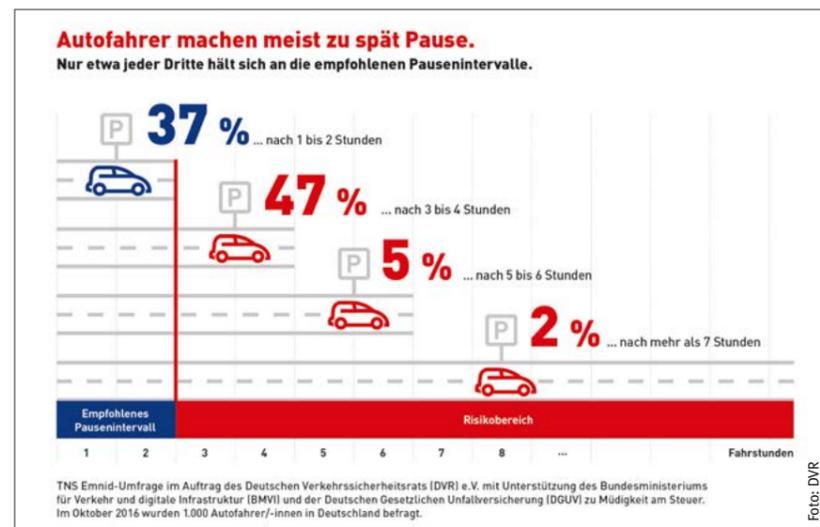
Sieben Sekunden für die Verkehrssicherheit

Im Straßenverkehr können Entscheidungen, die oft in wenigen Sekunden getroffen werden müssen, schwerwiegende Folgen haben. Eine neue Kurzfilmkampagne des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), unterstützt durch die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, möchte für typische Unfallursachen sensibilisieren. „Deine Sekunden“ ist ein innovatives Me-

dienkonzept. In siebensekündigen Videos bezeichnet es unterschiedliche Situationen im Straßenverkehr. Jeden Freitag ab zwölf Uhr wird ein neuer Clip über den YouTube-Kanal und über die Internetseite von „Deine Sekunden“ veröffentlicht. Auf Facebook und Instagram finden sich neben den Clips zusätzliche Hintergrundinformationen und Gewinnspiele.

Als prominente Gesichter unterstützen Nachwuchs-Comedian Chris Tall und Schauspielerin Mirja Boes die Kampagne. „Ich bin sehr interessiert daran, dass wir alle uns im Straßenverkehr ein bisschen zurücknehmen und uns klarmachen, dass noch andere Verkehrsteilnehmer auf der Straße sind“, sagt Chris Tall, der erst kürzlich mit dem Deutschen Comedypreis ausgezeichnet wurde. Kay Schulte vom DVR beschreibt die Idee hinter „Deine Sekunden“ so: „Es sind Sekunden, die über Leben und Tod entscheiden, wenige Sekunden. Verkehrssicherheitsbotschaften in Form von sieben Sekunden zu thematisieren, ist dabei ein neuer Ansatz, um in der digitalen Welt virale Verbreitung zu erreichen und Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer zum Nachdenken anzuregen.“

i Weitere Informationen: Die Social-Media-Kanäle facebook.com/deinesekunden und instagram.com/deinesekunden liefern interessante und kuriose Fakten und Hintergrundwissen zu den jeweiligen Schwerpunktthemen.



BGHM verleiht Sicherheitspreise

Mit Sicherheitspreisen hat die Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) zwei Unternehmen ausgezeichnet. Die Firma Barsch erhielt den Preis für ihren ganzheitlichen Ansatz in Sachen Arbeitsschutzoptimierung. Einmal pro Monat trifft sich das gesamte 14-köpfige Team des Verpackungsmaschinenherstellers im Frühstücksraum und bespricht gemeinsam Arbeitsschutzmaßnahmen. „Jeder kann Ideen einbringen und das Plenum bestimmt mehrheitlich, welche Idee umgesetzt werden soll“, berichtet Geschäftsführerin Nadine Barsch. Das Besondere: Die Idee wird von der am besten dafür qualifizierten Person im Betrieb umgesetzt. 2015 konnten insgesamt 32 Verbesserungen realisiert werden.

Der zweite Preis ging an die J. + G. Mihm Kunststofffenster GmbH & Co. KG für die erfolgreiche Einführung eines professionellen Arbeitsschutzmanagementsystems (AMS). Rund ein Jahr dauerte es von der

Entscheidung, den Arbeitsschutz auf eine professionelle Grundlage zu stellen, bis zur erfolgreichen Begutachtung durch eine Aufsichtsperson der BGHM. „Wir loten gemeinsam mit dem Unternehmen Optimierungspotenzial beim Arbeitsschutz aus und leiten daraus strategische Maßnah-

men ab“, erklärt Detlef Guyot, Leiter des BGHM-Präventionsdienstes Mainz. Die Anstrengungen haben sich gelohnt: „Heute denken alle in der Belegschaft bei Sicherheit und Gesundheit aktiv mit“, sagt Theo Brähler von J. + G. Mihm: „Deutlich verbessert hat sich auch das Betriebsklima.“



Arbeitsschutz wird belohnt (v. li.): Martin Drescher (BGHM-Präventionsdienst Mainz), Nadine Barsch (Barsch GmbH aus Reiskirchen) und Detlef Guyot (Leiter des Präventionsdienstes Mainz) bei der Übergabe des BGHM-Sicherheitspreises.

Vorsicht heiß!

Die Zahlen alarmieren. Mehrere zehntausend Kinder und Jugendliche müssen in Deutschland jedes Jahr wegen Brandverletzungen ärztlich behandelt werden – ein großer Teil davon stationär. Die Gründe für Brandverletzungen bei Kindern sind vielfältig. Vor allem Eltern und Großeltern können viel dafür tun, sie zu schützen. Ein altersgemäßes Vorgehen ist dabei wichtig.

Verbrühungen stehen weit oben auf der Ursachenskala der Brandverletzungen. Deshalb ist es besonders wichtig, Kleinkinder auf sicheren Abstand zu heißen Flüssigkeiten zu halten. Helfen können zum Beispiel Herdschutzgitter.

Verbrennungen ziehen sich Kinder meistens an eingeschalteten Herdplatten, an heißen Gegenständen (zum Beispiel an einem heißen Bügeleisen), an offenen Feuerstellen oder an Kaminöfen zu. Da Kleinkinder das Gefahrenpotenzial nicht einschätzen können, müssen Erwachsene darauf achten, dass die Kleinen gar nicht erst in solche gefährlichen Bereiche kommen. Durch klare Regeln und ein striktes „Nein“ ohne Ausnahmen lernen sie frühzeitig, Grenzen zu akzeptieren, die ihrem eigenen Schutz dienen. Kinder lernen durch Nachmachen. Erwachsene, die selbst sorgfältig mit Feuer umgehen, ihr Tun im Beisein der Kinder erklären und sie loben, wenn sie richtige Verhaltens-

weisen nachahmen, legen den besten Grundstein. Feuer fasziniert auch Heranwachsende. Verbote helfen meist nur wenig, denn gerade in der Pubertät werden Grenzen ausgetestet und Risiken bewusst in Kauf genommen. Hier ist es wichtig, die Gefahren genau zu erklären und unter Aufsicht Möglichkeiten zu schaffen, bei denen Jugendliche den verantwortungsvollen Umgang mit Feuer lernen können.

i Mehr Tipps gibt es unter: www.svlfg.de unter dem Suchbegriff „Kindersicherheit“ SVLFG.

Präventionszeitschrift „arbeit & gesundheit“ startet 2017 neu

Ab dem Jahr 2017 präsentiert sich die Präventionszeitschrift von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen „arbeit & gesundheit“ in einem neuen, frischen Gewand. Mit einem angepassten Layout sollen die Übersichtlichkeit und Lesefreundlichkeit weiter verbessert und der Nutzwert für Leserinnen und Leser erhöht werden.

Noch stärker als bisher wird die Zeitschrift bei der Themenwahl sowie deren Aufbereitung – nicht nur an Prävention interessierte Akteurinnen und Akteure ansprechen, sondern vor allem Sicherheitsbeauftragte. Deshalb werden ihre Aufgaben, Funktion und Handlungsmöglichkeiten in den Beiträgen eine Rolle spielen. Um diese neue Fokussierung deutlich zu machen, wird die erste Ausgabe im neuen Jahr ein Schwerpunktthema zum Thema Sicherheitsbeauftragte sein. Aufgrund der Umstellung wird die erste Ausgabe im Jahr 2017 erst Ende Februar erscheinen.

Ziel von „arbeit & gesundheit“ wird es sein, den Sicherheitsbeauftragten Informationen zu bieten, die speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Dabei führt die Redaktion Bewährtes fort: nützliche Praxistipps für den Arbeitsalltag, aktuelle Nachrichten aus dem Bereich von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie relevante Informationen zu Neuerungen im Vorschriften- und Regelwerk.

Mit der Neuausrichtung gehen einige Veränderungen einher. Dazu gehören eine neue Titelgestaltung des Magazins sowie die Erweiterung der Titelgeschichte zu einem Themenschwerpunkt. Das Poster in der Heftmitte wird zu einem Spezial ausgebaut: Die Rückseiten geben Sicherheitsbeauftragten zusätzliche Informationen zum jeweiligen Thema, das Poster zum Aushängen selbst gibt konkrete Praxistipps für die Beschäftigten. Die letzte Doppelseite rundet als unterhaltsamer Heftausstieg das neue Erscheinungsbild ab.



i Die Online-Präsenz finden Sie demnächst unter: <http://aug.dguv.de>
Fragen? Lob? Kritik? Schreiben Sie dem Redaktionsteam unter: redaktion@dguv-aug.de
Wir freuen uns auf Ihr Feedback!

Erfolgreicher Auftakt der inklusiven Denkwerkstatt in Berlin

Zehn innovative Projekte für mehr Teilhabe und drei zukunftsweisende Preisträger – das ist die erfolgreiche Bilanz des ersten „Neue Nähe“-Hackathons in Berlin. Insgesamt 60 Programmierer und Programmierinnen widmeten sich drei Tage lang der Entwicklung von neuen Technologien für mehr Barrierefreiheit und ein selbstverständlicheres Miteinander.

Bei der inklusiven Denkfabrik von Aktion Mensch und Microsoft Deutschland entstanden Lösungsansätze und Projekte, die Barrieren nachhaltig abbauen und einen Beitrag zu einem gleichberechtig-

ten Miteinander leisten können. Drei von ihnen wurden ausgezeichnet und durften sich über ein Preisgeld von insgesamt 30.000 Euro für die Weiterentwicklung ihrer Projekte freuen.

Das erste Projekt richtet sich an Menschen mit einer Hörbehinderung. Das Team von „Good Vibrations“ hat es sich zum Ziel gesetzt, Alltagsstöne und Signale durch Vibrationen spürbar und somit zugänglich zu machen. Im Fokus des zweiten prämierten Projektes stehen Personen, denen es schwerfällt, Emotionen wahrzunehmen und einzuordnen. Auf Basis einer digita-

len Körper- und Spracherkennung werden die Gefühlsregungen des Gegenübers bei diesem Projekt visualisiert und verständlich gemacht. Mit dem Ziel, auch schwer beeinträchtigten Menschen die Kommunikation und Interaktion mit ihrer Umwelt zu ermöglichen, konnte auch der dritte Preisträger beeindruckt werden. Im Fokus des Projekts „Werner“ steht die Gesichtserkennung über eine 3-D-Kamera, die beim Anwenden ermöglichen soll, ein Kommunikationssystem anhand von Mundbewegungen zu steuern und damit sowohl den direkten Dialog als auch die Bedienung des Internet-Browsers zu ermöglichen.



Schlussbild der Preisverleihung: der „Neue Nähe-Hackathon“

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Ein Gewinn für Unternehmen und Beschäftigte

Staatssekretärin Elke Ferner aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) war zu Gast bei der Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten der gesetzlichen Unfallversicherung GBKUV. Im Interview erklärt sie, warum sich Investitionen in die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Unternehmen lohnen.

Die vom BMFSFJ herausgegebene Studie zur Rendite auf familienfreundliche Maßnahmen in Unternehmen* spricht von der „Neuen Vereinbarkeit“. Was verstehen Sie darunter?

„NEUE Vereinbarkeit“ bezieht sich auf die veränderten Lebensrealitäten beim Thema Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Be-

ruf. Noch vor wenigen Jahren ging es dabei vor allem um die Frage, wie Mütter ihren Beruf mit der Betreuung eines Kindes unter einen Hut bringen – meist mit einem Vormittagsjob. Aber die Lebenswünsche und -vorstellungen von Männern und Frauen haben sich gewandelt: Mütter wünschen sich Erfolg im Beruf und möchten häufig

mehr als 20 Stunden arbeiten; Väter hingegen wünschen sich mehr Zeit für die Familie. Hier sind mehr vollzeitnahe Modelle gefragt, um Eltern eine partnerschaftliche Vereinbarkeit zu ermöglichen. Aber auch darüber hinaus müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf veränderte gesellschaftliche Verhältnisse reagieren, wenn sie langfristig eine erfolgreiche Personalpolitik betreiben wollen. Wir brauchen innovative Modelle für die vielfältige Lebensrealität von Familien: Männer und Frauen als Eltern, ob gemeinsam, getrennt oder alleinerziehend, oder als Pflegenden.

Auf die neuen Herausforderungen müssen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft neue Antworten finden. Es ist uns 2015 mit dem Memorandum „Die NEUE Vereinbarkeit – Familie und Arbeitswelt“ gelungen, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der deutschen Wirtschaft und dem DGB einen zukunftsweisenden Konsens dazu zu erzielen. Dort ist festgehalten, dass Beruf und Familie gleichwertig nebeneinander stehen, auf Augenhöhe. Die NEUE Vereinbarkeit zielt auf die weitere Modernisierung der Arbeitskultur hin zu einer familienbewussten Arbeitszeitgestaltung, die Frauen und Männern in verschiedenen Lebensphasen mehr Optionen bei der Arbeits- und Lebensgestaltung gibt.

Welchen konkreten Nutzen haben die Unternehmen und Verwaltungen von der NEUEN Vereinbarkeit?

Die Kompetenzen, das Know-how, die Erfahrungen und die Motivation der Beschäftigten sind das wichtigste Kapital für Unternehmen und Verwaltungen. Wer sich auf die Wünsche und den Bedarf der Beschäftigten einstellt und ihnen entsprechende Angebote macht, ist ein attraktiver Arbeitgeber beziehungsweise eine attraktive Arbeitgeberin und kann die besten Köpfe für sich gewinnen. Das betrifft alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, denn alle werden früher oder später von Vereinbarkeitsfragen betroffen sein – sei es wegen der Erziehung von Kindern oder der Pflege von Angehörigen. Dieses umfassende Verständnis möchte die NEUE Vereinbarkeit vorantreiben.

Natürlich verursachen Vereinbarkeitsmaßnahmen zunächst Kosten – ob Zuschüsse für Kita-Plätze, Bereitstellung von Home-Office-Angeboten oder Personalkosten. Andererseits sorgen Vereinbarkeitsmaßnah-

men auch für Kosteneinsparungen: Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie animiert etwa Eltern, früher wieder aus der Elternzeit zurückzukehren. Eine bessere Vereinbarkeit verringert auch ganz direkt die Stressbelastung der Eltern und pflegenden Beschäftigten. Die Folge sind weniger Fehlzeiten. Überwiegt der Nutzen die Kosten, ergibt sich eine positive Rendite – eine sogenannte „Vereinbarkeitsrendite“ auf die getätigten Investitionen in Vereinbarkeitsmaßnahmen.

Welche Renditesteigerungen lassen sich bei konsequenter Ausschöpfung und Umsetzung der Vorschläge erzielen? Wie lässt sich das überhaupt berechnen?

Die Studie zeigt, dass bereits heute mit etablierten Angeboten der „klassischen“ Vereinbarkeit, wie Teilzeitmodellen, Home-Office oder Kinderbetreuungsangeboten, positive Renditen erzielt werden können. Die „Vereinbarkeitsrendite“ auf solche Investitionen zur Familienfreundlichkeit liegt nach den vorliegenden Berechnungen bei bis zu 25 Prozent.

Die Studie stellt die Kosten und Nutzen bisheriger Angebote für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar. Zudem prognostiziert die Studie exemplarisch die betriebswirtschaftlichen Potenziale, die sich durch die Umsetzung der NEUEN Vereinbarkeit ergeben können. Das bedeutet vor allem, dass deutlich mehr Beschäftigte einbezogen werden: Neben der klassischen Zielgruppe der Mütter wird das Potenzial weiterer Zielgruppen wie Väter und Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen ausgeschöpft. Durch die Um-

setzung der NEUEN Vereinbarkeit in den Unternehmen lassen sich die Renditen von familienfreundlichen Investitionen auf bis zu 40 Prozent erhöhen.

Zur Berechnung der Rendite wurden zehn ausgewählte, besonders familienfreundliche Unternehmen hinsichtlich der Kosten und Nutzen ihrer familienfreundlichen Maßnahmen untersucht. Dabei handelt es sich um Unternehmen verschiedener Größe und aus verschiedenen Branchen. Beim Berechnen des Nutzens wurden diese besonders familienfreundlichen Unternehmen mit einem modellhaften Unternehmen verglichen, in dem diese Vereinbarkeitsmaßnahmen fehlen. Die Studie hat entsprechend einen exemplarischen Charakter und bildet Näherungswerte über mögliche Renditen ab. Wichtig ist mir darauf hinzuweisen: Die NEUE Vereinbarkeit äußert sich weniger in einer Bandbreite neuer Maßnahmen als vielmehr in einer neuen Qualität der Maßnahmen: Sie müssen bedarfsgerecht auf die Wünsche der Beschäftigten zugeschnitten und individuell gestaltbar sein. Neue Flexibilität und Mobilität in der Arbeitsgestaltung ermöglichen, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen. Vereinbarkeit muss auch in der Unternehmenskultur fest verankert sein und Führungskräfte sollten als aktive Vorbilder für Vereinbarkeit handeln.

i „Renditepotenziale der Neuen Vereinbarkeit“: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/renditepotenziale-der-neuen-vereinbarkeit/109020>



Elke Ferner (2.v.r.), Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin Familie, Senioren, Frauen und Jugend, im Gespräch mit den Vorsitzenden der Gleichstellungsbeauftragten (v.l.n.r.) Elisabeth Zimmer, UK Rheinland-Pfalz, Roswitha Rabe-Mumme, BG Verkehr und Anna-Katharina Neubert, VBG.

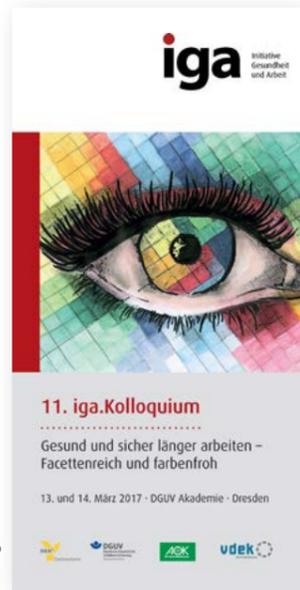
Facettenreich und farbenfroh

Die kulturelle und demographische Vielfalt als Facetten von Diversity werden im Mittelpunkt des kommenden iga.Kolloquiums stehen, das am 13. und 14. März 2017 in Dresden stattfinden wird. Die 11. Auflage des Formats, bei dem seit 2002 der demographische Wandel und seine Auswirkungen auf Beschäftigte und Unternehmen im Fokus stehen, verknüpft somit zwei wesentliche Aspekte von Diversity.

Die in Deutschland Beschäftigten haben zunehmend unterschiedliche kulturelle Hintergründe. Damit sind Chancen und Herausforderungen verbunden. Wichtig ist jedoch in jedem Fall, im Unternehmen offen und wertschätzend miteinander um-

zugehen – insbesondere auch bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Wie international ist eigentlich der deutsche Arbeitsmarkt? Welche Potenziale ergeben sich aus der Beschäftigung von Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen? Wie kann eine kultursensible Pflege gestaltet werden? Diese und viele weitere Fragen werden Thema der Veranstaltung sein.

i Weitere Informationen: <https://www.iga-info.de/veranstaltungen/igakolloquium/igakolloquium-2017/>



Gehirnerschütterungen im Sport schnell erkennen

Um herauszufinden, ob sie eine Gehirnerschütterung haben könnten, können sich sportlich Aktive zukünftig die „Schütz Deinen Kopf!“-App herunterladen. Sie ist für ein Zweierteam gedacht – etwa Spielerin und Trainer oder Spieler und Mannschaftsärztin – und kann direkt nach dem Zusammenprall oder Sturz zum Einsatz kommen. Am Spielfeldrand oder in der Umkleidekabine soll der Spieler oder die Spielerin binnen drei bis vier Minuten Fragen zu Symptomen beantworten, den Gleichgewichtssinn unter Beweis stellen, einen Reaktionstest durchführen und die Augenfunktion testen. Meldet die App anschließend „Gefahr einer Gehirnerschütterung“, sollten die Betroffenen ärztlichen Rat suchen und auf keinen Fall ins Spiel oder

Training zurückkehren. Die App steht in allen App-Stores kostenlos zur Verfügung.

Eine Reise durch das Gehirn ermöglichen drei Informationsfilme der Initiative „Schütz Deinen Kopf!“. Sie richten sich an unterschiedliche Alters- und Zielgruppen und verdeutlichen, welche Prozesse nach einem Aufprall innerhalb des Schädels ablaufen. Je nachdem, wo die Gehirnmasse gegen den Knochen stößt, entstehen Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit oder eine Verengung des Sichtfelds. Wer trotz Gehirnerschütterung weiterspielt, wird unkoordiniert und neigt zu Fehlentscheidungen. Schlimmer noch: Das Risiko für weitere Stürze oder Zusammenstöße steigt.

Bei der Initiative „Schütz Deinen Kopf!“ arbeitet die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung mit namhaften Organisationen, Medizinerinnen und Sportverbänden zusammen, um Sportler und Sportlerinnen sowie ihre Familien, Trainer und Trainerinnen, Pädagogen sowie Ärztinnen und Ärzte für das Thema „Gehirnerschütterung und mögliche Folgen“ zu sensibilisieren. Schirmherr ist Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maizière. Partner sind unter anderem der DOSB und DFB, die FIFA und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.

i Weitere Informationen unter: www.schuetzdeinenkopf.de

Zahl des Monats: 2016 neuer Rekord bei Erwerbstätigen

Im Jahresdurchschnitt 2016 waren rund 43,4 Millionen Personen mit Wohnort in Deutschland erwerbstätig. Nach ersten vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) lag die Zahl der Erwerbstätigen im Jahr 2016 um 425.000 Personen oder 1,0 Prozent höher als im Vorjahr. Damit setzte sich der seit über zehn Jahren anhaltende Anstieg der Erwerbstätigkeit fort. Die Zunahme im Jahr 2016 fiel sogar höher aus als im Jahr 2015. Insgesamt wurde für die Zahl der Erwerbstätigen im Jahr 2016 der höchste Stand seit der Wiedervereinigung erreicht. Eine gesteigerte Erwerbsbeteiligung der inländischen Bevölkerung sowie die Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte glichen negative demographische Effekte aus.



Grafik: Cicerio Kommunikation

EU-Freihandelsabkommen: Wann müssen nationale Parlamente zustimmen?

Mit dieser Frage beschäftigen sich derzeit die Richter des Europäischen Gerichtshofs in Luxemburg. Ob CETA, TTIP oder das Freihandelsabkommen zwischen der EU und Singapur (EUFSA) – die Frage der Einbindung der nationalen Parlamente in den Ratifizierungsprozess



kommt immer häufiger zur Sprache. Die EU-Kommission hatte EUFSA zum Anlass genommen, die Zustimmungsrechte zu klären. Nach Auffassung der Brüsseler Behörde handelt es sich bei EUFSA um ein reines EU-Abkommen, zahlreiche Mitgliedstaaten haben dies anders gesehen.

Generalanwältin Sherpston hat in dem richtungswisenden Fall Ende Dezember ihr Votum vorgelegt. Nach ihrer Auffassung enthält EUFSA eine Reihe von Regelungen, die in die Kompetenz der Mitgliedstaaten fallen. Dazu zählen zum Beispiel Bestimmungen über grundlegende Arbeitsnormen, die zum Bereich der Sozialpolitik gehören. Sherpstons Einschätzung: Es handele sich um ein gemischtes Abkommen; es bedürfe des-

wegen der Zustimmung der nationalen Parlamente. Es bleibt abzuwarten, ob die Richter dem Votum der Generalanwältin folgen werden. Mit einem Urteil ist Mitte 2017 zu rechnen.

Die deutsche Sozialversicherung verfolgt seit einiger Zeit die Verhandlungen verschiedener EU-Freihandelsabkommen und weist auf mögliche Folgewirkungen für die soziale Sicherheit hin.^[1]

* Fußnote

[1] Vgl. hierzu Wölfl/Höffer, DGUV Forum 11/2016, S. 21 ff.

Europäische Säule sozialer Rechte: DGUV beteiligt sich an Befragung

Die soziale Dimension in Europa stärken: Das hatte sich die EU-Kommission im Jahr 2016 auf ihre Fahne geschrieben. Angesichts der Änderungen in der Arbeitswelt, der Globalisierung und der Frage, wie das europäische Sozialmodell zukunftssicher gemacht werden kann, hat die Brüsseler Behörde in einer Konsultation die Öffentlichkeit befragt. Gleichzeitig hat sie einen Entwurf zu einer Europäischen Säule sozialer Rechte zur Diskussion gestellt.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich mit einer Stellungnahme^[1] an der Konsultation beteiligt und darin die Bestrebungen grundsätzliche begrüßt, die soziale Dimension innerhalb des europäischen Binnenmarktes zu stärken.

Gleichzeitig wird auf die Wahrung der nationalstaatlichen Rechte auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit hingewiesen. Die Europäische Union verfügt im Bereich der Sozialpolitik über begrenzte Zuständigkeiten, da die Mitgliedstaaten vorrangig für die Ausgestaltung der Sozialversicherung zuständig sind. Dies sollte nach Auffassung der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei der Einführung einer Europäischen Säule sozialer Rechte gewährleistet sein. Nur so könnten die Mitgliedstaaten ihrer Verantwortung in diesem Bereich gerecht werden.

Darüber hinaus äußert sich die gesetzliche Unfallversicherung in ihrer Antwort zu aktuellen Herausforderungen wie dem demographischen Wandel, der

Digitalisierung, neuen Formen der Arbeit sowie zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen. Daneben hat sich die DGUV an einer Stellungnahme^[2] der deutschen Sozialversicherung beteiligt, die auch Positionen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung beinhaltet.

* Fußnoten

[1] http://dsv-europa.de/lib/02_Positionspapiere/2016_DGUV-Europ-Saeule-soz-Rechte.pdf

[2] http://dsv-europa.de/lib/02_Positionspapiere/2016-DSV-Beitrag-Konsultation-europ.-Saeule-soz.-Rechte.pdf

Weitere Informationen: ilka.woelfle@dsv-europa.de

Einleitung

Suchtprävention in der Arbeitswelt

In der Arbeits- und Bildungswelt ist der Konsum von Suchtmitteln ein ernst zu nehmendes Problem. Gerade deshalb gilt hier das Prinzip der Unfallversicherung – Prävention vor Rehabilitation. Denn Sicherheits- und Gesundheitsrisiken, die durch missbräuchlichen Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz entstehen, können wirkungsvoll und nachhaltig durch entsprechende Maßnahmen der Prävention verringert werden.

Suchtmittelmissbrauch

Suchtmittelmissbrauch betrifft alle Bevölkerungsschichten, alle Branchen, alle Unternehmensbereiche und alle Hierarchiestufen. Suchtprävention ist deshalb auch ein dauerhaftes Thema in der betrieblichen Prävention. Denn Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz ist ein Thema, das sowohl für das Arbeitsklima, die Arbeitsqualität als auch die Gesundheit und Sicherheit betrifft. Handlungsbedarf besteht in jedem Fall. Menschen, die Suchtmittel konsumieren, und die von einer Suchtkrankheit betroffenen Beschäftigten gefährden im Arbeitsalltag nicht nur sich selbst, sondern unter Umständen auch Kolleginnen und Kollegen.

„Suchtprävention hat einen wichtigen Stellenwert und man vermutet, dass dieser in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird.“

Für das Gefährdungspotenzial spielt es keine Rolle, ob es sich bei der verwendeten Substanz um eine legale oder illegale

Droge handelt. Zu den legalen Substanzen zählen Alkohol, Nikotin und Medikamente. In den meisten Fällen ist es der Missbrauch von Alkohol, der die Unternehmen zum Handeln zwingt. Neben den legalen Drogen werden in den Betrieben in geringem Umfang auch illegale Drogen wie Cannabis, Amphetamine und Opiate konsumiert und können zu Gefährdungen am Arbeitsplatz führen.

Pflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Führungskräfte nehmen in der Suchtprävention eine Schlüsselrolle ein. Im Rahmen ihrer Verantwortung ermitteln und beurteilen sie Gefährdungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in einer Gefährdungsbeurteilung. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei auch die Identifikation von suchtfördernden Arbeitsbedingungen, zum Beispiel im Bereich psychischer Beanspruchungsfolgen. In der Gefährdungsbeurteilung sollten auch die gesundheitsfördernden Aspekte der Arbeit beachtet werden. Sie können wertvolle soziale Ressourcen für die Beschäftigten darstellen.

Denn das Zusammenspiel von privaten sowie beruflichen Ursachen für eine Abhängigkeit ist sehr vielschichtig.

Aktivitäten der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger unterstützen Unternehmen mit verschiedenen



Foto: Jannik Becker/DGUV

Präventionsleistungen bei ihrer Pflicht, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten auch bei der Bewältigung des Themenfelds Suchtprävention zu gewährleisten. Im Jahr 2015 wurden die Unfallversicherungsträger zu den Aktivitäten im Themenfeld der Suchtprävention befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass Information, Kommunikation, Beratung sowie die Qualifizierung wichtige Bausteine in der Suchtprävention sind. Suchtprävention hat einen wichtigen Stellenwert und man vermutet, dass dieser in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Die Befragung ergab unter anderem, dass der Bedarf für betriebsbezogene Informationsmaterialien besteht. Eine Projektgruppe des Sachgebiets Betriebliche Gesundheitsförderung erstellt zurzeit eine Handlungshilfe zur Suchtprävention für Klein- und Mittelständische Betriebe.

Aktivitäten auf politischer Ebene und neue Gesetze

2015 ist das Gesetz zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kraft getreten. Dieses Gesetz zielt auf die Bündelung der Ressourcen und Entwicklung gemeinsamer Ziele der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung im Bereich der Prävention ab. Die Prävention erhält durch das Gesetz einen höheren Stellenwert und zielt auf die gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten ab, auch im Betrieb. Bezogen auf die Suchtprävention wurde unter anderem festgehalten, dass Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum nachhaltig reduziert werden sollen.

Dieses Ziel unterstützt auch die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG). In Arbeitsgruppen werden

Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz führt zu Sicherheits- und Gesundheitsrisiken.

nationale Gesundheitsziele entwickelt und bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen der Akteure im Gesundheitssystem. Zwei Empfehlungen an die Politik, die im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum stehen, sind die Gesundheitsziele „Alkoholkonsum reduzieren“ und „Tabakkonsum reduzieren“.

Einen gesetzlichen Fortschritt gibt es in Bezug auf den Erwerb, Besitz und Handel mit psychoaktiven Stoffen, sogenannten „Legal Highs“. Die chemische Struktur dieser Stoffe wird gezielt immer weiter verändert, sodass die Stoffe nicht mehr von den Verbotsvorschriften erfasst werden, obwohl ihre Wirkung erhalten bleibt. Um rechtlich effektiver vorgehen zu können, ergänzt das neue Gesetz den einzelstofflichen Ansatz und enthält die neue Stoffgruppenregelung, mit der effektiver gegen die Entwicklung neuer „Legal Highs“ vorgegangen werden kann.

Risiken, die zu Suchtmittelkonsum führen können

Ein Forschungsprojekt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) untersucht, ob psychische Belastungen am Arbeitsplatz die Einnahme von vermeintlich leistungssteigernden Medikamenten beeinflussen (Neuroenhancement). Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass ein geringer Entscheidungsspielraum sowie hohe quantitative Anforderungen einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit und die kognitiven Stresssymptome haben. Auch eine schlechte Abgrenzung von der Arbeit verringert die Gesundheitschancen. Ressourcen wiederum bieten soziale Unterstüt-

Autorin und Autor



Jasmin Auf dem Berge

Referat Gesundheitsschutz der DGUV
Jasmin.AufdemBerge@dguv.de



Gerald Wanka

Referat Gesundheitsschutz der DGUV
Gerald.Wanka@dguv.de



Fußnote

[1] Schröder, H.; Köhler, T. H.; Knerr, P.; Kühne, S.; Moesgen, S.; Klein, M. (2015): Einfluss psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auf das Neuro-enhancement – empirische Untersuchungen an Erwerbstätigen. Hrsg.: BAuA

„Im Rahmen ihrer Verantwortung ermitteln und beurteilen Führungskräfte Gefährdungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in einer Gefährdungsbeurteilung.“

zung im privaten Bereich sowie eine höhere Selbstwirksamkeit. Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Einnahme von leistungserhaltenden Substanzen durch ein Zusammenspiel von hohen Arbeitsbelastungen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen begünstigt wird. Um die Einnahme von Medikamenten und möglichen damit einhergehenden Suchtpotenzialen zu verringern, ist eine gute Präventionsarbeit wichtig.¹

Die zukünftige Prävention vom Suchtmittelkonsum hängt auch davon ab, wie sich die Arbeitswelt weiterentwickelt. Als

Schlagwort fällt hier schnell „Arbeiten 4.0“. Den damit einhergehenden positiven Entwicklungen stehen mögliche Risiken gegenüber. Die Anforderungen an Beschäftigte steigen, alles und alle sollen schnell und flexibel verfügbar sein. Beschäftigte sind weltweit vernetzt, arbeiten interdisziplinär in Projekten, die nicht an Ort und Zeit gebunden sind. Mit dem zunehmenden Informationsfluss, der Verdichtung der Arbeit und der andauernden Aufmerksamkeit nehmen auch die Beanspruchungen zu. Deshalb sollten diese Trends in der Suchtprävention berücksichtigt werden.

Einblicke in die Praxis

In den vier Artikeln zum Titelthema Suchtprävention werden vielfältige Aspekte aus der Suchtprävention dargestellt. Dr. Kristin Hupfer, Arbeitsmedizinerin bei BASF, nennt Zahlen und Daten zum Suchtmittelkonsum und beschreibt, wie betroffene Beschäftigte auffallen und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen.

Die rechtliche Sicht auf den Suchtmittelkonsum im Arbeitsumfeld stellt Frank Achilles dar. Der Artikel beantwortet Fragen zu den Fürsorgepflichten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie zu Kündigungsmöglichkeiten.

„Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz ist ein Thema, das sowohl das Arbeitsklima, die Arbeitsqualität als auch die Gesundheit und Sicherheit betrifft.“

Unter dem Motto „Frühe Suchtprävention setzt auf Persönlichkeitsentwicklung“ führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit mehreren Jahren das Präventionsprogramm „Kinder stark machen“ durch. Michaela Goecke berichtet, dass die Mitmach-Initiative sich auf die Stärkung der Lebenskompetenzen im Kindesalter fokussiert. Durch Aktionen in Sportvereinen und die Qualifizierung von Trainerinnen und Trainern wird unter anderem das Selbstvertrauen der Kinder gestärkt.

Aufgegriffen wird auch das Themenfeld der Haaranalytik in der Kontrolle der Drogenabstinenz. Dr. Michael Paul, Fachchemiker für Toxikologie, stellt die Möglichkeiten dar, mit denen der Konsum nachzuweisen ist, und die damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Analyse. •

i

Kein Alkohol unterwegs! Schwerpunkt der Aktionswoche Alkohol 2017

Nach wie vor ist Alkohol im Straßenverkehr ein großes Problem. Im Jahr 2015 war Alkohol der Grund für 13.200 Verkehrsunfälle mit Personenschaden. Rund 16.600 Menschen waren davon betroffen, 256 von ihnen kamen ums Leben. Das bedeutet: Jeder 13. tödlich verletzte Verkehrsteilnehmer in Deutschland stirbt infolge eines Alkoholunfalls.

Wer unter Alkoholeinfluss unterwegs ist, kann nicht nur sich selber schaden, sondern auch andere ernsthaft gefährden. Daher widmet sich die Aktionswoche Alkohol vom 13. bis 21. Mai 2017 dem Schwerpunktthema „Kein Alkohol unterwegs!“. Die Veranstalter dieser Aktionswoche führen gemeinsam mit Verkehrsbetrieben, Fahrschulen, der Verkehrswacht sowie Fahrrad- oder Automobilclubs Aktionen durch, die auf die Alkoholgefahren im Straßenverkehr, in der Luft und zu Wasser aufmerksam machen.

Dazu stellt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) wie immer kostenloses Material für alle gemeldeten Veranstalter zur Verfügung. Anmeldung und Materialbestellung sind auf der Website der Aktionswoche www.aktionswoche-alkohol.de möglich.

Trinken und Fahren sind nicht nur im Auto problematisch: Alkoholisierte, pöbelnde und aufdringliche Fahrgäste in Bus und Bahn oder randalierende Passagiere im Flugzeug sind unangenehm für alle Beteiligten. Mit dem Alkoholkonsum in öffentlichen Verkehrsmitteln hängen verbale und tätliche Angriffe sowie die Beschädigung von Sacheigentum eng zusammen. Daher fordert die diesjährige Aktionswoche Alkohol mit ihrem Schwerpunktthema dazu auf, im Verkehr auf Alkohol zu verzichten: „Kein Alkohol unterwegs!“.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.aktionswoche-alkohol.de

Weitere Informationen und Handlungshilfen speziell zur Sucht am Arbeitsplatz finden Sie unter: www.sucht-am-arbeitsplatz.de



Für ein Leben ohne Sucht und Drogen „Kinder stark machen“

Suchtprobleme im Erwachsenenalter nehmen nicht selten bereits im Kindesalter ihren Anfang. In der frühen Suchtprävention setzt das Programm „Kinder stark machen“ daher darauf, die Lebenskompetenzen bei Kindern zu fördern und zu stärken, um eine spätere Suchtentwicklung zu verhindern.

Schon in der Kindheit und Jugend werden die Weichen für den Umgang mit Suchtmitteln im Erwachsenenalter gestellt. Unter dem Motto „Frühe Suchtprävention setzt auf Persönlichkeitsentwicklung“ führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit vielen Jahren erfolgreich das Präventionsprogramm „Kinder stark machen“ durch.

Expertinnen und Experten aus Medizin und Prävention sind sich seit langem einig, dass der Weg in die Sucht für viele Menschen kein Sprint, sondern eher ein Langstreckenlauf ist, der oft schon in der Kindheit beginnt. Weil das so ist und Suchtprobleme häufig bereits im Kindes- und Jugendalter ihren Anfang nehmen – also noch bevor junge Menschen überhaupt in Kontakt mit Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak oder Cannabis kommen – hat die BZgA die Mitmach-Initiative „Kinder stark machen“ entwickelt. Das primärpräventive Konzept von „Kinder stark machen“ setzt darauf, die Lebenskompetenzen bei Kindern zu fördern und zu stärken, und wird seit den 1990er-Jahren erfolgreich umgesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. Die Initiative zielt vorrangig auf Kinder im Alter von vier bis zwölf Jahren. Flankiert werden die Angebote dabei von den substanzspezifischen BZgA-Jugendkampagnen zur Alkohol- und Tabakprävention: Die

Kampagnen „Null Alkohol – Voll Power.“, „Alkohol. Kenn dein Limit.“ und „rauchfrei“ richten sich an Jugendliche und junge Erwachsene.

„Klar ist, persönliche Erlebnisse bewegen und motivieren Menschen mehr als jede Theorie.“

Sich ausprobieren im „Kinder stark machen“-Erlebnisland

Zielgruppe von „Kinder stark machen“ sind in erster Linie Eltern und Erziehende, also Menschen, die Verantwortung für Kinder tragen. Eine besondere Rolle spielen dabei Sportverbände und Sportvereine, denn durch das Einbinden von Akteuren auf regionaler und kommunaler Ebene kann „Kinder stark machen“ in vielfältigen Aktionen und Projekten umgesetzt werden. Eine solche gemeinsame Aktion ist zum Beispiel das „Kinder stark machen“-Erlebnisland, das jedes Jahr durch Deutschland tourt und größere Familien- oder Sportfeste bereichert. „Hast du heute schon dein Kind gelobt?“ Diese Frage steht in großen Buchstaben auf der Tragetasche, die ein Vater aus dem Informationszelt der BZgA zur Spielbühne des Erlebnislandes trägt. Auf dieser Spielbühne wirkt seine Tochter, die sechsjährige

Anna, gerade an einer scheinbar waghalsigen Aktion mit. Gemeinsam mit zwölf anderen Kindern entsteht unter Anleitung eines erfahrenen Spielpädagogen eine zwei Meter hohe, mehrstufige Menschenpyramide. Als dies gelingt, wird der Mut der Kinder mit großem Applaus des stauenden Publikums belohnt. „Das hätte ich meinem Kind gar nicht zugetraut!“ Sätze wie diese sind oft von Eltern zu hören, wenn die Kinder sich im „Kinder stark machen“-Erlebnisland ausprobieren und ihre Stärken testen.

Schutzfaktor Selbstvertrauen

Mit jährlich etwa 20 Stationen deutschlandweit will das „Kinder stark machen“-Erlebnisland Schlüsselbegriffe wie Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Teamgeist, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit mit Leben füllen und für Groß und Klein praktisch erfahrbar machen. Denn klar ist, persönliche Erlebnisse bewegen und motivieren Menschen mehr als jede Theorie. So erklärt sich auch der Begriff „Lebenskompetenzen“ praxisbezogen als Sammelbegriff für Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale, die als Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche von großer Bedeutung sind. Diese Schutzfaktoren können im Erwachsenenalter dazu beitragen, dass eine Abhängigkeit von Suchtstoffen gar nicht entsteht.

Wenn wir das Selbstvertrauen von Kindern schon früh stärken und gleichzeitig ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit fördern, damit sie sich zu starken Persönlichkeiten entwickeln können, haben wir viel für die Suchtprävention getan. Wer gelernt hat, aus innerer Stärke mit Rückschlägen und Enttäuschungen umgehen zu können, braucht als Jugendlicher oder Erwachsener keine Suchtmittel, um persönliche oder emotionale Krisen zu bewältigen. ▶

Autorin



Michaela Goecke

Referat für Suchtprävention
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Michaela.Goecke@bzga.de



„Das hätte ich meinem Kind gar nicht zugetraut!“ Sätze wie diese sind oft von Eltern zu hören, wenn die Kinder sich im „Kinder stark machen“-Erlebnisland ausprobieren und ihre Stärken testen.

Was Kindern hilft und sie wirklich stark macht – Tipps für Eltern

- Zeigen Sie Interesse an dem, was Ihr Kind am Tag erlebt hat, was gut und was nicht so gut gelaufen ist.
- Nehmen Sie sich die Zeit, Ihrem Kind einfach zuzuhören.
- Geben Sie Ihrem Kind zu verstehen, dass es immer zu Ihnen kommen kann, auch wenn es Probleme gibt.
- Bieten Sie bei Problemen an, gemeinsam eine Lösung zu suchen, verzichten Sie auf Vorwürfe.
- Loben Sie Ihr Kind jeden Tag für etwas.

Im Sportverein fürs Leben lernen

Frühe Suchtprävention findet aber nicht nur im Elternhaus statt, es ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der möglichst viele weitere Akteure mitwirken. „Kinder stark machen“ wendet sich daher auch an Erwachsene, die Verantwortung für Kinder tragen, seien es Erziehende, Lehrkräfte oder Ehrenamtliche in Sportvereinen. Sie alle haben eine nicht zu unterschätzende Vorbildfunktion für die Kinder, die ihnen häufig ein großes Maß an Vertrauen entgegenbringen. Vor diesem Hintergrund können sie auf die gesunde und selbstbewusste Entwicklung von Kindern großen Einfluss nehmen. Für „Kinder stark machen“ ist neben Elternhaus, Kindergarten und Schule auch der Freizeitbereich – und hier die Sportvereine – als Lebenswelt der Heranwachsenden ein besonders wichtiges Handlungsfeld.

Rund 70 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind für einen kürzeren oder längeren Zeitraum in einem Sportverein Mitglied. Was eine solche Mitgliedschaft im Sportverein für die eigene Entwicklung bedeuten kann, beschreibt Nia Künzer, Fußballweltmeisterin von 2003 und Botschafterin für „Kinder stark machen“: „In meiner sportlichen Karriere habe ich sehr gut erfahren können, wie sehr die Zugehörigkeit zu einem Team sowie Lob und Anerkennung von erwachsenen Bezugspersonen, zum Beispiel von meinem Trainer oder meiner Trainerin, mir Selbstvertrauen und innere Stärke gegeben haben. In kaum einer anderen Freizeitbeschäftigung liegen Erfolge und Rückschläge – und damit verbunden Freude und Enttäuschung – so nah zusammen wie im Sport.“

Nia Künzer engagiert sich seit vielen Jahren bei „Kinder stark machen“, denn sie weiß aus eigener Erfahrung, wie wichtig es ist, dass Kinder positive Vorbilder haben, Zuwendung und Anerkennung bekommen – zu Hause, in der Schule oder auch im Sportverein. Nur so kann sich das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln. Im Rahmen einer langfristigen Strategie wird daher seit vielen Jahren das pädagogische Konzept von „Kinder stark machen“ in die Kinder- und Jugendarbeit der Sportverbände integriert. Der Deutsche Fußball-Bund (DFB),

der Deutsche Turnerbund (DTB), der Deutsche Handball-Bund (DHB), die DJK-Sportjugend und die Deutsche Sportjugend (dsj) sind dabei langjährige Kooperationspartner von „Kinder stark machen“ und unterstützen damit die Arbeit der BZgA im Bereich der frühen Suchtprävention.

So werden Kinder in Sportvereinen zu starken Persönlichkeiten

Im Sportverein lernen Kinder,

- ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu erproben,
- Ausdauer zu entwickeln und durchzuhalten,
- ihre Möglichkeiten und Grenzen einzuschätzen,
- mit Erfolgen und Misserfolgen umzugehen,
- sich für gemeinsame Ziele einzusetzen,
- ein Wir-Gefühl zu entwickeln,
- Teamgeist und Fairplay,
- Konflikte gemeinsam zu lösen,
- Regeln zu akzeptieren und
- Verantwortung zu übernehmen.

Bei der Kooperation mit den Sportverbänden setzt die BZgA insbesondere darauf, dass ihre Präventionsangebote praxistauglich sind und die Nähe zu den meist ehrenamtlich tätigen Trainerinnen und Trainern. Jährlich versendet die BZgA so zum Beispiel auf Nachfrage der Sportvereine knapp 3.000 „Kinder stark

machen“-Aktionsboxen deutschlandweit. Die Aktionsboxen sind für die Vereine kostenfrei und enthalten Informationsbroschüren zu „Kinder stark machen“ sowie Banner, T-Shirts und diverse Streuartikel. Die Materialien können Vereinsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter auf ihren lokalen Veranstaltungen wie Sportfesten oder Turnieren einsetzen. Auf diese Weise verbreitet sich das Motto „Kinder stark machen“ vor allem im Breitensport und gewinnt immer neue Unterstützer.

Mit interaktiven Schulungen zum Erfolg

Die Zusammenarbeit der BZgA mit den Sportverbänden wird durch ein spezielles Schulungsangebot für Trainerinnen und Trainer, Übungsleiterinnen und -leiter abgerundet. Die Schulung zu „Kinder stark machen“ wurde von der BZgA gemeinsam mit den Sportverbänden und dem Weltklasse-Hürdenläufer und Olympia-Medaillengewinner Dr. Harald Schmid entwickelt. Sportverbände kön-

nen diese Schulung in die Trainerausbildung integrieren und als Lizenzverlängerung anbieten. Außerdem können Sportvereine die Schulung auch selbst organisieren; die BZgA vermittelt dann einen Referenten oder eine Referentin und stellt das Schulungsmaterial kostenlos zur Verfügung.

Der Sportwissenschaftler Dr. Harald Schmid erklärt, was die Teilnehmenden in einer „Kinder stark machen“-Schulung erwartet: „Wir zeigen an konkreten Beispielen, wie man eine gut funktionierende Gruppenstruktur aufbaut und mit welchen Spielen und Übungen zum Beispiel Vertrauen und Teamgeist bei den Kindern



Nia Künzer (Mitte) engagiert sich seit vielen Jahren bei „Kinder stark machen“.



Bei den Veranstaltungen wird auf spielerische Art gezeigt, wie Kinder in schwierigen Situationen von Erwachsenen unterstützt werden können.



Im Vertrauensparcours erleben die Kinder, wie wichtig und schön es ist, wenn man sich vertrauensvoll aufeinander verlässt.

gefördert werden. So können Konzepte der Persönlichkeitsentwicklung ganz praktisch und in kleinen Schritten in die Arbeit mit den Kindern in Sportvereinen einfließen.“

In insgesamt acht Lerneinheiten erfahren die Teilnehmenden, wie sie als wichtige Vertrauenspersonen und Vorbilder für die Kinder und Jugendlichen deren Entwicklung zu starken Persönlichkeiten unterstützen können. Neben der Wissensvermittlung spielen dabei die Gruppenarbeit, der Erfahrungsaustausch und das praktische

Erproben des Gelernten eine große Rolle. Der Praxisteil der Schulung findet in einer Sporthalle vor Ort statt, um Vertrauensspiele oder andere Module von „Kinder stark machen“ auf ihre Übertragbarkeit in den Übungsalltag im jeweiligen Sportverein zu testen. Die so geschulten Personen werden zu wichtigen Multiplikatoren, die sich ganz im Sinne der frühen Suchtprävention der BZgA in Sportvereinen engagieren.

Vertrauen und Zutrauen, Herausforderungen, Rückschläge oder Enttäuschungen gemeinsam meistern, Lob und Anerkennung

geben – und sich als Erwachsener seiner Vorbildrolle stets bewusst sein – darum geht es bei „Kinder stark machen“. Ziel ist es, das Selbstwertgefühl der Kinder zu fördern, so dass sie als starke Persönlichkeiten im Jugend- und Erwachsenenalter „Nein“ zu Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln sagen können. •

i

Mehr Informationen unter: www.kinderstarkmachen.de

„Kinder stark machen“-Erlebnisland:

Informationen zur Tour 2017 für Organisatoren von größeren Sport- und Familienfesten unter: www.kinder-stark-machen.de/tour
„Kinder stark machen“-Aktionsbox für Sportvereine:

Die Aktionsbox kann kostenlos bestellt werden unter: www.kinderstarkmachen.de/unterstuetzung,
„Kinder stark machen“-Schulungen für Sportvereine: Termine auf www.kinderstarkmachen.de.

Die BZgA unterstützt zusätzlich Sportvereine dabei, selbst „Kinder stark machen“-Schulungen zu organisieren. Kontakt: schulungen@kinderstarkmachen.de

Die BZgA veröffentlicht regelmäßig die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Repräsentativbefragungen zum Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Befragt werden seit den 1970er-Jahren Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren.

Sowohl beim Alkohol- als auch beim Tabakkonsum sind in Deutschland in dieser Altersgruppe deutliche Rückgänge zu verzeichnen: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

Informationen zu den Suchtpräventionsprogrammen der BZgA für junge Menschen gibt es unter:

www.rauchfrei-info.de (vorrangig für 12- bis 18-Jährige)

www.null-alkohol-voll-power.de (vorrangig für 12- bis 16-Jährige)

www.kenn-dein-limit.info (vorrangig für 16- bis 20-Jährige)

www.drugcom.de (Informationen für Jugendliche und junge Erwachsene zu legalen und illegalen Suchtmitteln)

Suchtprobleme in Betrieben und Unternehmen offen angehen

Ein Thema, das Courage und Einfühlungsvermögen erfordert

Der Wunsch, sich durch Drogen zumindest für einen gewissen Zeitraum den Belastungen des alltäglichen Lebens zu entziehen und dabei Entspannung, Glück oder gar Entrücktheit zu erleben, ist so alt wie die Menschheit selbst. Wenn sich das Konsumieren auf geeignete Gelegenheiten beschränkt, mäßig und gefahrenbewusst erfolgt, bleibt es in der Regel ohne negative Konsequenzen. Jedoch kann jede Droge – seien es legale wie Alkohol und Nikotin oder illegale wie Cannabis, Kokain oder Opium – zu übermäßigem und damit gefährlichem oder gar „süchtigem“ Konsum verleiten. Das hat Konsequenzen für Gesundheit, soziale Verträglichkeit und Arbeitssicherheit.

Was ist Sucht und was macht süchtig?

Wenn bei Menschen in vergangenen Zeiten beim Konsum von Produkten ein Muster zu erkennen war mit denen sie sich erheblichen Schaden zufügten, sie aber trotzdem nicht davon lassen konnten, wurde das als Sucht bezeichnet. Man dachte Menschen konsumieren entweder „normal“ oder „süchtig“. Im letzteren Fall muss der oder die Betroffene in Therapie und darf anschließend das Suchtmittel nie wieder anrühren. Heute weiß man, dass es fließende Übergänge gibt zwischen überhöhtem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit (das moderne Wort für „Sucht“); letztere ist die Spitze des Eisbergs. Doch auch schon ein übermäßiger Konsum kann tödlich sein – sowohl bei Alkohol als auch bei den illegalen Drogen.

Es vergehen meist Jahrzehnte, bis aus einem überhöhten Alkoholkonsum allmählich eine Abhängigkeit entsteht, bei Kokain und Opiaten vollzieht sich diese Entwicklung allerdings meist zügiger. Folgende Phasen werden dabei unterschieden:

Risikoarmen Alkoholkonsum betreiben Menschen, wenn sie (nach WHO) als Mann maximal 30 g reinen Alkohol und als Frau maximal 20 g Alkohol trinken – bei zwei alkoholfreien Tagen pro Woche. 20 g Alkohol entsprechen 0,5 l Bier oder 0,2 l Wein. Wer darüber liegt, betreibt riskanten Konsum.

Bei illegalen Drogen und beim Rauchen gibt es keine definierten Grenzen für risikoarmen Konsum.

Von Missbrauch spricht man:

- bei unangepasstem Konsum, obwohl schon gesundheitliche oder soziale Probleme durch die Konsummengen aufgetreten sind,
- bei Konsum in gefährdenden Situationen, zum Beispiel am Arbeitsplatz oder am Steuer,
- bei häufigem und gezieltem Einsatz der Substanz, um Spannungen, Ängste oder Ärger abzubauen

Eine Rückkehr zu risikoarmem Konsum kann gelingen, insbesondere, wenn Be-

troffenen bewusst wird, dass sie eigene, wichtige Werte aufs Spiel setzen, falls sie nichts verändern.

Bei Abhängigkeit bestimmt der Konsumwunsch im hohen Maße das Denken und Handeln. Alle anderen Interessen stehen dahinter zurück. In dieser Phase gelingt der Ausstieg häufig nicht mehr ohne Unterstützung von außen.

Weitere Kennzeichen einer psychischen Abhängigkeit sind ein zwanghaftes Verlangen nach Konsum (Craving), eine verminderte Kontrollfähigkeit über Menge und Zeitraum („Trinken bis zum Umfallen“) und der Konsum trotz erkennbar dadurch aufgetretener gesundheitlicher Schäden oder sozialer Probleme.

Kennzeichen einer körperlichen Abhängigkeit sind Entzugssyndrome (Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Delir, Krampfanfall ...), das Konsumieren gegen Entzugssyndrome und die Toleranzentwicklung, das heißt: für die gleiche Wirkung sind zunehmend höhere Dosierungen erforderlich.

Wie häufig kommen Suchtprobleme vor? Wo liegen die Gefahren beim Konsum?

Alkohol und Nikotin sind die Volksdroge Nr. 1: 15 Prozent der Deutschen liegen beim Alkoholkonsum oberhalb des risikoarmen Konsums, 33 Prozent sind Raucher. Insofern entsteht der volkswirtschaftlich größte Schaden auch durch Alkohol und Rauchen: Nicht nur ein wirtschaftlicher Gesamtschaden von über 27 Mrd. Euro – das

Autorin



Dr. Kristin Hupfer

Ärztin für Arbeitsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie bei BASF
Kristin.Hupfer@basf.com

sind fast ein Prozent des Bruttosozialprodukts – ist zu beklagen, schlimmer noch: Sowohl durch Alkohol als auch durch Nikotin werden gravierende, häufig zumindest mittel- oder langfristig tödliche Organschäden verursacht. Das Rauchen verdoppelt die Gefahr von Krebserkrankungen, das Risiko für Lungenkrebs verzehnfacht sich sogar. Die Lebenserwartung eines Rauchers liegt um zehn Jahre unter der eines Nichtraucherers. Ein hoher Alkoholkonsum schädigt nahezu alle Organe, besonders häufig betroffen sind Leber, Nervenzellen, Bauchspeicheldrüse und das blutbildende Knochenmark (Europäischer Drogenbericht 2016).

Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sterben in Deutschland jährlich 100.000 bis 120.000 Menschen vorzeitig aufgrund des Rauchens, dazu kommen noch die etwa 74.000 Sterbefälle, die durch den kombinierten Missbrauch von Alkohol und Rauchen verursacht werden. Das sind täglich mehr als 500 Menschen. Rund 3.300 Menschen sterben zusätzlich aufgrund des Passivrauchens. 2015 waren hingegen 1.032 Todesfälle infolge eines illegalen Drogenkonsums zu beklagen, zu 80 Prozent sind Opiate dafür ursächlich (Jahrbuch Sucht 2016).

Cannabis ist die am häufigsten verwendete illegale Droge. Nach den Zahlen der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD 2015) haben ein Drittel aller jungen Erwachsenen diese Substanz mindestens schon einmal konsumiert, elf Prozent auch innerhalb der letzten zwölf Monate und jeweils 0,5 Prozent zeigen Symptome eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit. Die allermeisten von ihnen geben den Konsum nach wenigen Jahren wieder auf, etwa zehn Prozent der Konsumierenden weisen allerdings zumindest über einen gewissen Zeitraum Kennzeichen von Missbrauch oder Abhängigkeit auf. Todesfälle kommen nicht vor, Organschäden können vor allem als Folge des Rauchens auftreten, nämlich als erhöhte Wahrscheinlichkeit, an Krebs der Atemwege zu erkranken. Wenn der Cannabis-Konsum immer mehr das Leben bestimmt und alle anderen Lebensziele dahinter zurückstehen, drohen Arbeitsplatzverlust und das gesellschaftliche Abseits. Bei Menschen mit einer Veranlagung für eine Schizophrenie tritt diese Erkrankung

einige Jahre früher auf als bei Menschen, die nicht konsumieren. Erwünschte Wirkung dieser Droge ist eine milde Euphorie mit intensivierter Sinneswahrnehmung und tiefer Entspannung. Wenn Cannabis aber in ängstlicher Gestimmtheit geraucht wird, können Panikgefühle auftreten, insbesondere bei hohen Dosierungen auch Wahn und Halluzinationen.

Bei einem „harten“ Drogenkonsumenten beobachtet man häufiger einen Mischkonsum – zu manchen Gelegenheiten werden aufputschende Drogen eingesetzt, anschließend Cannabis oder Benzodiazepine, um wieder „herunterzukommen“ (Polytoxikomanie).

Zu den Stimulantien zählt man Amphetamine, Ecstasy und Kokain. Jeweils etwa 0,5 bis 1 Prozent der jungen Erwachsenen haben diese Drogen in den vergangenen 30 Tagen vor der Befragung konsumiert. Neben der euphorisierenden Komponente wirken sie aufputschend und unterdrücken den Hunger. In hohen Dosierungen kann es durch Erhöhung von Puls und Blutdruck zu hohem Fieber, Herzinfarkten oder Hirnblutungen kommen. Häufig erleben Konsumenten und Konsumentinnen bei abklingender Wirkung eine Phase von Angst und Depressivität bis hin zur Suizidalität. Typisch sind bei ihnen starke Stimmungsschwankungen.

Opiate führen bei den Konsumierenden zu glücklicher Entrücktheit. Die euphorisierende Komponente tritt besonders bei schnellem Anfluten hoher Dosen auf. In der Schmerztherapie, in der konstante Blutspiegel angestrebt werden, ist dieses Glücks- und Entspannungsgefühl geringer wahrnehmbar. Opiate sind nicht organotisch, hemmen aber in Überdosierungen den Atemantrieb bis hin zum Atemstillstand. Die Todesfälle sind vor allem Folgen des illegalen Konsums: Überdosierungen durch unklare Wirkstoffmengen, infiziertes Spritzenbesteck, Verelendung. Die Abhängigkeitsgefahr bei Opiaten liegt deutlich höher als bei Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen. Etwa die Hälfte der rund 150.000 Opiatabhängigen werden mit Methadon und ähnlichem substituiert. Dadurch soll ihnen ein Ausstieg aus der Illegalität und ein Wiedereinstieg in die Gesellschaft ermöglicht werden. Einigen von ihnen gelingt es danach, wieder berufstätig zu werden.

Wie fallen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Suchtproblemen auf?

Je höher der Konsum, desto eher fallen die Konsumierenden auf – das gilt für legale und illegale Drogen. Dabei ist die Verträglichkeit der jeweiligen Suchtmittel von Person zu Person allerdings sehr unterschiedlich. Den meisten Betroffenen gelingt es über lange Zeit mit Erfolg, wenigstens noch am Arbeitsplatz ihren Pflichten nachzukommen. So sind Leistungsdefizite oft nur diskret und völlig uneindeutig. Im Privatleben dagegen steht der Konsum oder die Erholung von den Folgen des Konsums immer mehr im Vordergrund. Wenn dann aber abends so viel Alkohol getrunken wird, dass in der Frühe noch Restalkohol wirkt oder der Morgen schon mit einem Joint beginnt, dann machen sich auch zunehmend Auswirkungen auf die Arbeit bemerkbar. Weil Menschen, die nach und nach in eine Suchtkrankheit abgleiten, auch weniger auf ihre Gesundheit achten, verstärkt auch das die Leistungsdefizite.

Alle Drogen wirken auf die jeweiligen Konsumenten sehr unterschiedlich: Alkohol kann zu Aggressivität führen (30 Prozent aller Gewalttaten werden unter Einfluss von Alkohol ausgeübt), aber auch zu Rückzugsverhalten und großer Müdigkeit.

Typische drogenbedingte Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten:

- Unkonzentriertheit,
- nachlassende Sorgfalt und damit Qualitätsmängel,
- langsames Arbeiten,
- Versäumen von Terminen sowie
- Nachlassen von Kreativität, Motivation und Arbeitsfreude,
- Häufung von Fehlzeiten, kurzfristige Bitte um Urlaubstage.

Das Sozialverhalten ist typischerweise geprägt durch Stimmungsschwankungen mit

- Wechsel zwischen Euphorie und Depression,
- Wechsel zwischen Aggressivität und Überangepasstheit,
- Wechsel zwischen Selbstüberschätzung und Selbstmitleid,
- Schuldverschiebung,
- erpresserischem Verhalten,
- Rückzug aus Beziehungen und Verpflichtungen,
- Verlust ethischer und moralischer Werte.

Wie sieht ein wirksames und nachhaltiges Handeln aus?

Auch wenn es im Einzelfall meist schwerfällt: Sobald der Verdacht aufkommt, jemand sei durch den Gebrauch von Suchtmitteln im Betrieb beeinträchtigt, muss das umgehend thematisiert werden. Nur dann ist allen klar, dass das Drogenkonsumverbot absolut ernst gemeint ist und keine Ausnahmen geduldet werden.

Die Tendenz, erst einmal abzuwarten und die Sache zu beobachten, macht es eher schwieriger, irgendwann doch die Initiative zu ergreifen – und dann stellt sich für das Umfeld die Frage: Warum gerade jetzt? Warum gerade er/sie? Denn das „Übersehen“ solcher Tendenzen hat nicht selten zur Folge, dass andere Beschäftigte sich das gleiche Recht herausnehmen.

Die Aufmerksamkeit für Suchtprobleme in den Unternehmen muss also schon früh beginnen, nicht erst, wenn der Verdacht auf eine Abhängigkeit entsteht. Wenn ein Betrunkener oder eine Betrunkene einen schweren Unfall verursacht hat, ist es für den entstandenen Schaden unerheblich, ob der Verursacher oder die Verursacherin nur dieses eine Mal alkoholisiert war oder ob er oder sie „süchtig“ ist. Daher fordert die DGUV Vorschrift 1 zu Recht, dass Beschäftigte nicht unter dem Einfluss berauschender Substanzen arbeiten dürfen (§ 16) und dass Vorgesetzte durch Suchtmittel beeinträchtigte Menschen nicht arbeiten lassen dürfen (§ 7 Abs. 2), und zwar unabhängig von einer eventuellen Abhängigkeitsdiagnose. Für Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen besteht die Verpflichtung, jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr unverzüglich zu melden (Arbeitsschutzgesetz § 16).

Am leichtesten ist es für das Unternehmen, wenn gemeinsam mit dem Betriebsrat/Personalrat in einer Betriebsvereinbarung ein Suchtmittelverbot am Arbeitsplatz beschlossen wurde. Genauere Untersuchungen haben ergeben, dass zum Beispiel schon eine Alkoholisierung von 0,3 Promille (zum Beispiel durch ein Glas Wein) zur diskreten Leistungsver schlechterung führt. 0,5 Promille verdoppeln schon die Gefahr für einen Verkehrsunfall. Vorgesetzte können außerdem schwer ermessen, ob die „Alkoholfahne“, die gerade wahrgenommen wird, von einem Bier oder von



Sobald der Verdacht auf eine Beeinträchtigung durch den Gebrauch von Suchtmitteln im Betrieb aufkommt, muss das umgehend thematisiert werden.

größeren Mengen herrührt, und tun sich daher umso schwerer, das anzusprechen.

Konkretes Vorgehen

Falls ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin am Arbeitsplatz alkoholisiert oder durch andere Drogen beeinträchtigt erscheint, muss die vorgesetzte Person sie oder ihn umgehend darauf ansprechen („Ich habe den Eindruck, Sie sind heute alkoholisiert“) und auffordern, die Arbeit einzustellen, und auch für einen sicheren Heimweg sorgen (zum Beispiel durch Kollegen, Angehörige, Taxi).

Am Folgetag wird der Vorfall noch einmal mit der beschäftigten Person besprochen, es wird betont, dass das Arbeitsverhältnis dadurch gefährdet wird, und darauf hingewiesen, dass Beratungsangebote existieren, wenn Probleme mit dem Suchtmittel bestehen. Schwieriger ist es, wenn Beschäftigte zwar nicht betrunken oder unter Drogeneinfluss am Arbeitsplatz erscheinen, jedoch erheblich in der Arbeitsleistung nachgelassen haben und der Verdacht besteht, dass dies auf einen übermäßigen Freizeitkonsum von Drogen zurückführbar ist. Auch in diesem Fall müssen Vorgesetzte zu einem Gespräch bitten und darin die Auffälligkeiten an-

sprechen, die sie festgestellt haben. Anschließend werden die Erwartungen an die zukünftige Leistung formuliert, und ein Termin für ein nächstes Feedbackgespräch wird festgelegt, in dem geklärt werden soll, was sich inzwischen verändert hat.



Hilfreiche Literatur und Internetlinks

Croissant, B.; Hupfer, K.; Loeber, S.; Mann, K.: Längsschnittuntersuchung alkoholauffälliger Mitarbeiter in einem Großbetrieb nach werksärztlicher Kurzintervention. Nervenarzt 2008; 79: 80-85.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Jahrbuch Sucht 2016. Geesthacht: Neuland Vlg., 2016

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA): Europäischer Drogenbericht 2016. Luxemburg. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2016

Hupfer, K.: Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz. In: Letzel, S.; Nowak, D. (Hrsg.): Handbuch der Arbeitsmedizin. 21. Erg.-Lfg Juni 2011. Landsberg: ecomed 2013.

Ziegler, K.; Brandl, G.: Suchtprävention als Führungsaufgabe, 3. Auflage Wiesbaden: Universum, 2005.

Auch da ist der Hinweis auf professionelle Unterstützungsangebote wichtig.

Von Kolleginnen und Kollegen wird zwar laut Betriebsvereinbarungen erwartet, dass sie auffällige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter direkt an Vorgesetzte melden, in der Realität wird das aber selten schon bei der ersten Auffälligkeit passieren. Sie sollten aber in Schulungen davon überzeugt werden, a) dass es wichtig und letztlich im Interesse der Betroffenen ist, auch ihrerseits umgehend vermutete Suchtmittelprobleme anzusprechen und b) dass sie gegebenenfalls Vertrauensleute oder Vorgesetzte einbeziehen sollten, spätestens wenn von ihnen ausgehende Bemühungen erfolglos sind.

Wenn Kolleginnen und Kollegen erkennen, dass Suchtmittelprobleme nicht dazu führen, dass die Betroffenen fallengelassen werden, sondern im Gegenteil, dass man ihnen die Möglichkeit einräumt, ihr Suchtproblem mit oder ohne professionelle Unterstützung wieder in den Griff zu bekommen, dann steigt die Bereitschaft zur Offenheit.

Viele Unternehmen haben Betriebsvereinbarungen, in denen geregelt ist, wer sich um das Thema Suchtmittelkonsum kümmert, welche Präventionsangebote gemacht werden und wie ein Stufenplan bei suchtmittelauffälligen Beschäftigten aussieht. Damit ist ein verlässlicher Rahmen gesetzt, auf den sich alle Beteiligten beziehen und verlassen können.

Vor welchen Fehlern und Fallstricken sollte man sich hüten?

Das Gespräch mit Betroffenen muss respektvoll, wertschätzend und sachlich geführt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen spüren, dass ein ehrliches Interesse an ihnen, ihrem Wohlergehen, der Gesundheit und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit besteht. Vorwürfe („du bist ...“) führen dazu, dass Betroffene in Verteidigungsposition gehen und sich verschließen. Die Kritiksollte nicht persönlich verunglimpfen, sie orientiert sich eng an den betrieblichen Problemen, die aufgetreten sind (verpasste Termine, fehlerhafte Arbeitsergebnisse, hohe Fehlzeiten, Unzuverlässigkeit etc.), und an dem Veränderungsbedarf. Keinesfalls stellt der oder die Vorgesetzte Diagnosen – das kann er oder sie nicht – oder schreibt vor, ob der oder



Auch wenn die Arbeitsleistung aufgrund übermäßigem Freizeitkonsum zurückgeht, müssen Vorgesetzte zu einem Gespräch bitten.

die Betroffene in Therapie zu gehen hat: Diese Entscheidung trifft sie unter Abwägung der Konsequenzen selbst. Nach fehlender Veränderung trotz mehreren Disziplargesprächen kann allerdings eine Kündigung ausgesprochen werden. Einige Betriebe sichern nach einer erfolgreichen Therapie eine Wiedereinstellung zu.

Was kann vorbeugend unternommen werden?

Die Entstehung von Suchterkrankungen ist multifaktoriell. Es spielen zu etwa 50 Prozent die Veranlagung und zur anderen Hälfte persönliche Entwicklungen und Lebensumstände eine Rolle.

Suchtbegünstigende Arbeitsbedingungen sind unter anderem ein schlechtes Betriebsklima, Überlastung und ein subjektiv erlebtes Gefühl von Ungerechtigkeit und Hilflosigkeit. Darüber hinaus zeigt sich, dass alkoholnahe Berufe sowie Vertretertätigkeiten und Schichtarbeit ein erhöhtes Risiko darstellen.

In Zusammenarbeit mit den betrieblichen Verantwortlichen sind Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Sicherheitsfachkräfte in der Pflicht, diejenigen Faktoren an den verschiedenen Arbeitsplätzen zu identifizieren, die zu vermeidbaren Belastungen führen, und sich für gute und faire Arbeitsbedingungen einzusetzen.

Darüber hinaus sollte der Umgang mit Suchtmittelproblemen immer wieder in betrieblichen Medien und bei Sicherheitsvorträgen oder -aktionen thematisiert wer-

den, damit Beschäftigte wissen, welche Handlungsoptionen bestehen.

Zusammenfassung

- Menschen mit Suchtmittelproblemen bleiben im Betrieb oft Jahrzehnte unerkannt.
- Wenn sich Auffälligkeiten ergeben, müssen sie zügig angesprochen werden.
- Der Umgang mit Betroffenen muss respektvoll, aber klar und sachlich sein.
- Betriebsvereinbarungen schaffen Handlungssicherheit für alle Seiten.
- Prävention heißt Aufklärung, aber auch menschengerechte Gestaltung der Arbeitsplätze.
- Die Auseinandersetzung mit Suchtproblemen von Beschäftigten ist meist ein länger andauernder Prozess, für stabile Verhaltensveränderungen sind mehrere Feedbackgespräche nötig.
- Erkennt und thematisiert ist die Prognose bei Suchtmittelstörungen eine gute.

i Weitere Informationen:

Vielfältige Informationsmaterialien zum Thema finden Sie auf der Website der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen

Leitlinien-Übersicht zu alkoholbezogenen Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html> S3 Leitlinien Alkoholbezogene Störungen, 2015, S3 Leitlinien schädlicher und abhängiger Tabakkonsum, 2015

Die Haaranalytik in der Drogenabstinenzkontrolle Möglichkeiten, aber auch Fallstricke

Die Haaranalytik zum Drogennachweis im forensischen Kontext am Beispiel der Fahreignungsdiagnostik: Was kann nachgewiesen, was kann bewiesen werden? Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen dieses leistungsfähigen Werkzeugs in der Forensik.

Einleitung

In der forensischen Alkohol- und Drogenanalytik werden gegenwärtig zunehmend Haarproben analysiert. Der Vorteil einer Haaranalyse gegenüber Blut-, Speichel- oder Urinuntersuchungen liegt darin, dass länger zurückliegender Konsum oder regelmäßiger Umgang über einen längeren Zeitraum (bis zu Monaten) nachgewiesen werden kann. Körperflüssigkeiten lassen dagegen in der Regel nur eine Aussage über zurückliegenden Konsum bis zu wenigen Tagen zu. Häufige Fragestellungen im forensischen Kontext sind beispielsweise die Prüfung der Fahreignung im Rahmen der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) oder zur Erziehungsberechtigung bei drogenabhängigen Eltern. Prominente Fälle waren der Fußballtrainer Christoph Daum und der Jurist und Fernsehmoderator Michel Friedmann, die beide aufgrund positiver Kokainnachweise im Kopfhhaar ihre damaligen Ämter niederlegen mussten.¹

Doch was bedeutet ein positiver Drogennachweis im Haar: Konsum der Substanz zu einem bestimmten Zeitraum? Oder doch nur Umgang damit? Welche Informationen kann ein Toxikologe aus dem Haar gewinnen? Und was kann damit letztlich ausgesagt oder bewiesen werden? In diesem Aufsatz werden solche

Fragen näher erörtert. Es werden Grundlagen zum menschlichen Haarwachstum und Inkorporationsmöglichkeiten von Drogen in das Haar diskutiert. Anhand eines Fallbeispiels sollen die Grenzen der Haaranalytik und die damit verbundene Notwendigkeit aufgezeigt werden, solche Befunde kompetent zu interpretieren.

Allgemeines

Da Haaranalysen bisher hauptsächlich im forensischen Kontext durchgeführt werden, müssen Labore, die solche Untersuchungen anbieten, nach DIN EN ISO 17025 für forensische Zwecke akkreditiert sein. Die Standards hierfür werden von der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh) vorgegeben.² Es müssen beweisende Analyseverfahren wie die Gaschromatographie- oder Flüssigchromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS oder LC-MS) verwendet werden. Diese sind in der Lage, Missbrauchsubstanzen zweifelsfrei zu identifizieren. Neben der analytischen Kompetenz ist jedoch auch eine toxikologische notwendig, um die technischen Befunde zu interpretieren. Dies geschieht in der Regel durch einen sachkundigen Toxikologen. Denn allein schon bedingt durch die Biologie des Haares ergeben sich recht komplexe Interpretationsschwierigkeiten. Die erste Hürde stellt das Haarwachstum.

Haarwachstum

Das Haarwachstum unterliegt einem Zyklus aus anagener (aktives Wachstum), katagener (Übergang) und telogener Phase (Ruhezustand). In Abbildung 1, sind sie schematisch für das Kopfhhaar dargestellt. Ein Großteil der Haare befindet sich ständig in der Anagenphase. Diese beträgt ungefähr 2-6 Jahre, ehe das Haar über die Katagen- und Telogenphase (Dauer ca. 2-6 Monate) zum Stillstand kommt.

In der Telogenphase verweilt das alte Haar, ohne zu wachsen, während ein neues Anagenhaar gebildet wird. Das alte Haar fällt schließlich aus und das neue Haar wächst heran. Im durchschnittlichen Gesamtzyklus befinden sich ca. 80-90 Prozent des Kopfhhaares in der Anagenphase und 10-20 Prozent in der Katagen- oder Telogenphase. Die Dauer der Teilzyklen kann von der anatomischen Kopfposition, dem Alter und dem Geschlecht der Person abhängig sein. Folglich kann ein Haarbüschel bis zu 20 Prozent telogenes Haar enthalten, das bis zu 6 Monate älter sein kann als das anagene Haar.

Körperhaar enthält sogar bis zu 50 Prozent telogene Anteile, die 12-17 Monate älter sein können als das wachsende Haar.¹ Für die retrospektive Analyse werden deswegen bevorzugt Kopfhhaare verwendet. Die Wachstumsgeschwindigkeit wird im Mittel mit 1 cm pro Monat angegeben (Biologische Varianz: 0,6-1,4 cm).³ Dies ist wichtig für die Interpretation von Haaranalysenbefunden, da unterschiedliche Wachstumsgeschwindigkeiten und Stillstandsphasen größere Zeiträume überblicken können als durch die eigentliche Haarlänge definiert. Bei der Interpretation von Haarsegmentanalysen müssen diese Unsicherheiten berücksichtigt werden. Eine weitere Unsicherheit ist durch die Art der Inkorporation von Drogen in das Haar gegeben.

Autor



Dr. Michael Paul

Fachchemiker für Toxikologie
Synlab Medizinisches Versorgungszentrum Weiden GmbH
Michael.Paul@synlab.com

Inkorporation von Drogen in das Haar

Die exakten Mechanismen zur Inkorporation von Drogen in das Haar sind bisher noch nicht endgültig verstanden. Das „ideale“ theoretische Modell wäre die reine Übertragung von hohen Stoffkonzentrationen aus den Blutkapillaren in die entstehende keratinisierende Haarmatrix durch passive Diffusion (Abbildung 2). Nur dann wäre eine exakt zeitaufgelöste Aussage zum Konsum möglich (zum Beispiel: 6 cm Haarlänge = 6 Monate; Patient X hat vor 3-4 Monaten intensiv konsumiert; somit müsste im Haaresegment 3-4 cm eine erhöhte Konzentration nachweisbar sein). Leider ist dieses vereinfachte Modell nicht alleine gültig, wie anhand von vielen experimentellen Studien mittlerweile gezeigt wurde.³

Außer über das Blut können sich Substanzen zeitlich verzögert über tiefe Hautkompartimente in das entstehende Haar einlagern.⁴ Für eine weitere Verzerrung des Modells sind ebenfalls die Diffusion von Drogen aus Schweiß- und Talgsekreten in den fertigen Haarschaft verantwortlich (Abbildung 2). Zusätzlich muss die mögliche Kontamination von außen mitberücksichtigt werden (zum Beispiel durch Rauch oder Stäube bei Cannabis- oder Kokainkonsum). Gleiches gilt für die Haar-

behandlung. Durch Färben, Bleichen, häufiges Waschen oder auch UV-Licht kann die Haarstruktur zerstört und können Konzentrationen in älteren Haaresegmenten minimiert werden. Zu berücksichtigen ist ebenfalls die chemische Natur der Droge. Auch die Haarfarbe kann eine große Rolle spielen. Abhängig vom Melanin Gehalt des Haares, der proportional zur Pigmentierung ist, lagern sich basische Drogen wie Kokain stärker als neutrale und saure Drogen ein.

„Die Haaranalyse ist ein hilfreiches Werkzeug, um Aufschlüsse über das Konsumverhalten von Drogenkonsumenten zu bekommen.“

All diese Faktoren führen dazu, dass quantitative Haaranalysenergebnisse nicht zwingend vergleichbar sind. Ein Wert von 0,5 ng/mg Kokain in 6 cm Haar eines schwarzhaarigen Mannes kann folglich nicht anders bewertet werden als der Nachweis von 0,1 ng/mg Kokain in 6 cm Haar einer grauhaarigen, älteren Dame. In beiden Fällen würde lediglich der Umgang oder Kontakt mit diesem Stoff nahe liegen. Darüber hinausgehende Infor-

mationen müssen dann aus dem forensischen Kontext erwogen werden. Beispielsweise könnte die ältere Dame die Großmutter des schwarzhaarigen Mannes sein und im selben Haus leben. Zur Klärung dieser Ungenauigkeiten ein hypothetisches Fallbeispiel.

Fallbeispiel

Eine Person muss aufgrund ihres Drogenkonsums ihre Fahreignung belegen. Die Blutanalyse ergab, dass sie während einer Autofahrt unter dem Einfluss von Kokain und Tetrahydrocannabinol (THC) gestanden hat. Nach gängiger Rechtsprechung bestehen nun Zweifel an der Fahreignung, da der Konsum nicht von der Fahrtätigkeit getrennt werden kann. Folglich muss sie zur MPU und zuvor ein Jahr Drogenabstinenz belegen.^{5,6} Als Möglichkeit kann hier die Haaranalyse in Betracht gezogen werden. So lassen sich jeweils zwei Haarsträhnen (Kopfhaar bevorzugt), à 6 cm (= sechs Monate) nacheinander auf Drogen untersuchen.

Da die Person auf ihren Führerschein angewiesen ist, führt sie ein solches Programm durch und stellt den Drogenkonsum sofort ein. Sie wartet exakt sechs Monate nach letztmaligem Konsum und

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Wachstumszyklen des menschlichen Kopfhaars. Nach [1]. (Für Details siehe Text.)

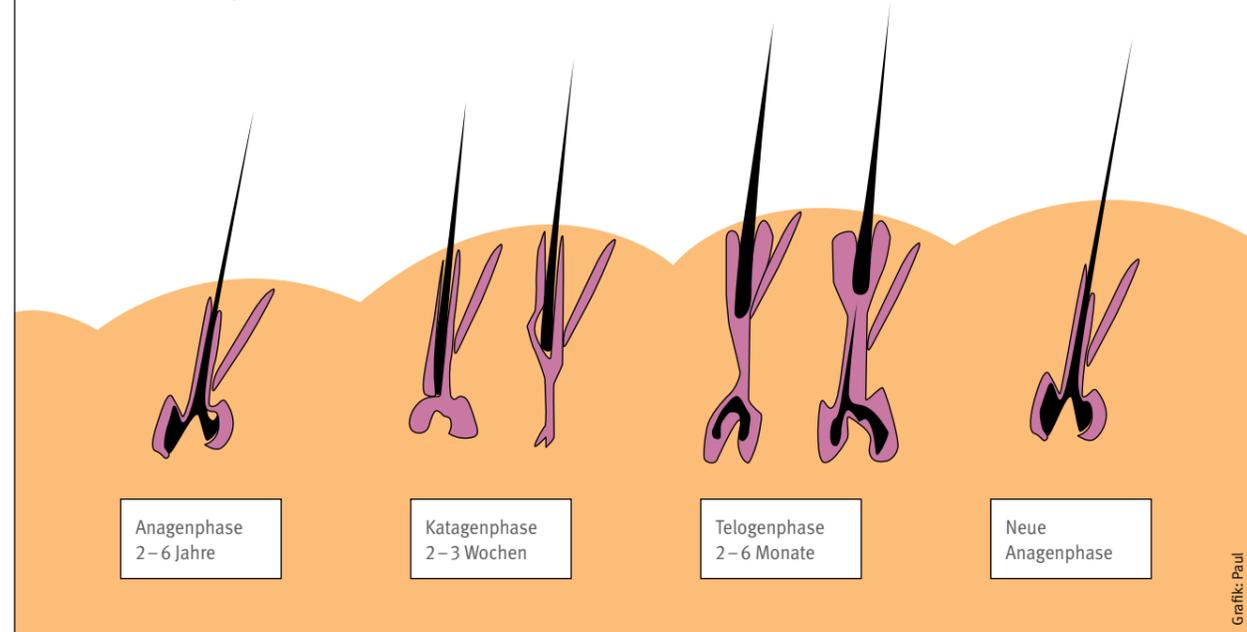
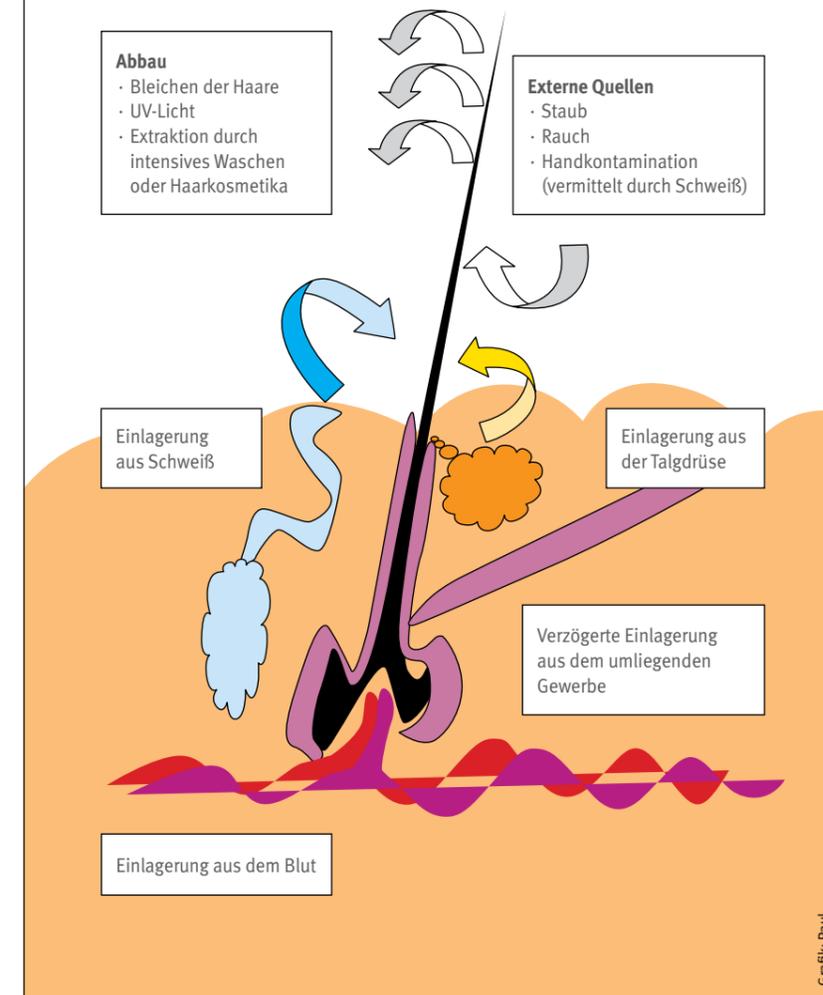


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Inkorporation und Eliminierung von Drogen im Haar. Nach [3]. (Für weitere Details siehe Text.)



lässt sich schließlich die Haarprobe nehmen. Das Haar ist seitdem auf 12 cm Länge angewachsen, von denen die ersten 6 cm des kopfnahen Segments untersucht wurden. Als der Analysebefund erhalten wird, zweifelt die Person das Ergebnis an: Der Test ist positiv auf Kokain und THC. Die Abstinenz kann somit nicht belegt werden.

Die Person reklamiert den Wert beim zuständigen Labor. Dieses weist sie auf die bereits zuvor in diesem Artikel geschilderte Problematik der Haaranalytik hin. In Abbildung 3 ist dies anhand einzelner Haarsträhnen detailliert erklärt. Die erste Unsicherheit ist durch die Ungenauigkeit

des Haarwachstums bedingt. Es muss nicht exakt 1 cm/Monat betragen. Hinzu kommt die Stillstandsphase. Es können sich somit in den neuen Haaresegmenten noch alte Haaresegmente aus dem Konsumzeitraum befinden. Bei entsprechend starkem Konsum sind dadurch positive Ergebnisse möglich, auch wenn ein Großteil der Haare inzwischen drogenfrei ist. Um ganz sicher zu gehen, hätte die Person zwölf Monate warten müssen, bevor sie die erste Haaranalyse durchführt, da dann die Stillstandsphasen-haare (nach sechs Monaten) bereits ausgefallen gewesen wären. Alternativ hätte sie sich die Haare komplett rasieren müssen, dann wäre nach sechs Monaten mit

hoher Wahrscheinlichkeit kein positiver Befund zu erwarten gewesen.

Sollten selbst nach zwölfmonatiger Abstinenz immer noch Drogen im Haar gefunden werden, könnte das nur noch durch regelmäßigen Kontakt mit Cannabis- und Kokainkonsumierenden erklärt werden, dies durch eine Antragung von außen – unter Annahme, dass ein aktiver Konsum nicht



Literatur:

- [1] Pragst, F.: Pitfalls in hair analysis. In: Toxichem. Krimtech. **71** (2), 2004, 69-83.
- [2] Paul, L. D.; Musshoff, F.: Richtlinie der GTFCh zur Qualitätssicherung bei forensisch-toxikologischen Untersuchungen. In: Toxichem. Krimtech. **76** (3), 2009, 142-176.
- [3] Pragst, F.; Balikova, M. A.: State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. In: Clin Chim Acta **370** (1-2), 2006, 17-49.
- [4] Kamata, T.; Shima, N.; Sasaki, K.; Matsuta, S.; Takei, S.; Katagi, M.; Miki, A.; Zaito, K.; Nakanishi, T.; Sato, T.; Suzuki, K.; Tsuchihashi, H.: Time-course mass spectrometry imaging for depicting drug incorporation into hair. In: Anal Chem **87** (11), 2015, 5476-5481.
- [5] Pragst, F.; Sachs, H.: Die Haarprobe als Untersuchungsmatrix zur toxikologischen Fahreignungsdiagnostik. In: Tagungsband zum XV. GTFCh-Symposium, 18.-21.04.2007 in Mosbach, 2007, 84-99.
- [6] Schubert, W.; Dittmann, V.; Brenner-Hartmann, J.: Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien. Kirschbaum-Verlag: Bonn, 2013.
- [7] Moosmann, B.; Roth, N.; Auwärter, V.: Finding cannabinoids in hair does not prove cannabis consumption. In: Sci Rep **5**, 2015, 14906.
- [8] Franz, F.; Angerer, V.; Hermanns-Clausen, M.; Auwärter, V.; Moosmann B.: Metabolites of synthetic cannabinoids in hair-proof of consumption or false friends for interpretation? In: Anal Bioanal Chem **408** (13), 2016, 3445-3452.
- [9] Roper-Miller, J.D.; Huestis, M.A.; Stout, P. R.: Cocaine analytes in human hair: evaluation of concentration ratios in different cocaine sources, drug-user populations and surface-contaminated specimens. In: J Anal Toxicol **36** (6), 2012, 390-398.

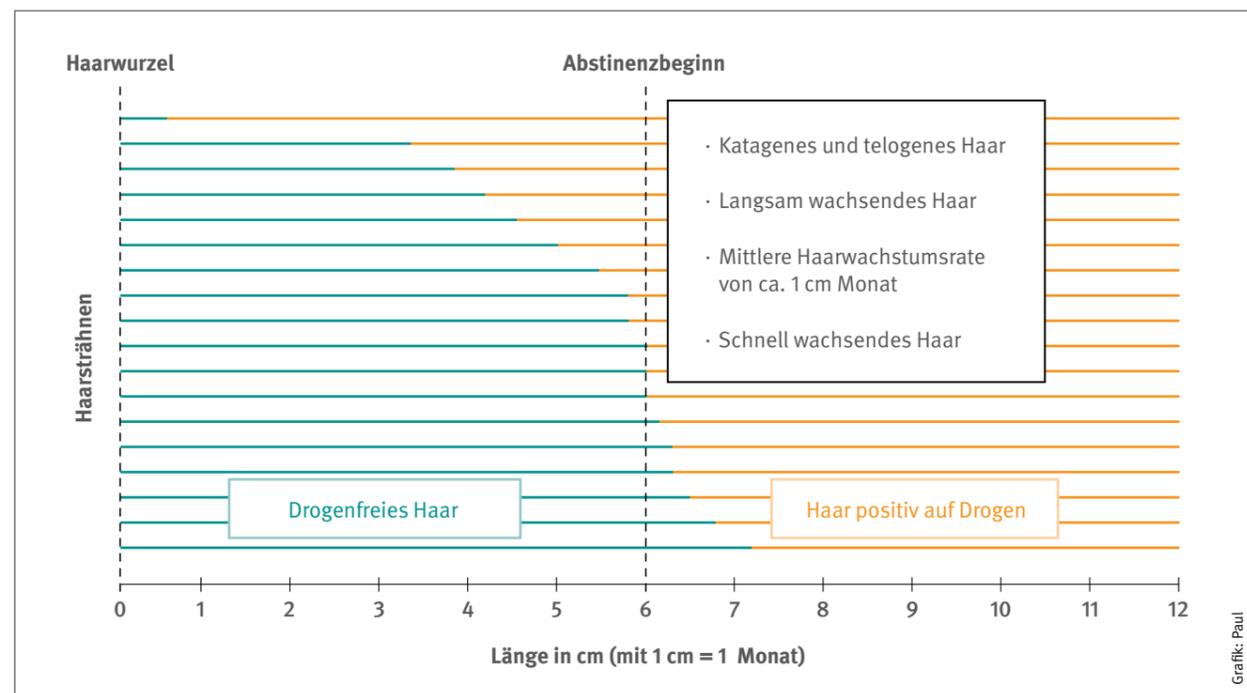


Abbildung 3: Konsequenzen des Haarwachstumszyklus (Kopfhaar). Die Variation der Wachstumsrate (hier: 0,8 – 1,2 cm/Monat) am Beispiel einzelner Haarsträhnen eines Haarbüschels. Der Konsum von Drogen wurde 6 Monate vor der Probenahme gestoppt. Bedingt durch die Ungenauigkeit der Wachstumsrate sowie den zusätzlichen Einfluss der Stillstandsphasen (Kombination aus Katagen- und Telogenphase) ist die Haarprobe in einzelnen Segmenten immer noch positiv auf Drogen. Nach [1]. (Für weitere Details siehe Text.)

stattgefunden hat. Beispiele wären die passive Übertragung von Seitenstromrauch (Cannabiszigarette) oder der regelmäßige Kontakt mit einem Konsumenten (etwa Lebenspartner/in). All diese Faktoren führen dazu, dass die Haaranalyse in ihrer Aussagekraft zum Konsum beschränkt ist.

Oft werden positive Haaranalysenbefunde deswegen meist nur noch mit „beweist den Umgang oder spricht für einen Konsum“ statt mit „beweist den Konsum“ bewertet. Eindeutige Stoffwechselprodukte, die nur nach Leberpassage entstanden sein können, könnten hier weiteren Aufschluss geben und gelten in der Regel als Konsumbeweismarker. Als Beispiele seien hier die THC-Carbonsäure (THC-COOH), ein Metabolit des THC, und das Norcocain, ein Metabolit des Kokains, genannt. Leider sind diese bisher oft nur in Spuren im Haar nachweisbar, sodass sie noch nicht routinemäßig verwendet werden können. Doch auch zum Nachweis von sogenannten Beweismarkern im Haar gibt es mittlerweile neueste Erkenntnisse, dass selbst diese im Einzelfall den Konsum nicht zwingend beweisen müssen.^{7,9} Auch

hier gilt es wieder, den forensischen Gesamtkontext zu betrachten. Weiterer Forschungsbedarf ist notwendig.

Fazit und Ausblick

Abschließend lässt sich sagen, dass die Haaranalyse ein hilfreiches forensisches Werkzeug ist, um Aufschlüsse über das Konsumverhalten von Drogenkonsumenten über einen längeren Zeitraum zu bekommen. Jedoch gibt es einige Fallstricke und Fehlermöglichkeiten bei der Interpretation solcher Befunde.

Die Analytik kann letztlich nur feststellen, dass sich eine Droge im Haar befunden hat. Wie sie dort hingekommen ist, kann sie uns leider nicht mitteilen. Der Nachweis einer Substanz im Haar muss somit nicht zwingend den Konsum bedeuten. Hier liefern Körperflüssigkeiten wie Blut oder Urin, insbesondere spezifische Metaboliten, noch eindeutigere Aussagen, wenn auch ihr zeitliches Fenster oft nur auf wenige Tage begrenzt ist. In der Fahreignungsdiagnostik wird die Haaranalytik als Alternative zur Urinanalytik bereits routinemäßig eingesetzt.⁶ Die

Erfahrungen zeigen, dass die meisten Prüfungen auf Abstinenz für die Probanden auch mit der Haaranalytik erfolgversprechend sind (circa eine von zehn Proben mit Fahreignungsuntersuchungshintergrund wird positiv getestet; Quelle: Synlab MVZ Weiden). Es sollte jedoch auch angemerkt werden, dass ein gelegentlicher oder einmaliger Konsum nicht zwingend erfasst werden muss, wenn längere Haarsegmente untersucht werden. Auffällig ist jedoch, dass die meisten Reklamationen sich nahezu ausschließlich auf positive Haaranalysenbefunde beziehen (hier hauptsächlich auf THC), sodass im Einzelfall scheinbar noch Handlungsbedarf in einer ausreichenden Aufklärung der Probanden besteht, wann eine Haaranalyse günstig erscheint und wann nicht. Denn unabhängig davon, ob es sich bei einem positiven Haaranalysenbefund nun um aktiven Konsum oder eine passive Kontamination gehandelt hat, bedeutet es letztlich meist immer den Abbruch eines solchen Programms und somit einen erheblichen zeitlichen wie auch finanziellen Verlust für den Probanden. Die Abstinenz konnte nicht gesichert belegt werden. ●

Suchtmittelkonsum im Betrieb

Kündigungsmöglichkeiten und arbeitgeberseitige Fürsorgepflichten

Suchtmittelkonsum im Betrieb ist ein häufig auftretendes Phänomen der heutigen Zeit. Das Unternehmen wird dadurch vor ein breites Problemfeld gestellt. Der folgende Artikel soll das Problem von der rechtlichen Seite beleuchten. Er befasst sich vor allem mit den Kündigungsmöglichkeiten, den unternehmensseitigen Fürsorgepflichten und möglichen Präventionsmaßnahmen.

1. Kündigungsmöglichkeiten

Im Anwendungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes – also bei Beschäftigten, die seit mehr als sechs Monaten in Betrieben mit mehr als zehn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern tätig sind – ist man bekanntlich auf drei Kündigungsgründe beschränkt. Neben betriebsbedingten Gründen kann eine Kündigung personenbedingt- oder verhaltensbedingt sein. Für die einzig hier in Betracht kommenden personen- oder verhaltensbedingten Gründe ist im Hinblick auf die Kündigungsmöglichkeiten zunächst zwischen einer Suchterkrankung und „nur gelegentlichem Konsum“ zu differenzieren. Während das Verhalten bei einem Suchtkranken nicht mehr steuerbar ist und daher eine personenbedingte Kündigung vorzunehmen ist, ist im Falle nur gelegentlichen Suchtmittelkonsums die verhaltensbedingte Kündigung einschlägig. Soweit nachfolgend immer wieder der Schwerpunkt auf Alkoholkonsum gelegt wird, liegt dies daran, dass der überwiegende Teil der einschlägigen Gerichtsentscheidungen sich mit diesem Problem befasst. Die insoweit aufgestellten Grundsätze gelten jedoch für den Suchtmittelkonsum im Allgemeinen.

1.1 Personenbedingte Kündigung bei Suchterkrankung

Um eine personenbedingte Kündigung zu rechtfertigen, bedarf es einer Negativprognose, einer erheblichen Beeinträchtigung betrieblicher oder wirtschaftlicher Interessen und einer umfassenden Interessenabwägung.

a. Die negative Zukunftsprognose liegt vor, wenn damit zu rechnen ist, dass der oder die Beschäftigte auch in Zukunft dem Arbeitsplatz krankheitsbedingt in erheblichem Umfang fernbleiben wird. Im Vergleich zu anderen Krankheiten spricht bei einem süchtigen Arbeitnehmenden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, dass dessen Arbeitsfähigkeit auch in Zukunft beeinträchtigt wird. Eine Negativprognose besteht jedenfalls dann, wenn Suchtkranke zum Zeitpunkt der Kündigung nicht therapiebereit sind. Während manche Instanzgerichte einen Rückfall nach zunächst erfolgreich durchgeführter Therapie nicht automatisch als Indiz für eine negative Prognose sehen, vertritt das Bundesarbeitsgericht jedoch die Auffassung, dass bei Suchtkranken geringere Anforderungen an die negative Gesundheitsprognose zu stel-

len seien. Im Anschluss an mehrfache Rückfälle sei davon auszugehen, dass es erneut zu suchtbedingten Reaktionen und Ausfällen kommen wird.

b. Die zum Zeitpunkt der Kündigung bestehende Situation muss zu einer erheblichen Beeinträchtigung betrieblicher Interessen führen. Diese müssen jeweils konkret feststellbar und auch durch mögliche Überbrückungsmaßnahmen nicht vermeidbar sein. Beispiele für solche Beeinträchtigungen sind: betriebsorganisatorische Unkalkulierbarkeit der Arbeitsleistung der häufiger ausfallenden suchtauffälligen Person, Nichtausführung der Arbeiten, kostenintensive Beschaffung einer Ersatzkraft, Betriebsablaufstörungen durch Umbesetzungen, Maschinen- und Produktionsausfall oder auch erhebliche wirtschaftliche Belastungen durch außergewöhnlich hohe Entgeltfortzahlungskosten infolge krankheitsbedingter Ausfallzeiten.

c. Im Zusammenhang der einzelfallbezogenen Interessenabwägung wird geprüft, ob die erheblichen betrieblichen Beeinträchtigungen zu einer nicht mehr hinnehmbaren betrieblichen und wirt- ▶

Autor und Autorin



Frank Achilles
 Fachanwalt für Arbeitsrecht
 Eversheds Deutschland LLP
 Frank.Achilles@Eversheds.de



Kristina Stitz
 Rechtsreferendarin
 Eversheds Deutschland LLP
 Kristina.Stitz@Eversheds.de

§ Arbeitsrecht

Foto: Marco2811/fotolia.com

Bei Suchtmittelerkrankungen können personenbedingte Kündigungen vorgenommen werden.

schaftlichen Belastung des Unternehmens führen. Innerhalb dieser Interessenabwägung ist wiederum die Therapiebereitschaft des/der Beschäftigten zu berücksichtigen und ob eine solche Therapie wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Erfolg verspricht. Ist dies der Fall, so sind dem Unternehmen auch für längere Zeit Überbrückungsmaßnahmen zuzumuten, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden. Es muss das Ergebnis der Therapie jedoch dann nicht abwarten, wenn zwingende betriebliche Gründe vorliegen, den Arbeitsplatz auf Dauer anders zu besetzen.

Zum Beispiel weil die Einstellung und Einarbeitung zusätzlicher Hilfskräfte auf Zeit aufgrund der Tätigkeit des/der Beschäftigten nicht möglich ist. Die Weiterbeschäftigung einer süchtigen Person auf einem anderen leidensgerechten Arbeitsplatz scheidet in der Regel als geeignete Maßnahme zur Beseitigung der Vertragsstörungen infolge suchtmittelerkrankter Ausfallzeiten aus. Die

Sucht ist regelmäßig nicht arbeitsplatzbezogen. Das bedeutet, die Ausfälle werden sich am neuen Arbeitsplatz zwangsläufig fortsetzen.

d. Höchststrichterlich geklärt und mittlerweile anerkannt ist, dass die Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX keine Wirksamkeitsvoraussetzung für eine solche Kündigung ist. Allerdings stellt die Norm eine Konkretisierung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dar und dient dazu, mildere Mittel zu ermitteln, durch die eine Kündigung letztlich vermieden werden kann. Unterbleibt das betriebliche Eingliederungsmanagement, können sich daraus gesteigerte Anforderungen an die Darlegungslast des Unternehmens im Rahmen der Weiterbeschäftigungsmöglichkeit auf einem freien oder frei zu machenden Arbeitsplatz ergeben, soweit dies als milderes Mittel im Verhältnis zur Beendigungskündigung als erfolversprechende Abhilfe für das Problem in Betracht kommt.

1.2 Verhaltensbedingte Kündigung bei „nur gelegentlichem“ Konsum

Eine verhaltensbedingte Kündigung setzt neben dem willentlich steuerbaren Handeln insbesondere eine Abmahnung voraus.

a. Zunächst jedoch erfordert die verhaltensbedingte Kündigung die Verletzung einer vertraglichen Haupt- oder Nebenleistungspflicht. Die Hauptleistungspflicht – Arbeitspflicht – ist zum Beispiel beeinträchtigt, wenn der Beschäftigte konsumbedingt nicht zur Arbeit erscheint, seinen Rausch im Betrieb ausschläft, während der Arbeitszeit unter Suchtmittel einfluss nach Hause gebracht werden muss oder mangelhaft oder fehlerhaft arbeitet. Aus Gründen der Rechtsklarheit kann zwischen Nebenleistungspflichten ohne und mit Bezug zum Suchtmittelkonsum differenziert werden.

Zur ersten Gruppe gehören die allgemein bestehenden Pflichten, deren Verletzung durch das Konsumieren von Suchtmittel begünstigt wird, zum Bei-

spiel Eingriff in Rechtsgüter des Unternehmens, der Kollegen und Kolleginnen oder sonstiger in den Schutzbereich des Arbeitsvertrags einbezogener Dritter, eine Gefährdung der Sicherheitsinteressen des Unternehmens oder die Störung des Betriebsfriedens. Zur zweiten Gruppe zählen speziell im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum stehende Pflichten, zum Beispiel Beachtung eines betrieblichen Alkoholverbotes, Pflicht des Beschäftigten, seine Arbeitsfähigkeit nicht durch Suchtmittelkonsum einzuschränken.

Eine feste Grenze der zulässigen Alkoholmenge für die letztere Alternative lässt sich nicht abstrakt festlegen. Art der Tätigkeit und Branche sowie regionale Eigenheiten sind jeweils maßgebend. Beispielhaft sei hierfür der Genuss von Bier auf einer Baustelle genannt. Die Nebenpflicht kann bei Tätigkeiten in alkoholsensiblen, gefahrträchtigen und sicherheitsempfindlichen Bereichen schon bei sehr geringen Alkoholmengen verletzt sein, zum Bei-

spiel bei Menschen, die Lkw, Gabelstapler, Krane oder U-Bahnen führen, sowie Hafenarbeitern, Chirurgen, Beschäftigten in der Mikrochip-Fertigung oder an unfallträchtigen Maschinen oder beim Umgang mit gefährlichen Stoffen. Das Gleiche gilt für Führungskräfte. Unter Suchtmittel einfluss verfügen sie nicht mehr über die geistige Präsenz und Entscheidungskraft, um ihre verantwortungsvollen und risikoreichen Aufgaben zu erfüllen.

b. Auch die verhaltensbedingte Kündigung erfordert eine negative Zukunftsprognose. Das Unternehmen muss vortragen und beweisen, dass eine Wiederholungsgefahr des Fehlverhaltens besteht und sich der vergangene Alkoholmissbrauch auch zukünftig belastend auswirkt. Das wird ohne Ausspruch einer vergeblichen Abmahnung wegen eines gleichartigen Pflichtenverstößes regelmäßig nicht möglich sein. Selbst größte Vertragsverstöße – Bedrohung des Vorgesetzten mit einer Schusswaffe, gravierende Körperverletzungen von Werkschutzleuten im Einsatz für einen alkoholisierten Beschäftigten, Führen eines Omnibuses mit einer Blutalkoholkonzentration von 0,7 Promille – sollen als einmalige Entgleisungen nach der Rechtsprechung noch keine Wiederholungsgefahr bergen.

Lediglich in den Ausnahmekonstellationen, in denen der oder die Beschäftigte durch den Alkoholkonsum betriebserhebliche Sicherheitsvorschriften zum Schutz für Leib und Leben der Arbeitskollegen sowie bedeutsamer Sachwerte vorsätzlich missachtet oder in denen im Fall der Alkoholisierung von den übertragenen Aufgaben in den genannten alkoholsensiblen, gefahrträchtigen und sicherheitsempfindlichen Tätigkeitsbereichen besondere Gefahren für den Beschäftigten selbst, die Arbeitskollegen oder Dritte ausgehen, soll die zukünftige vertrauensvolle Fortführung des Arbeitsverhältnisses als ausgeschlossen erscheinen und auf das Risiko weiterer Vertragsverletzungen geschlossen werden können.

c. Da eine Kündigung stets ultima ratio ist, ist das Unternehmen nach fast herrschender Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum gehalten, eine Umset-

zungs- oder Versetzungsmöglichkeit des/der alkoholauffälligen Beschäftigten vor Ausspruch einer verhaltensbedingten Kündigung zu prüfen und gegebenenfalls zu realisieren, wenn hierdurch eine Besserung zu erwarten ist. Ein Verstoß gegen diese Obliegenheit führt zur Unwirksamkeit der Kündigung, sofern die Umsetzung oder Versetzung der beschäftigten Person tatsächlich möglich ist.

d. Zuletzt folgt auch bei einer verhaltensbedingten Kündigung eine Interessenabwägung im Einzelfall. Wirkt sich das suchtmittelbedingte Fehlverhalten so negativ auf den Betrieb aus, dass für das verständige und verantwortungsbewusste Unternehmen objektiv die Notwendigkeit zur Auflösung des Arbeitsvertrags besteht, darf er diesen kündigen. Zu Gunsten des Beschäftigten sollen insbesondere zu berücksichtigen sein: Art, Schwere und Häufigkeit der vorgeworfenen Vertragsverletzungen, die Verschuldensunfähigkeit des Beschäftigten, ein eventuelles Mitverschulden des Unternehmens und die Dauer der störungsfreien Betriebszugehörigkeit.

Ein Tipp für die Praxis: Da regelmäßig auf den ersten Blick nicht zu erkennen ist, ob eine Suchterkrankung vorliegt oder aber der Betroffene lediglich „gelegentlich“ Suchtmittel konsumiert, empfiehlt sich bei derartigen Ausfallerscheinungen stets erst einmal der Ausspruch einer Abmahnung. Diese läuft im Fall einer Suchterkrankung aus den genannten Gründen natürlich ins Leere.

2. Fürsorgepflichten des Unternehmens

Neben den Kündigungsmöglichkeiten, sind jedoch auch die unternehmerseitigen Fürsorgepflichten und der richtige Umgang mit betroffenen Beschäftigten ein wichtiges Thema. Auch diese sollen im Folgenden aus rechtlicher Perspektive beleuchtet werden. Dabei ist insbesondere auf das Beschäftigungsverbot, die Frage der Entgeltfortzahlung und auf haftungsrechtliche Fragen einzugehen.

2.1. Beschäftigungsverbot

Gemäß § 7 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ dürfen Arbeitnehmende, die erkennbar nicht in der Lage ▶

„Um eine personenbedingte Kündigung zu rechtfertigen, bedarf es einer Negativprognose, einer erheblichen Beeinträchtigung betrieblicher oder wirtschaftlicher Interessen und einer umfassenden Interessenabwägung.“

sind, sicher zu arbeiten, nicht beschäftigt werden. Das gilt insbesondere bei einer akuten Minderung der Befähigung zum sicheren Arbeiten durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss. Der zuständige Vorgesetzte muss aktiv werden, wenn er den Eindruck gewonnen hat, dass Beschäftigte aufgrund ihres Verhaltens nicht geeignet sind, ihre Arbeit auszuführen, ohne sich und andere zu gefährden. Dabei spielt es keine Rolle, welche Suchtmittel eingenommen wurden. Zur Durchsetzung eines Beschäftigungsverbots durch das Unternehmen müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen. Beschäftigte müssen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Hierbei soll auch Hinweisen aus der Belegschaft nachgegangen werden. Kriterium für die Entscheidung ist die allgemeine Lebenserfahrung und der „Beweis des ersten Anscheins“. Dem auffälligen Beschäftigten kann angeboten werden, den Verdacht des Suchtmittelkonsums durch einen Alkohol-/Drogentest auszuräumen.

Wird jemand von der Arbeit entbunden, darf er nicht sich selbst überlassen werden. Dies ergibt sich aus der arbeitsrechtlichen Fürsorgepflicht. Unter Berücksichtigung der Intensität des Rauschzustandes muss für ärztliche Behandlung, beaufsichtigte Unterbringung im Betrieb oder einen gefahrlosen Heimweg des Auffälligen gesorgt werden. Dazu kann – je nach den Umständen des Einzelfalls – das Bestellen eines Taxis ausreichen oder die Begleitung durch einen Kollegen oder einer Kollegin nötig sein. Inwieweit dafür Sorge zu tragen ist, dass Betroffene in einen gesicherten Bereich gelangen, hängt damit maßgeblich vom Grad des Rauschzustandes ab. In besonders schweren Fällen kann es dabei sogar erforderlich werden, dass Betroffene noch bis nach Hause begleitet werden oder aber gegebenenfalls ärztliche Hilfe geholt wird oder sie so lange zu beaufsichtigen sind, bis beispielsweise ein Lebenspartner oder eine Lebenspartnerin die weitere Betreuung übernehmen kann.

2.2 Entgeltzahlung

Bei einem schuldhaften Verstoß gegen die arbeitsvertraglichen Pflichten besteht kein Anspruch auf Entgeltzahlung. Das ist insbesondere bei gelegentlichem Alkoholmissbrauch der Fall. Im Falle einer Alkoholabhängigkeit bleibt der Anspruch auf Vergütung jedoch erhalten, da mangels Steuerungsfähigkeit kein Verschulden vorliegt.

2.3 Haftung

Beschäftigte haben Eigenschäden als Folge ihres Konsums grundsätzlich selbst zu tragen. Verletzt aber das Unternehmen, namentlich die Führungskraft, seine Fürsorgepflichten, überlässt es dem Beschäftigten etwa am Werkstor sich selbst oder gestattet es ihm die Benutzung eines Kraftfahrzeugs, muss es für daraus entstehende Schäden einstehen. Zudem haftet das Unternehmen Dritten gegenüber gemäß § 831 BGB wegen Überwachungsverschuldens, wenn es Beeinträchtigungen durch den Suchtmittelkonsum erkennt und darauf nicht entsprechend reagiert.

„Neben den Kündigungsmöglichkeiten sind jedoch auch die unternehmerseitigen Fürsorgepflichten und der richtige Umgang mit betroffenen Beschäftigten ein wichtiges Thema.“

Damit lässt das Unternehmen zu, dass der beeinträchtigte Beschäftigte weiterhin Einfluss auf die Rechtsgüter von Arbeitskollegen und Arbeitskollegen oder auch Kunden ausübt. Wenn dieser Schaden (welcher durch die Inanspruchnahme durch Dritte entstanden ist) dann wiederum gegenüber dem Beschäftigten geltend gemacht werden soll, muss ein Mitverschulden gemäß § 254 BGB angerechnet werden. Das Unternehmen kann sich sogar einer fahrlässigen Körperverletzung durch Unterlassen gemäß §§ 229, 13 StGB strafbar machen, wenn der betroffene Beschäftigte

aufgrund konsumbedingter Beeinträchtigung durch beispielsweise unsachgemäßes Bedienen von Maschinen andere verletzt.

3. Prävention

Zuletzt soll noch ein Ausblick auf mögliche Präventionsmaßnahmen gegeben werden. Es erscheint insbesondere sinnvoll, eine Betriebsvereinbarung bezüglich der Suchtmittelthematik abzuschließen, welche unter anderem ein eindeutiges Verbot, Kontrollen, Indizien und Interventionsmaßnahmen regeln kann.

„Es erscheint sinnvoll, eine Betriebsvereinbarung zur Suchtmittelthematik abzuschließen, welche unter anderem ein eindeutiges Verbot, Kontrollen, Indizien und Interventionsmaßnahmen regeln kann.“

Des Weiteren ist es empfehlenswert, ein betriebliches Präventions- und Interventionskonzept zu erstellen. Dieses kann die Bildung eines Arbeitskreises oder einer Projektgruppe beinhalten, die Analyse möglicher Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauchs auf den Betriebsablauf, die Planung und Durchführung von Informationsveranstaltungen und die Kontaktaufnahme und -pflege mit außerbetrieblichen Suchthilfeorganisationen. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang die Rolle des Betriebsrats. Unabhängig davon, dass er im Rahmen des Gesundheitsschutzes nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG ohnehin zwingend mitzubestimmen hat und dies damit vor allem für die Bereiche der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz zur Anwendung gelangt, kann sich vor dem Hintergrund der Abschluss einer Betriebsvereinbarung zur Suchtprävention und zur Reaktion hierauf ergeben. Diese regelt dann regelmäßig Eskalationsstufen und auch Aufgaben und Befugnisse des Unternehmens im Rahmen der Prävention und Intervention. ●

SuGA-Bericht

Prävention in Zeiten revolutionären Wandels: erfahren – kompetent – vorausschauend

Internet der Dinge, Generation Y, alternde Belegschaften, TTIP: Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht über eines dieser Themen in den öffentlichen Medien berichtet wird. Wir befinden uns in Prozessen mit atemberaubender Geschwindigkeit. Derzeit kann niemand abschließend vorhersagen, wie sie die Arbeitswelt und die Gesellschaft beeinflussen werden.

Einleitung

Wie muss Prävention in Zeiten zunehmender Digitalisierung aussehen, damit sich Menschen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz sicher, gesund und wohlfühlen? Es ist derzeit nicht leicht zu beantworten, welche Chancen und Risiken eine globale Digitalisierung und Vernetzung mit sich bringen werden.

In Zeiten solcher Umbrüche lohnt ein Blick in die Historie. Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich in über 130 Jahren immer wieder mit umfassenden Veränderungsprozessen auseinandersetzen müssen und ihr Präventionshandeln an diese neuen Rahmenbedingungen angepasst. So gesehen ist die Industrie 4.0 als „vierte industrielle Revolution“ von ihrer Qualität her neu, nicht aber als umfassender Veränderungsprozess an sich. Durch die kontinuierliche Anpassung ihres Präventionshandelns an frühere industrielle Revolutionen wie Mechanisierung, Elektrifizierung und Automatisierung hat die gesetzliche Unfallversicherung heute eine Vielzahl verschiedener und ineinandergreifender, moderner Werkzeuge zur Hand,

1. Anreizsysteme
2. Beratung auf Anforderung
3. Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
4. Ermittlung
5. Forschung, Entwicklung und Modellprojekte
6. Information und Kommunikation
7. Prüfung/Zertifizierung
8. Regelwerk
9. Qualifizierung
10. Überwachung inkl. anlassbezogener Beratung

Tabelle 1: Präventionsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung
* blau unterlegt sind die in diesem Beitrag thematisierten Präventionsleistungen

die zum Beispiel mit Präventionskampagnen nicht nur weit über die traditionelle Überwachung hinausgehen, sondern auch die Überwachung selbst verändert haben.

Im jährlichen „Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SuGA-Bericht) räumt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) der gesetzlichen Unfallversicherung jährlich die Möglichkeit ein, einen Ausschnitt ihrer vielfältigen

Präventionsleistungen aus dem vergangenen Berichtsjahr darzustellen. Für den SuGA-Bericht 2015 wurden seitens der Unfallversicherung fünf aus den insgesamt zehn Präventionsleistungen (www.dguv.de; Webcode: d1090649) ausgewählt (in Tabelle 1 blau unterlegt), die anhand praxisnaher Umsetzung im Rahmen dieses Beitrags beschrieben werden.

Zuvor werden übergreifende Präventionsaktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahr 2015 dargestellt.

Übergreifende Präventionsaktivitäten 2015

Das Jahr 2015 war für die gesetzliche Unfallversicherung nachhaltig geprägt von dem, was in der öffentlichen Diskussion aktuell unter dem Stichwort Arbeiten 4.0 zusammengefasst wird. Der Wandel der Arbeitswelt, angetrieben von der Digitalisierung und dem globalen Wettbewerb, schafft neue Rahmenbedingungen für Versicherungsschutz und Prävention. ▶

Autor



Foto: DGUV

Dr. Heinz Schmid

Referat Präventionsdienste der DGUV
E-Mail: heinz.schmid@dguv.de

Mit ihrer Kommentierung zum „Grünbuch Arbeiten 4.0“ des BMAS im Jahr 2015 hat die gesetzliche Unfallversicherung verdeutlicht, dass sie diesen Wandel konstruktiv begleitet wird. Risiken sollen frühzeitig erkannt und Chancen für die Gestaltung sicherer, gesunder, flexibler und inklusiver Arbeit genutzt werden.

Wie sich die Prävention der Zukunft konkret an die Veränderungen der Arbeitswelt anpassen muss, beschreibt das Initiativpapier „Neue Formen der Arbeit – Neue Formen der Prävention“ (www.dguv.de; Webcode: d1171882) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Das Initiativpapier dient als Rahmen für in die Zukunft gerichtete Projekte und konkrete Handlungsempfehlungen für Unternehmen und Einrichtungen der öffentlichen Hand.

„Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich in über 130 Jahren immer wieder mit umfassenden Veränderungsprozessen auseinandersetzen müssen und ihr Präventionshandeln an diese neuen Rahmenbedingungen angepasst.“

Mit ihrem Positionspapier „Prävention der Zukunft: mit allen geeigneten Mitteln – nachhaltig – praxisnah“ (www.dguv.de; Webcode: d1130613) zum strategischen Rahmen der EU-Kommission für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2014 bis 2020 hat die DGUV in Abstimmung mit ihren Trägern 2015 Stellung bezogen. Ziel der EU-Initiative ist es, die Beschäftigten in der Union besser vor Arbeitsunfällen und beruflich bedingten Erkrankungen zu schützen sowie neue Risiken am Arbeitsplatz frühzeitig zu erkennen. Die EU-Strategie bestätigt mit ihren Zielvorgaben nicht nur die Präventionsarbeit der gesetzlichen Unfallversicherung, sondern bekräftigt sie auch, die Beschäftigungsfähigkeit älterer Beschäftigter oder Menschen mit Behinderungen durch Rehabilitation und Wiedereingliederung zu stärken oder wiederherzustellen.

„VISION ZERO. Null Unfälle – gesund arbeiten!“ heißt die neue Präventionsstrategie der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI). Der be-

sondere Fokus liegt auf der Verhütung tödlicher Arbeitsunfälle und Erkrankungen oder schweren Verletzungen mit lebenslangen Folgen. Hinter der Strategie steht die Überzeugung, dass alle Unfälle – mit den richtigen Maßnahmen im Vorfeld – verhindert werden könnten. Das strategische Ziel ist es, die Arbeitswelt so zu gestalten, dass Menschen unfallfrei arbeiten können und die Arbeit nicht krank macht. Die BG RCI hat in einem Leitfadensieben konkrete Ziele und Erfolgsfaktoren (www.bgrci.de; Seiten-ID: #K5GT) für die Umsetzung von VISION ZERO formuliert.

Um auf die Sicherheit von Produkten einzuwirken, bevor diese marktfähig werden, beraten Unfallversicherung, staatliche Marktüberwachung, Länder und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) Aussteller auf Messen. Aus diesen Beratungen werden wichtige Erkenntnisse zu neuen Entwicklungen, Technologien und Produktinnovationen sowie gegebenenfalls daraus resultierende Gefährdungen gewonnen. Stichprobenartige Überprüfungen zeigen mögliche Gefährdungen auf und helfen, die Produktsicherheit zu erhöhen. Das trägt dazu bei, Unfälle aufgrund mangelhafter Produkte zu vermeiden. Die 2015 von der DGUV aktualisierten „Grundsätze für die Beratung auf Messen“ (DGUV Grundsatz 300-002) fassen den gesetzlichen Auftrag, die Ziele und Zuständigkeiten der Messeberatung zusammen.

Ausgewählte Aktivitäten 2015 auf Basis der Präventionsleistungen

Präventionsleistung Anreizsysteme

Anreizsysteme sind Leistungen der Unfallversicherung, die Betriebe und öffentliche Einrichtungen motivieren sollen, sich in Sachen Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten über die gesetzlichen Pflichten hinaus zu engagieren. Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) hat für ihre Mitgliedsbetriebe ein Prämienverfahren eingeführt und belohnt Unternehmen, die über das rechtliche Soll hinaus in Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahmen investieren. Die gezahlte Prämie dient als Beteiligung an erfolgten Investitionskosten und beträgt je Unternehmen bis zu 10.000 Euro pro Jahr. Am Prämienverfahren können Unternehmen bestimmter Unternehmensarten teilnehmen, die überdurchschnittlich hohe Unfallquoten auf-

weisen. Im ersten Prämienjahr 2015 haben über 400 Unternehmen der VBG am Prämienverfahren teilgenommen. Dabei wurde ein Prämienvolumen von insgesamt einer Million Euro für die Unternehmen erreicht. Mit Blick auf die Festlegung, dass 40 Prozent der Investitionskosten als Prämie ausgezahlt werden, bedeutet das eine zielgerichtete Investition der antragstellenden Unternehmen in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro (www.vbg.de).

Präventionsleistung Forschung, Entwicklung, Modellprojekte

Forschung ist die systematische Suche nach neuen Erkenntnissen unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden. Während es bei Forschung um den Erwerb neuer Kenntnisse geht, setzen sich die Entwicklung und Modellprojekte mit deren konkretisierender Anwendung sowie praktischer Umsetzung auseinander.

Das Forschungsprojekt „Return on Prevention 2.0“ der VBG hat gezeigt, dass sich die Einführung eines Arbeitsschutzmanagementsystems (AMS) lohnt. Untersucht wurden Kosten und Nutzen von AMS für Unternehmen. Über 260 Mitgliedsunternehmen der VBG mit und ohne AMS wurden befragt. Ein Ergebnis der Befragung ist, dass AMS tendenziell zur besseren Umsetzung des Arbeitsschutzes auf einem insgesamt hohen Niveau beitragen. Dabei treten unter anderem Verbesserungen auf, wenn Sicherheit und Gesundheit auf allen Hierarchieebenen gelebt wird und einen hohen Stellenwert einnimmt. Tendenziell lassen sich mit AMS die innerbetrieblichen Arbeitsschutzziele besser erreichen und einzelwirtschaftliche Ziele auf ein höheres Niveau führen. Mit AMS in Betrieben kann sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (Return on Prevention) in Höhe von 2,30 Euro ergeben (www.vbg.de).

Der Wandel der Arbeitswelt schafft neue Rahmenbedingungen für Versicherungsschutz und Prävention.

Die ErgoKita-Studie hat gezeigt, dass die Nutzung ergonomischer Mobiliars die Anteile bestimmter Muskel-Skelett-Belastungen erheblich reduziert. Auf Basis dieser Forschungsergebnisse wurde das Folgeprojekt „MusterKita“ der Unfallkasse Rheinland-Pfalz (www.ukrlp.de) und des

Instituts für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV ins Leben gerufen. Bei dem Folgeprojekt ging es darum, die erzielten Forschungsergebnisse in zwei Muster-Kitas in der Praxis umzusetzen. Dazu wurden eine ältere und eine geplante Kindertagesstätte nach neuesten ergonomischen Erkenntnissen saniert beziehungsweise neu gebaut. In diesen Muster-Kitas können Verantwortliche und Beschäftigte anderer Kindertageseinrichtungen Ideen zu ergonomischen Lösungen für ihre Einrichtungen sammeln. Anschauliche Gestaltungshinweise sind auf dem Internetportal „Sichere Kita“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (www.unfallkasse-nrw.de) zu finden.

Seit Jahren weisen die Statistiken der DGUV große Unterschiede beim Vergleich der Schülerunfallzahlen der Länder auf.

Seit Jahren weisen die Statistiken der DGUV große Unterschiede beim Vergleich der Schülerunfallzahlen der Länder auf. Zu den Gründen der regionalen Unterschiede lagen bislang keine stichhaltigen Erklärungen vor. Daher wurde das Forschungsprojekt „Regionale Unterschiede im Unfallgeschehen der Schulen“ durchgeführt. Ziel war es, die Einflüsse auf das Unfallaufkommen in Schulen unter dem Fokus regionaler Faktoren zu analysieren und wirksame Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Die 2015 vorgelegten Untersuchungsbefunde zeigen, dass die regionalen Unterschiede für die allgemeinbildenden Schulen generell bestätigt werden können.

Die Differenzen in den Unfallraten für die Bereiche Hochschulen und berufsbildende Schulen sind deutlich geringer und im Ländervergleich auch regional anders verteilt. Außerdem ereignen sich primär in den Gymnasien, Real- und Gesamtschulen bis zu zwei Drittel der gesamten Schulsportunfälle. Darüber hinaus wurde belegt, dass die Zunahme der schulischen Ganztagsangebote von besonderer Bedeutung für den Anstieg der Unfallzahlen ist. Im Abschlussbericht wird empfohlen, Schulen zur Selbstbewertung ihres Unfallgeschehens zu befähigen. Hierdurch können sie sich ein genaues Bild von den unfallträchtigen Bereichen ihrer Einrichtung machen und mit Hilfe des zuständigen Unfallversicherungsträgers wirksame Gegenmaßnahmen

einleiten – ein wichtiger Beitrag für eine sichere und gesunde Schulkultur (www.dguv.de; Webcode: dp53980).

Präventionsleistung Ermittlung

Ein Kontakt mit krebserregenden Stoffen lässt sich, trotz umfangreicher Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, nicht immer vermeiden. Nach der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) ist jeder Betrieb verpflichtet, ein Verzeichnis über Beschäftigte zu führen, die durch Tätigkeiten mit krebserzeugenden, keimzellmutagenen (erbgutverändernden) oder fruchtbarkeitsschädigenden Stoffen gefährdet sind. Dieses Verzeichnis dient der Beweissicherung im Rahmen des Berufskrankheiten-Verfahrens, da berufsbedingte Krebserkrankungen noch nach Latenzzeiten (Zeitraum vom Beginn der Einwirkung bis zur Erkrankung) von durchschnittlich 40 Jahren auftreten können.

Das Verzeichnis muss Angaben zu Höhe und Dauer der Exposition enthalten und ist nach Beendigung der Exposition 40 Jahre aufzubewahren. Den Beschäftigten ist ihr persönliches Verzeichnis auszuhändigen. Um Betriebe zu entlasten, können sie die Aushändigungs- und Archivierungspflicht auf den zuständigen Unfallversicherer übertragen. Hierzu wurde bei der DGUV die kostenfreie Zentrale Expositionsdatenbank (ZED) eingerichtet. Betriebe können damit problemlos ihr eigenes Verzeichnis anlegen, bearbeiten und verwalten. Und sie können Beschäftigte, die mit krebserzeugenden Substanzen umgegangen sind und bereits aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, zur sogenannten nachgehenden Vorsorge melden. Die ZED wird von den Sozialpartnern und der Wirtschaft unterstützt (www.dguv.de; Webcode: d1014446).

Präventionsleistung Qualifizierung

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gehören in Deutschland zu den größten Bildungsanbietern für den beruflichen Bereich. Qualifizierungsangebote richten sich an eine Vielzahl inner- und außerbetrieblicher Akteure. Auch die Aus- und Fortbildung von Ersthelferinnen und Ersthelfern stellt in diesem Zusammenhang einen bedeutenden Faktor dar. So wurden im Jahr 2015 für die Mitgliedsbetriebe fast 1,8 Millionen Personen bei einem Kostenvolumen von mehr als 52 Millionen Euro in Erster Hilfe aus- und fortgebildet.

Die Regierung von Bangladesch hat aus dem Einsturz der Textilfabrik Rana Plaza ihre Lehren gezogen. Das Land hat sich zum Ziel gesetzt, eine staatliche Unfallversicherung einzuführen. Dazu nahm eine bangladeschische Delegation, mit Vertreterinnen und Vertretern des staatlichen Arbeitsschutzes, der Arbeitgeber und der Beschäftigten, an einem vierwöchigen Intensivseminar am Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV teil. Kernthemen waren der soziale Dialog, die betriebliche Prävention und die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland. Auf der Basis des Austauschs wurde die Durchführung eines Modellprojekts vereinbart, das als Grundlage für die Errichtung einer Arbeitsunfallversicherung dienen soll. Bangladesch wird dabei von der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und der DGUV unterstützt (www.dguv.de; Webcode: dp113536).

Präventionsleistung Information und Kommunikation

Ohne einen zielgerichteten Transfer praxisnaher und wirksamer Präventionsprodukte und -leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung bleiben die meisten Angebote auf der Strecke, Menschen in Betrieben und Einrichtungen für mehr Sicherheit und Gesundheit zu gewinnen. Die 2015 abgeschlossene Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ hatte das Ziel, bundesweit arbeitsbedingte Rückenbelastungen durch verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze zu verringern. Ihre Kernbotschaft lautete: Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund. Dabei stand neben Überforderung durch schwere Arbeit und Unterforderung durch Bewegungsmangel auch der Einfluss psychischer Belastungen im Fokus. Eine begleitende Evaluation hat gezeigt, dass die vielfältigen Kampagnenangebote Betriebe und öffentliche Einrichtungen mit passgenau zugeschnittenen Präventionsmaßnahmen für einen gesunden Rücken unterstützen konnten. Die Abschlussdokumentation der Kampagne steht in Form eines filmischen Rückblicks sowie eines Begleithefts mit ausgewählten Evaluationsergebnissen zur Verfügung (www.dguv.de; Webcode: d98649). Die nächste Kampagne wird 2017 starten und thematisieren, wie Betriebe und öffentliche Einrichtungen eine Kultur der Prävention fördern können. ●

Messungen der UV-Durchlässigkeit von Kfz-Scheiben

Sonnenbrand hinterm Lenkrad?

Unterwegs im Fahrzeug wähnt man sich hinter den Scheiben gegenüber Sonnenstrahlung gut geschützt. Ob das wirklich so ist oder auch hier Gefahren wie Sonnenbrand und Hautkrebs drohen, hat das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) in Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern in einem Projekt untersucht.

UV-Strahlung – die omnipräsente Gefahr

Der Mensch ist solarer ultravioletter (UV-) Strahlung in Freizeit oder Beruf immer dann ausgesetzt, wenn er sich im Freien aufhält. Ein großer Teil der von der Sonne emittierten UV-Strahlung wird bereits in der Atmosphäre absorbiert. Der Wellenlängenbereich der UV-Strahlung wird noch einmal in drei Bereiche unterteilt: UV-C (100 nm bis 280 nm), UV-B (280 nm bis 315 nm) und UV-A (315 nm bis 400 nm). Je kürzer die Wellenlänge, desto höher die Energie und damit auch das Schädigungspotenzial. UV-C wird von der Ozonschicht der Erde völlig absorbiert, UV-B erreicht zu etwa zehn Prozent die Erdoberfläche und UV-A nahezu vollständig.

Neben den positiven Effekten der solaren Strahlung gibt es eine Reihe von Gefährdungen, die mit einer Exposition durch UV-Strahlung zusammenhängen. Langfristig kann sie verschiedene Formen von Hautkrebs auslösen. Innerhalb der letzten zwanzig Jahre hat sich die Inzidenzrate – also die Anzahl der jährlich hinzukom-

menden Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner – in der Europäischen Union mehr als verdoppelt.¹ Mit Blick auf die demographische Entwicklung und die Abnahme der Ozonschicht ist davon auszugehen, dass die Zahl der Hautkrebserkrankungen in der Zukunft deutlich steigen wird.

Sonnenstrahlung und Berufskrankheit

Seit dem 1. Januar 2015 können in Deutschland „Plattenepithelkarzinome oder multiple Aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit (BK) Nr. 5103 der Berufskrankheitenliste (Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung) anerkannt werden.

Für die Ermittlung der beruflichen Sonnenexposition hat das IFA einen Algorithmus entwickelt, die sogenannte Wittlich'sche Formel. Durch sie lassen sich auf Basis einer Referenzbestrahlung mit Hilfe individueller Zu- und Abschläge die Expositionen von versicherten Personen retrospektiv

berechnen.^{2,3} Die Faktoren in der Formel berücksichtigen zum Beispiel Expositionen sowie geographische und persönliche Besonderheiten.

Exposition in Fahrzeugen

Einer dieser Faktoren bildet Arbeitsbedingungen ab, die UV-Expositionen reduzieren. Hierzu zählen zum Beispiel Aufenthalte in Fahrzeugen. Bisher fehlte allerdings das Wissen über die Durchlässigkeit (Transmission) von Fahrzeugscheiben für UV-Strahlung. Bei der Prüfung einer Berufskrankheit ist die Berechnung zudem besonders schwierig, da viele zurückliegende Jahrzehnte erfasst werden müssen, in denen jeweils sehr unter-



Ergebnisse der Studie zeigen: Verbundglas- und Kunststoffscheiben schützen am besten vor UV-Strahlung.

schiedliche Glasarten für Fahrzeugscheiben verwendet wurden. Zu Beginn der 1990er-Jahre wurde eine Verbundglaspflicht für die Frontscheibe von Fahrzeugen eingeführt. Damit erhöhte sich erneut die Zahl der möglichen Expositionsszenarien. Betrachtet man die Transmission, interessiert die sogenannte erythemwirksame UV-Bestrahlung, also die Strahlung, die einen Sonnenbrand (Erythem) wie auch Hautkrebs auslösen kann, wenn sie die Frontscheibe durchdringt.

Systematische Messungen

Um die Transmission von Fahrzeugscheiben auch retrospektiv ermitteln zu können, hat das IFA-Team in Zusammenarbeit mit

den Unfallversicherungsträgern Fahrzeuge in Fahrzeugsammlungen und -museen mit Hilfe eines eigens entwickelten, mobilen Messaufbaus systematisch untersucht. Dabei gilt grundsätzlich: Seitenscheiben bestehen aus Vollglas, Frontscheiben seit dem Zulassungsjahr 1990 aus Verbundglas, vorher auch aus Vollglas. Die Messungen erstreckten sich auf Verbund-, Vollglas- und auch auf Kunststoffscheiben.

Schutzfaktor Fahrzeugscheibe

Die Ergebnisse zeigen: Die Schutzwirkung von Fahrzeugscheiben ist groß. Die verschiedenen Scheibentypen lassen sich gemäß ihrer Transmissionsfähigkeit für UV-Strahlung in zwei Gruppen einteilen:

Vollglasscheiben mit einer Transmission von 5 bis 10 Prozent und einer daraus folgenden Absorptionsrate von 90 bis 95 Prozent der erythemwirksamen UV-Strahlung einerseits. Verbundglas- und Kunststoffscheiben andererseits, die sogar nur zwischen 1 und 2 Prozent der einfallenden Strahlung transmittieren.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind nicht nur für die Berechnung der Exposition im BK-Verfahren von Bedeutung. Im Rahmen der Prävention ließe sich auf Basis der Erkenntnisse die Wirkung der Fahrzeugscheiben als UV-Schutzfaktor angeben (UPF, englisch für ultraviolet protection factor). Konkret hieße das: Vollglasscheiben haben einen UPF zwischen 10 und 20, Verbundglas- und Kunststoffscheiben einen UPF zwischen 50 und 100. Der UPF gibt an, um welchen Faktor sich die Expositionszeit bis zum Erreichen der Sonnenbrandschwelle verlängern würde. Wie bei allem ist aber die Kenntnis eines einzelnen Faktors nicht hinreichend, um auf die gesamte Exposition zu schließen. Diese hängt von vielen Faktoren ab und muss im Rahmen eines Tätigkeitsprofils detailliert beurteilt werden.

Die Messergebnisse bei Kfz-Scheiben werden zukünftig auch mit dem Projekt „GENESIS-UV“ (www.dguv.de/genesis) verknüpft, in dem detaillierte UV-Belastungsdaten für verschiedenste Tätigkeiten gesammelt und ausgewertet wurden und werden. Die Exposition in Fahrzeugen lässt sich so genauer analysieren.

Fazit

Fahrzeugscheiben senken die Exposition gegenüber UV-Strahlung stark. Insbesondere Scheiben mit einem Kunststoffanteil (Verbundglas, reiner Kunststoff) absorbieren UV-Strahlung nahezu vollständig.

Bei der Ermittlung länger zurückliegender Expositionen sind ihre Gesamtumstände näher zu betrachten; dies gilt insbesondere für Vollglasscheiben. Für die Kenntnis der jeweils verbauten Scheibenart ist die Historie der verwendeten Fahrzeuge von Interesse. In speziellen Fällen spielt auch die Fahrtroute eine Rolle, denn die Fahrtrichtung bestimmt die Einstrahlung durch die Scheibe auf die Haut. Das gilt umso mehr, wenn Fahrzeuge keine Klimaanlage hatten und lange Zeiten mit offener Seitenscheibe gefahren wurden. ●

Autor



Dr. Marc Wittlich

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

Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen

Evaluation der „Weiterbildung zum Betrieblichen Gesundheitsmanager“

Ein wiederkehrendes Thema in der Weiterbildung: Können die Teilnehmenden das Gelernte in der Praxis umsetzen? Um herauszufinden, wie das vermittelte Wissen aus der Weiterbildung zum „Betrieblichen Gesundheitsmanager“ in den beruflichen Alltag übertragen wird, hat die Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW) mit dem Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) ein Evaluationsprojekt aufgelegt.

Seit 2012 bietet die BGHW Beschäftigten aus ihren Mitgliedsbetrieben, welche mit dem Themenfeld Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz beauftragt sind, eine neuntägige Weiterbildung an. Sie orientiert sich inhaltlich und methodisch an den „Empfehlungen für die Qualifizierung zum/r Betrieblichen Gesundheitsmanager/in“ des Fachbereichs „Gesundheit im Betrieb“ der DGUV.

Zweck der Evaluation war es, die Qualität der Weiterbildung zu prüfen, um bei Bedarf

Autorinnen

Esther Foege
Bereich Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: esther.foege@dguv.de

Dr. Annetrin Wetzstein
Bereich Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement
Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: annetarin.wetzstein@dguv.de

Indra Bremser-Eckhard
Referat Gesundheit im Betrieb
Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW)
E-Mail: i.bremser-eckhard@bghw.de

Christina Helfer
Referat Gesundheit im Betrieb
Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW)
E-Mail: c.helfer@bghw.de

Maßnahmen zur Optimierung zu ergreifen. Mit einer Online-Befragung, bei der die oben genannten Aspekte erfragt wurden, konnten sechs verschiedene Kursgruppen erreicht werden (Gesamtzahl 77 von 90 ausgebildeten Personen). Die Auswertung basiert auf 43 Rückläufern.

Wie wird die Weiterbildung insgesamt bewertet?

Insgesamt wird die Weiterbildung zum Betrieblichen Gesundheitsmanager von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet. Das betrifft den gesamten Aufbau inklusive der einzelnen Module, aber auch Inhalt, methodische Vermittlung und Praxisorientierung. Eine Weiterempfehlungsquote seitens der Befragten von 100 Prozent bestätigt ein qualitativ hochwertiges und in sich gut aufgestelltes Weiterbildungskonzept. Somit ist aus Sicht der Befragten das Konzept zielgruppenorientiert aufgebaut, und das dort vermittelte Fachwissen kann in die praktische Tätigkeit im Unternehmen einfließen.

Werden die angestrebten Ziele mit der Weiterbildung erreicht?

Laut Konzept dient die „Weiterbildung zum Betrieblichen Gesundheitsmanager“ unter anderem dem Kompetenzerwerb, der Integration von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) in die betrieblichen Abläufe und Strukturen sowie der Sicherstellung einer systematischen Vorgehensweise im BGM.

Durch die Teilnahme an der Weiterbildung berichten die Befragten über gestiegene Kompetenzen für ihre Aufgaben im BGM:

Schätzten sich 70 Prozent der Teilnehmenden vor der Weiterbildung als „etwas be-

ziehungsweise gar nicht kompetent“ ein und nur 30 Prozent als „kompetent“, sind es nach der Weiterbildung 40 Prozent, die sich „sehr kompetent“ zum Thema fühlen und weitere 60 Prozent als „kompetent“, was einen signifikanten Anstieg bedeutet. Jeweils 93 Prozent der Teilnehmenden fühlen sich fachlich und methodisch sowohl gerüstet als auch motiviert, das Gelernte im Betrieb anzuwenden.

Die Einführung von BGM im Unternehmen ist den Aussagen der Teilnehmenden zufolge mit einer strategischen Herangehensweise sowie entsprechender Konzepterstellung und Planung gut gelungen. Die Abbildung 1 zeigt, wie relevant die zwölf inhaltlichen Themenschwerpunkte aus der Weiterbildung für die Befragten im betrieblichen Alltag als Gesundheitsmanager und Gesundheitsmanagerin sind.

Den meisten Teilnehmenden ist es zwar gelungen, BGM in Strukturen und Abläufe des Unternehmens zu integrieren, jedoch nicht allen. Hier wird die BGHW prüfen, wie sie dazu weitere Unterstützung leisten kann.

Erfahrungsaustausch und Netzwerken

Ein weiteres Ziel der Weiterbildung ist es, den Erfahrungsaustausch zu ermöglichen und über ein Netzwerk zu erhalten. Der Austausch während der Weiterbildung ist in jedem Fall gelungen. Auch nach Abschluss der Weiterbildung hat etwa die Hälfte der Befragten mit anderen kommuniziert. Dieses Potenzial nutzt die BGHW bereits, indem sie den Alumni die im Jahr 2014 ins Weiterbildungskonzept integrierte Lernplattform für weiteren Wissenstransfer und den Aufbau eines Netzwerks gezielt zur Verfügung stellt.

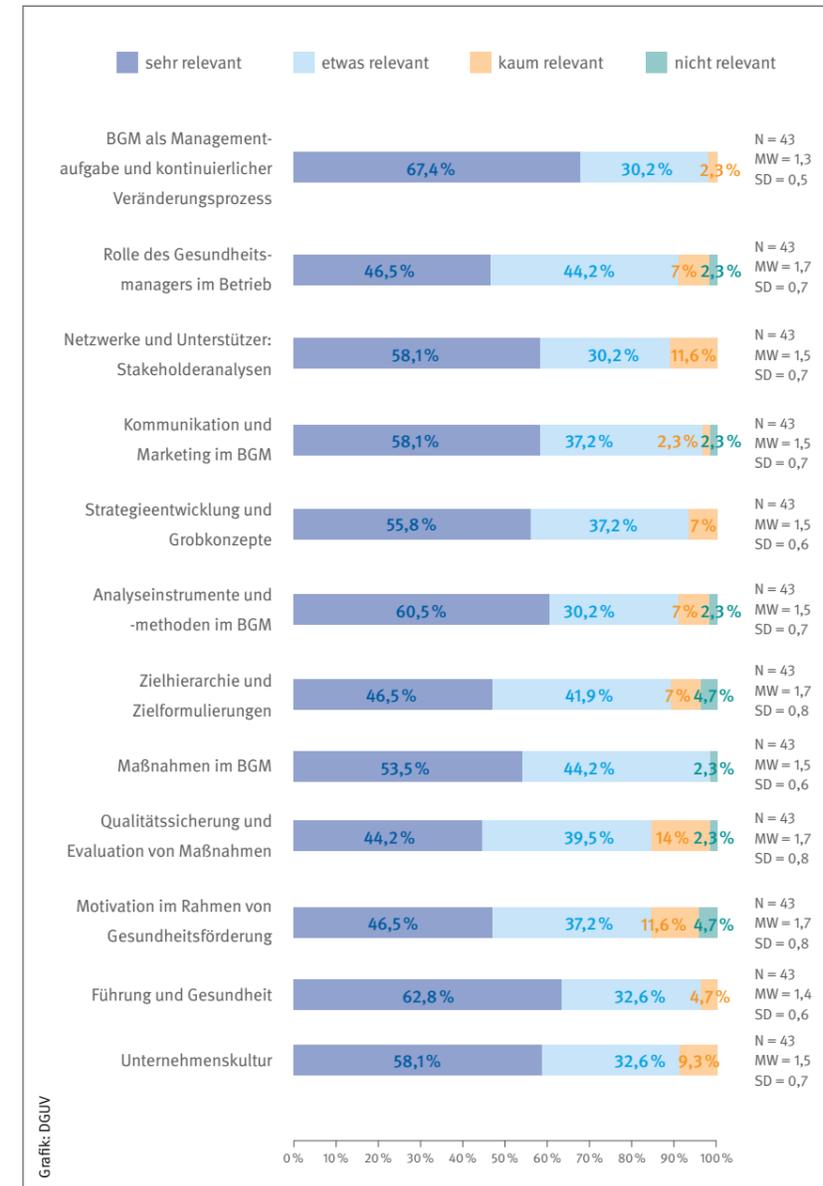


Abbildung 1: Relevanz der Weiterbildungsinhalte in der betrieblichen Praxis aus Sicht der Teilnehmenden

Welche Erfahrungen machen die Teilnehmenden mit ihrer Weiterbildung im Betrieb?

Die Wirksamkeit der Qualifizierung ist mit gut zu bewerten. Die Teilnehmenden haben Maßnahmen der Gesundheitsförderung kontinuierlich im Betrieb umsetzen können. So wurden unter anderem Gesundheitszirkel gegründet, Mitarbeiterbefragungen und Arbeitsplatzanalysen durchgeführt sowie Sportangebote erweitert. Besonders deutliche Veränderungen zeigen sich bei der Schaffung struktureller Voraussetzungen;

hierzu gehört etwa, das Thema im Leitbild zu verankern sowie zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen bereitzustellen. Die Reaktionen im Betrieb sind vor allem bei den Kolleginnen und Kollegen positiv; bei 60 Prozent der Führungskräfte gab es keine oder geteilte Reaktionen. Wünschenswert wäre es natürlich, wenn die Führungskräfte und Kolleginnen und Kollegen die BGM-Maßnahmen zukünftig noch stärker unterstützen und die Akzeptanz für das Themengebiet BGM im Betrieb insgesamt weiter wächst.

In welcher Form könnte die Weiterbildung optimiert werden?

Die Ergebnisse der Befragung haben ergeben, dass grundsätzlich alle im Konzept angedachten Ziele mit der Weiterbildung erreicht werden. Eine grundlegende Überarbeitung des Weiterbildungskonzepts ist auf Basis der Evaluationsergebnisse nicht notwendig.

Einige Teilnehmende wünschen sich mehr Zeit zwischen den Modulen und mehr Angebote für Führungskräfte generell, die das BGM unterstützen. In verschiedenen Äußerungen kam zum Ausdruck, dass noch mehr Praxisbezug hilfreich wäre. Zum Beispiel wurde der Wunsch nach mehr guten Beispielen geäußert, aber auch eine stärkere Differenzierung der Handlungshilfen bezüglich unterschiedlicher Ausgangssituationen in den Betrieben. Mehrfach wurde angeregt, dass eine Prüfung oder Zertifizierung am Ende der Weiterbildung einen Mehrwert darstellen würde.

Erfüllen die Teilnehmenden nach der Weiterbildung die für sie vorgeesehenen Aufgaben?

Fast alle Teilnehmenden sind nach der Weiterbildung im BGM aktiv, entweder in Hauptverantwortung oder im Team, und viele konnten das BGM in Strukturen, Prozessen und hinsichtlich bereitgestellter Ressourcen im Betrieb verankern. Zudem ist interessant, dass 95 Prozent der Teilnehmenden noch im selben Unternehmen tätig sind wie zur Zeit ihrer Teilnahme an der Weiterbildung. Das zeigt, dass eine nachhaltige Umsetzung des Gelernten möglich war.

Fazit: Die in der Weiterbildung der BGHW vermittelten Inhalte und angewandten Methoden haben somit nicht nur theoretisch die Praxis erreicht, sondern konnten tatsächlich nachhaltig praktisch im Betrieb angewandt und umgesetzt werden. Dies untermauert die „Empfehlungen für die Qualifizierung zum/r Betrieblichen Gesundheitsmanager/in“ des Fachbereichs „Gesundheit im Betrieb“ der DGUV.

i Weitere Informationen zur Weiterbildung erhalten Sie über: gesundheitschutz@bghw.de oder www.bghw.de/seminare

Haus der kleinen Forscher

Kinder forschen zu Prävention

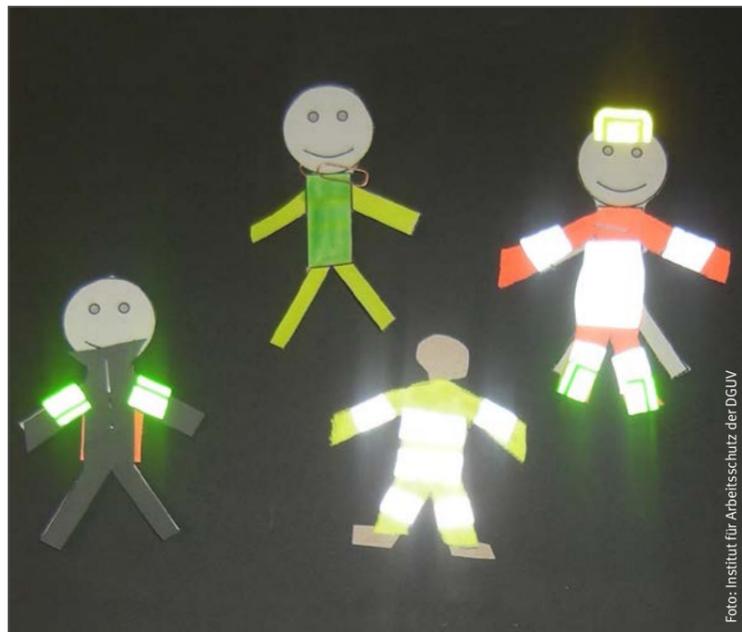
Kinder begreifen schneller, wenn sie Dinge selbst erforschen. Die Aha-Erlebnisse beim Untersuchen einer Warnweste motivieren, diese tatsächlich zu tragen. Fünfzehn einfache Spiel- und Experimentierideen für Kita und Grundschule sensibilisieren für das Thema Prävention.

In den meisten Kitas und Grundschulen gehört es zum Alltag, Präventionsthemen wie Sicherheit im Straßenverkehr, Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle, Hygiene oder Sonnenschutz zu vermitteln. Sie werden auf unterschiedliche Art und Weise zugänglich gemacht: oft instruktiv (als vorgegebene Regeln), häufig mit externer Unterstützung, etwa dem Besuch der Verkehrspolizei, und im Einzelfall dürfen die Kinder das Thema selbst erforschen. Es gibt eine ganze Reihe von Angeboten der Unfallversicherungsträger, Krankenkassen oder anderer Akteure im Gesundheitsschutz, die gezielt Faktoren wie Lärm oder Bewegungsförderung kindgerecht erfahrbar machen. Ziel des Kooperationsprojektes „Kinder forschen zu Prävention“ der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) war es, Beispiele dieser Art zu sammeln und für die einfache Umsetzung in Kita- und Grundschule aufzubereiten.

Das Vorbild:**Haus der kleinen Forscher**

Die Stiftung „Haus der kleinen Forscher“ hat sich seit ihrer Gründung vor zehn Jahren als größte bundesweit agierende Initiative für frühkindliche Bildung im MINT-Bereich (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaft und Technik) etabliert. Ihr bewährtes Konzept stand Pate für die Umsetzung des Projektes. Der pädagogische Ansatz basiert auf dem gemeinsamen von den Kindern und dem pädagogischen Fachpersonal gestalteten Forschungsprozess. Die untersuchten Fragen knüpfen an die Alltagserfahrungen der Kinder an und ermöglichen ihnen Erfahrungen auf der Basis ihres Vorwissens. Die Forschungsideen sind daher als Ausgangspunkte für einen individuell gestalteten Lernprozess gedacht und nicht als strenger Lehrplan.

In Form von Experimentierkarten wird das pädagogische Fachpersonal beim leichten Einstieg in die Materie unterstützt: Wie ein Kochrezept bieten diese neben einer illustrierten Beschreibung des Experiments eine Liste des benötigten Materials (hauptsächlich leicht verfügbare Alltagsgegenstände), Erweiterungsideen, naturwissenschaftliches Hintergrundwissen und den Präventionsgedanken, der damit vermittelt werden kann. Die größte Motivation der pädagogischen Fachkräfte wird allerdings erreicht, wenn diese in einem von geschulten Trainerinnen und Trainern durchgeführten Workshop die Gelegenheit haben, gemeinsam mit anderen die Experimente vorher selbst kennenzulernen. Die dort erlebte positive Lernerfahrung ist die beste Garantie für eine engagierte Umsetzung in ihrer Bildungseinrichtung.



Figuren mit selbst gestalteter Warnkleidung können im Pappkarton auf ihre Sichtbarkeit hin untersucht werden.

Autorinnen und Autor**Michael Hauke**

Referat Neue Technologien –
Mensch & Technik
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: michael.hauke@dguv.de

Stefanie Becker

Abteilung Prävention
Unfallkasse Rheinland-Pfalz
E-Mail: s.becker@ukrlp.de

Heike Brüggemann-Prieshoff

Referat Toxikologie der Arbeitsstoffe
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: heike.brueggemann@dguv.de



Foto: Institut für Arbeitsschutz der DGUV

Gehörschutz und Warnwesten schützen nur, wenn sie auch getragen werden.

Geht das auch mit Prävention?

Da die DGUV als Pate des Hauses der kleinen Forscher bereits seit mehreren Jahren im Institut für Arbeitsschutz Workshops zu MINT-Themen anbietet, lag es nahe, hier die eigenen Kernthemen Sicherheit und Gesundheit auf dieselbe Weise anzubieten. Gemeinsam mit der Unfallkasse Rheinland-Pfalz wurden dazu auf Basis typischer Gefährdungen in Kita und Grundschule fünf Schwerpunkte ausgewählt: Sichtbarkeit im Straßenverkehr, Stolpern – Rutschen – Stürzen, Hygiene und Hautschutz, Haushaltsgifte und Lärm. Zu jedem dieser sogenannten Module liegen mittlerweile drei bis vier Forschungsideen inklusive Erweiterungsvorschlägen als Experimentierkarten im oben beschriebenen Format vor. Alle Experimente wurden bereits im Rahmen erster Workshops von Erzieherinnen und Erziehern ausprobiert und von ihnen in ihrer Bildungseinrichtung mit Kindern getestet. Die Rückmeldungen aus der Praxis haben zu entsprechenden Anpassungen geführt.

Warum sind Warnwesten cool?

Lässt sich mit einem Pappkarton, einer Warnweste, einer Taschenlampe und grau-

er Pappe vermitteln, was Warnwesten so besonders macht? Mit der richtigen Anleitung: Ja!

Man nehme einen länglichen Karton, mache auf einer Stirnseite zwei Löcher hinein und befestige auf der anderen Stirnseite von innen zwei Pappfiguren: eine aus dunkler Pappe und eine zweite, die mit dem Stoff einer zerschnittenen Warnweste inklusive Reflektorstreifen beklebt wird. Nun schließt man den Karton, beleuchtet durch ein Loch die Figuren und beobachtet durch das andere Loch, ob die Warnweste einen Unterschied macht. Probieren Sie es aus! Die genaue Anleitung finden Sie auf den an Ende des Beitrags genannten Projektseiten.

Warum der gelbe oder orange Stoff der Warnweste so hell erscheint, können die Kinder in einem Geheimschrift-Experiment selbst erfahren: Zeichnen sie mit einem optisch aktiven Textmarker ein Motiv auf einen gleichfarbigen Untergrund, so ist dieses bei normalem Licht kaum erkennbar. Im ultravioletten Licht enthüllt es aber sein Geheimnis als hell leuchten-

des Objekt. Dazu reicht ein einfacher Geldscheinprüfer aus dem Versandhandel, der nebenbei noch für andere Experimente benutzt werden kann. Haben Kinder eine Warnweste auf diese Weise erlebt, sollten sie der Ermahnung, diese auf dem dämmrigen Weg zur Kita oder Schule anzuziehen, mehr Verständnis entgegenbringen. In weiteren Versuchen können sie erkennen, dass dunkle Gegenstände in dunkler Umgebung kaum sichtbar sind – und dies zudem gleich beim Schwarzen Theater umsetzen. Ähnliche Ideen, die teilweise auch in spielerischer Form verpackt sind (Lärmspiele, Bewegungsspiele, Memory mit Gefahrstoffsymbolen), stehen ebenfalls für die vier anderen Module zur Verfügung.

Wie kommt das Angebot in die Bildungseinrichtungen?

Der erste Schritt zur Verbreitung der Forschungsideen erfolgt mit der Veröffentlichung von fünfzehn Experimentierkarten Anfang 2017 auf den Internetseiten der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV. Wie die Erfahrung aus dem Haus der kleinen Forscher zeigt, ist der nachhaltigere Weg aber das begleitende Angebot von Workshops für das pädagogische Fachpersonal – am besten bundesweit. Neben dem Kennenlernen der Experimente und dem Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden werden dort auch pädagogische Inhalte diskutiert, etwa wie sich das kindliche Gefahrenbewusstsein entwickelt oder wie in Kita oder Schule eine Kultur der Prävention etabliert werden kann. Wir suchen dazu interessierte Personen, die bereit sind, nach einer zweitägigen Ausbildung zu Trainerinnen und Trainern diese Workshops für Erzieherinnen und Erzieher anzubieten. Über eine E-Mail an uns würden wir uns freuen!

i Kinder forschen zu Prävention

Experimentierkarten, Vorlagen und Informationen: www.dguv.de/webcode/d104325 und www.ukrlp.de, Webcode: b1006

Informationen zum Projekt: <http://www.dguv.de/webcode/dp83137>

Haus der kleinen Forscher, bundesweite Initiative für frühkindliche Bildung im MINT-Bereich: <http://www.haus-der-kleinen-forscher.de>

Weiterentwicklung des Berufskrankheiten-Rechts

„Evolution statt Revolution“



von links: Manfred Wirsch und Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting sind die Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Die Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen schlägt dem Gesetzgeber vor, das Berufskrankheiten-Recht (BK-Recht) weiterzuentwickeln. Das haben die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen und Versicherten auf der Mitgliederversammlung der DGUV Anfang Dezember 2016 beschlossen. Wir sprachen mit den DGUV-Vorstandsvorsitzenden Manfred Wirsch (Versicherte) und Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting (Arbeitgebende) über die vorgeschlagenen Änderungen und ihre Hintergründe.

Herr Wirsch, Herr Dr. von Leoprechting, die Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen plädiert für Veränderungen im BK-Recht. Was ist der Hintergrund?

Wirsch: Das BK-Recht hat sich lange Zeit im Windschatten der sozialpolitischen Debatten befunden. In der jüngeren Vergangenheit ist die Aufmerksamkeit für diesen Bereich des Sozialrechts allerdings gewachsen. Verschiedene Gruppen haben ihre Vorstellungen dazu geäußert, welche Probleme aus ihrer Sicht bestehen, und Lösungen vorgeschlagen: Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Mediziner,

Wissenschaftler, Parteien. Darüber haben wir natürlich auch in der Selbstverwaltung gesprochen. Das Ergebnis liegt nun vor.

Welche Veränderungen schlägt die Selbstverwaltung vor?

von Leoprechting: Wir machen Vorschläge in fünf Handlungsfeldern: Expositionsermittlung, Unterlassungszwang, Rückwirkung, Forschung und ärztlicher Sachverständigenbeirat. Hier machen wir konkrete Vorschläge, wie eine Lösung aussehen könnte. Das geht bis zu möglichen Gesetzesformulierungen.

Wirsch: Wichtig ist, dass es uns um eine Weiterentwicklung im bestehenden System geht. Wir wollen zum Beispiel keine Abkehr von Regelungen, die sich aus unserer Sicht bewährt haben – zum Beispiel der Kausalzusammenhang, also der Nachweis, dass die Arbeit eine Erkrankung verursacht hat, oder die BK-Liste, in der klar geregelt ist, welche Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt werden können. Unsere Lösungen bauen auf dem bestehenden Fundament auf.

von Leoprechting: Wir setzen auf Evolution statt Revolution.

Sie sprachen gerade die Expositionsermittlung an. Hierzu hat es in den vergangenen Jahren immer wieder Diskussionen gegeben. Kritiker sind der Ansicht, dass es unmöglich sei, Jahrzehnte später festzustellen, wie stark Versicherte Gefahrstoffen wie Asbest bei der Arbeit ausgesetzt waren.

Wirsch: Die Ermittlung ist nach so langer Zeit unbestritten schwierig. Aber es gibt Möglichkeiten, sich zu behelfen, wenn der eigentliche Arbeitsplatz nicht mehr existiert – zum Beispiel Expositionskataster, in denen die Belastungen für vergleichbare Tätigkeiten an vergleichbaren Arbeitsplätzen beschrieben sind. Diese Beweiserleichterungen wollen wir ausbauen – nur muss dieses Vorgehen auch gesetzlich legitimiert sein. Nicht nur wegen der Beweisregeln im Verwaltungsverfahren, sondern auch aus Sicht des Datenschutzes. Wir glauben, dass wir auf diesem Weg – und mit weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung – mehr erreichen als mit radikalen Forderungen.

Die Selbstverwaltung plädiert auch dafür, den Unterlassungszwang aufzubrechen. Was hat es damit auf sich?

Wirsch: Der Unterlassungszwang betrifft nur neun Berufskrankheiten. Auf diese entfällt aber die Hälfte der Fälle. Hier besteht derzeit eine Besonderheit bei der Anerkennung: Die Versicherten müssen so schwer erkrankt sein, dass sie ihre Tätigkeit aufgeben müssen. Nur dann kann anerkannt werden.

von Leoprechting: So weit sollte es aber besser gar nicht kommen. Bei einigen dieser Erkrankungen kann viel getan werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Oder durch Umgestaltung der Arbeit werden die krankmachenden Belastungen so verringert, dass die Beschäftigten in ihrem Beruf weiter arbeiten können – beides ist auch im Sinne der Arbeitgeber.

Wirsch: Der Unterlassungszwang führt dann aber zu einem paradoxen Ergebnis: Die Versicherten können weiter in ihrem

Job arbeiten. Nur: Nun wird ihre Erkrankung nicht als Berufskrankheit anerkannt, denn dafür müssten sie die Tätigkeit ja aufgeben. Das ist nicht vermittelbar. Gleichzeitig stellen auch die Gerichte diese versicherungsrechtliche Voraussetzung immer wieder in Frage, weil sie im Einzelfall unverhältnismäßige Folgen haben kann. Zum Beispiel, wenn dadurch bei älteren Beschäftigten Arbeitslosigkeit vorprogrammiert ist.

Aber besteht nicht dennoch das Risiko, dass sich Leute dann weiter selbst schädigen?

Wirsch: Bei der Mehrheit sicher nicht. Die meisten Menschen wollen gesund bleiben.

von Leoprechting: Und für die Fälle, in denen sich Menschen – aus welchem Grund auch immer – nicht aus eigenem Antrieb schützen, wollen wir eine Mitwirkungspflicht an präventiven Maßnahmen verankern, wie sie zum Beispiel schon für die Rehabilitation im SGB I besteht. ▶



Ein Handwerker verlegt im Knien einen Laminatboden. Er trägt dazu den passenden Knieschutz, um zu verhindern, dass er an einer Gonarthrose erkrankt.

Steigen denn die Kosten durch den Wegfall des Unterlassungszwangs?

Wirsch: Zunächst muss man daran erinnern: Es geht hier um eine Ungleichbehandlung. Warum muss ein Versicherter mit beruflich bedingter Rückenerkrankung seine Tätigkeit aufgeben, damit die Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt wird, ein Versicherter mit Gonarthrose aber nicht? Nachvollziehbar ist das nicht. Hinzu kommt, dass der Unterlassungszwang auch mit der grundgesetzlich garantierten Berufsfreiheit nur schwer in Einklang zu bringen ist.

von Leoprechting: Die genauen Kosten können wir nicht vorhersehen. Das hat folgenden Grund: Den Wegfall des Unterlassungszwangs kann man nur umsetzen, wenn die Bundesregierung die entsprechenden Berufskrankheiten wesentlich besser definiert, als es derzeit in der BK-Verordnung der Fall ist. Es ist jedoch realistisch anzunehmen, dass die Folgen dieser Änderung im Verhältnis zu den gesamten Ausgaben überschaubar bleiben werden.

Warum?

von Leoprechting: Weil der Aufgabenzwang derzeit in vielen Fällen das Merkmal ist,

mit dem eine BK von einer leichten Erkrankung unterschieden wird. Es wäre zum Beispiel nicht hilfreich, wenn jeder Hexenschuss gleich zu einer Verdachtsanzeige auf eine Rücken-BK führt. Ohne bessere Definitionen geht es also nicht. Und erst mit besseren Definitionen können wir Aufwand und Nutzen beschreiben.

Eine weitere Forderung betrifft die Rückwirkung bei der Einführung neuer Berufskrankheiten.

Wirsch: In der Vergangenheit hatten die Regelungen für die Rückwirkung häufig ein absurdes Ergebnis: Durch Stichtagsregelungen wurden gerade jene Versicherten von einer Anerkennung ausgeschlossen, deren Erkrankungen Grundlage für die wissenschaftliche Erkenntnis war, die dann zur Einführung einer Berufskrankheit führte. Das hat in Einzelfällen auch schon zu nachträglichen Neuregelungen geführt – zum Beispiel im Fall der chronisch-obstruktiven Bronchitis bei Bergleuten. Da ist es doch besser, der Gesetzgeber stellt sicher, dass Berufserkrankte von vornherein gleich behandelt werden.

Letzter Punkt: Sie fordern auch mehr Transparenz bei der Forschung und

Einführung neuer Berufskrankheiten.

von Leoprechting: Die Öffentlichkeit weiß viel zu wenig darüber, wer in diesem Bereich welche Aufgaben hat. Den Ärztlichen Sachverständigenbeirat im Arbeitsministerium kennen zum Beispiel nur Insider. Das sollte in einer Demokratie anders sein. Die gesetzliche Verankerung des Beirats zu fordern, ist nur konsequent.

Wirsch: Bei der Transparenz nehmen wir uns auch selbst in die Pflicht. Daher haben wir vorgeschlagen, dass die gesetzliche Unfallversicherung jährlich Auskunft über ihre Forschung zu Berufskrankheiten geben muss.

Wie geht es nun weiter?

von Leoprechting: Wir haben unsere Vorschläge in Form eines Weißbuchs an die Politik übergeben – verbunden mit der Hoffnung, dass Parlament und Regierung sie als Richtschnur für die Gesetzgebung verwenden werden.

Wirsch: Ganz nach dem bewährten Motto: „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Stefan Boltz, DGUV.

„Arbeitssicherheit ist für uns bei juwi kein Drahtseilakt. Dank der Unterstützung des Universum Verlags können wir unsere Mitarbeiter gut, einfach und sehr strukturiert schulen.“

juwi AG, Wörrstadt



Unterweisungs-Manager

EINFACH FLEXIBEL LEISTUNGSSTARK

Eine Plattform für alle Ihre Unterweisungs-Aktivitäten

- Einfache Bedienung
- Ohne Installationsaufwand – in nur 2 Tagen einsatzbereit
- DGUV-Test zertifizierte E-Learning-Module
- Flexibel um eigene Inhalte erweiterbar
- Zentrale Dokumentation und Reportings

Entdecken Sie die Möglichkeiten einer innovativen Unterweisungs-Plattform:

www.unterweisungs-manager.de

UV Universum Verlag

Die Problematik der Aufnahme sogenannter Volkskrankheiten in die BK-Liste

Sind Mindestbelastungsdosen ein geeignetes Abgrenzungskriterium?

Der nachfolgende Artikel skizziert die wesentlichen Inhalte der Bachelorarbeit „Zur Problematik der Aufnahme sogenannter Volkskrankheiten in die Berufskrankheiten-Liste unter besonderer Betrachtung der Angabe von Mindestbelastungsdosen im Berufskrankheitentatbestand als geeignetes Abgrenzungskriterium, dargestellt anhand der Beispiele der Berufskrankheiten Nr. 2108, 2112 und 5103“. Sie wurde auf den XI. Potsdamer BK-Tagen mit dem Förderpreis „Berufskrankheiten“ der DGUV ausgezeichnet.

Seit ihrer Einführung im Jahr 1925¹ wurde die Liste der Berufskrankheiten kontinuierlich erweitert. Dabei wurde nicht nur im Rahmen ihrer jüngsten Novellierung zum 1. Januar 2015² kritisiert, es gingen vermehrt Erkrankungen in die Liste ein, die eher Volks- als Berufskrankheiten seien, weshalb sich hierfür die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung nicht begründen lasse.³ Von den derzeit 77 anererkennungsfähigen Berufskrankheiten (BKen)⁴ betraf diese Kritik zum Beispiel die Listen-Nummern 2108, 2112 und 5103⁵ mit ihren jeweiligen Krankheitsbildern, den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, der Gonarthrose und dem Hautkrebs in Form von Plattenepithelkarzinomen oder multiplen aktinischen Keratosen nach Einwirkung von natürlicher UV-Strahlung.

Der Begriff der Volkskrankheit

Bei der Zuordnung dieser Erkrankungen zu den Volkskrankheiten gilt es jedoch zu beachten, dass weder eine wissenschaftlich anerkannte Definition des Begriffs noch ein verbindlich festgelegter Schwellenwert existiert, ab wann eine Erkrankung als Volkskrankheit zu bezeichnen ist.⁶ Dennoch impliziert bereits der Begriff, dass es sich um Krankheiten handelt, „von denen eine große Zahl der Bevölkerung

bereits betroffen ist oder betroffen sein kann“.⁷ Es sind also „weitverbreitete Krankheiten oder Krankheitsfelder mit hoher Mortalitäts- bzw. Morbiditätslast“⁸, denen bei globaler Betrachtung vornehmlich Infektionskrankheiten, in Deutschland hingegen insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebsleiden und Erkrankungen der Atemwege zuzuzählen sind.⁹ Aber auch die Zuordnung von Krankheitsbildern zu den Volkskrankheiten wie die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, der Gonarthrose oder dem Hautkrebs lässt sich anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes¹⁰ und von Angaben des Robert-Koch-Institutes¹¹ stützen.

Probleme bei Aufnahme sogenannter Volkskrankheiten in die Berufskrankheiten-Liste

Grundsätzlich ist für die Aufnahme einer Krankheit in die BK-Liste im Sinne von § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII auch die Annahme eines generellen Ursachenzusammenhangs¹² zwischen den dort benannten besonderen Einwirkungen und der betreffenden Krankheit erforderlich. Der generelle Ursachenzusammenhang verlangt den Nachweis eines berufsgruppenspezifisch erhöhten Erkrankungsrisikos.¹³

Dieser Nachweis ist naturgemäß jedoch umso schwerer zu führen, je häufiger eine Krankheit ohnehin schon einen großen Teil der Bevölkerung betrifft, welcher nicht oder aber nur mäßig der jeweiligen Einwirkung ausgesetzt ist.¹⁴ Kommt es dennoch zur Aufnahme eines den Volkskrankheiten zuzuordnenden Krankheitsbildes in die BK-Liste,

so wirkt sich dies entsprechend auch auf die spätere Beurteilung der haftungsbegründenden Kausalität aus, wenn die jeweilige BK im Einzelfall anerkannt werden soll.¹⁵ Es handelt sich nämlich um Erkrankungen, die sowohl auf beruflichen als auch auf außerberuflichen Ursachen beruhen können und zudem nicht immer ein einwirkungstypisches Krankheitsbild oder einen einwirkungsspezifischen Krankheitsverlauf aufweisen.¹⁶

Dieser Problematik hat der Verordnungsgeber insofern Rechnung getragen, als dass er gerade bei der Bezeichnung entsprechender Berufskrankheiten im Verordnungstext und in den wissenschaftlichen Begründungen Abgrenzungen und Präzisierungen vorgenommen hat, um die tatsächlichen, nicht beruflich bedingten Volkskrankheiten von der Anerkennung als BK auszuschließen.

Dosisangaben und die Auswirkung ihrer Erscheinungsformen

Ein Beispiel einer derartigen Form der Abgrenzung stellt die Angabe einer Mindestbelastungsdosis im BK-Tatbestand dar. Hierbei handelt es sich mindestens um die Dosis der besonderen Einwirkungen im Sinne von § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII, „die mit einer Verdopplung des Erkrankungsrisikos in der bestimmten, besonders exponierten Personengruppe im Vergleich zur übrigen Bevölkerung verbunden ist.“¹⁷

Mit Hilfe der Mindestbelastungsdosis kann beurteilt werden, ob die hierdurch ausgedrückten, sogenannten arbeitstechnischen Voraussetzungen einer Berufskrankheit



Bei den meisten Anträgen auf Anerkennung einer Berufskrankheit ist zu klären, ob sie beruflich oder privat verursacht wurden.

vorliegen, die letztlich auch Teil der Kausalitätsprüfung im Einzelfall sind.¹⁸ Dabei sind hinsichtlich der eingangs aufgeführten Beispiele für Berufskrankheiten verschiedene Erscheinungsformen zu differenzieren: So findet sich bei der BK-Nr. 2112 eine Mindestbelastungsdosis, die vom Verordnungsgeber direkt in den Berufskrankheitentatbestand implementiert wurde. Bei der BK-Nr. 2108 hingegen wurden die arbeitstechnischen Voraussetzungen im BK-Tatbestand durch unbestimmte Rechtsbegriffe umschrieben. Diese unbestimmten Rechtsbegriffe wurden mit der Einführung des Mainz-Dortmunder-Dosismodells (MDD)¹⁹ durch die Praxis quantifiziert und in der Folge durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts²⁰ modifiziert, wodurch hier ebenfalls eine Mindestbelastungsdosis vorhanden ist.

Als weitere Erscheinungsform wurde bei der BK-Nr. 5103 innerhalb der wissenschaftlichen Begründung eine Mindestbelastungsdosis beschrieben, die auf einer wissenschaftlichen Konvention beruht.²¹ Das Auftreten von Mindestbelastungsdosen in solch verschiedenen Formen beeinflusst insbesondere die Kausalitätsbeurteilung: So ist nur bei den BK-Tatbeständen, die bereits in ihrer Legaldefinition über eine konkrete Mindestbelastungsdosis ver-

fügen, die haftungsbegründende Kausalität im Sinne einer „widerlegbaren Tatsachenvermutung“ anzunehmen (Kausalitätsvermutung), sofern dieses „harte Kriterium“ im Einzelfall erfüllt wird.²²

Eignung als Abgrenzungskriterium

Die Festlegung von Mindestbelastungsdosen erfolgt allgemein auf der wissenschaftlichen Grundlage von epidemiologischen Studien.²³ Dass Mindestbelastungsdosen insofern in besonderem Maße von diesen abhängig sind, verdeutlicht das Beispiel der BK-Nr. 2108: Auf Basis der erst nach ihrer Einführung durchgeführten sogenannten „Deutschen Wirbelsäulenstudie“²⁴ hat das Bundessozialgericht eine Mindestbelastungsdosis als unteren Grenzwert definiert. Dieser Wert entsprach der Hälfte des im MDD vorgeschlagenen Orientierungswertes für die Gesamtbelastungsdosis. Wurde sie erreicht, ging man von einer ausreichenden Einwirkung aus. Das Unterschreiten des unteren Grenzwertes hingegen schließt das Vorliegen der haftungsbegründenden Kausalität mangels ausreichender Einwirkung aus.²⁵

Darüber hinaus besteht die Schwierigkeit, dass sich aus den herangezogenen Studien nicht unmittelbar präzise Mindestbelastungsdosen ableiten lassen. Insofern wur-

de zum Beispiel bei der Mindesteinwirkungsdauer im Tatbestand der BK-Nr. 2112 kritisch angemerkt, dass der dortige Grenzwert von 13.000 Stunden in kniender oder vergleichbarer kniebelastender Tätigkeit vornehmlich auf dem Durchschnittswert einer einzigen Studie beruht.²⁶ Der so ermittelte und in die Legaldefinition aufgenommene Grenzwert von 13.000 Stunden wird jedoch durch die im Nachgang zur wissenschaftlichen Begründung veröffentlichten Studien von Seidler et al.²⁷ sowie von Klußmann et al.²⁸ gestützt und entspricht der Verdoppelungsdosis.²⁹

Da sich „medizinisch-wissenschaftlich ein spezifisches Verteilungsmuster der Knorpelschäden im Kniegelenk durch arbeitsbedingte Belastungen für eine BK-Nr. 2112 nicht definieren“³⁰ lässt, wäre die Beurteilung der haftungsbegründenden Kausalität ohne die Definition einer Mindesteinwirkung erschwert, da die Gonarthrose – als sogenannte Volkskrankheit – eine multifaktorielle Erkrankung ist.³¹ Mit Vorliegen des „harten“ Kriteriums der Einwirkung einer berufsbedingten kniebelastenden Tätigkeit von mindestens 13.000 Stunden bei mindestens einer Stunde pro Schicht liegt jedoch – wie auch bei den BK-Nrn. 4104, 4111, 4113 und 4114 – eine widerlegbare Tatsachenvermutung vor, die auf die Ver-

Autor

Robin Ziegler

Preisträger des Förderpreises „Berufskrankheiten“ der DGUV 2015/2016
E-Mail: Robin_Ziegler@web.de

ursachung der Erkrankung durch die berufliche Tätigkeit schließen lässt.³² Diese kann jedoch durch konkurrierende Ursachen widerlegt werden zu denen etwa ein Zustand nach Meniskektomie bei außerberuflich bedingter Meniskopathie, ein Zustand nach außerberuflichem Kniegelenkstrauma oder unbehandelter außerberuflicher Kreuzbandruptur gehören.³³ Sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK-Nr. 2112 hingegen nicht erfüllt, kann die Erkrankung nicht als entsprechende BK anerkannt werden. Es handelt sich bei der Mindestbelastungsdosis der BK-Nr. 2112 also auch um ein Abschneidekriterium.

Die BK-Nr. 5103 verfügt in ihrer Legaldefinition über keine Mindestbelastungsdosis.

Entscheidend für das Risiko, an aktinischen Keratosen beziehungsweise einem Plattenepithelkarzinom zu erkranken, ist die kumulative Lebenszeitexposition gegenüber natürlicher UV-Strahlung.³⁴ Wenngleich zudem eine Dosis-Wirkungsbeziehung besteht,³⁵ ist die „Ableitung eines Dosis-Maßes im Sinne einer wissenschaftlich begründeten Dosis-Wirkungs-Beziehung als Mindesteinwirkung und Abschneidekriterium (...) aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren für die Entstehung der Krankheiten aus der epidemiologischen Literatur nicht möglich. Allerdings kann aus der wissenschaftlichen Datenlage und der klinischen Erfahrung die Grundannahme abgeleitet werden, dass eine zusätzliche arbeitsbedingte

UV-Belastung von 40 Prozent in dem Hautareal, in dem sich der Tumor entwickelt hat, für eine überwiegend arbeitsbedingte Verursachung spricht. Dieser Wert hat den Charakter einer wissenschaftlichen Konvention und kann der Kausalbefeststellung im Einzelfall zugrunde gelegt werden.“³⁶ Sofern die arbeitsbedingte UV-Dosis wenigstens 40 Prozent der außerberuflichen Lebenszeitbestrahlung beträgt, sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK-Nr. 5103 erfüllt.³⁷ Hierdurch kann die haftungsbegründende Kausalität jedoch nicht automatisch angenommen werden. Zudem sind konkurrierende Ursachen wie zum Beispiel Pigmentierungsdefekte, Virusinfekte, Alkohol- und Zigarettenabusus sowie Einwirkung

im Sinne der BK-Nrn. 1108, 2402 und 5102 in deren Bewertung einzubeziehen.³⁸ Sind die arbeitstechnischen Voraussetzungen hingegen nicht erfüllt, so ist eine BK-Nr. 5103 abzulehnen.

Fazit

Wie die Ausführungen zeigen, bedeutet das Fehlen der Angabe einer Mindestbelastungsdosis im BK-Tatbestand also nicht, dass die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen einer BK an keine Mindestbelastungsdosis gebunden ist. Wenn im BK-Tatbestand keine Mindestbelastungsdosis angegeben ist, kann dies zum Beispiel darauf zurückzuführen sein, dass der wissenschaftliche Kenntnisstand dies zum Zeitpunkt

der Aufnahme der Erkrankung in die BK-Liste nicht hergegeben hat.³⁹

Mindestbelastungsdosen fungieren aber gerade bei den sogenannten Volkskrankheiten als geeignetes Abgrenzungskriterium. Daher sollte nach Möglichkeit insbesondere dort auf eine Mindestbelastungsdosis im BK-Tatbestand zurückgegriffen werden, um zum Beispiel die Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität in der Praxis zu erleichtern. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, dass so formulierte Mindestbelastungsdosen – soweit erforderlich und wissenschaftlich fundiert – geschlechtsspezifische Werte enthalten. Inwieweit diese Überlegungen sich auch in den realen Verhältnissen bei der Auf-

nahme weiterer (Volks-)Krankheiten in die BK-Liste oder bei der Überarbeitung vorhandener BK-Tatbestände durch den Ordnungsgeber wiederfinden werden, bleibt abzuwarten. Aufgrund der Transparenz sowie der Praktikabilität von Mindestbelastungsdosen ist jedoch darauf zu hoffen, dass der Ordnungsgeber immer dann auf dieses Instrumentarium zurückgreift, sofern ihm dies möglich ist. Gerade im Hinblick auf die mit der Angabe von Mindestbelastungsdosen in BK-Tatbeständen einhergehende Transparenz und Praktikabilität würde der Ordnungsgebende hierdurch auch der gerade in Bezug auf die BK-Nr. 2108 erhobenen Forderung des Bundessozialgerichts gerecht, BK-Tatbestände konkreter zu fassen.⁴⁰



Fußnoten

[1] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Berufskrankheiten-Liste, Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen, <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/Liste-der-Berufskrankheiten.html;jsessionid=441607A2611E1EF3A566BEFC12523FD7, 14.6.2016>.

[2] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Dritte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/kabinettsfassung-dritte-vo-aenderung-berufskrankheitenverordnung.pdf?__blob=publicationFile, 14.6.2016.

[3] Vgl. Molkenin, T.: Zur Ermächtigung der Bundesregierung zur Einführung neuer Berufskrankheiten. In: Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht, Nr. 12/2014, Berlin.

[4] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Berufskrankheiten-Liste, Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen, <http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/Liste-der-Berufskrankheiten.html;jsessionid=441607A2611E1EF3A566BEFC12523FD7, 14.6.2016>.

[5] Vgl. Molkenin, T.: Zur Ermächtigung der Bundesregierung zur Einführung neuer Berufskrankheiten. In: Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht, Nr. 12/2014, Berlin sowie Schulte, K.; Wilde, K.: Volkskrankheiten als Berufskrankheiten? Grundsätzliche Bemerkungen zur sogenannten „Berufskrankheitenreife“. In: Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht, Nr. 10/2004, Berlin.

[6] Vgl. Bauer, H.: „Volkskrankheiten“ – Begriffsbestimmungen aus der Sicht der Medizin. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 80-97.

[7] Henke, K.-D.; Troppens, S.: „Volkskrankheiten“ – Begriffsbestimmungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 98-111.

[8] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Was sind Volkskrankheiten?, <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/3794.php, 14.06.2016>.

[9] Vgl. Bauer, H.: „Volkskrankheiten“ – Begriffsbestimmungen aus der Sicht der Medizin. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg im Breisgau 2009, S. 80-97.

[10] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_106&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_134&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.972=1000619&D.007=9213&D.022=9994, 14.06.2016 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_314&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_342&D.001=1000001&D.002=1000002&D.003=1000004&D.007=9213&D.022=9994, 14.06.2016.

[11] Vgl. Breitbart, E. W. et al.: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 22 – Hautkrebs, Berlin 2004, abrufbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/hautkrebs.pdf?__blob=publicationFile, 14.06.2016.

[12] Vgl. Becker, P.: Kommentierung § 9 SGB VII. In: Becker, P. et al.: Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) – Kommentar, Bd. 2, Losebl., St. Augustin (Stand Januar 2010), § 9 RdNr. 73.

[13] Vgl. Brandenburg, S.; Mehrtens, G.: Die Berufskrankheitenverordnung (BKV), Handkommentar aus rechtlicher und medizinischer Sicht für Ärzte, Versicherungsträger und Sozialgerichte, Losebl., Berlin (Stand Oktober 2013), E § 9 SGB VII, Rn. 8.2.

[14] Vgl. Verron, A.: Genereller und individueller Ursachenzusammenhang im Berufskrankheitenrecht. In: Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht, Nr. 13/1992, Berlin.

[15] Vgl. Schulte, K.; Wilde, K.: Volkskrankheiten als Berufskrankheiten? Grundsätzliche Bemerkungen zur sogenannten „Berufskrankheitenreife“. In: Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht, Nr. 10/2004, Berlin.

[16] Vgl. Kranig, A.: Dosiskonzepte bei Berufskrankheiten. In: Landesverband Nordostdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Berufskrankheiten 2004, Krebsbedingte Erkrankungen – Beruflich verursachte Hauterkrankungen – Die Einschätzung der MdE, 5. Potsdamer BK-Tage, Berlin 2005, S. 45-50.

[17] Bolm-Audorff, U.: Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse im Berufskrankheitenrecht. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Nr. 3/2013, Berlin.

[18] Vgl. Kranig, A.: Dosiskonzepte bei Berufskrankheiten. In: Landesverband Nordostdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Berufskrankheiten 2004, Krebsbedingte Erkrankungen – Beruflich verursachte Hauterkrankungen – Die Einschätzung der MdE, 5. Potsdamer BK-Tage, Berlin 2005, S. 45-50.

[19] Vgl. Jäger, M. et al.: Mainz-Dortmunder

Dosismodell (MDD) zur Beurteilung der Belastung der Lendenwirbelsäule durch Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung bei Verdacht auf Berufskrankheit Nr. 2108, Teil 1: Retrospektive Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin – Zeitschrift für medizinische Prävention, Nr. 3/1999, Stuttgart.

[20] Vgl. BSG, Urt. v. 30.10.2007 – B 2 U 4/06 R.

[21] Wissenschaftliche Begründung, Bek. des BMAS vom 1.7.2013-IVa4-4522 Hautkrebs durch UV-Licht, GMBL. 12.8.2013, S. 617-693, abrufbar unter: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/Dokumente/Merkblaetter.html, 14.06.2016>.

[22] Vgl. BSG, Urt. v. 30.01.2007 – B 2 U 15/05 R.

[23] Vgl. Kranig, A.: Dosiskonzepte bei Berufskrankheiten. In: Landesverband Nordostdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Berufskrankheiten 2004, Krebsbedingte Erkrankungen – Beruflich verursachte Hauterkrankungen – Die Einschätzung der MdE, 5. Potsdamer BK-Tage, Berlin 2005, S. 45-50.

[24] Bolm-Audorff, U. et al.: Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben „Epidemiologische Fall-Kontroll-Studie zur Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Beziehungen bei der Berufskrankheit 2108“ (Deutsche Wirbelsäulenstudie), Wiesbaden 2007, abrufbar unter: http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/arbeits_wegunfall/documents/abschlussbericht.pdf, 14.06.2016.

[25] Vgl. BSG, Urt. v. 30.10.2007 – B 2 U 4/06 R.

[26] Hartman, B. et al.: Fragen zur wissenschaftlichen Begründung einer Berufskrankheit Gonarthrose. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin – Zeitschrift für medizinische Prävention, Nr. 4/2006, Stuttgart.

[27] Vgl. Seidler, A. et al.: The role of cumu-

lative physical work load in symptomatic knee osteoarthritis – a case-control study in Germany. In: Journal of Occupational Medicine and Toxicology 2008, 3:14, abrufbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491615/pdf/1745-6673-3-14.pdf, 25.07.2016>.

[28] Vgl. Klußmann, A. et al.: Fall-Kontroll-Studie zur Bewertung von beruflichen Faktoren im Zusammenhang mit Gonarthrosen – die ArGon-Studie, Dortmund 2010, abrufbar unter: http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2096.pdf;jsessionid=5034B5955DD416BC25828079E77D51471_cid333?__blob=publicationFile&v=5, 25.07.2016.

[29] Vgl. Seidler, A.: Wissenschaftliche Erkenntnisse zur beruflichen und außerberuflichen Ätiologie der Gonarthrose. In: Schiltenswolf, M. et al. (Hrsg.): Berufskrankheit Gonarthrose (BK 2112) – Wissenschaftliche Grundlagen, Sozialrechtliche Bewertung, Begutachtung – Handbuch für Gutachter, Berufsgenossenschaften und Gerichte, Frankfurt 2012, S. 23-40.

[30] Bolm-Audorff, U. et al.: Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose), Berlin 2014, abrufbar unter: <http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/bk/empfehlungen/Begutachtung-BK2112-Stand-20140613.pdf, 25.07.2016>.

[31] Vgl. Seidler, A.: Wissenschaftliche Erkenntnisse zur beruflichen und außerberuflichen Ätiologie der Gonarthrose. In: Schiltenswolf, M. et al. (Hrsg.): Berufskrankheit Gonarthrose (BK 2112) – Wissenschaftliche Grundlagen, Sozialrechtliche Bewertung, Begutachtung – Handbuch für Gutachter, Berufsgenossenschaften und Gerichte, Frankfurt 2012, S. 23-40.

[32] Vgl. LSG Hessen, Urt. v. 18.11.2011 – L 9 U 66/07

[33] Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Berufskrankheit Nr. 2112 - Wissenschaftliche Begründung,

Bekanntmachung des BMGS vom 01.10.2005, www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/pdf/Begruendung-2112.pdf?__blob=publicationFile&v=2, 25.07.2016.

[34] Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Berufskrankheit Nr. 5103 – Wissenschaftliche Begründung, Bekanntmachung des BMAS vom 01.07.2013, http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/pdf/Begruendung-5103.pdf;jsessionid=48CD2756F6706CD83EC05B3142DCA0B1_1_cid343?__blob=publicationFile&v=3, 25.07.2016.

[35] Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Berufskrankheit Nr. 5103 – Wissenschaftliche Begründung, Bekanntmachung des BMAS vom 01.07.2013, http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/pdf/Begruendung-5103.pdf;jsessionid=48CD2756F6706CD83EC05B3142DCA0B1_1_cid343?__blob=publicationFile&v=3, 25.07.2016.

[36] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Dritte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/kabinettsfassung-dritte-vo-aenderung-berufskrankheitenverordnung.pdf?__blob=publicationFile, 14.6.2016.

[37] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Dritte Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/kabinettsfassung-dritte-vo-aenderung-berufskrankheitenverordnung.pdf?__blob=publicationFile, 25.07.2016.

[38] Vgl. Bauer, A. et al.: DGUV-Arbeitshilfe „Hautkrebs durch UV-Strahlung“, 14.09.2013, http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/dokum/dguv_arbeitshilfe_hautkrebs.pdf, 25.07.2016.

[39] Vgl. BSG, Urt. v. 02.05.2001 – B 2 U 16/00 R

[40] Vgl. BSG, Urt. v. 30.10.2007 – B 2 U 4/06 R sowie BSG, Urt. v. 23.04.2015 – B 2 U 10/14 R

DGUV-Forschungsfonds

Was tut sich in der Berufskrankheiten-Forschung?

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) fördert Projekte im Bereich Berufskrankheiten. Aktuell sind Aktivitäten geplant, um die öffentliche Wahrnehmung und die Transparenz der Forschung sowie der Forschungsförderung zu verbessern.

Die Forschung zu Berufskrankheiten ist als Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung gesetzlich verankert. So sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, durch eigene Untersuchungen oder durch Beteiligung an fremden Forschungsvorhaben bei der Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts mitzuwirken (§ 9 Abs. 8 SGB VII).

Die praktische Relevanz der Projekte für die Unfallversicherungsträger steht bei der Bewilligung der Fördergelder im Vordergrund.

Branchen- und gefährdungsspezifische Forschung wird häufig von den Unfallversicherungsträgern selbst durchgeführt oder von diesen finanziert. Darüber hinaus haben die Unfallversicherungsträger drei gemeinsam getragene Institute eingerichtet, die sich der Forschung in den Bereichen Prävention und Berufskrankheiten widmen:

- Das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) in Sankt Augustin unterstützt die gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Deutschland und deren Institutionen schwerpunktmäßig bei naturwissenschaftlich-technischen Fragestellungen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.

Autorin

Dr. Ulrike Wolf

Referat Berufskrankheiten DGUV
E-Mail: ulrike.wolf@dguv.de

- Das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA) erforscht vor allem die komplexen Ursache-Wirkungs-Beziehungen von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Zudem entwickelt es neue Verfahren zu deren Diagnostik und Prävention, besonders im Hinblick auf multikausale Zusammenhänge bei der Entstehung von gesundheitlichen Effekten beim Menschen.
- Das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) in Dresden erforscht aktuell unter anderem den demographischen Wandel, psychische Belastungen, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Verkehrssicherheit und evaluiert Präventionsmaßnahmen.

Zudem gibt es im gesamten Bundesgebiet neun berufsgenossenschaftliche Akutkliniken und zwei Kliniken für Berufskrankheiten, die vor allem in den Bereichen Heilverfahren und Rehabilitation entsprechende Forschungsprojekte durchführen.

Die DGUV verwaltet im Auftrag ihrer Mitglieder einen sogenannten Forschungsfonds. Universitäten, Fachhochschulen, Kliniken (inklusive der genannten berufsgenossenschaftlichen Kliniken) und andere Einrichtungen können aus diesem Fonds Gelder für Forschungsprojekte beantragen. Die praktische Relevanz der Projekte für die Unfallversicherungsträger steht dabei im Vordergrund. Dabei wird – sofern sinnvoll – eine wissenschaftliche Kooperation mit den oben genannten Instituten der DGUV angestrebt. Allein im Jahr 2015 wurden insgesamt 55 Projekte aus Mitteln des DGUV-Forschungsfonds gefördert.

Aus dem Forschungsfonds der DGUV geförderte Projekte im Bereich Berufskrankheiten

Aus dem DGUV-Forschungsfonds kann finanzielle Unterstützung für Projekte in den Bereichen Prävention, Rehabilitation oder Berufskrankheiten beantragt werden. Auch wenn es sich bei der Mehrzahl der aus dem Forschungsfonds geförderten Projekte um Präventionsprojekte handelt, spielen Vorhaben im Bereich Berufskrankheiten ebenfalls eine wichtige Rolle. So wurden im Zeitraum 2010 bis 2015 insgesamt 15 Berufskrankheiten-Projekte gefördert (s. Kasten). Sie lassen sich den folgenden fünf Forschungsfeldern zuordnen:

- a) Forschung zu neuen Berufskrankheiten (§ 9 Abs. 2 SGB VII),
- b) Forschung zur Konkretisierung der BK-Tatbestände,
- c) Forschung zur Evaluation und Optimierung von Verwaltungsverfahren und von Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Ärzten,
- d) Forschung zur Evaluation und Optimierung von Verfahren zur Heilbehandlung (Sekundärprävention),
- e) Forschung zur Neu- oder Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren und Methoden.

Um einen Eindruck über die Vielfalt der sogenannten Berufskrankheiten-Projekte zu vermitteln und um über die Umsetzung der Projektergebnisse in die Praxis zu informieren, werden im Folgenden einige Forschungsprojekte exemplarisch dargestellt.

Durch natürliche UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumore

Seit dem 1. Januar 2015 sind „Platteneithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-

Strahlung“ als BK-Nr. 5103 in die Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) aufgenommen. Um zur Klärung noch offener Fragen beizutragen, förderte die DGUV eine multizentrische Fall-Kontroll-Studie, die Anfang 2013 startete. Primäres Studienziel war es, das Risiko der beruflichen und außerberuflichen Exposition gegenüber UV-Strahlung auf die Entstehung spontaner Plattenepithelkarzinome und Basalzellkarzinome der Haut abzuschätzen. Zudem wurden die in einem Vorläuferprojekt entwickelten Instrumente zur Quantifizierung der Lichtschädigung sowie der individuellen beruflichen und außerberuflichen UV-Exposition validiert und bezüglich ihrer Praktikabilität untersucht.

Das Projekt ist inzwischen abgeschlossen. Die Projektergebnisse liefern neue Ansatzpunkte für die Diskussion der Rolle der beruflichen und nicht-beruflichen UV-Exposition bei der Entstehung von Basal- und Plattenepithelkarzinomen. In den zuständigen Gremien der DGUV sollen die Projektergebnisse nun vorgestellt und gegebenenfalls weitere Schritte besprochen werden.

Fokale Dystonie bei Berufsmusikern (Instrumentalmusik)

Die fokale Dystonie ist eine zentralnervöse Erkrankung der Basalganglien, welche sich durch einen schmerzlosen Verlust der Koordinationsfähigkeit einzelner Extremitäten oder der orofacialen Muskulatur und Verkrampfungen äußert. Im fortgeschrittenen Stadium können die Bewegungsstörungen auch bei ähnlichen Bewegungsabläufen im Alltag auftreten. Die fokale Dystonie der Berufsmusiker und Berufsmusikerinnen (Instrumentalmusik) weist schlechte Heilungschancen auf und zwingt in der Regel, die konkrete Tätigkeit aufzugeben.

Um zu klären, ob Berufsmusikerinnen und Berufsmusiker aufgrund der besonderen Einwirkungen bei der beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung an fokaler Dystonie leiden oder ob es sich um Erkrankungen handelt, bei denen schicksalhaft vorbestehende Prädispositionen die zentrale Rolle spielen, förderte die DGUV im Zeitraum 2012 bis 2013 ein entsprechendes systematisches Literaturreview. Es zeigte, dass ein langjähriges, repetitives und intensives Musizieren generell geeignet ist,

fokale Dystonien bei Berufsmusikern und Berufsmusikerinnen zu verursachen (Instrumentalmusik).

Im Jahr 2015 gelangte der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ nach Bewertung der epidemiologischen Datenlage zu dem Ergebnis, dass ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse

für die Bezeichnung der fokalen Dystonie bei Instrumentalmusikern und Instrumentalmusikerinnen als Berufskrankheit vorliegen. Eine wesentliche Grundlage dieser Bewertung bildeten die Ergebnisse des genannten Literaturreviews. Die entsprechende wissenschaftliche Begründung „Fokale Dystonie als Erkrankung des zentralen Nervensystems bei Instru-

i

DGUV-Forschungsfonds: Projekte im Bereich Berufskrankheiten (2010-2015)

Forschung zu neuen Berufskrankheiten (§ 9 Abs. 2)

- Durch UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumore – Erarbeitung und Evaluation von versicherungsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien beruflich gegenüber nicht beruflicher Verursachung (FB 170)
- Durch UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumoren – Erarbeitung und Evaluation von versicherungsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien beruflicher gegenüber nicht beruflicher Verursachung. Teil 2: Fall-Kontrollstudie zum Zusammenhang arbeitsbedingter und nicht arbeitsbedingter Exposition gegenüber UV-Strahlung und Hautkrebs bei A) Plattenepithelkarzinomen und B) Basalzellkarzinomen (FB 181)
- Analyse der Belastungen des Hüftgelenksknorpels bei exponierten arbeitsbezogenen Tätigkeiten (FB 192)
- Fokale Dystonien bei Berufsmusikern – eine Literaturstudie (FB 202)

Forschung zur Konkretisierung der BK-Tatbestände

- Erweiterte Auswertung der Deutschen Wirbelsäulenstudie mit dem Ziel der Ableitung geeigneter Richtwerte (FB 155)
- Untersuchung begutachtungsrelevanter Fragen für die Beurteilung der Berufskrankheit 2108 mithilfe der Daten der Deutschen Wirbelsäulenstudie (FB 154)
- Psychosoziale Risikofaktoren bandscheibenbedingter Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (FB 200)

Forschung zur Evaluation und Optimierung von Verwaltungsverfahren und von Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Ärzten

- Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut (FB 130)
- Verwaltungsverfahren „Haut“ (VVH) nach Einführung des „Stufenverfahrens Haut“ (FB 130.2)

Forschung zur Evaluation und Optimierung von Verfahren zur Heilbehandlung (Sekundärprävention)

- Evaluation der stationären Rehabilitation von Atemwegserkrankungen in den berufs-genossenschaftlichen Berufskrankheiten-Kliniken Falkenstein und Bad Reichenhall (FB 094)
- Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens ROQ (FB 096)
- Langzeitevaluation der Kohorten im Projekt „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“ (ROQ) (FB 174)

Forschung zur Neu- oder Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren und Methoden

- Studie zur Früherkennung von Harnblasenkarzinomen in einem Risikokollektiv – Teil 2 (FB 093)
- Computer-gestützte Diagnose des Pleuramesothelioms im Frühstadium anhand der 3D CT-Daten – Systementwicklung und Validierung (FB 148)
- Entwicklung proteinanalytischer Verfahren zur Identifikation von Kandidatenmarkern zur Unterstützung der (Früh-)Diagnose asbestassoziierter Lungen- und Pleuratumoren (FP/FB 339)

„Aus dem DGUV-Forschungsfonds kann finanzielle Unterstützung für Projekte in den Bereichen Prävention, Rehabilitation oder Berufskrankheiten beantragt werden.“

mentalmusikern durch feinmotorische Tätigkeit hoher Intensität“ wurde inzwischen im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht.¹

Wie diese Erkenntnisse in der Verwaltungspraxis umgesetzt werden können, dazu haben sich die für Berufsmusiker und Berufsmusikerinnen zuständigen UV-Träger bereits seit 2014 laufend ausgetauscht und den Wissensstand und zukünftigen Handlungsbedarf diskutiert.

Krebsfrüherkennung mit molekularen Biomarkern

Für die nachgehende Vorsorge von Versicherten, die in der Vergangenheit gegenüber krebserzeugenden Gefahrstoffen exponiert waren, werden Methoden benötigt, um Tumoren frühzeitig zu erkennen und damit die Behandlungschancen für die Betroffenen zu optimieren. Zukünftig könnten hier Biomarker eine wichtige Ergänzung zu radiologischen Verfahren darstellen.

Die DGUV förderte daher ein Projekt, das sich mit der Entwicklung proteomanalytischer Verfahren zur Identifikation von Kandidatenmarkern zur Unterstützung der (Früh-)Diagnose asbestassoziierter Lungen- und Pleuratumoren befasste. Im Projektes wurden rund 900 Patientinnen

und Patienten mit verschiedenen Lungentumoren beziehungsweise Mesotheliomen sowie eine nicht an Krebs erkrankte Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung rekrutiert. Das zweijährige Projekt wurde Mitte 2015 abgeschlossen. Die Studie ergab zahlreiche vielversprechende Hinweise auf neue Biomarker für den Einsatz in der Früherkennung von Lungen- und Pleuratumoren.

„Grundsätzlich fördert die DGUV solche Forschungsvorhaben, die für mehrere Unfallversicherungsträger von Nutzen sind.“

Dies war die Basis für den Antrag auf Unterstützung eines entsprechenden Folgeprojektes. Denn bevor an einen Einsatz in die Praxis zu denken ist, müssen die

neuen Biomarker-Kandidaten in einem weiteren Schritt verifiziert und abschließend validiert werden, um zu testen, ob sie in der Lage sind, Frühstadien von beruflich bedingten Krebserkrankungen mit ausreichender Spezifität und Sensitivität zu erkennen.

Präventionsprojekte mit Bezug zu Berufskrankheiten

In der Abwicklung von Forschungsprojekten wird formal zwischen Projekten der Rehabilitation, der Prävention und solchen zu Berufskrankheiten unterschieden. Inhaltlich liegen insbesondere bei Berufskrankheiten Überschneidungen vor. So gibt es eine Reihe von DGUV-geförderten Forschungsvorhaben, die zwar dem Bereich Prävention zugeordnet wurden, jedoch einen engen Bezug zum Bereich Berufskrankheiten aufweisen. Exemplarisch zu nennen ist hier das derzeit

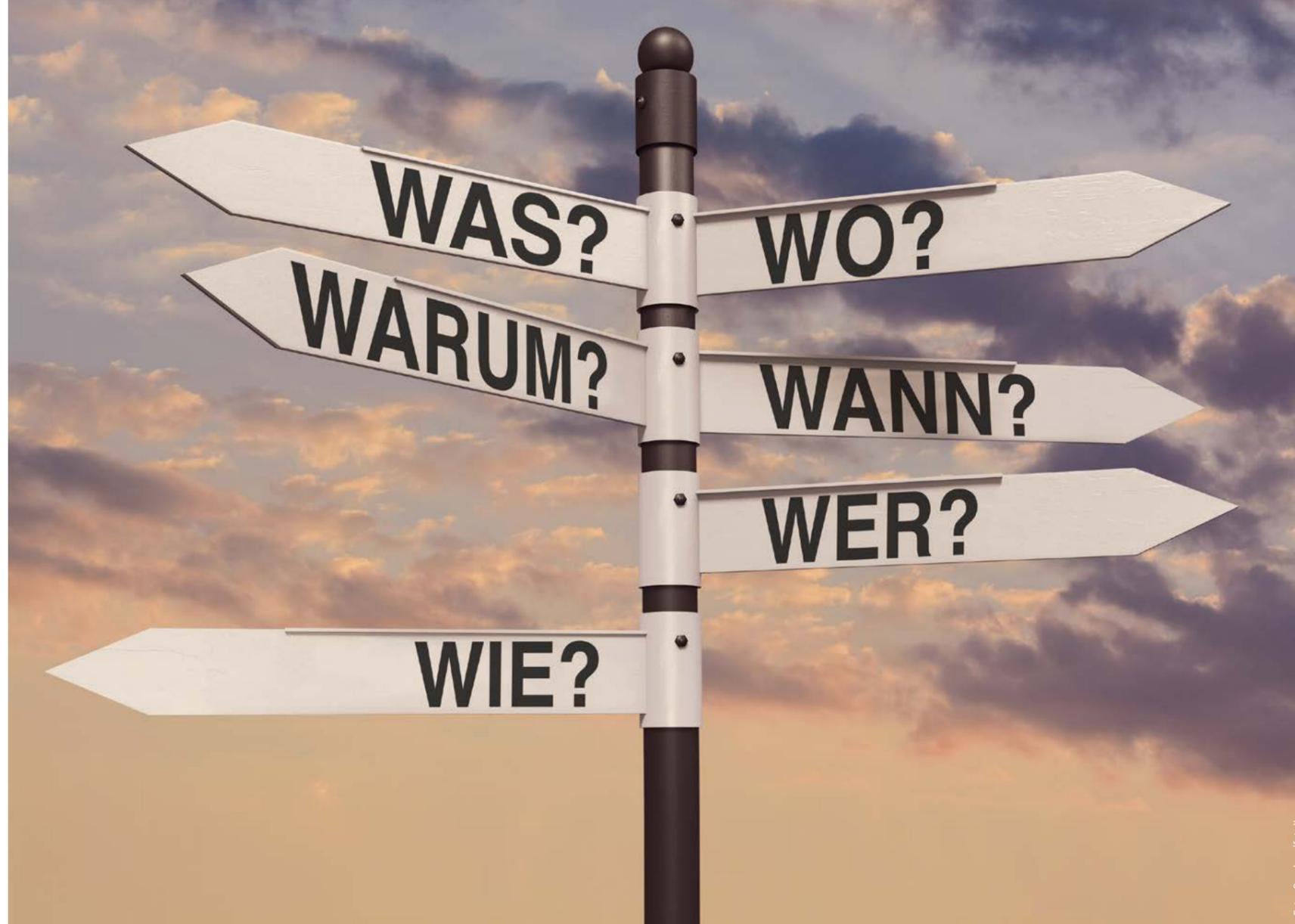


Foto: Sandem/fotolia.com

Die DGUV verwaltet im Auftrag ihrer Mitglieder einen sogenannten Forschungsfonds. Universitäten, Fachhochschulen, Kliniken und andere Einrichtungen können aus diesem Fonds Gelder für Forschungsprojekte beantragen.

Eingereichte Anträge werden zunächst formal geprüft und anschließend durch unabhängige wissenschaftliche Fachleute sowie durch Mitglieder der Unfallversicherungsträger fachlich begutachtet. Bei einem entsprechend positiven Ergebnis wird der Antrag den durch die Sozialpartner besetzten Vorstandsgremien zur Beratung und Entscheidung vorgelegt. Sprechen sich die Gremien für eine Förderung aus, schließt die DGUV einen Zuwendungsvertrag mit der Forschungseinrichtung ab.

Häufig ergibt sich aus den Begutachtungen der Bedarf, den ursprünglichen Antrag zu modifizieren. Zudem durchlaufen die Anträge im BK-Bereich mehrere Gremien. Es ist daher ratsam, von der Einreichung des Antrages bis zum abgeschlossenen Vertrag einen Zeitraum von einem halben bis ganzen Jahr einzukalkulieren.

Wer überlegt, einen Antrag bei der DGUV zu stellen, kann sich im Vorfeld auf der

laufende Projekt „Abschätzung der diagnostischen Nutzbarkeit der physikalischen Eigenschaften endogen generierter exhalierter Aerosole bei berufsbedingten Lungenerkrankungen“. Es soll klären, ob sich die neuartige Methode der physikalischen Analyse der endogen in der Lunge generierten Aerosole auch für die Früherkennung und Verlaufskontrolle berufsbedingter Lungenerkrankungen eignet. Ein weiteres Beispiel ist die Studie „Kombinationsexpositionen von Ganzkörper-Vibrationen und Körperhaltungen“, in welcher der Zusammenhang zwischen Ganzkörper-Vibrationen und Körperhaltungen auf die Angabe von Rückenschmerzen bei Fahrern und Fahrerinnen verschiedener Fahrzeuge untersucht wurde. Aus den im Projekt gewonnenen Daten sollen Expositionsmatrizes erstellt und Risikoprofile für die Entstehung von Rückenschmerzen abgeleitet werden.

Wie kann man für Projekte im Bereich Berufskrankheiten eine Förderung bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beantragen?

Grundsätzlich fördert die DGUV Forschungsvorhaben, die für mehrere Unfallversicherungsträger von Nutzen sind. Zudem müssen die Forschungsvorhaben schwerpunktmäßig anwendungsorientiert sein und sich auf Themen konzentrieren, die für die Unfallversicherung und ihre Aufgaben prioritär sind.

Antragsunterlagen können direkt bei der DGUV-Forschungsförderung angefordert werden. Sollten sich Antragstellende unsicher sein, ob ihr Thema förderungswürdig ist, kann zunächst eine Projektskizze eingereicht werden.² Die Einreichung einer Projektskizze oder eines Antrags ist jederzeit möglich, hierfür gibt es keine festgesetzten Termine.



Fußnoten

[1] GMBI – Gemeinsames Ministerialblatt (2016): Berufskrankheiten-Verordnung: Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ – Fokale Dystonie. Bek. d. BMAS v. 1.7.2016 – IVa 4-45222. Ausgabe Nr. 33-34/2016: 666-687.

[2] Eine Ausnahme stellt der Bereich der Prävention dar. Hier empfiehlt es sich, in jedem Fall vor der Antragstellung eine Projektskizze vorzulegen (Umfang ca. 5 Seiten). Ein entsprechender Skizzen-Leitfaden ist online verfügbar.

[3] <http://www.dguv.de/de/forschung/forschungsfoerderung/index.jsp>



Branchen- und gefährdungsspezifische Forschung wird häufig von den Unfallversicherungsträgern selbst durchgeführt oder von diesen finanziert.

DGUV-Internetseite der Forschungsförderung informieren.³ Hier finden sich beispielsweise Antworten auf häufig gestellte Fragen zur DGUV-Forschungsförderung sowie das „Positionspapier für die Forschung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“. Wer an Informationen zu einzelnen Forschungsprojekten aus dem Bereich der Unfallversicherungsträger interessiert ist, dem steht hierfür eine Forschungsdatenbank zur Verfügung unter: <http://www.dguv.de/de/forschung/forschungsdatenbank/index.jsp>. Diese enthält auch Projektpublikationen und Abschlussberichte.

Ausblick: Aktivitäten und Vorschläge der DGUV zur Stärkung der Forschung zu Berufskrankheiten

Die DGUV ist daran interessiert, den Stellenwert von Forschung zu Berufskrankheiten in der öffentlichen Wahrnehmung zu verbessern und die Transparenz der Forschung sowie der Forschungsförderung zu erhöhen.

So richtet die DGUV derzeit ein Förderprogramm für den wissenschaftlichen Nachwuchs ein. Dieses Programm soll forschungsinteressierten Ärztinnen und

„Um identifizierte Erkenntnisdefizite gezielter anzugehen, wird die DGUV in Zukunft Forschungsschwerpunkte für den Bereich Berufskrankheiten veröffentlichen.“

Ärzten in Kliniken die Möglichkeit bieten, für ein Jahr ein eigenes thematisch und zeitlich abgegrenztes Vorhaben zu bearbeiten. Das geplante Forschungsprojekt muss für die Unfallversicherung von besonderer Relevanz und schwerpunktmäßig anwendungsorientiert sein. Dieses Förderprogramm soll als neue Form der Forschungsförderung neben der klassischen Projektförderung dazu beitragen, Themen mit besonderer UV-Relevanz gezielt zu un-

terstützen und die Forschungsförderung zielgerichteter zu gestalten.

Um identifizierte Erkenntnisdefizite gezielter anzugehen, wird die DGUV in Zukunft Forschungsschwerpunkte für den Bereich Berufskrankheiten veröffentlichen. So werden hoffentlich potenzielle Antragsteller besser informiert und zu Anträgen zu diesen Schwerpunkten angeregt.

Aktuell gingen Anfang des Jahres 2016 zwei neu geförderte Projekte im Bereich Berufskrankheiten an den Start. Das eine der beiden Projekte befasst sich mit dem Einfluss der langfristigen Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität auf die psychische Gesundheit von Patienten mit berufsbedingten Lungen- und Atemwegserkrankungen nach stationärem Heilverfahren. Das zweite Projekte beschäftigt sich mit der markergestützten Nachsorge von Patienten mit nicht-muskelinvasiven low/intermediate-risk Harnblasentumoren. Weitere Projekte sind in Vorbereitung. ●

Ergebnisse der DGUV-Multi-Center-Studie ROQ II

Langzeit-Evaluation der stationären tertiären Individualprävention bei Patienten mit schweren Berufsdermatosen

Autorin und Autoren

Prof. Dr. Christoph Skudlik

Fachgebiet Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie
Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück und Dermatologisches Zentrum, BG-Klinikum Hamburg
E-Mail: cskudlik@uos.de

Prof. Dr. Elke Weisshaar

Abteilung klinische Sozialmedizin, Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung, Berufs- und Umweltdermatologie
Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. Robert Ofenloch

Abteilung klinische Sozialmedizin, Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung, Berufs- und Umweltdermatologie
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Peter Elsner

Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie am Universitäts-Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena und BG Klinik Falkenstein, Klinik für Berufskrankheiten

Dr. Michael Schönfeld

BG Klinik Bad Reichenhall
Klinik für Berufskrankheiten

Prof. Dr. Swen Malte John

Fachgebiet Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie
Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück und Dermatologisches Zentrum, BG-Klinikum Hamburg

Prof. Dr. Thomas Ludwig Diepgen

Abteilung klinische Sozialmedizin, Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung, Berufs- und Umweltdermatologie
Universitätsklinikum Heidelberg

Die Ergebnisse der Langzeitstudien ROQ und ROQ II zum Verfahren Haut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung liegen vor. Dieser Beitrag berichtet über sie.

Zusammenfassung

Das Verfahren Haut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sieht bei schweren, ambulant therapieresistenten berufsbedingten Hauterkrankungen vor, eine Individualpräventionsmaßnahme durchzuführen, die sich aus einem dreiwöchigen stationären Aufenthalt mit einem interdisziplinären medizinischen und pädagogischen Interventionsprogramm und einer engmaschigen nachstationären ambulanten hautärztlichen Betreuung zusammensetzt. Die Maßnahme zählt zur tertiären Individualprävention (TIP) und hat unter der Bezeichnung „TIP-Maßnahme“ Eingang in die Praxis gefunden. Zur Evaluation der Nachhaltigkeit dieses Präventionsprogrammes über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren wurden von 2005 bis 2015 die DGUV-Studien ROQ und ROQ II mit einem Kollektiv von initial n = 1.788 Patienten und Patientinnen und einer Langzeit-Follow-up-Rate von nahezu 80 Prozent durchgeführt. Die aktuell vorliegenden Fünf-Jahres-Langzeit-Ergebnisse zeigen, dass dieses Maßnahmenprogramm effektiv ist. So erfolgte eine Aufgabe der beruflichen Tätigkeit trotz schwerer Berufsdermatose über den langjährigen gesamten Beobachtungszeitraum beider Studien lediglich in rund einem Viertel der Fälle. Auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage konnte signifikant vermindert werden; zudem ließen sich Hauterscheinungen und nebenwirkungsreiche Therapien reduzieren, begleitet von einer signifikanten Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen. Die jetzt vorliegenden Ergebnisse aus ROQ und ROQ II belegen, dass eine TIP-Maßnahme im jeweiligen Einzelfall den Unfallversicherungsträgern zudem eine fundierte

Grundlage bietet, um möglichst rasch eine abschließende versicherungsrechtliche Entscheidung treffen zu können.

Einleitung

Bei schweren berufsbedingten Hauterkrankungen gibt es im Rahmen des Verfahrens Haut der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung das Angebot einer interdisziplinären, stationäre und ambulante Versorgung integrierenden Rehabilitationsmaßnahme („tertiäre Individualprävention“ [TIP]).^{1,2} Zur Evaluation von TIP wurde im Jahr 2005 seitens der DGUV eine prospektive Multi-Center-Kohortenstudie durchgeführt („Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“ [ROQ], DGUV-Forschungsvorhaben FB 0096, Laufzeit vom 1. Dezember 2005 bis 31. März 2013).³ Hierbei wurden 1.788 Versicherte mit schweren berufsbedingten Hauterkrankungen in fünf klinischen Zentren behandelt und geschult bei regelmäßiger Verlaufsdokumentation über einen Zeitraum von insgesamt drei Jahren.

Die Ergebnisse von ROQ zeigten, dass die wesentlichen Ziele erfolgreich erreicht werden: die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, Minderung der Erkrankungsschwere der berufsbedingten Hauterkrankung, Steigerung der Lebensqualität und die Reduktion der Anwendung topischer Glukokortikosteroide.^{4,5,6} Außerhalb von ROQ liegen bislang keine detaillierten Langzeitstudien bei berufsdermatologischen Kollektiven mit fortlaufenden dermatologischen Nachuntersuchungen und Beratungen vor. Insofern liegt dem DGUV-Forschungsvorhaben

ROQ ein weltweit einzigartiges Kollektiv zugrunde. Mit dem Nachfolgeprojekt „Langzeitevaluation der Kohorten im Projekt ‚Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens‘ über fünf Jahre“ (ROQ II) sollte vom 1. Januar bis 31. Juli 2015 evaluiert werden, inwieweit die positiven Ergebnisse aus ROQ sich darüber hinausgehend als langfristig stabil und nachhaltig erweisen.

Individualpräventive Maßnahmen bei Berufsdermatosen und Verfahren Haut der DGUV

Berufsdermatosen stehen an der Spitze aller in Deutschland gemeldeten Berufskrankheiten und machen rund 34 Prozent aller gemeldeten Verdachtsanzeigen auf eine Berufskrankheit aus. Berufsdermatosen präsentieren sich zumeist an den Händen und angrenzenden Hautpartien und führen insbesondere im fortgeschrittenen Stadium zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionalität der Hände, der Arbeitsfähigkeit und auch der Lebensqualität.⁷ Aufgrund des sich hieraus ergebenden Versorgungsbedarfes wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von Präventionsmaßnahmen etabliert. Dazu zählen die Maßnahmen der ambulanten und der integriert ambulant-stationären Individualprävention, welche unter den Bezeichnungen „SIP“ (ursprünglich für sekundäre Individualprävention) und „TIP“ (ursprünglich für tertiäre Individualprävention) bekannt geworden sind und Eingang in die Praxis gefunden haben.⁸

Diese Maßnahmen umfassen auf ambulanter Ebene zum Beispiel das Hautarztverfahren und Hautschutzseminare, die für verschiedene Berufsgruppen angeboten werden.^{9,10,11,12} Maßnahmen der stationären tertiären Individualprävention sind bei schwerem Verlauf, fehlendem therapeutischen Erfolg, Unklarheiten bezüglich der Diagnose, Minderung der BK-Folgen und vor allem bei der konkret drohenden Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit gemäß BK-Nr. 5101 der BKV angezeigt^{8,13} (Abbildung 1).

Dieses Präventionskonzept wird im verwaltungsseitigen Verfahren Haut gespiegelt.^{1,14} Das im Dezember 2004 erstmals veröffentlichte und den Unfallversicherungsträgern zur allgemeinen Anwendung empfohlene Verfahren Haut beschreibt

Qualitätsstandards für verwaltungsseitige Arbeitsabläufe im § 3 Berufskrankheiten-Verfahren. Es sieht im Sinne der Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes eine gestufte Intervention vor, die mit niederschwelligen Maßnahmen beginnt und je nach Verlauf der Hauterkrankung weitere, aufwändigere Leistungen bereithält.^{1,14}

ROQ-Studie (12/2005 bis 03/2013)^{4,5,6,15}

ROQ wurde als Interventionsstudie konzipiert (n = 1.788 Patienten und Patientinnen). Die Studiendurchführung gliederte sich in verschiedene Phasen: Die erste umfasste einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt mit einem interdisziplinären Interventionsprogramm, welches sowohl medizinische als auch gesundheitspädagogisch/edukative Aspekte einschloss. Neben einer möglichst glukokortikosteroidfreien Therapie und Durchführung diagnostischer Maßnahmen standen insbesondere intensiviertere Schulungsmaßnahmen im Hinblick auf die adäquate Anwendung von Hautschutz im Vordergrund; die Hautschutzmaßnahmen im arbeitsplatzbezogenen Modell wurden unter ergotherapeutischer Anleitung erprobt (Abbildung 2 und 3).

Es schloss sich eine zweite Phase mit dreiwöchiger nachstationärer Arbeitskarenz an, um unter Fortführung der eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen durch den Hautarzt am Heimatort eine vollständige Konsolidierung der epidermalen Barrierefunktion des Hautorgans zu ermöglichen. Es erfolgten regelmäßige standardisierte dermatologische Untersuchungen und Datenerfassungen mit dem Ziel, jede teilnehmende Person des ROQ-Kollektivs über einen Zeitraum von zunächst drei Jahren nach Absolvieren der stationären Präventionsmaßnahme nachzuverfolgen. Zugleich dienten die Nachuntersuchungen der fortlaufenden Nachjustierung von Hautschutz und Therapie.

Über diesen Verlaufszeitraum konnten bezüglich dieses Studienkollektivs bereits bemerkenswerte gesundheitliche und arbeitsplatzbezogene/sozio-ökonomische Effekte verzeichnet werden: Bei einer außerordentlich hohen Teilnehmerrate zum Zeitpunkt der ROQ-Abschlussuntersuchung (Drei-Jahres-Nachuntersuchung) von 82,5 Prozent konnte gezeigt werden, dass 97 Prozent der Teilnehmenden

nach der TIP-Maßnahme eine Berufstätigkeit wieder aufnehmen und zum Drei-Jahres-Nachuntersuchungszeitpunkt insgesamt noch 83 Prozent der Versicherten beruflich tätig waren, hiervon 70,6 Prozent im gleichen Beruf wie vor TIP (nur mit wesentlich verbessertem Haut- und Arbeitsschutz). Die Schwere der zuvor meist chronisch verlaufenden



Foto: Skudlik

▲ **Abbildung 1:** Schweres berufsbedingtes Handekzem eines CNC-Drehers; kumulativ-subtoxisch und allergisch verursacht bei regelmäßiger Exposition gegenüber wassermischbaren Kühlschmierstoffen und Sensibilisierung gegenüber hierin enthaltenen Konservierungsmitteln (Formaldehyd-abspaltende Biozide)



Abbildung 2: Ergebnis der Hautschutzberatung: Für jede Tätigkeit der geeignete Handschuh

Hauterkrankung konnte langfristig wesentlich gebessert und der Befund stabilisiert werden, parallel hierzu zeigte sich auch eine langfristige signifikante Steigerung der Lebensqualität. Bei nachweislich hoher Akzeptanz der TIP-Maßnahme bei den Versicherten ließ sich auch langfristig insofern eine Optimierung der Therapie erzielen, als dass im Vergleich zu den durchgeführten Therapien vor Einschluss in die Maßnahmen die Anwendung hautverdünnender kortisonhaltiger Cremes signifikant reduziert und dies auch langfristig nachstationär umgesetzt werden konnte. Die durchschnittlichen jährlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzierten sich von 34,5 Tagen ein Jahr vor TIP auf durchschnittlich 26,5 Tage im ersten Jahr nach TIP sowie weiter auf durchschnittlich 9,1 Tage pro Jahr im Zeitraum der beiden Folgejahre bis zum Zeitpunkt drei Jahre nach TIP. In diesen Zahlen verbirgt sich auch eine deutliche Kostenminderung bei Entgeltfortzahlungen für die Arbeitgeber.

ROQ II: Hintergrund und Methodik¹⁶

Zur Langzeitevaluation der weltweit unitären ROQ-Studien-Kohorte wurde vom 1. Januar 2011 bis 31. Juli 2015 das Nachfolgeprojekt ROQ II durchgeführt (DGUV-Forschungsvorhaben FB 174).¹⁶ Forschungsziel dieses Projektes war zu überprüfen, inwieweit die Effekte aus ROQ auch darüber hinaus langfristig, über insgesamt fünf Jahre, erhalten werden können. Zentrale Fragestellungen waren hierbei der weitere Berufsverbleib und die weitere berufliche Tätigkeit, der Verlauf der Hauterkrankung einschließlich therapeutischer Interventionen und Schwere sowie die Lebensqualität der Versicherten.

Nachdem das ROQ-Kollektiv insgesamt über einen Zeitraum von drei Jahren zu sechs Zeitpunkten standardisiert untersucht worden war, erfolgte im Rahmen von ROQ II eine weitere Kontaktaufnahme und gegebenenfalls Nachuntersuchung zwei Jahre nach der vorherigen Untersuchung im Zuge von ROQ, das heißt insgesamt fünf Jahre nach Einschluss in die Studie. Hierbei erfolgte zur Minderung des Aufwandes der zu rekrutierenden Versicherten und Einsparung von Verdienstausfallzahlungen und Reisekosten die Kontaktaufnahme im Rahmen der Rekrutierung für ROQ II und die Erhebung anamnestischer Angaben mittels standardisier-

ten Telefoninterviews. Ziel der standardisierten Befragung zum Zeitpunkt fünf Jahre nach Einschluss in die Studie war die Erhebung von Informationen zum Berufsverbleib und der weiteren beruflichen Tätigkeit, zum Verlauf der Hauterkrankung, einschließlich therapeutischer Intervention und Schwere etwaig vorliegender Hautveränderungen, sowie zur Lebensqualität der Versicherten.

Alle Versicherten mit im Telefoninterview angegebenen behandlungsbedürftigen Hautveränderungen wurden zu einer berufsdermatologischen Nachuntersuchung in eines der fünf Studienzentren oder zur Minderung des Reiseaufwandes an einen der 14 bundesweit verteilten Standorte der Schulung- und Beratungszentren (schu.ber.z) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eingeladen. Mit standardisierten Anamneseerhebungen und Untersuchungen konnten an diesem Subkollektiv dann vertiefte anamnestische Angaben zum Berufsschicksal und Erkrankungsverlauf erfragt werden sowie eine detaillierte dermatologische Befunderfassung und diagnostische Einordnung des Erkrankungsbildes einschließlich einer entsprechenden Kausalitätsbewertung erfolgen. Unabhängig von der Datenerhebung im Rahmen von ROQ II wurden für jeden konkreten Einzelfall von Seiten der Berufsdermatologie konkrete Empfehlungen zum weiteren therapeutischen und präventiven Prozedere für den Unfallversicherungsträger ausgesprochen. Falls Versicherte mit im Telefoninterview angegebenen behandlungsbedürftigen Hautveränderungen an der angebotenen Untersuchung nicht teilnehmen konnten, wurde ihnen die Teilnahme an einem weiteren, ausführlichen Telefoninterview angeboten.

Ergebnisse von ROQ II¹⁶

Die Ergebnisse zum Fünf-Jahres-Follow-up zeigten, dass die Studie ROQ II mit hoher epidemiologischer Qualität durchgeführt werden konnte (siehe Abbildung 4): Von den zu Beginn von ROQ II noch in die Studie eingeschlossenen 1.681 Versicherten wurden insgesamt 1.342 telefonisch erreicht. 1.294 Personen waren bereit, an einer telefonischen Kurzbefragung teilzunehmen (Follow-up-Rate 77 Prozent). Hiervon gaben 674 an, aktuell noch unter Hautveränderungen zu leiden, 324 Versicherte von ihnen stellten

sich in einem der Untersuchungszentren vor, bei weiteren 282 Versicherten konnte alternativ ein vertieftes Telefoninterview durchgeführt werden.

Zum Zeitpunkt der Fünf-Jahres-Nachuntersuchung gaben 75,5 Prozent (n = 976) der erreichten 1.294 Personen an, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. 822 Personen (63,5 Prozent) arbeiteten im gleichen Beruf, 154 (12 Prozent) in einem neuen Beruf. Insgesamt gaben 121 Personen an (9 Prozent), die berufliche Tätigkeit wegen ihrer Hauterkrankung aufgegeben zu haben, davon 51 Personen (3,9 Prozent) in den zurückliegenden zwei Jahren. Weitere 139 Personen (11 Prozent) hatten den Beruf aus anderen Gründen aufgegeben. Eine der 1.294 Personen war zwar beruflich tätig, konnte aber bezüglich der Frage, ob im gleichen oder einem neuen Beruf nicht zugeordnet werden (Abbildung 5). Von den unter 60 Jahre alten Personen waren sogar 83,4 Prozent beruflich tätig beziehungsweise 69,5 Prozent im gleichen Beruf; 80 Personen (7,7 Prozent) hatten den Beruf wegen ihrer Hauterkrankung aufgegeben.

Insgesamt berichteten 674 Personen (52,1 Prozent) über aktuelle Hauterscheinungen, davon vermuteten 550 Personen einen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit.

Von den untersuchten 324 Personen mit anamnestischen Hauterscheinungen wurden bei insgesamt 255 Personen beruflich bedingte Hautveränderungen festgestellt. Insgesamt war die Schwere des Handekzems im Vergleich zum Untersuchungszeitpunkt zwei Jahre zuvor weiter zurückgegangen. Auch die anderen erhobenen medizinischen Parameter ließen erkennen, dass sich der Trend zu einer weiteren Einsparung von topischen Kortikosteroiden fortgesetzt hatte.

Bei nur 24 Patienten wurde bei der Untersuchung ein objektiver Unterlassungszwang als gegeben gesehen.

Die durchschnittlichen jährlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzierten sich weiterhin: von insgesamt 34,5 Tagen ein Jahr vor Einschluss in die Studie auf durchschnittlich 7,3 Tage pro Jahr in den letzten beiden Jahren (Drei- und Fünf-Jahres-Nachbeobachtung).

„Drei Jahre nach TIP sind 83 Prozent der Teilnehmenden beruflich tätig bei wesentlicher Besserung der Hauterkrankung deutlicher weniger Arbeitsunfähigkeit und signifikanter Steigerung der Lebensqualität. ROQ II zeigt, dass sich diese positiven Trends auch fünf Jahre nach Durchführung der TIP-Maßnahme fortsetzen.“

Über den fünfjährigen Gesamtzeitraum beider Studien ROQ und ROQ II gaben insgesamt durchschnittlich 26,6 Prozent ihre berufliche Tätigkeit aufgrund der Hauterkrankung auf. In den Berufsgruppen „Metall“, „Reinigung“ und „andere“ lag der Anteil der Berufsaufgaben aufgrund der Hauterkrankung lediglich zwischen 19,2 Prozent und 21,2 Prozent. Auch in den Berufsgruppen „Bau“, „Küche“ und „Gesundheit“ war der prozentuale Anteil deutlich unter 30 Prozent zu verzeichnen. Hierbei war jeweils festzustellen, dass innerhalb des Zeitraumes nach Teilnahme am modifizierten stationären Heilverfahren in den meisten Fällen die Aufgabe der Tätigkeit innerhalb des ersten Jahres erfolgte. Dies unterstreicht, dass die TIP-Maßnahme zu einer raschen versicherungsrechtlichen und verwaltungsseitigen Entscheidung beitragen kann. Auffällig war in Abgrenzung zu den oben genannten anderen Berufsgruppen der relativ hohe Anteil an Berufsaufgaben im Friseurgewerbe, welcher über den Gesamtzeitraum 54,8 Prozent betrug. Dennoch wird auch hieraus deutlich, dass selbst für die Hochrisikogruppe „Friseur“

beobachtet werden konnte, dass nach den intensivierten Anstrengungen des modifizierten stationären Heilverfahrens mit nachfolgender integrierender Versorgung im Rahmen des Verfahrens Haut fast die Hälfte der Teilnehmenden die berufliche Tätigkeit weiter ausüben kann.

Statistisch konnte gezeigt werden, dass unter anderem das Alter die Tätigkeitsaufgabe wegen der Hauterkrankung signifikant be-

einflusst. Ab dem 30. Lebensjahr sinkt mit jedem weiteren Lebensjahr das Risiko, eine Tätigkeit wegen der Hauterkrankung aufgeben zu müssen. Auch dieses Ergebnis unterstreicht, wie sinnhaft eine tertiäre Individualpräventionsmaßnahme bei fortgeschrittenen Berufsdermatosen ist. Während es häufiger bei jüngeren schwer Betroffenen nicht sinnvoll ist, die berufliche schädigende Tätigkeit bis zum Eintritt in das reguläre Rentenalter über Jahrzehnte weiter

Abbildung 3: Praktische Pädagogik: Eincrem-Übung mit einer fluoreszierenden Creme

auszuüben, gelingt es durch die intensivierten Anstrengungen der tertiären Individualprävention bei der überwiegenden Mehrheit der Betroffenen der über 30-Jährigen einen langfristigen Berufsverbleib zu erzielen – speziell bei den über 40-Jährigen, bei fast 80 Prozent der Betroffenen.

Das Risiko einer Berufsaufgabe hängt auch signifikant von dem initialen Schweregrad der Hauterkrankung ab, wobei das Vorlie-

gen eines ausschließlich irritativen/kumulativ-subtoxischen Erkrankungsgeschehens einen signifikant günstigen Faktor darstellt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, frühzeitig adäquate Präventionsmaßnahmen bei Berufsdermatosen umzusetzen, um bei bereits bestehendem kumulativ-subtoxischem Handekzem eine sekundär aufgepfropfte berufliche Kontaktallergie zu verhindern, welche prognostisch ungünstiger ist. Statistisch konnte

herausgearbeitet werden, dass die Motivation und Compliance der Betroffenen ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf den langfristigen Berufsverbleib hat. Dies untermauert die Sinnhaftigkeit gegebenenfalls wiederholter berufsdermatologischer und gesundheitspädagogischer Interventionen, einschließlich motivationssteigernder Maßnahmen. Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass auch die Umsetzung arbeitsplatzbezogener Präventionsmaß-



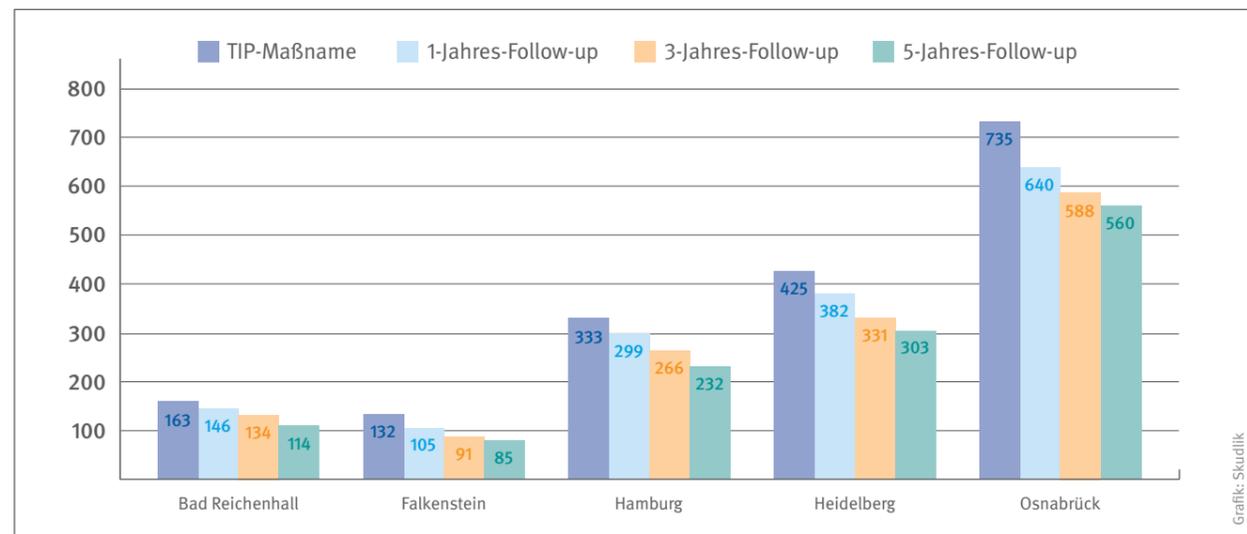


Abbildung 4: ROQ- und ROQ II-Zentren und Follow-up

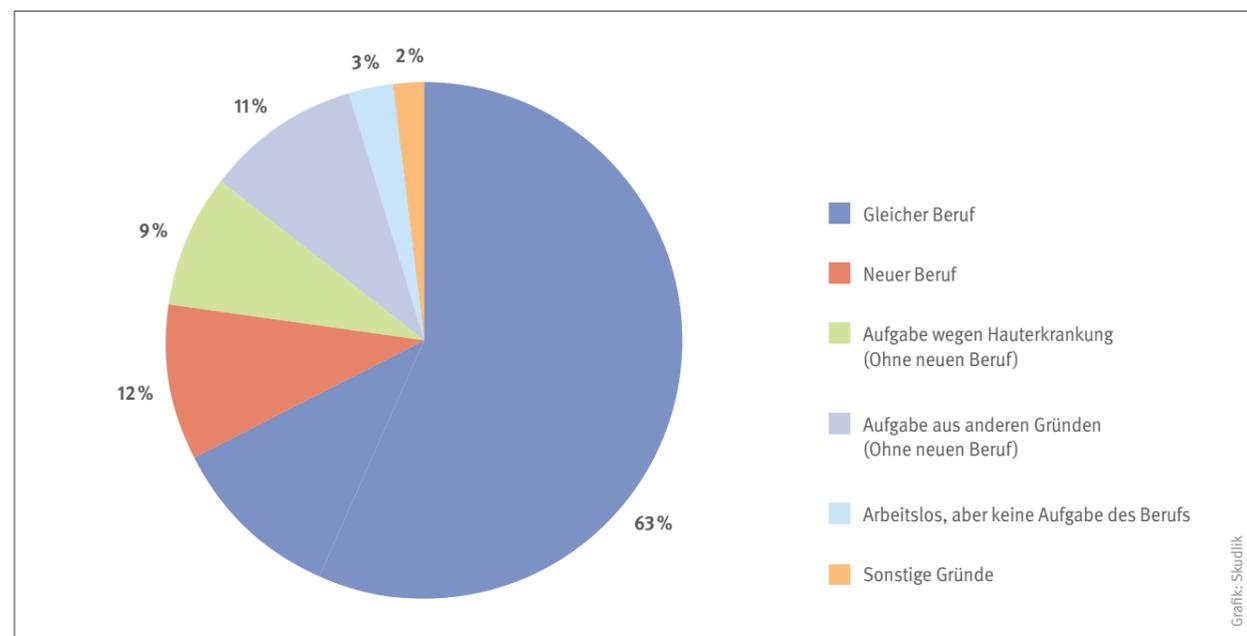


Abbildung 5: Berufliche Situation der Studienteilnehmenden zum Untersuchungszeitpunkt ROQ II, fünf Jahre nach Teilnahme am modifizierten stationären Heilverfahren und Einschluss in die Studie ROQ; (n=1294, 1 Missing Value); Angaben als „n; %“

nahmen die Prognose im Hinblick auf einen langfristigen Berufsverbleib signifikant steigert. Dies stützt die Konzeption einer ambulante und stationäre Maßnahmen integrierenden Präventionsanstrengung, die die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger und der Betriebsärzte soweit erforderlich einbinden.

Schlussfolgerung für die Prävention und Rehabilitation bei schweren Berufsdermatosen
Zusammenfassend zeigt die Studie ROQ II überzeugend, dass die bereits in der Drei-Jahres-Verlaufs-Studie ROQ festgestellten positiven Trends sich auch fünf Jahre nach Durchführung der TIP-Maßnahme weiterhin fortsetzen. Die zentralen Zielgrößen

wie der weitere langfristige Berufsverbleib, der Verlauf der Hauterkrankung einschließlich therapeutischer Interventionen und Schwere der Hauterkrankung der Versicherten belegen dies. Aus den Ergebnissen der Studien ROQ und ROQ II wird deutlich, dass durch die tertiäre Individualprävention nicht etwa das Problem einer beruflichen Hauterkrankung nur auf einen

späteren Zeitpunkt verschoben wird, sondern dass in der Mehrzahl der Fälle eine langfristige und nachhaltige medizinische und berufliche Rehabilitation für die Betroffenen erreicht werden kann.

Die evaluierte Rehabilitationsmaßnahme im Sinne einer tertiären Individualprävention (TIP) bei Berufsdermatosen ist bereits im Verfahren Haut der DGUV regelhaft vorgesehen.^{1,8,17} Aus Sicht der Autoren stützen die hier vorgelegten Ergebnisse der Langzeitevaluation dieses bisherige Vorgehen.

Die jetzt vorliegenden weltweit einzigartigen Langzeitergebnisse belegen den Nutzen einer TIP-Maßnahme für alle untersuchten Hautrisiko-Berufe und Altersgruppen. Trotz zu Beginn der Maßnahme jeweils fortgeschrittener und/oder

schwerer Berufsdermatose mit konkreter Gefahr des objektiven Unterlassungszwangs für die schädigende Tätigkeit erfolgt gemäß der jetzt vorliegenden Langzeitevaluation sowohl bezogen auf die verschiedensten Hautrisiko-Berufsgruppen als auch das Lebensalter eine Aufgabe der beruflichen Tätigkeit aufgrund der Hauterkrankung durchschnittlich lediglich in etwa einem Viertel der Fälle. Selbst in der aus berufsdermatologischer Sicht prognostisch sehr ungünstigen Berufsgruppe der Friseure und Friseurinnen gelingt es, in fast der Hälfte der Fälle eine Aufgabe der beruflichen Tätigkeit aufgrund der Hauterkrankung zu vermeiden.

Die jetzt vorliegende, unter anderem im Hinblick auf Berufsgruppen, Altersgruppen und Diagnosen evaluierte Studie er-

laubt es den Unfallversicherungsträgern, Betroffene mit schweren beruflichen Hauterkrankungen künftig noch besser als bisher im Hinblick auf individuelle medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie die prognostische Einschätzung zu beraten und in diesem Zusammenhang auch Betroffene gemäß des Verfahrens Haut der DGUV gezielt entsprechenden individuellen Präventionsangeboten zuzuführen. Die vorliegenden Ergebnisse und Erkenntnisse schaffen damit für die Unfallversicherungsträger unter anderem eine fundierte Grundlage, um im jeweiligen Einzelfall möglichst rasch abschließende versicherungsrechtliche Entscheidungen zu fällen (zum Beispiel im Hinblick auf die Beurteilung der Kausalität, Teilhabeleistungen oder BK-Anerkennungen).

Fußnoten

[1] Drechsel-Schlund, C.; Brandenburg, S.; John, S. M.; Kranig, A.; Römer, W.: Frühintervention bei Hauterkrankungen. Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern. DGUV-Forum 1.2: 54-59, 2013

[2] Skudlik, C.; Breuer, K.; Jünger, M.; Allmers, H.; Brandenburg, S.; John, S. M.: Optimierte Versorgung von Patienten mit berufsbedingten Handekzemen. Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut der gesetzlichen Unfallversicherung. Hautarzt 59: 690-695, 2008

[3] Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R.; Wulfhorst, B.; Diepgen, T. L.; Elsner, P.; Schönfeld, M., John, S. M.: Multi-Center-Studie „Medizinisch-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“. J Dtsch Dermatol Ges 7: 122-127, 2009

[4] John, S. M.; Diepgen, T. L.: Abschlussbericht DGUV Forschungsvorhaben FB0096 „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren „Haut“ – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“ – „ROQ-Studie“, 31.03.2013

[5] Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R.; Elsner, P.; Wulfhorst, B.; Schönfeld, M.; John, S. M.*; Diepgen, T. L.*: First Results from the Multicentre Study „Rehabilitation of Occupational Skin Diseases – Optimisation and Quality Assurance of Inpatient Management (ROQ)“. Contact Dermatitis 66(3):140-147, 2012 (*shared last authorship)

[6] Weisshaar, E.; Skudlik, C.; Scheidt, R.; Mattered, U.; Wulfhorst, B.; Schönfeld, M.; Elsner, P.; Diepgen, T. L.*; John, S. M.: Multi-centre study „rehabilitation of occupational skin diseases – Optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)“ – results from 12-month follow-up. Contact Dermatitis 68(3):169-174, 2013 (*shared last authorship)

[7] Diepgen, T. L.: Berufsbedingte Hauterkrankungen. J Dtsch Dermatol Ges 10: 297-316, 2012

[8] Skudlik, C.; Weisshaar, E.: Individuell ambulante und stationäre Prävention bei Berufsdermatosen. Hautarzt 66(3): 160-166, 2015

[9] Mattered, U.; Diepgen, T. L.; Weisshaar, E.: Effects of health-educational and psychological intervention on socio-cognitive determinants of skin protection behaviour in individuals with occupational dermatoses. Int Arch Environ Health 83: 183-189, 2010

[10] Voss, H.; Gediga, G.; Gediga, K.; Maier, B.; Mentzel, F.; Skudlik, C.; Zagrodnik, F. D.; John, S. M.: Sekundärprävention von Berufsdermatosen: Erste systematische Evaluation des Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut. J Dtsch Dermatol Ges 11: 662-671, 2013

[11] Wulfhorst, B.; Bock, M.; Skudlik, C.; Wigger-Alberti, W.; John, S. M.: Prevention of hand eczema – gloves, barrier creams and workers’ education. In: Duus Johansen, J.; Frosch, P. J.; Lepoittevin, J. P. (Hrsg.): Contact Dermatitis. Springer, Berlin, Heidelberg, 5. Auflage, S. 985-1028, 2011

[12] Wulfhorst, B.; Wilke, A.; Skudlik, C.; John, S. M.: How to Manage Hand Eczema in a Wet Work Setting. In: Alikhan, A.; Lachapelle, J.M.; Maibach, H. I. (Hrsg.): Textbook of Hand Eczema. Springer, Heidelberg, New York, Dordrecht, London, S. 307-320, 2014

[13] Skudlik, C.; John, S. M.: Prevention and Rehabilitation. In: Rustemeyer, T.; Elsner, P.; John, S. M.; Maibach, H. (Hrsg.): Kanerva’s Occupational Dermatology. Springer, Berlin, Heidelberg, 2. Auflage, S. 1177-1184, 2012

[14] Drechsel-Schlund, C.: Frühe Intervention bei Hauterkrankungen – EVA. Haut: Optimierungsansätze bei den Unfallversicherungsträgern. Dermatol Beruf Umwelt 61: 15-21, 2013

[15] Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R.; Wulfhorst, B.; Elsner, P.; Schönfeld, M.; John, S. M.; Diepgen, T. L.: 3-Jahres-Nachuntersuchungsergebnisse der Multicenter-Studie „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“. Abstract, 12. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD). Dermatol Beruf Umwelt 61: 110-111, 2013

[16] John, S. M.; Diepgen, T. L.; Ofenloch, R.; Skudlik, C.: Abschlussbericht DGUV-Forschungsvorhaben FB174 Langzeitevaluation der Kohorten im Projekt „Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren „Haut“ – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“ über 5 Jahre – „ROQ II“, 26.09.2016

[17] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): DGUV Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren. Unter Mitwirkung der AG „Qualitätssicherung im BK-Verfahren“ der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft: John, S. M.; Skudlik, C.; Brandenburg, S.; Bauer, A.; Brans, R.; Bernhardt-Klimt, C.; Chowdhury, S.; Diepgen, T. L.; Fartasch, M.; Heger, M.; Köllner, A.; Krohn, S.; Kucklack, M.; Palfner, S.; Pohrt, U.; Römer, W.; Rothe, A.; Wehrmann, W.; Werfel, T.; Worm, M.: http://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/dokum/dguv_hautarztverfahren.pdf. Zugriffen am 01.03.2016

Haftungsprivilegierung bei Gabelstaplerunfällen als Unfälle auf gemeinsamer Betriebsstätte erfordert ein bewusstes und gewolltes Ineinandergreifen der Tätigkeiten des Gabelstaplers und eines (verletzten) LKW-Führers

Das beim Beladen eines LKW mit schweren Papierrollen vereinbarte Öffnen der Türen und Freimachen der Ladefläche durch den LKW-Fahrer vor dem Aufladen geht über bloße Vorbereitungshandlungen des Ladevorganges hinaus.

§ Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht 15.9.2016 – 7 U 117/15

Der klagende Unfallversicherungsträger nahm den Gabelstaplerfahrer eines Lagerhaltungsunternehmens auf dem Lübecker Hafengelände aus übergegangenem Recht nach § 116 SGB X geltend, da sie für die Heilbehandlung der Unfallfolgen des bei ihr versicherten LKW-Fahrers und eine monatliche Rente von rund 500 Euro aufzukommen hat. Der Unfall hatte sich beim Beladen des LKW mit schweren Papierrollen ereignet, wofür zwischen den beiden Beteiligten abgesprochen gewesen war, dass der LKW-Fahrer noch die Türen des Aufliegers öffnen und die Ladefläche aufräumen sollte, bevor die (tonnenschweren) Papierrollen auf dafür vorgesehenen Laufschiene auf den Auflieger aufzuladen und dort durch den Fahrer zu befestigen waren. Noch bevor es zum ersten Beladungsvorgang kam, schwenkte der Gabelstaplerfahrer im Rückwärtsfahren aus, wobei der Unterschenkel des LKW-Fahrers, der mit dem Öffnen der linken Tür beschäftigt war, zwischen das linke Rad der hinteren Lenkachse und das Kontergewicht des Gabelstaplers geriet und dort eingeklemmt wurde.

Das Landgericht und ebenso das in der Berufung zuständige Oberlandesgericht wiesen die Klage ab, da nach § 116 SGB X übergangsfähige Schadensersatzansprüche des Versicherten gegen den Gabelstapler oder seinen Arbeitgeber nicht bestünden. Hierbei wendete es zugunsten des beklagten Gabelstaplerfahrers die Regelung zur Haftungsbefreiung von Arbeitnehmern bei Unfällen auf gemeinsamer Betriebsstätte an (§ 106 Abs. 3 Fall 3 SGB VII). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) erfasse der Begriff der „gemeinsamen Betriebsstätte“ betriebliche Aktivitäten von Versicherten mehrerer Unternehmen, die bewusst und gewollt bei einzelnen Maßnahmen ineinandergreifen, miteinander verknüpft sind, sich ergänzen oder unterstützen. Dabei reiche es aus, dass die gegenseitige Verständigung stillschweigend durch bloßes Tun erfolge. Ein solches bewusstes Miteinander hielt der Senat im vorliegenden Fall für gegeben, da nach der Schilderung der Beteiligten die Papierrollen

durch den Gabelstapler auf dafür vorgesehenen Schienen abzulegen und sodann durch den LKW-Fahrer an die für sie vorgesehene Stelle nach vorne zu schieben und dort zu befestigen waren, was auch so zwischen den Beteiligten abgesprochen gewesen sei. Die für die Annahme einer gemeinsamen Betriebsstätte erforderliche „Gefahrgemeinschaft“, bei der typischerweise beide gleichermaßen als Schädiger oder Geschädigte im Rahmen des konkreten Tätigkeitsvorganges Gefahren ausgesetzt seien, hielt das Gericht ebenfalls für gegeben, da auch der Gabelstaplerfahrer in der konkreten Situation zu Schaden hätte kommen können, wenn etwa der LKW-Fahrer die Türen nicht korrekt befestigt hätte.

Auch für den Arbeitgeber des Schädigers, hier des Gabelstaplerfahrers, schied damit eine deliktische Haftung aus, da nach den Grundsätzen über die gestörte Gesamtschuld sein nach § 840 Abs. 2 BGB bestehender Ersatzanspruch wegen der gesetzlichen Haftungsbefreiung leerläuft. Auch einen Schadensersatzanspruch aus einem Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter aus dem zwischen der Spedition und dem Lagerhaltungsunternehmen geschlossenen Vertrag zugunsten des LKW-Fahrers verneinte das Gericht.

Die Entscheidung verdient insgesamt Zustimmung. Allerdings stimmt nachdenklich, dass andere Gerichte in Gabelstaplerunfällen einen deliktischen Anspruch gegen den Gabelstapler und weitergehend gegen dessen Arbeitgeber vertragliche Schadensersatzansprüche unter Heranziehung des Rechtsinstituts der Verletzung eines Vertrages mit Schutzwirkung zugunsten Dritter bejahen (vgl. OLG Hamm 10.5.2016 – 9 U 53/15). In jenem Fall genügten beim Entladen eines LKW die zuvor erforderliche Entsicherung der Ladung durch den LKW-Fahrer nicht, um die nach der Rechtsprechung des BGH geforderte Verbindung zwischen den jeweiligen Arbeitsvorgängen im Sinne eines „Hand-in-Hand-Arbeitens“ für die Annahme des Haftungsausschlusses nach § 106 Abs. 3 Fall 3 SGB VII zu bejahen. Es bleibt also für jeden Einzelfall zu prüfen, ob die strengen Anforderungen, die an das Eingreifen des Haftungsprivilegs bei Arbeiten auf „gemeinsamer Betriebsstätte“ gestellt werden, jeweils erfüllt sind.

Neue Präsidentin der Rentenversicherung

Gundula Roßbach ist seit dem 1. Januar 2017 neue Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung. Sie folgt Axel Reimann nach. Die 52-Jährige war nach einer Tätigkeit bei einem Kommunalen Spitzenverband in Brandenburg seit 1997 bei der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) beschäftigt. Seit 2014 ist Roßbach Mitglied des Direktoriums der Deutschen Rentenversiche-

rung Bund. In einem ersten Statement für die Deutsche Presse-Agentur zeigte Roßbach sich offen für Reformen: „Aus meiner Sicht ist es sehr wichtig, dass die Rentenversicherung immer wieder an die sich verändernden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst wird, damit sie auch für die nachfolgenden Generationen eine stabile Absicherung gewährleisten kann.“



Gundula Roßbach



Von links: Edelinde Eusterholz, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Walter Krug, Dr. Rolf Buschmann-Steinhage und Arnd Longrée (Marion Rink war beim Foto-termin nicht anwesend)

Vorsitzender der DVfR bestätigt

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat einen neuen Vorstand gewählt. Als Vorsitzender wurde Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann (Kreuznacher Diakonie) bestätigt. Er steht dem geschäftsführenden Vorstand vor, der aus sieben Personen besteht. Schmidt-Ohlemann dankte allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern für ihre engagierte Arbeit. Bei seiner Begrüßung der neugewählten Vorstandsmitglieder verwies er darauf, dass der Hauptvorstand ein breites Spektrum von Akteuren im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe repräsentiere und auch im Hinblick auf Kontinuität und Erneuerung personell gut aufgestellt sei. In seiner konstituierenden Sitzung verständigte sich der Hauptvorstand auf zentrale Schwerpunkte für die kommende Wahlperiode: die kritische Begleitung der Umsetzung und Wirkungen der Gesetzesnovelle des SGB IX einschließlich des Bundesteilhabegesetzes sowie die stärkere Teilhabeorientierung und Partizipation bei der Ausgestaltung von Leistungsangeboten und in der Forschung.

Rückkehr der Heiligen Barbara

Viele Jahre stand eine Statue der Heiligen Barbara, der Schutzpatronin der Bergleute, auf der Station 1.2 im Bochumer Bergmannsheil. Doch im Zuge des Brandes vom 30. September ging sie verloren. Jetzt freut sich die Abteilung für Rückenmarkverletzte über eine neue Barbara: Der langjährige Bergmann Klaus Trippler übergab sie dem Team der Station, auf der er selbst behandelt wurde. Im letzten Jahr war er von einem Auto angefahren worden und erlitt eine Querschnittslähmung. Der Bergbau hat das Leben des 63-jährigen geprägt: 36 Jahre arbeitete Trippler auf der Zeche General Blumenthal in Recklinghausen und war 25 Jahre ein Mitglied der Grubenwehr. Als Trippler erfuhr, dass die Heilige Barbara verschwunden war, spendete er eine neue Statue aus seinem Privatbesitz. „Für das Bergmannsheil, das ursprünglich gegründet worden war, um verletzte Bergleute zu behandeln, hat die Heilige Barbara natürlich eine ganz besondere Bedeutung“, erläuterte Dr. Renate Meindl, Leitende Ärztin der Abteilung für Rückenmarkverletzte.



Dank Klaus Trippler (Bildmitte) haben Dr. Renate Meindl (rechts) und ihr Team jetzt eine neue Heilige Barbara.



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

Zwei Branchenregeln zur Abfallwirtschaft veröffentlicht

Wann dürfen Müllwagen rückwärtsfahren? Die Antwort auf diese und viele andere Fragen der Abfallsammlung und der Abfallbehandlung geben zwei neue Branchenregeln der gesetzlichen Unfallversicherung. Die beiden Branchenregeln der Abfallwirtschaft stehen jetzt zum Download bereit und können künftig auch als Broschüre bestellt werden. Branchenregeln sind ein neues Kommunikations- und Informationsformat. Sie setzen kein eigenes Recht, sondern fassen geltende Vorschriften und Richtlinien für die Unternehmen einer Branche zusammen. Darüber hinaus geben sie Empfehlungen, wie Betriebe die Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten gewährleisten können. Die DGUV Regel 114-601 – Abfallsammlung gibt praktische Tipps und Hinweise, wie die Sammlung von Abfällen geplant sowie vor- und nachbereitet werden sollte. Die DGUV Regel 114-602 – Abfallbehandlung erläutert den Bau und Betrieb von Abfallbehandlungsanlagen und gibt Hinweise zu Arbeitsmitteln, Gefahrstoffen und Biologischen Arbeitsstoffen, zur Brandgefährdung in der Abfallbehandlung und zu Wartungs- und Reinigungsarbeiten. Darüber hinaus werden Empfehlungen zur Qualifikation von Führungskräften, Atemschutz und Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) sowie Hygienemaßnahmen und Hautschutz gegeben.



Eines der Plakate, die für den betrieblichen Einsatz heruntergeladen werden können

i Weitere Informationen unter: <http://publikationen.dguv.de>

Kinderfahrzeuge: Informationen für Geflüchtete

Um einen Beitrag zur Verkehrssicherheit von jungen Geflüchteten zu leisten, haben die Aktion „Das sichere Haus“ und die Unfallkasse Nord Kompaktinformationen zum Thema Kinderfahrzeug in Deutsch, Englisch und Hocharabisch erarbeitet. Die Fact-Sheets liegen vor für Fahrräder,

Rutschautos und für Schutzausrüstungen wie Fahrradhelme, Schlitten, Tretroller, Laufräder und Miniroller.



i Die Kompaktinformationen können auf der Website der Aktion „Das sichere Haus“ kostenlos heruntergeladen werden unter: www.das-sichere-haus.de > Sicher leben! > Fact Sheets

Impressum

DGUV Forum
Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de
9. 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, (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Franz Roederer (Universum Verlag)

Redaktionsassistenz • 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 • Benjamin Haas/fotolia.com

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.



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



