

# DGUV Forum



## Hygiene-Strukturen der BG Kliniken

Änderung des Unternehmerbegriffs  
Klarstellung des Gesetzgebers

Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie  
Hand in Hand für Sicherheit und Gesundheit

# Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Menschen gehen ins Krankenhaus in der Hoffnung, gesund zu werden. Wiederkehrende Meldungen über krank machende Krankenhauskeime wirken da besonders bedrohlich. Der Schlüssel zur Lösung des Problems klingt einfach: wirksame Hygiene. Sie zu gewährleisten ist aber eine tägliche Herausforderung.

Hygiene lässt sich nicht allein mit Sauberkeit oder Reinheit übersetzen. Hygiene ist ein komplexes System. Blank geputzte OP-Säle, medizinische Handschuhe oder die Verwendung von Desinfektionsseife sind nur ein Teil davon. Ein anderer Teil ist das gelingende Zusammenspiel von verschiedenen Akteuren,



Foto: Wolfgang Beltwinke/DGUV

„Hygiene lässt sich nicht allein mit Sauberkeit oder Reinheit übersetzen. Hygiene ist ein komplexes System. Blank geputzte OP-Säle, medizinische Handschuhe oder die Verwendung von Desinfektionsseife sind nur ein Teil davon.“

Verordnungen, Abläufen und – häufig vernachlässigt – einer verständlichen Sprache, die die Hygieneinhalte an alle Beteiligten auf eine nachvollziehbare Art vermittelt. Der Austausch zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Pflege- und Reinigungskräften, aber auch die Zuordnung von Aufgaben müssen für alle klar und verlässlich geregelt sein.

Für eine erfolgreiche Hygiene gibt es kein Universalrezept. Zwar aktualisiert die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) regelmäßig ihre Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt allerdings entlang den individuellen Gegebenheiten der Krankenhäuser. Die neun Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken (BG Kliniken) legen großen Wert darauf, dass Hygienerichtlinien nicht nur auf dem Papier stehen, sondern dass das Thema Hygiene ernst genommen und intensiv kommuniziert wird.

lichen Unfallkliniken (BG Kliniken) legen großen Wert darauf, dass Hygienerichtlinien nicht nur auf dem Papier stehen, sondern dass das Thema Hygiene ernst genommen und intensiv kommuniziert wird.

Hygiene beginnt immer noch mit dem Händewaschen. Aber sie bedeutet noch viel mehr: Austausch, Planung und Koordination aller Fachkräfte. Nur so kann das Ausbreiten von Krankenhauskeimen – wie etwa multiresistente Keime – vermieden und eine gelungene Infektionsprävention aufgebaut werden.

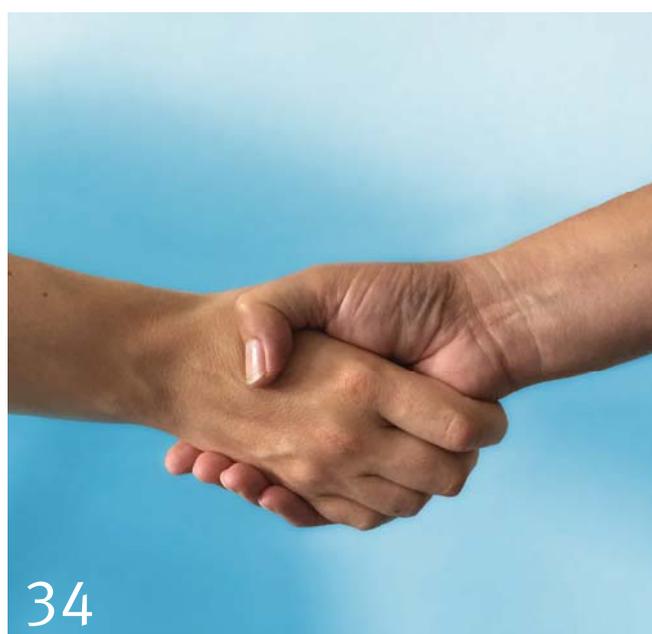
Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer  
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10–18
Krankenhaushygiene – Paranoia oder ernsthaftes Problem? <b>Erfahrungen aus der Tätigkeit der DGUV Landesverbände</b>	10
<i>Kurt Görg</i>	
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt <b>Hygienestrukturen einer BG Klinik</b>	13
<i>Rolf Teßmann</i>	
› Rehabilitation ›››	19
Bundesteilhabegesetz <b>Herausforderung und Chance für die gesetzliche Unfallversicherung</b>	19
<i>Markus Oberscheven</i>	
Qualitätssicherung in der DGUV <b>Vorstellung eines neuen Verfahrens zur Qualitätssicherung</b>	23
<i>Ute Polak, Marion Wittwer</i>	
Projekt Onlinebefragung <b>Wie zufriedenstellend ist die Zusammenarbeit mit den SAV-Kliniken?</b>	26
<i>Ute Polak</i>	
› Unfallversicherung ›››	29–33
Brand im Bergmannsheil <b>Kommunikation im Ausnahmezustand</b>	29
<i>Robin Jopp</i>	
Änderung des Unternehmerbegriffs <b>Klarstellung des Gesetzgebers</b>	33
<i>Ralf Möller</i>	
› Prävention ›››	34–39
Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie <b>Hand in Hand für Sicherheit und Gesundheit</b>	34
<i>Jochen Appt, Sieglinde Ludwig, Angela Knoll</i>	
Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit <b>Der A+A Kongress 2017</b>	38
<i>Bruno Zwingmann</i>	
› Personalia ›››	40
› Aus der Rechtsprechung ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42



# DGUV – zehn Jahre gemeinsamer Verband

Am **1. Juni 2007** war es so weit: Erstmals in der Geschichte der gesetzlichen Unfallversicherung gaben sich Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand einen gemeinsamen Spitzenverband. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und der Bundesverband der Unfallkassen (BUK) fusionierten zur Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Eine Fusion von vielen: Im Jahr 2000 gab es noch 35 BGen und 38 Unfallkassen. 2016 waren es noch 9 BGen und 24 Unfallkassen.

Das **„Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz“** (UVMG) trat am 30. Oktober 2008 in Kraft und war der Endpunkt einer kontroversen Diskussion über die Zukunft der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland. Die Selbstverwaltung konnte die Politik davon überzeugen, dass die Branchengliederung und mit ihr eine branchengerechte Prävention als wesentliche Organisationsprinzipien der Unfallversicherung erhalten bleiben. Mit dem UVMG wurde auch eine neue Verteilung der Rentenlasten eingeführt.



Foto: Olaf Ballnus/DGUV

▲  
Sport kann ein Motor für Inklusion sein. Das zeigen die drei Protagonisten des Films „Gold – Du kannst mehr als Du denkst“ durch ihre ungewöhnlichen und Mut machenden Lebenswege.

2010 feierte die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland ihr **125-jähriges Bestehen**. Der Festakt zum Jubiläum fand im Deutschen Historischen Museum in Berlin statt. Die damalige Arbeitsminister-

2007

2008

2010



Foto: DGUV

▲  
Besiegelte Fusion: die Vorstandsvorsitzenden von HVBG und BUK bei der Mitgliederversammlung.

2008 war die Geburtsstunde der **„Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“** – kurz GDA. Unter der Leitlinie „Gemeinsam Handeln – jeder in seiner Verantwortung“ arbeiten Bund, Länder und Unfallversicherung seither beim Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zusammen.

Bereits 2008 hat die gesetzliche Unfallversicherung in ihrer Präventionsstrategie die **Vision Zero** verankert: die Vision einer Welt ohne Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen. Höchste Priorität hat dabei die Vermeidung tödlicher und schwerer Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Vision Zero ist auch das Ziel der jüngsten Präventionskampagne.

in Ursula von der Leyen lobte die Unfallversicherung als die „große Stille im Lande“, die zuverlässig im Dienste der Menschen arbeite.

Am 16. September 2010 gründeten Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und BG Kliniken eine gemeinsame Organisation, den **„Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung“** (KUV). Dies war ein erster Schritt auf dem Weg zu einer verstärkten Zusammenarbeit der Kliniken mit dem Ziel, die Versicherten noch besser und effizienter behandeln zu können. 2016 schlossen die Kliniken sich noch enger in einer Konzernstruktur zusammen: Neue Dachgesellschaft wird die „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“.

Die Vernetzung der berufsgenossenschaftlichen Kliniken ist ein wichtiger Baustein in der **Neuordnung des stationären Heilverfahrens** der Unfallversicherung. Im Januar 2013 wurde zusätzlich zu der durchgängsärztlichen Versorgung an Krankenhäusern (DAV) und dem sogenannten Verletzungsartenverfahren (VAV) das neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) für die Versorgung schwerster und komplexer Verletzungen eingeführt.

Im Februar 2013 feierte der Film **„GOLD – Du kannst mehr als Du denkst“** auf der Berlinale Premiere. Der Dokumentarfilm begleitet drei Sportlerinnen und Sportler mit Behinderung auf ihrem Weg zu und bei den Olympischen Spielen. Für die gesetzliche Unfallversicherung war GOLD ein Highlight in ihrem vielfältigen Engagement für den Reha- und Behindertensport.

Besucherrekord: Fast 4.000 Präventionsexpertinnen und -experten aus 143 Ländern kamen im August 2014 zum **XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit** in Frankfurt am Main. Or-



Foto: Hartmut Naegele/DGUV

◀ Ende 2014 bezog der Verband in Berlin sein neues Gebäude an der Glinkastraße.

Mehr als zehn Jahre wurde es diskutiert, dann trat es im Juli 2015 in Kraft: das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ – kurz **Präventionsgesetz**. Künftig wird es eine nationale Präventionsstrategie geben, gesteuert von

Im November 2016 wurde **Dr. Joachim Breuer**, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), zum 16. Präsidenten der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) gewählt.

2013

2015

2016

2014

2015/16

2017

ganisiert wurde die Veranstaltung von der DGUV in Zusammenarbeit mit der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit (IVSS). „Unsere Vision: Prävention nachhaltig gestalten“ lautete das Kongressmotto. Diese Saat trug politische Früchte: 2015 richteten die G7-Staaten den „Vision Zero Fund“ ein, um die Arbeitsbedingungen weltweit zu verbessern.

der „Nationalen Präventionskonferenz“ (NPK). In ihr arbeiten Bund, Länder, kommunale Spitzenverbände, Sozialpartner und Sozialversicherung zusammen.

Mithilfe ihres Risikoobservatoriums beobachtet die gesetzliche Unfallversicherung sich abzeichnende Trends in der Arbeitswelt, um rechtzeitig darauf reagieren zu können. Ein zentrales Thema sind die Herausforderungen der **Arbeitswelt 4.0** wie Digitalisierung, Automatisierung, Globalisierung, Flexibilisierung und demografischer Wandel?

Drei Präventionskampagnen hat die DGUV auf den Weg gebracht – zu den Themen Hautschutz, sicherer innerbetrieblicher Transport und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die neue Kampagne zur Präventionskultur startet im Herbst 2017.



◀ Logo des XX. Weltkongresses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014



Foto: DGV

## Fahrer verzichten auf lebensrettende Fahrerassistenzsysteme

Ein nicht eingehaltener Sicherheitsabstand zum Vordermann ist auf deutschen Straßen eine der häufigsten Ursachen für Unfällen mit Personenschaden. Um der Gefahr vorzubeugen, empfiehlt der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) im Rahmen der Kampagne „bester Beifahrer“ die Verwendung von Fahrerassistenzsystemen (FAS). Besonders wirksam sei die Kombination aus Abstandsregler (ACC) und Auffahrkollisionswarnung (FCW). Leider finden die Systeme laut DVR trotz mittlerweile guter Verfügbarkeit verhältnismäßig selten Anwendung. Und das, obwohl sich laut der Unfallforschung im Allianz Zent-

rum für Technik (AZT) die Zahl unfallkritischer Situationen auf Autobahnen um etwa drei Viertel verringern ließe. Innerstädtisch und auf Landstraßen beziffert das AZT die potenzielle Reduzierung von Auffahrunfällen auf etwa die Hälfte. Der Abstandsregler und die Auffahrkollisionswarnung passen die Geschwindigkeit des eigenen Fahrzeugs so an, dass der opti-

male Sicherheitsabstand eingehalten wird, und warnen bei gefährlichen Situationen. Die Systeme entlasten Fahrer und Fahrerinnen dadurch, dass sie Position und Tempo des vorausfahrenden Fahrzeugs über Sensoren messen und die Eigengeschwindigkeit entsprechend durch automatischen Motor- oder Bremsengriff reguliert wird.

**i**

Einen Überblick über die Funktionsweise dieser und weiterer FAS bietet die Informationsplattform [www.bester-beifahrer.de](http://www.bester-beifahrer.de). Alle Informationen sind auch als App verfügbar: <http://app.bester-beifahrer.de/>

## Absturz häufigste Ursache bei tödlichen Arbeitsunfällen

Abstürze bilden einen deutlichen Schwerpunkt als Ursache für tödliche Arbeitsunfälle. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat über 400 Unfallberichte zu tödlichen Absturzunfällen aus den Jahren 2009 bis 2016 ausgewertet. Obwohl die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle seit 2010 leicht zurückgegangen ist, liegt der Anteil der Absturzunfälle bei etwa 25 Prozent. Die Unfallopfer brechen dabei oft durch Lichtkuppeln oder fallen von Gerüsten. Nicht tragfähige Bauteile spielten bei etwa jedem dritten Unfall eine Rolle. Auch wenn Abstürze aus fünf bis zehn Metern den größten Anteil ausmachen, so können bereits Stürze

aus geringen Höhen tödlich enden. Die meisten tödlichen Absturzunfälle ereigneten sich bei Montagearbeiten, Demontagetätigkeiten und Transportarbeiten. Dabei ist die Baustelle mit einem Anteil von rund 65 Prozent der häufigste Unfallort. Fast drei Viertel der Unfallopfer waren Routiniers mit mehr als dreijähriger Berufserfahrung. Fast die Hälfte der Abgestürzten war älter als 50 Jahre.

Bei mehr als der Hälfte der Absturzunfälle war die Gefährdungsbeurteilung unvollständig oder nicht an aktuelle Änderungen des Arbeitssystems angepasst. In knapp 300 Fällen lagen Verstöße ge-

gen sicherheitstechnische Vorschriften vor. Zudem bestand in 65 Fällen für die zum Unfall führenden Tätigkeiten kein Arbeitsauftrag. Nach Einschätzung der Unfallermittler hätten Absturzsicherungen in etwa jedem dritten Fall Unfallfolgen wahrscheinlich mildern können.

**i**

Das Faktenblatt „Tödliche Arbeitsunfälle – Absturzunfälle“ gibt es im Internetangebot der BAuA unter: [www.baua.de/publikationen](http://www.baua.de/publikationen)

## Für die Zukunft gewappnet? Sicherheit und Gesundheit in der Feuerwehr

Die Feuerwehr-Unfallkassen laden zu ihrem 7. FUK-Forum „Sicherheit“ ein, das vom 4. bis 5. Dezember 2017 in Hamburg in der Handwerkskammer stattfindet. Inhaltlicher Schwerpunkt der Tagung sind in diesem Jahr aktuelle sowie zukünftige Herausforderungen, Entwicklungen und Strategien der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in der Feuerwehr.

Technik und Taktik haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Die demografische Entwicklung sowie andere gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Trends lassen das Personal in vielen Feuerwehren

shrumpfen. Geblieben sind die Gefahren des Feuerwehrdienstes, verbunden mit den hohen Anforderungen an die Sicherheit der Feuerwehrangehörigen.

Mit der grundlegenden Überarbeitung der Unfallverhütungsvorschrift „Feuerwehren“ ist ein wichtiger Schritt getan. Doch worauf kommt es noch an? Welche Herausforderungen und neuen Gegebenheiten erfordern neue Wege bei Technik und Taktik? Welche Lösungen gibt es bereits und wie können diese weiterentwickelt werden? Vor welchen Herausforderungen steht der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Feuerwehren?



Quelle: Feuerwehr-Unfallkassen

## Das Seepferdchen reicht nicht

Rund ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland kann nicht schwimmen. Mehr als 500 Menschen sind im Jahr 2016 bei uns ertrunken, so die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG). Besonders hoch ist die Unfallrate an unbewachten natürlichen Gewässern und in Schwimmbädern an den Rutschen. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) hat daher eine Reihe von Tipps zusammengestellt, die zeigen, was Eltern tun können, damit ihr Kind sicher durch die Badesaison kommt. „Es reicht nicht, sich darauf zu verlassen, dass die Kinder einen Schwimm-

kurs oder den Schwimmunterricht in der Schule besucht haben. Durch die Kürze der Zeit ist nicht gewährleistet, dass die Kinder zu sicheren Schwimmern werden“, erklärt die Wasserwacht-Schwimmausbilderin Marianne Ascher-Mehl. Die Auszeichnung Seepferdchen sei oft zu wenig. Daher empfiehlt Ascher-Mehl, Kinder zu ermutigen, das bronzene Schwimmabzeichen zu machen. Das heißt, sie sind dann in der Lage, 15 Minuten am Stück zu schwimmen, und sie können sich auf den Rücken legen, um neue Kraft zu schöpfen oder, falls sie Wasser verschluckt haben, dieses auszuhusten. Daneben sollten auch

vorab die infrage kommenden Wasserflächen auf Gefahrenquellen überprüft werden. „95 Prozent aller Badeunfälle ereignen sich an unbewachten Gewässern“, so Ascher-Mehl. Die Hauptunfallstellen in Schwimmbädern sind die Wasserrutschen. Daher ist es wichtig, dass die Regeln an den Rutschen auch eingehalten werden.

**i**

Weitere Tipps zur Vermeidung von Unfällen in der Badesaison unter: [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) ▶ Presse ▶ Fachartikel



Foto: Wasserwacht Bayern

Rund ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland kann nicht schwimmen.

## Neue Fachtagungsreihe „Pflege – Wille – Wirklichkeit“

Um psychischen Belastungen und Beanspruchungen in der Pflege geht es in einer neuen Fachtagungsreihe, die die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) am 10. Oktober 2017 in Rostock startet. Unter dem Motto „Pflege – Wille – Wirklichkeit: Herausforderungen meistern“ erhalten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Führungskräfte sowie weitere Akteurinnen und Akteure im Arbeitsschutz praxisorientierte Impulse zum Thema.

Die eintägige BGW-Fachtagung vermittelt Informationen zur Identifizierung psychischer Belastungen und Beanspruchungen. Auf dem Programm stehen Vorträge, Foren und Diskussionsrunden mit erfahrenen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis.

Teilnehmen können Personen aus Mitgliedsbetrieben der BGW sowie eine begrenzte Anzahl von Gästen. Tagungsgebühren werden nicht erhoben, Übernachtungs- und Reisekosten tragen die Teilnehmenden selbst.

**i**

Weitere Informationen zu den Orten und Terminen der BGW-Fachtagungsreihe samt Link zur Anmeldeseite finden sich unter: [www.bgw-online.de/veranstaltungen](http://www.bgw-online.de/veranstaltungen)

## Jetzt anmelden zum Reha-Kolloquium 2018

Vom 26. bis zum 28. Februar 2018 findet das 27. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium in München unter dem Motto „Rehabilitation bewegt!“ statt. Die Veranstaltung organisiert die Deutsche Rentenversicherung Bund gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Der Veranstaltungsort ist das Internationale Congress Center München. Das Kolloquium ist mit etwa 1.600 teilnehmenden Expertinnen und Experten aus Forschung, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik der größte rehabilitationswissenschaftliche Kongress in Deutschland. „Rehabilitation bewegt!“ behandelt Themen wie Bewegungsförderung und Bewegungstherapie. Angesprochen sind alle Expertinnen und Experten, deren beruflicher Alltag von Fragen der Rehabilitation geprägt ist.

**i**

Weitere Informationen unter: [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

## Zahl des Monats: 2,6 Millionen

Nach den aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) sind im vergangenen Jahr 3.206 Menschen im Straßenverkehr ums Leben gekommen. Das sind 253 Todesopfer weniger als im Vorjahr. „Nachdem 2014 und 2015 die Zahl der im Straßenverkehr Getöteten jeweils gestiegen ist, freuen wir uns darüber, dass dieser negative Trend mit Blick auf 2016 gestoppt werden konnte. Aber selbstverständlich reicht das nicht aus“, kommentiert Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) die Unfallzahlen. Täglich werden neun Menschen auf den Straßen getötet, rund 1.000 verletzt. Und 2,6 Millionen Straßenverkehrsunfälle insgesamt bedeuten, so Eichendorf, einen traurigen Höchststand.



Bei den Radfahrenden sowie Fahrern und Fahrerinnen von Kleinkrafträdern und Mofas sind 2016 jeweils mehr Menschen ums Leben gekommen als im Vorjahr. „Das stimmt bedenklich und wir müssen über Lösungen nachdenken, um besonders die sogenannten ‚schwächeren‘ Verkehrsteilnehmer besser zu schützen“, sagt der DVR-Präsident. Ein Drittel aller Verkehrstoten war 65 Jahre oder älter. Sie sind besonders als Radfahrende sowie Fußgängerinnen und Fußgänger gefährdet.



INTERNATIONALE FACHMESSE  
MIT KONGRESS

- PERSÖNLICHER SCHUTZ
- BETRIEBLICHE SICHERHEIT
- GESUNDHEIT BEI DER ARBEIT

17. - 20. OKTOBER 2017  
DÜSSELDORF, GERMANY

# DER MENSCH ZÄHLT.

## DIE SICHERHEIT ALLER BERUHT AUF DEM SCHUTZ DES GANZEN.

Betriebliche Sicherheit – das ist kollektiver Schutz für Belegschaft und Unternehmen, Menschen und Werte. Auf der Nr.-1-Fachmesse finden Sie Konzepte, individuell zugeschnitten auf Ihr Unternehmen: von Brand- bis Schallschutz, von Elektro- bis Transportsicherheit, von Maschinen- bis Objektschutz.

[www.aplusa.de/bs](http://www.aplusa.de/bs)

## Änderung der Karzinogenrichtlinie: Rat und EU-Parlament einigen sich auf neue Grenzwerte

Bereits seit 2004 gibt es europäische Regelungen, die Beschäftigte vor der Gefährdung durch Karzinogene und Mutagene schützen sollen. Diese Mindestvorschriften enthalten zum einen Vorgaben zu Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel die Pflicht der Unternehmen, weniger kanzerogene oder mutagene Stoffe einzusetzen. Zum anderen

umfassen sie Grenzwerte, die das mit der Exposition verbundene Risiko für die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten senken sollen.

Nachdem die Europäische Kommission im Mai 13 Änderungen zu den bestehenden Regelungen vorgeschlagen hatte, haben sich das Europäische Parlament

und der Rat im Juli auf neue und strengere Grenzwerte für Karzinogene und Mutagene geeinigt. Damit soll gegen die häufigste arbeitsbedingte Todesursache in der EU vorgegangen werden. Konkret werden mit den neuen Regelungen für elf bislang noch nicht erfasste Karzinogene neue Expositionsgrenzwerte festgelegt. Es handelt sich hierbei um Quarzfeinstaub, 1,2-Epoxypropan, 1,3-Butadien, 2-Nitropropan, Acrylamid, bestimmte Chrom(VI)-Verbindungen, Ethylenoxid, o-Toluidin, feuerfeste Keramikfasern, Bromethylen und Hydrazin. Darüber hinaus werden angesichts neuer wissenschaftlicher Daten auch die Grenzwerte für Vinylchloridmonomer und Hartholzstäube geändert.

Im Januar 2017 hatte die EU-Kommission die Festlegung weiterer Arbeitsplatzgrenzwerte oder anderer Maßnahmen für sieben zusätzliche krebserregende chemische Stoffe vorgeschlagen. Eine Einigung hierzu steht jedoch noch aus.



Die EU hat neue Grenzwerte für Karziogene und Mutagene beschlossen

## Europäische Säule sozialer Rechte auf der Zielgeraden?

Eine Reihe von „Grundsätzen und Rechten“ soll dazu beitragen, der Europäischen Union eine soziale Dimension zu geben. Faire und gut funktionierende Arbeitsmärkte und Sozialsysteme sollen damit unterstützt werden. Das ist der Wunsch der Juncker-Kommission, die im Frühjahr ihre Vorstellungen hierzu veröffentlicht hat.

Ziel der EU-Kommission ist, dass Mitgliedstaaten und Europäisches Parlament ihre Vision und ihre Vorschläge mittragen. Nur so könne die Akzeptanz

in der Öffentlichkeit verstärkt werden. Eine interinstitutionelle Proklamation soll dabei helfen und die Bedeutung der Idee des aktuellen Kommissionspräsidenten Jean-Claude Juncker unterstreichen. Denn auch der EU-Kommission ist bewusst, dass die Säule nur dann echte Wirkung entfalten kann, wenn sie auf Ebene der Mitgliedstaaten engagiert mitgetragen werde.

Die Diskussionen im Rat hierzu haben gezeigt, dass die Mitgliedstaaten im Grundsatz hinter der Idee der Europäi-

schen Kommission stehen. Eine angestrebte Proklamation könne jedoch lediglich als eine politische Verpflichtung zu verstehen sein, keinesfalls aber rechtliche Bindungswirkung entfalten. Auch das Europäische Parlament soll sich zur „Säule“ bekennen. Eine Entscheidung hierzu wird im Herbst erwartet.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass keine großen Veränderungen an den Vorschlägen der Europäischen Kommission vorgenommen werden, da diese eine Einigung gefährden könnten.

## Krankenhaushygiene – Paranoia oder ernsthaftes Problem?

# Erfahrungen aus der Tätigkeit der DGUV Landesverbände

Täglich ziehen sich Patientinnen und Patienten in deutschen Kliniken Infektionen zu. Einige Keime sind gegen Antibiotika resistent und damit schwer zu bekämpfen. Neben verschwenderischem Umgang mit Antibiotika stellt mangelnde Hygiene hierfür eine Hauptursache dar.

Welche Aufgaben obliegen den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und in welcher Weise sind sie mit dem Thema Krankenhaushygiene konfrontiert?

Die DGUV Landesverbände erledigen umfangreiche Aufgaben. Um eine optimale Rehabilitation nach Arbeitsunfällen zu gewährleisten, schließen sie Rahmenverträge mit Leistungserbringern und organisieren zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen. Zudem vermitteln sie beschäftigungslose Rehabilitanden der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Arbeit (DGUV job). Sie erfüllen darüber hinaus den Auftrag, geeignete Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Reha-Kliniken, ambulante Reha-Institute sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an den speziellen Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung zu beteiligen. Krankenhäuser werden von den DGUV Landesverbänden für das Schwerstverletzungsverfahren (SAV), das Verletzungsverfahren (VAV) und das stationäre Durchgangsarztverfahren (stat. DAV) zugelassen. Gerade in den beiden höchsten Versorgungsstufen (SAV und VAV) müssen die Kliniken neben den Basisanforderungen, die für alle Krankenhäuser in Deutschland

gelten, besondere hygienische Voraussetzungen sicherstellen. Die DGUV Landesverbände prüfen diese Voraussetzungen durch die Auswertung von Fragebögen, Hygieneplänen, Architekturplänen und anderer Daten sowie durch Besichtigungen vor Ort.

Über einen Katalog, der sämtliche Unfallverletzungen beinhaltet, das sogenannten Verletzungsartenverzeichnis der DGUV, erfolgt eine verbindliche Zuweisung der Arbeitsunfallverletzten zum Krankenhaus der jeweiligen Versorgungsstufe. Damit sollen in der gesetzlichen Unfallversicherung alle Patientinnen und Patienten in einer für sie adäquaten Klinik mit dem für sie notwendigen Leistungsspektrum behandelt werden. Im Juni 2017 waren bundesweit 94 Kliniken am Schwerstverletzungsverfahren, 421 Kliniken am Verletzungsverfahren und 503 Krankenhäuser am stationären Durchgangsarztverfahren beteiligt.

### Besitzt das Thema Krankenhaushygiene Brisanz?

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) veröffentlichte im März 2014 Zahlen zu Schätzungen, die über die bisher angenommene Anzahl no-

sokomialer Infektionen hinausgingen<sup>1</sup>. Die DGKH geht von circa 900.000 Krankenhausinfektionen im Jahr in Deutschland aus. Nach diesen Hochrechnungen enden davon etwa 30.000 Infektionen tödlich. Der Anteil der vermeidbaren Infektionen liegt Schätzungen zufolge bei etwa 20 bis 40 Prozent<sup>2</sup>.

Zu unterscheiden sind endogene und exogene Infektionen. Endogene Infektionen werden durch körpereigene Erreger verursacht. Dies sind Mikroorganismen der körpereigenen Flora, etwa der Haut oder der Schleimhäute im Mund-/Rachenbereich. Endogene Infektionen sind nur teilweise vermeidbar. Exogene Infektionen besitzen eine äußere Ursache. Die Erreger gelangen über andere Patienten und Patientinnen, das Personal, Instrumente oder aus der sonstigen Umgebung zur Patientin oder zum Patienten. Eine Krankenhausinfektion durch exogene Erreger ist in den meisten Fällen vermeidbar. Neben der Intensivtherapiestation besitzt die Operationsabteilung für nosokomiale Infektionen besondere Bedeutung.

### Welche Regelungen gelten für Ausstattung und Funktionsabläufe in Operationsabteilungen?

Die Richtlinien basieren auf dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Auf dessen Grundlage wurde beim Robert Koch-Institut die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) gebildet (§ 23 Absatz 2 IfSG). Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Für Operationsabteilungen besitzen derzeit die „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingrif-

## Autor



### Kurt Görg

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)  
Landesverband Mitte  
E-Mail: kurt.goerg@dguv.de

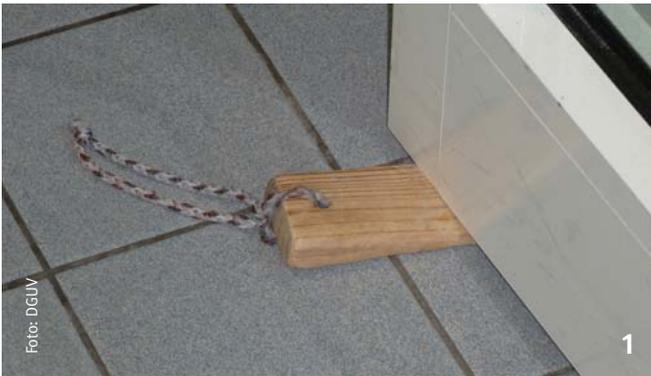


Foto: DGUV

1



Foto: DGUV

4



Foto: DGUV

2



Foto: DGUV

3



Foto: DGUV

5

Mit „kreativen Hilfsmitteln“ im Sinne von Holzkeilen (1), Plastikfolien (2), Schuhen (3), Papiertüchern (4), Ausfahren des Türriegels (5) oder Ähnlichem werden diese Zugänge zur Operationsabteilung offen gehalten.

fen“ des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2000 Gültigkeit<sup>3</sup>. Die Anforderungen der DGUV zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren und am Verletzungsartenverfahren greifen diese Regelungen auf und konkretisieren sie für die Versorgung Schwer-Unfallverletzter<sup>4</sup>.

Die Operationsabteilung eines Krankenhauses stellt ein Hygiene-Hochrisikogebiet dar. Es gelten höchste Ansprüche an die Hygiene, um insbesondere postoperative Wundinfektionen zu vermeiden. Dabei soll die baulich-funktionelle Gestaltung des Operationstraktes die betrieblichorganisatorischen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Hygiene bei Operationen

wie auch die Anforderungen der DGUV gehen davon aus, dass sich die baulich-funktionelle Gestaltung einer Operationsabteilung nach der Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhauses richtet. Kliniken im Schwerstverletzungsartenverfahren und im Verletzungsartenverfahren übernehmen eine solche besondere Aufgabenstellung, indem sie sich auf die Behandlung Schwer-Unfallverletzter ausrichten. Nicht planbare Notoperationen, aseptische Eingriffe mit hohem Infektionsrisiko oder beispielsweise auch Operationen bei septischen Komplikationen müssen auf höchstem (Hygiene-)Niveau versorgt werden. Aus diesem Grund fordert die DGUV im Schwerstverletzungsartenverfahren und Verletzungsartenverfahren mindestens einen räumlich

abtrennbaren Operationssaal für septische Eingriffe (Kontaminationsgrade der Gruppen III und IV), dem eine eigene Patientenschleuse und eine eigene Personalumkleide zugeordnet sind.

#### Welche Erfahrungen sammeln die DGUV Landesverbände bei Krankenhausbesichtigungen?

Die Hygienesdisziplin im Bereich der Operationsabteilungen bedarf der Optimierung. In den Hygieneplänen enthaltene Verhaltensregeln und Funktionsabläufe werden regelmäßig missachtet. Beispielsweise wird immer wieder bei den Krankenhausbesichtigungen – die nach vorheriger Anmeldung durch eine Delegation aus Vertretern der Klinik und der DGUV ▶



◀ Ein roter Strich soll den reinen OP-Bereich vom unreinen Krankenhaus-Bereich abgrenzen – dieser wird jedoch häufig ignoriert.



◀ In einigen Fällen ist die rote Trennlinie bereits durch das tägliche Reinigen und Desinfizieren fast nicht mehr erkennbar.



◀ Die DGUV fordert für die Patientenschleuse als bautechnische Auflage eine hüfthohe Barriere, um die Hygieneschleuse an dieser Stelle zu verbessern.

erfolgen – beobachtet, dass OP-Personal in Bereichskleidung (mit Kasack, Hose, OP-Schuhen, OP-Haube und herunterhängendem Mund-Nasenschutz) den Operationstrakt verlässt und unter Umgehung der Drei-Kammer-Personalschleuse dorthin zurückgelangt. Eine erneute Einschleusung mit Wechsel der Kleidung und Anlegen eines neuen Mund-Nasenschutzes, wie im Hygieneplan vorgesehen und erforderlich, erfolgt nicht. Stattdessen werden häufig Türen des Operationstraktes genutzt, die normalerweise geschlossen sind oder nur in eine Richtung durchschritten werden dürfen. Mit „kreativen Hilfsmitteln“ im Sinne von Holzkeilen, Schuhen, Papiertüchern, Plastikfolien, Ausfahren

des Türriegels oder Ähnlichem werden diese Zugänge zur Operationsabteilung offen gehalten (siehe Bilder 1 bis 5).

Auch ein roter Strich auf dem Boden der Patientenschleuse, der den reinen Bereich der Schleuse vom unreinen Bereich abgrenzen soll, hindert das Krankenhauspersonal, die Vertreterin eines Endoprothesenherstellers oder auch den Pizzaboten nicht daran, den Operationstrakt unbefugt zu betreten (siehe Bild 6). Selbst vor den Augen der Besichtigungsdelegation nicht. Aufgrund der Häufigkeit dieser Beobachtungen kann leider nicht von Ausnahmesituationen gesprochen werden. In einigen Fällen ist die rote Trenn-

linie zwischen unreinem Krankenhaus- und reinem OP-Bereich bereits durch das tägliche Reinigen und Desinfizieren fast nicht mehr erkennbar (siehe Bild 7). Daher fordert die DGUV für die Patientenschleuse als bautechnische Auflage eine hüfthohe Barriere, um die Hygieneschleuse an dieser Stelle zu verbessern (siehe Bild 8). Aus dem Aufgabengebiet der Prävention ist die mithilfe der gesetzlichen Unfallversicherungsträger etablierte Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz hinreichend bekannt. Grundsätzlich besitzen dort technische Schutzmaßnahmen den Vorrang vor organisatorischen und persönlichen Maßnahmen.

### Fazit

Die Erfahrungen der DGUV Landesverbände aus einer Vielzahl von Krankenhausbesichtigungen führen zur Erkenntnis, dass die Hygieneschleuse im Bereich des Operationstraktes zu stärken ist. Hierzu scheinen neben konsequenten Regelungen im organisatorischen und persönlichen Bereich auch baulich-technische Maßnahmen geboten.



### Fußnoten

[1] Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH): Pressekonferenz zum 12. Kongress für Krankenhaushygiene am 28. März 2014, Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin. [www.krankenhaushygiene.de/informationen/presseinformationen/pressearchiv/](http://www.krankenhaushygiene.de/informationen/presseinformationen/pressearchiv/)

[2] Gastmeier, P. et al.: Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2010; 135 (3): S. 91–93, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

[3] Robert Koch-Institut: Empfehlungen „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“, Bundesgesundheitsblatt 43 (2000): S. 644–648.

[4] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) und Verletzungsartenverfahren (VAV)“ jeweils in der Fassung vom 01. Januar 2013. [www.dguv.de/landesverbaende/de/med\\_reha/sav/index.jsp](http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/sav/index.jsp)

## Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt

# Hygienestrukturen einer BG Klinik

Das Erkennen, Verhüten und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen – kurz: Infektionsprävention – zeichnet ein gutes Krankenhaus in Bezug auf Hygiene aus. Das zeigt das Beispiel der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main.

### „Hygiene ist mehr als nur Sauberkeit“

Hygiene – insbesondere Krankenhaushygiene – scheint in den Medien allgegenwärtig. Immer häufiger wird über angebliche Hygieneskandale berichtet, deutsche Krankenhäuser rücken immer mehr ins Zentrum des Interesses. Gerade beim Thema (Krankenhaus-)Hygiene ist auf der einen Seite eine gute Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken unverzichtbar, wie später am Beispiel des Ausbruchmanagements noch deutlich werden wird.

Auf der anderen Seite ist Krankenhaushygiene in Deutschland über eine Vielzahl von Gesetzen, Vorschriften, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen geregelt. Beispielhaft genannt seien hier das Infektionsschutzgesetz (IfSG), länderspezifische Hygieneverordnungen (zum Beispiel die Hessische Hygieneverordnung – HHyVO), die Handlungsempfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI), Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) genannt, aber auch das Medizinproduktegesetz (MPG), die Biostoffverordnung (BioStoffV), die Trinkwasserverordnung (TrinkwV) oder Unfallverhütungsvorschriften (UVV).

Insbesondere die KRINKO-Empfehlungen konsentieren verbindliche Standards zur Prävention von nosokomialen Infektionen und definieren baulich-funktionelle Voraussetzungen und Organisationsstrukturen betrieblicher Abläufe in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

### Strukturqualität in einer BG Unfallklinik

Die guten Hygieneprozesse einer BG Klinik beginnen mit einem etablierten Hygieneteam. (Krankenhaus-)Hygieniker und Hygienikerinnen, Hygienefachkräfte (HKF), hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte oder Hygienebeauftragte der Pflege bilden das Team, das von der Geschäftsführung berufen ist und – vor allem – auch Entscheidungs- und Umsetzungskompetenz hat. Die Vorgaben zur personellen Besetzung und Qualifikation sind hierbei zunächst über die Länderhygieneverordnungen und KRINKO-Empfehlungen geregelt – zum Beispiel für Hygienefachkräfte (2009) sowie Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker (2016). Übergeordnet ist eine Arbeitsgruppe (AG) „Hygiene“ des KUV etabliert. Hier finden sich regelmäßig die (Krankenhaus-)Hygieniker und Hygienikerinnen sowie HKF aller BG Kliniken zusammen, um Struktu-

ren und Prozesse für die BG Kliniken zu beleuchten und konsentiertere Empfehlungen zu erarbeiten – so auch in Fragen der personellen Ausstattung der Krankenhaushygiene.

### Hygiene – Personalstruktur: Wo stehen die BG Kliniken?

Fazit: Selbstverständlich erfüllen alle BG Kliniken ihre länderspezifischen sowie die Vorgaben der KRINKO-Empfehlungen, diese teilweise sogar – wie auch in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main – über die Mindestanforderungen hinaus. Hierdurch ist sichergestellt, dass die Krankenhaushygiene in allen BG Kliniken personell gut aufgestellt ist und erfolgreich umgesetzt wird. Es steht gut qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung, um notwendige und sinnvolle Hygienemaßnahmen zu definieren, einzuleiten, zu kommunizieren, zu begleiten, zu schulen und auch zu überprüfen. Dies schafft Akzeptanz aller in der direkten oder indirekten Patientenversorgung Tätigen, alle übergeordnet für sinnvoll und erforderlich erachteten Hygienemaßnahmen mitzutragen, weiterzuentwickeln und „zu leben“.

### „Hygiene ist Mannschaftssport!“

Selbstverständlich sind gute Hygieneprozesse sehr komplex, mehrstufig und haben stets zahlreiche Barrieren zu überwinden. Wichtig ist daher, dass alle Handlungs- und Entscheidungsebenen eines Krankenhauses in diesen Prozess eingebunden werden. Hierfür sind seit vielen Jahren an allen Unfallkliniken (in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main bereits seit 1975) Hygienekommissionen eingerichtet, die interdisziplinär besetzt sind und über eine eigene Geschäftsordnung verfügen.

Entsprechend den KRINKO-Empfehlungen setzt sich die Hygienekommission aus ▶

### Autor

#### Dr. med. Rolf Teßmann

Chefarzt der Abteilung Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerzmedizin und Krankenhaushygiene der BGU Frankfurt am Main  
E-Mail: rolf.tessmann@bgu-frankfurt.de



Foto: BGU Frankfurt am Main/Kai abresch



Foto: auremar/fotolia.de

Konsequente Handhygiene verhindert die Ausbreitung von Keimen.

Ärztlicher Leitung, (Krankenhaus-)Hygienikern und Hygienikerinnen, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung, Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten, technischer Leitung und Qualitätsmanagement zusammen. Die Verzahnung der Hygienekommission zum Beispiel mit der Arzneimittelkommission, der Antibiotic Stewardship-Kommission (ABS-Kommission) sowie anderen Gremien hilft, die Krankenhaushygiene in alle Bereiche der Klinik zu transportieren und „den Blick aufs Ganze“ zu bewahren.

Die Hygieneverantwortlichen der Kliniken haben sehr tief greifende Kenntnisse der lokalen/regionalen Strukturen ihres Krankenhauses und seiner Beschäftigten, sie überblicken die hygienerelevanten Prozesse, sind persönlich präsent und als Ansprechperson akzeptiert. Als übergeordnete Klinik-Dokumente werden über die Hygienekommission Hygienepläne, Desinfektionspläne oder Verfahrensanweisungen erarbeitet und publiziert; sie geben Handlungsanweisungen zur Infektionsprävention und sind damit gelebtes Qualitätsmanagement!

### Wie kommt man zu einem guten Hygieneplan?

- Der erste wichtige Schritt ist: Mit allen betroffenen Beschäftigten werden Maßnahmenpläne entwickelt, die von allen verstanden werden.
- Die Maßnahmen müssen in den normalen Arbeitsablauf gut integrierbar sein.
- Allgemeine Hygieneempfehlungen werden immer klinikindividuell angepasst; wenig erfolgversprechend ist es, diese Leitsätze eins zu eins aus Publikationen zu entnehmen, denn praxisferne Beschreibungen werden nicht beachtet. Zudem müssen die Hygieneregeln geschult, erläutert und begleitet werden und alle Beschäftigten müssen stets auf die aktuellen Dokumente zugreifen können.

So sind in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main alle Hygienepläne über das Intranet für alle Beschäftigten zu jedem Zeitpunkt aktuell abrufbar. Sowohl im Intra- wie auch im Internet ist „die Hygiene“ bereits auf der Startseite der Klinik – auch für Außenstehende – deutlich präsent.

### Infektionsprävention durch Vernetzung innerhalb einer BG Unfallklinik

Da auch baulich-funktionelle Voraussetzungen oder betriebliche Organisationsstrukturen wesentlichen Einfluss auf eine gute Krankenhaushygiene haben, erscheint es selbstverständlich, dass die Krankenhaushygiene – auch scheinbar fernab von der eigentlichen Patientenversorgung – in vielfältigste Fragestellungen und Festlegungen eingebunden ist. So gilt für alle BG Kliniken, dass „die Hygiene“ bei Krankenhausneu- und/oder -umbau, technischen Reparaturarbeiten, größeren Investitionen oder im Bereich Krankenhausreinigung stets beratend hinzugezogen wird.

### Krankenhausreinigung

Eine gut etablierte Flächenreinigung und -desinfektion hat nachweislich großen Einfluss auf die Infektions- und Resistenzprävention einer Klinik. Sie ist wichtiger Bestandteil eines erfolgreichen Hygienemanagements. Hoher ökonomischer Druck, (zum Beispiel zu gering bemessene Standardreinigungszeiten für Bereiche/Flächen) führt oft zusammen mit einer abnehmenden Identifikation der Beschäftigten des Reinigungsdienstes mit „ihren“ Einrichtungen zu schlechten Reinigungsergebnissen. Daher sind an allen BG Kliniken Hygiene-, Desinfektions- und Reinigungspläne verfügbar, wobei dem Reinigungsmanagement und dem verhandelten Leistungsverzeichnis für den Reinigungsdienst eine zentrale Bedeutung zukommen.

In der BG Unfallklinik in Frankfurt am Main wurde beispielsweise bereits 2014 das Reinigungsmanagement komplett überarbeitet, konkrete Festlegungen der Arbeitsabläufe wurden etabliert. Die Umsetzung wird über das qualifizierte Dienstleistungsunternehmen und regelhaft auch über die HFK überprüft. Insbesondere die permanente interne und externe Schulung der Beschäftigten des Reinigungsdienstes sowie die hohe Sensibilität der Pflegekräfte zu diesem Thema auf den Stationen und in den Funktionsbereichen führten dazu, dass die Reinigungsleistung deutlich verbessert werden konnte. Heute werden beispielsweise patientennahe Flächen täglich wischdesinfiziert, eine desinfizierende Aufbereitung der Zimmer findet 24 Stunden am Tag an sieben Tagen der Woche statt.

## „Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern, doch schöner ist die Kunst, die es versteht, die Krankheit am Entstehen schon zu hindern.“

Max von Pettenkofer (1818–1901)

### Ortswechsel:

Selbstverständlich stehen alle zentralen Klinikstrukturen wie der OP, die zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA), die Küche oder – wenn vorhanden – die Wäscherei fortlaufend unter hygienischer Aufsicht. Insbesondere die Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) hat ein besonderes Gewicht in den BG Unfallkliniken. Die Standards, die durch die KRINKO definiert sind, ebenso wie die des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), einschließlich der Schulung der Beschäftigten und der Benennung von Verantwortlichen vor Ort führen hier zu herausragend guter Qualität in den BG Unfallkliniken.

### i

#### Nosokomiale Infektion

Unter einer nosokomialen Infektion (NI) versteht man eine Infektion, die bei Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme in einem Krankenhaus, einer Pflegeeinrichtung oder einer ambulanten Praxis frühestens am dritten Tag des (Krankenhaus-)Aufenthaltes erkannt wird und vorher nicht bestand.

In diesem Zusammenhang muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass eine NI nicht gleichbedeutend ist mit einer Infektion durch multiresistente Erreger (MRE)!

### Nosokomiale Infektionen, Ausbrüche und Verbreitung von Erregern mit besonderen Resistenzen

Ein effizientes und zeitnahes Ausbruchmanagement, insbesondere bei nosokomialen Infektionen ist in allen BG Unfallkliniken vorbildlich implementiert, gilt es doch, Patientinnen und Patienten, Beschäftigte und unbeteiligte Dritte vor möglichen Schäden zu bewahren.

Wichtig: Über auffällige Infektionen oder eine Infektionshäufung bei mehreren Patientinnen und Patienten werden die für die Krankenhaushygiene Zuständigen unmittelbar (und zwar zu jeder Tages-/Nachtzeit) informiert.

### i

#### Nosokomiales Ausbruchsgeschehen

Ein nosokomiales Ausbruchsgeschehen (nach § 6 IfSG,) ist definiert als das Auftreten von NI bei zwei (oder mehr) Personen, die sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären/ambulanten medizinischen Maßnahme zeigt und bei der ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder zumindest vermutet wird. Das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen ist meldepflichtig (aufsichtführende Behörde).

Die meisten NI haben einen endogenen (im Patienten liegenden) Ursprung, die unbelebte Umwelt als Auslöser spielt nur eine zweitrangige Rolle.

Ein eigener Hygieneplan regelt in allen BG Kliniken, wer Mitglied im Ausbruchmanagement-Team ist, wie das standardisierte Vorgehen und auch die (interne/öffentliche) Kommunikation geregelt sind. Entscheidend für eine erfolgreiche „Gefahrenabwehr“ ist, dass Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker, HFK, Geschäftsführung und Ärztliche Direktion mit allen Betroffenen einschließlich der Aufsichtsbehörden (zum Beispiel Gesundheitsamt) offen kommunizieren und zielgerichtet agieren. Das zeitnahe Erkennen des Auslöseereignisses – niedrigschwellige (!) interne Meldung durch jeden Mitarbeiter der Klinik –, das Vermeiden weiterer Erkrankungsfälle, die Analyse der Epidemiologie, des Infekti-

onsreservoirs und der Übertragungswege (auch mittels molekularer Typisierung von Erregern) sind ebenso wichtig wie eine offene Risiko- und Krisenkommunikation, das Festlegen nachhaltiger Präventionsstrategien, die Wirksamkeitsanalyse, Fehleranalyse und das Festlegen präventiver Maßnahmen, gegebenenfalls auch technischer Regelungen und hausintern überarbeiteter Leitlinien im Anschluss. Sehr hilfreich sind hierbei die vorliegenden Arbeitsdokumente und Checklisten, die strukturiert abgearbeitet werden können und in den für jede BG Klinik gültigen Hygieneplänen hinterlegt sind.

### Was ist KISS?

Bereits Ende der 1990er-Jahre wurde vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Krankenhaushygiene in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI) das Deutsche „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)“ entwickelt.

KISS ermöglicht allen Krankenhäusern mithilfe von standardisierten Methoden die Verfolgung eigener Infektionsraten über die Zeit und den Vergleich der eigenen Daten mit nationalen/internationalen Referenzdaten. KISS wird in allen BG Unfallkliniken erfolgreich angewendet, interne Vereinbarungen in der AG-Hygiene des KUV zielten bereits sehr früh darauf ab, klinikindividuelle Referenzdaten an das RKI zu melden.

So nimmt die BG Unfallklinik Frankfurt am Main beispielsweise mit dem Modul Intensivstation(ITS)-Kiss bereits seit dem Jahre 2000 als Referenzdatenlieferant des NRZ beim RKI teil. Folgende Module finden für alle BG Unfallkliniken Anwendung: Infektions-KISS (zum Beispiel ITS, OP, Station), Erreger-KISS (zum Beispiel MRSA, CDAD) und Verbrauchs-KISS (zum Beispiel Händedesinfektionsmittel). ▶

Eine KISS-Daten-Bewertung findet regelmäßig in den Hygienekommissionssitzungen statt, bei Auffälligkeiten werden durch dieses multidisziplinäre Fachgremium sofort Lösungen erarbeitet und zeitnah umgesetzt.

Insbesondere die Surveillance (fortlaufende systematische Erfassung, Analyse und Interpretation infektiologischer Daten durch geschultes Personal) von NI sowie Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen nach § 23 IfSG nimmt in der patientennahen Hygieneüberwachung heute einen breiten Raum ein. Hinzu kommt die zusätzlich geforderte Interpretation des Antibiotika(AB-)Verbrauchs (AB-Surveillance).

### Multiresistente Erreger

Multiresistente Erreger (MRE) stellen eine immer größer werdende Herausforderung für die moderne Krankenhaushygiene dar. Ziel eines guten Hygienemanagements ist daher, das Entstehen und die Ausbreitung von MRE zu verhindern. Leider wird in der öffentlichen Wahrnehmung häufig eine NI gleichgesetzt mit dem Auftreten von MRE, was insbesondere in Presse und Medien häufig zu dem typischerweise vermittelten Bild von „Krankenhauskeimen“, „Schlamperei“ oder „Nichtbeachtung von Hygienevorschriften“ führt. Sowohl nach eigenen Daten wie auch nach Daten des Nationalen Referenzzentrums verursachen MRE allerdings nur einen sehr geringen Anteil der NI. Deutschlandweit sind nur rund sechs Prozent aller NI durch MRE verursacht, in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main zeigen sich noch deutlich niedrigere Zahlen.

KISS führte in allen BG Kliniken zu einem messbaren Rückgang der NI. Aus den Surveillance-Ergebnissen und -analysen wurden und werden durch die Mitglieder der Hygienekommission Präventionsziele (hygienisch, antibiotisch, organisatorisch usw.) abgeleitet, in Hygieneplänen festgelegt und verbindlich umgesetzt.

### Nicht verwechseln: MRE-Besiedlung (Kolonisation) und Infektion

Viele gesunde Menschen tragen bereits heute multiresistente Erreger (MRE) in sich (sie sind „besiedelt“ = kolonisiert) und können diese an andere Menschen weitergeben, ohne selbst erkrankt zu sein, sie spüren nichts von diesen Erregern! MRE an sich sind nicht gefährlicher als andere Keime, sie rufen auch nicht häufiger Infek-

tionen hervor. Tritt allerdings eine MRE-Infektion auf, lässt sich diese nur noch schwer behandeln, Antibiotika sind häufig wirkungslos. Erst wenn besiedelte Patientinnen und Patienten als „Keimträger“ immun geschwächt sind, sich zum Beispiel operieren lassen müssen oder auf Menschen mit geschwächten Abwehrkräften treffen, insbesondere in Krankenhäusern und Pflegeheimen, dann kann eine Besiedlung mit MRE eine Infektion auslösen.

### Screening auf MRE

Unter Screening versteht man hier die gezielte Suche nach multiresistenten Erregern (MRSA/VRE/MRGN) bei – in der Regel klinisch nicht auffälligen – Patientinnen und Patienten. Um zum Beispiel MRE-besiedelte Patienten identifizieren zu können, wird vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus oder in Risikobereiche (zum Beispiel Intensivstation) ein sogenanntes MRE-Screening durchgeführt. Der sicherlich bekannteste multiresistente Erreger ist der sogenannte MRSA (methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*). Viel größere Sorgen bereiten den medizinischen Fachkräften heute aber die sogenannten multiresistenten gramnegativen Erreger (3/4 MRGN), die gegen drei oder vier Antibiotikagruppen resistent sind, oder auch vancomycinresistente Enterokokken (VRE). Gescreent werden Patientinnen und Patienten, die kolonisiert sein könnten, eine Infektion haben oder engen Kontakt mit infizierten/kolonisierten Patientinnen hatten (zum Beispiel in einem Zimmer gepflegt/behandelt wurden oder aus Risikogegenden mit hoher Kolonisationsdichte kommen). Screening ist also eine sinnvolle Maßnahme, um – in der Regel nicht erkrankte, aber: besiedelte – Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Das Ziel ist immer: die Verhinderung von NI-Ausbrüchen mit MRE.

Für das MRE-Screening gibt es praxisrelevante Empfehlungen der KRINKO, die für alle BG Kliniken umgesetzt werden. Die Mitglieder der AG Hygiene des KUV stellen zwar übereinstimmend tendenziell eine steigende Zahl von MRE, insbesondere 3/4 MRGN-Besiedlungen/-Infektionen bei den Patientinnen und Patienten fest, doch meistens handelte es sich um mitgebrachte, das heißt an anderen Orten bereits „erworbene“, Kolonisationen/Infektionen. Für eine MRSA-Besiedlung/-Infektion geht der Trend – parallel zu den deutschlandweiten Daten – eher hin zu leicht ab-

nehmenden Zahlen. Erklärt wird dies durch ein intensives MRSA-Screening und das konsequente Einhalten von Hygieneregeln. Vorab: Eine der nach wie vor effektivsten infektionspräventiven Maßnahmen (noch vor einer Isolierung) ist in diesem Zusammenhang die konsequente Händedesinfektion! Hierzu später. Alle BG Kliniken liefern die hier generierten Daten an das NRZ und nehmen an den MRE-KISS-Modulen des NRZ teil.

### Wenn „gescreent“ wird ... wo?

Für ein MRSA-Screening wird ein Abstrich aus dem Nasenvorhof und/oder dem Rachen entnommen und kulturell, mikrobiologisch oder mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) gezielt auf MRSA untersucht. Für MRGN- und VRE-Screening werden rektale Abstriche entnommen und mikrobiologisch kulturell untersucht.

### Frankfurter Sonderweg: MRSA-Screening

In der BG Unfallklinik Frankfurt am Main wurde bereits ab April 2016 ein generelles



Eine gut etablierte Flächenreinigung und -desinfektion ist ein wichtiger Bestandteil eines erfolgreichen Hygienemanagements.

MRSA-Aufnahmescreening für alle Personen, die stationär aufgenommen werden, eingeführt. Diese Maßnahme geht deutlich über die Empfehlungen der KRINKO hinaus, die ein sogenanntes risikoadaptiertes Vorgehen, also das Beschränken der Untersuchung auf Patienten mit definierten Risikofaktoren, empfiehlt. Von der KRINKO wird diese ärztliche Risikofaktorendefinition mit einem geringeren Untersuchungsumfang und damit verbunden geringeren Kosten begründet. Gleichzeitig wurde vom RKI allerdings auch publiziert, dass durch das risikoadaptierte Vorgehen nur die Mehrzahl aller MRSA-besiedelten Patientinnen und Patienten identifiziert werden könnten (durchschnittlich 80 Prozent).

#### Warum generelles MRSA-Screening?

Das risikoadaptierte Screening in der BG Unfallklinik Frankfurt vor April 2016 führte insbesondere bei den Beschäftigten, die die Risikofaktoren der Patientinnen und Patienten erheben mussten, zu einer deutlich höheren Arbeitszeitbindung. Zudem

musste ein nicht unerheblicher Teil der als „ohne Risiko“ eingeschätzten Personen im Nachgang dennoch einem MRSA-Screening zugeführt werden, weil sich erst später Informationen ergaben, die zu einem Screening geführt hätten. Und: Das Vorhalten von prophylaktischen Isolierzimmern hätte die bauliche Infrastruktur gesprengt. Nach Absprache aller Beteiligten und Zustimmung durch die Geschäftsführung wurde der stationäre Aufnahmeprozess intern umstrukturiert, sodass es nun gelingt, bei allen planbaren Eingriffen das notwendige MRSA-Screening der Patientinnen und Patienten im Rahmen der prästationären Vorbereitung durchzuführen.

Hierbei finden bei diesen Patientinnen und Patienten kostengünstige mikrobiologische Verfahren (sogenannte „Chromogene Platten“) Anwendung. Der etwa 15-mal so teure „Schnelltest“ (PCR = Polymerase Chain (Ketten)-Reaktion) wird immer nur dann verwendet, wenn ein Ergebnis schnell vorliegen muss oder eine Person ungeplant stationär aufgenommen wird/werden muss.

Nachteil der „Chromogenen-Platte“: das Ergebnis liegt erst nach 48 Stunden vor, eignet sich also nur für Personen, die nicht sofort in die Klinik aufgenommen werden müssen.

Immer, wenn der Chromogene-Platten-Test oder die PCR einen „positiven“ MRSA-Nachweis generiert, wird die erkrankte Person erst später stationär aufgenommen (planbare Eingriffe) oder prophylaktisch einzimmerisoliert. Die Kapazitätsprobleme der notwendigen Isolierungsmaßnahmen konnten hierdurch zufriedenstellend gelöst werden. Trotz vollständigem MRSA-Screening kommt es durch dieses differenzierte Vorgehen nicht zu einer Kostensteigerung, bezogen auf das vorher durchgeführte risikoadaptierte PCR-MRSA-Screening.

Erkennbar war allerdings, dass keine Person mit einer MRSA-Besiedlung übersehen wurde, die Zahl der NI-MRSA-Fälle sinkt und die Akzeptanz des Pflegepersonals gegenüber den notwendigen Isolierungs- oder -hygienischen Barrieremaßnahmen deutlich gestiegen ist. ▶

### „Händehygiene zu Anfassen“

Die „Aktion Saubere Hände“ startete 2008, um die Händehygiene als einfache und evidenzbasierte Maßnahme zur Infektionsprävention in das Bewusstsein von Therapeutinnen, Therapeuten und Bevölkerung zu rücken. In der Folge wurden in allen BG Kliniken Messmethoden (Hand-KISS, das heißt Messen und Bewerten des Händedesinfektionsmittelverbrauchs, Compliancebeobachtungen), strukturelle und inhaltliche Voraussetzungen (zum Beispiel Desinfektionsmittelpenderausstattung einzelner Bereiche) etabliert, die diesbezüglich aktuellen KRINKO-Richtlinien von 2016 umgesetzt sowie regelmäßige Schulungen durchgeführt, die nicht nur das Personal, sondern auch Patienten und Patientinnen sowie Angehörige miteinbeziehen. Seitdem werden auch Informationsflyer verteilt, die die richtige Händehygiene zum Thema haben. „Händehygiene zum Anfassen“ eben.

So wurde, zuletzt am 5. Mai 2017, in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main ein Aktionstag „Saubere Hände – Kampf den Keimen“ für Beschäftigte der Klinik, Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie Angehörige mit reger Beteiligung und großem Erfolg durchgeführt.

### Antibiotic Stewardship (ABS)

ABS-Strukturen unterstützen beste klinische infektiologische Behandlungsergebnisse durch Minimierung des AB-Verbrauchs für den Patientinnen und Patienten sowie eine Reduktion der Resistenzentwicklung. Eine damit einhergehende Kostenreduktion ist nicht das Ziel, aber ein positiver Nebeneffekt.

In der AG-Hygiene des KUV wurde definiert, dass ABS-Strukturen für alle BG Kliniken ein Qualitätsmerkmal darstellen sollen. Bereits zu Beginn des Jahres 2016 wurde in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main eine ABS-Kommission gegründet mit dem Ziel, den Antiinfektiva-Einsatz rational zu gestalten. Durch die beliefernde Apotheke wird der Verbrauch der Antiinfektiva kontinuierlich erfasst, Erreger- und Resistenzstatistiken des mikrobiologischen Labors werden hierzu in Bezug gesetzt, eine Antiinfektivtherapieleitlinie sowie eine Liste der freigegebenen Antibiotika, die ohne Sonderrezept bestellt werden können, einschließlich der Defi-

inition von Reserveantibiotika wurden erstellt und für alle Ärzte und Ärztinnen im Intranet und im Kitteltaschenformat zur Verfügung gestellt. Erste Analysen zeigen, dass die ergriffenen ABS-Maßnahmen – die permanent weiterentwickelt werden – effektiv sind hinsichtlich einer Resistenzminderung der Keime, einer Reduktion von NI und einer Reduktion von Antinfektivverbrauch. Teilnehmende der ABS-Kommission sind unter anderem Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker, hier als qualifizierte ABS-Experten, ABS-beauftragte Ärztinnen und Ärzte aller Abteilungen (in der BG Unfallklinik Frankfurt am Main bereits sechs Ärztinnen und Ärzte mit 160 Stunden Spezialisierungskurs), HFK, Pflegeleitung, Apothekerinnen und Apotheker, Qualitätsmanagement und Vertretung der Geschäftsführung. Über den Krankenhaushygieniker oder die Krankenhaushygienikerin ist auch die direkte Anbindung in das Hygieneteam gewährleistet. Intensive und regelmäßige Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen fördern nicht nur die Kenntnis, sondern vor allem die Akzeptanz aller, die AB anwenden.

Darüber hinaus wurde in der BGU Frankfurt durch den Krankenhaushygieniker/ABS-Experten der BGU im MRE-Netz Rhein-Main (koordiniert über das Gesundheitsamt Frankfurt am Main) eine ABS-AG gegründet, die sich als Multiplikator von ABS-Strukturen innerhalb der Kliniken des Rhein-Main-Gebietes versteht. Sitzungen, Stellungnahmen und ein fachlicher Austausch tragen dazu bei, übergeordnet Resistenzen und Multiresistenzen sowie den Antibiotikaverbrauch zu reduzieren.

### Fazit: BG Unfallkliniken – Infektionsprävention/Infektionsschutz auf Spitzenniveau

Der Paradigmenwechsel in der Krankenhaushygiene, weg vom Krankenhauskeim und dessen Abtötung hin zum Patienten und der Prävention von NI, hat dazu ge-

führt, dass in den BG Unfallkliniken die Prävention von NI auf höchstem krankenhaushygienischem Niveau „gelebt wird“. Der Verbreitung von Multiresistenzen wird durch die Prävention der Übertragung von MRE (zum Beispiel Händehygiene, Isolierungsmaßnahmen) und rationalen AB-Einsatz vorbildlich und evidenzbasiert auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft entgegengewirkt. Die Rate der NI und die Zahl der NI-Ausbrüche konnte zum Teil deutlich unter bundesdeutsche Referenzwerte gesenkt werden.

Gute Strukturen (zum Beispiel Hygienekommission, Hygienepläne) und eine personell und qualitativ herausragend ausgestaltete Krankenhaushygiene führen zu teilweise deutlich unterdurchschnittlichen behandlungsassoziierten Infektionen. Bestens etablierte KISS-Strukturen unterstützen die infektionspräventiven Maßnahmen, regelmäßige Schulungen und Fortbildungen sichern Akzeptanz und Durchdringung bei den Beschäftigten. Zudem wird die Krankenhaushygiene bei der baulichen Gestaltung medizinischer Einrichtungen, der Reinigung, Desinfektion, Lüftungstechnik, Wassermikrobiologie oder Aufbereitung von Medizinprodukten hinzugezogen, um auch hier das Risiko nosokomialer Infektionen zu reduzieren.

In den regionalen Krankenhausstrukturen sind alle BG Kliniken mit ihren Aufsichtsbehörden vernetzt. Die übergeordnet tätige AG Hygiene des KUV koordiniert für die BG-Kliniken Strukturen, Prozesse und die Weiterentwicklung des Hygienemanagements, schafft damit Kompetenz, Expertise und nutzt Synergien innerhalb der BG Unfallkliniken. Über die Anforderungen einzelner Leitlinien hinausgehende Maßnahmen, wie beispielsweise das generelle MRSA-Screening in der BG Unfallklinik in Frankfurt am Main, stehen hiezu nicht im Widerspruch, sondern ergänzen vielmehr die Strukturen. ●

## i

### Multiresistente Erreger

Multiresistente Erreger (MRE) sind gegen viele Antibiotika resistent. Insbesondere zu viele oder ungerichtet eingesetzte Antibiotikaawendungen (meistens aber nicht in der Klinik) führen dazu, dass eine Antibiotikaresistenz bei Bakterien entsteht und diese weiter vererbt wird. Die Bakterien sind dann resistent gegen Antibiotika. Sind mehrere Antibiotikagruppen betroffen, spricht man von Multiresistenz.

## Bundesteilhabegesetz

# Herausforderung und Chance für die gesetzliche Unfallversicherung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz) wird das Recht der Rehabilitation und Teilhabe im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) ab dem Jahr 2018 grundlegend neu gestaltet. Die wichtigsten Änderungen im Überblick.

Neben einer weitreichenden Reform der Eingliederungshilfe, die bis zum Jahr 2020 aus dem SGB XII herausgelöst und künftig im zweiten Teil des SGB IX geregelt wird, beinhaltet das Bundesteilhabegesetz (BTHG)<sup>1</sup> auch eine Reihe von wesentlichen Änderungen in Teil 1 des SGB IX und damit in dem für alle Rehabilitationsträger unmittelbar geltenden Rehabilitations- und Teilhaberecht. Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind damit gefordert, die neuen Vorgaben des Gesetzgebers für ihren Bereich umzusetzen. Die neuen Vorschriften des SGB IX, Teil 1 werden zum 1. Januar 2018 in Kraft treten.

### Erhalt des gegliederten Reha-Systems

Mit den Änderungen des SGB IX, Teil 1 setzt sich die Diskussion um ein einheitliches Rehabilitationsrecht und einen einheitlichen Rehabilitationsträger, die in den 1970er-Jahren des 20. Jahrhunderts mit dem Reha-Angleichungsgesetz begann, fort. Mit den durch das BTHG geschaffenen Regelungen reagiert der Gesetzgeber auf die auch nach Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 anhaltende Kritik an einer vermeintlich mangelhaften Koordinierung der Reha-Leistungen und unzureichenden Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Die vergangenen Jahre hätten gezeigt, dass

Koordination, Kooperation und Konvergenz als Kernelemente des Teilhaberechts noch nicht im gewünschten Umfang vollzogen würden. Die Folge seien Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Trägern, Mehrfachbegutachtungen und zu lange Bearbeitungszeiten der Anträge zu Lasten der betroffenen Menschen.<sup>2</sup>

Trotz dieser Feststellungen hat der Gesetzgeber auch mit dem BTHG am gegliederten System der Rehabilitation in Deutschland festgehalten. § 7 Abs. 1 SGB IX<sup>3</sup> stellt nach wie vor ausdrücklich klar, dass die Vorschriften des SGB IX, Teil 1 für Leistungen zur Teilhabe nur insoweit gelten, als sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeiten und die Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe richten sich weiter allein nach den unterschiedlichen Leistungsgesetzen der jeweiligen Sozialleistungszweige. Die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für Reha-Leistungen infolge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie die Leistungskataloge und besonderen Leistungsgrundsätze des SGB VII werden durch das BTHG damit nicht berührt und behalten vollumfänglich ihre Geltung.

### Leistungen wie aus einer Hand

Um die Koordinierung des Leistungsgeschehens vor allem in trägerübergreifenden Fallgestaltungen weiter zu verbessern und die Nachteile des gegliederten Reha-Systems für Menschen mit Behinderungen zu mindern, hat der Gesetzgeber die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, zur Bedarfsermittlung, zur Reha- und Teilhabeplanung sowie zu den Erstattungsverfahren zwischen den Trägern geschärft und noch verbindlicher ausgestaltet. Ziel ist eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“. Langwierige Zuständigkeitsklärungen zu Lasten der betroffenen Menschen sollen vermieden werden. Die Leistungserbringung soll somit auch dann koordiniert und bedarfsgerecht erfolgen, wenn mehrere Rehabilitationsträger mit verschiedenen Leistungsarten beteiligt sind. Mit diesem Ziel wird die Gesamtverantwortung für die Koordinierung des Verfahrens in trägerübergreifenden Fallkonstellationen deutlich stärker als bisher einem der zuständigen Rehabilitationsträger zugeordnet. Dieser hat den Bedarf umfassend und unverzüglich festzustellen, notwendige Begutachtungen einzuleiten, andere Rehabilitationsträger zu beteiligen und die Teilhabeplanung durchzuführen.

### Der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger

Der Gesetzgeber weist die Verantwortung zur umfassenden Bedarfsermittlung, Koordinierung und Teilhabeplanung somit allein einem Träger zu. Dieser wird nach den Vorschriften zur Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX ermittelt, die mit dem BTHG weitgehend unverändert übernommen worden sind. Für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bleibt es dabei, dass auslösend für die Fristenregelungen zur Zuständigkeitsklärung und

### Autor



#### Markus Oberscheven

Abteilung „Versicherung und Leistungen“ der DGUV  
E-Mail: markus.oberscheven@dguv.de



Foto: Dorothea Scheuren/DGUV

Das erfolgreiche Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung wird künftig bei Bedarf auch trägerübergreifend auszugestalten sein.

Leistungserbringung die Kenntnis von einem Rehabilitationsbedarf ist (vgl. § 14 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB IX). Ab dem Zeitpunkt der Kenntnis des Reha-Bedarfs hat der Unfallversicherungsträger innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er nach den Regelungen des SGB VII für die Leistung zuständig ist. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag beziehungsweise Vorgang unverzüglich an den aus seiner Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet hierüber die Leistungsberechtigten.

Ist die Ursache einer Behinderung (also zum Beispiel ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit) nicht innerhalb der Zwei-Wochen-Frist zu klären, soll der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. Mit der Aufnahme einer Soll-Vorschrift an dieser Stelle stellt der Gesetzgeber klar, dass der Unfallversicherungsträger in begründeten Ausnahmefällen den Antrag auch dann nicht weiterleiten muss, wenn begründete Anhaltspunkte für die Annahme eines Versicherungsfalles vorliegen, etwa wenn die Kausalität in den zwei Wochen nicht abschließend geklärt werden kann. In konsequenter Weise sieht das SGB IX in § 16 Abs. 4 Satz 2 jetzt auch einen Erstattungsanspruch des Unfallversicherungsträgers in den Fällen einer nicht erfolgten Weiter-

leitung aus den besagten Gründen vor. Mit Blick auf die besondere Kompetenz der Unfallversicherungsträger im Reha-Management nach schweren Unfällen und Berufskrankheiten handelt es sich um eine sachgerechte Neuregelung im Interesse der betroffenen Versicherten.

Leitet der Unfallversicherungsträger den Antrag nicht innerhalb der Zwei-Wochen-Frist an einen anderen Träger weiter oder wird er durch Weiterleitung eines anderen Trägers an ihn sogenannter zweitangegangener Träger wird er grundsätzlich der „nach § 14 leistende Träger“ mit der Folge, dass ihm die in den nachfolgenden Vorschriften benannten Pflichten zur umfassenden Bedarfsfeststellung, zur Beteiligung anderer Rehabilitationsträger sowie zur trägerübergreifenden Teilhabepanung zugewiesen werden.<sup>4</sup>

Da die Unfallversicherungsträger nach Eintritt eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit von Amts wegen tätig werden und in der Regel frühzeitig Kenntnis von einem Versicherungsfall erlangen, werden sie regelmäßig leistender Träger im Sinne des Verfahrensrechts des SGB IX sein. Die nachfolgend dargestellten Regeln zur umfassenden Bedarfsfeststellung, zur Koordinierung sowie zur Teilhabepanung werden damit immer als regelhafte Bearbeitungsschritte im Rahmen eines trägerübergreifenden Reha-Managements in der gesetzlichen Unfallversicherung zu berücksichtigen sein.

### Umfassende Bedarfsfeststellung

Wird der Unfallversicherungsträger „leistender Träger“ im Sinne des § 14, hat er den Rehabilitationsbedarf unverzüglich und umfassend festzustellen. Mit der Aufnahme des Wortes „umfassend“ in § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX hat der Gesetzgeber noch deutlicher als bisher unterstrichen, dass die Rehabilitationsträger verpflichtet sind, Anträge auch dann hinsichtlich aller in Betracht kommenden Leistungen zu bearbeiten, wenn einzelne Leistungsbestandteile in die Zuständigkeit anderer Träger fallen. Die schon nach bisheriger Rechtslage entsprechende Auslegung des Bundessozialgerichts wurde damit jetzt ausdrücklich ins SGB IX übernommen.<sup>5</sup> Damit die Rehabilitationsträger ihrer Aufgabe zur umfassenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs gerecht werden können, verpflichtet sie der Gesetzgeber in § 13 Abs. 1 SGB IX, systematische Arbeitsmittel und Prozesse zu entwickeln und zu verwenden. Mit diesen Instrumenten soll die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs einheitlich und nachprüfbar durchgeführt werden. Die Grundsätze der Bedarfsermittlung und ihrer Instrumente sind von den Rehabilitationsträgern in gemeinsamen Empfehlungen festzulegen, damit eine Vergleichbarkeit und ein nahtloses Ineinandergreifen in Fällen einer trägerübergreifenden Koordinierung sichergestellt werden kann.<sup>6</sup> Auch die Unfallversicherungsträger sind damit gefordert, ihre Instrumente zur umfassenden Bedarfsermittlung im Rahmen der trägerübergrei-

fenden Vereinbarungen für sich zu definieren und anzuwenden. Das Gesetz fordert von den Unfallversicherungsträgern damit einen Paradigmenwechsel weg von einer rein kausalitätsorientierten Betrachtungsweise hin zu einer trägerübergreifenden Bedarfsorientierung mit dem behinderten Menschen im Mittelpunkt.

### Beteiligung anderer Rehabilitationsträger

Ergibt die umfassende Bedarfsermittlung Hinweise auf weitere Rehabilitationsbedarfe, für die der Unfallversicherungsträger nicht zuständig ist, greifen die neuen Vorschriften zur Leitungs koordinierung des § 15 SGB IX. Nach Absatz 2 dieser Vorschrift hat der leistende Träger Feststellungen anderer Rehabilitationsträger einzuholen, soweit er dies für die umfassende Bedarfsfeststellung für erforderlich hält. Die Feststellungen der beteiligten Träger binden den leistenden Unfallversicherungsträger bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung bei ihm eingegangen sind. Anderenfalls stellt der leistende Träger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest. Anders als noch in den ersten Entwürfen zum BTHG sieht das Gesetz in § 15 Abs. 3 jetzt als Regelfall vor, dass alle beteiligten Rehabilitationsträger ihre Leistungen jeweils selbst nach ihren eigenen Leistungsgesetzen und im eigenen Namen bewilligen und erbringen, es sei denn, die in Nr. 1 bis 3 der Vorschrift genannten Voraussetzungen liegen nicht vor. Ist Letzteres der Fall, ist der leistende oder koordinierende Träger für die Bewilligung und Erbringung aller Leistungen in seinem Namen verantwortlich.

Die neuen Koordinierungsregeln des SGB IX stellen hohe Anforderungen an die Verwaltungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Zum einen setzen sie funktionierende Netzwerke zwischen den Rehabilitationsträgern voraus, die bislang nicht überall aufgebaut worden sind. Für die wirksame Kommunikation und Abstimmung müssen die Aufgaben und Ansprechpersonen der anderen Rehabilitationsträger in der Region bekannt sein. Dort wo die gemeinsamen Servicestellen diese Funktion schon wirksam erfüllt haben, können die Strukturen ungeachtet der formellen Abschaffung dieser Institution durch das BTHG ab 2019 weiter genutzt und ausgebaut werden. In

anderen Regionen sind die Kommunikationsstrukturen neu aufzubauen.

Zum anderen müssen die Rehabilitationsträger noch besser als bisher trägerübergreifend aufgestellt sein, um den Rehabilitationsbedarf umfassend erkennen und im Zweifelsfall auch trägerübergreifend feststellen und Leistungen auch außerhalb der eigenen Zuständigkeit erbringen zu können. Dies erfordert nicht zuletzt erhebliche Anstrengungen im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

### Teilhabeplan und Teilhabeplankonferenz

Für alle Fallgestaltungen, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind oder in denen mehrere Leistungsgruppen auch nur eines Trägers zu koordinieren sind, fordert der Gesetzgeber die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens nach §§ 19 ff. SGB IX. Der nach den Regeln des § 14 SGB IX ermittelte „leistende Träger“ ist verantwortlich dafür, dass er gemeinsam mit den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen feststellt und schriftlich so zusammenstellt, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Die vollständigen und nahtlosen Feststellungen zum Bedarf und zur Durchführung der notwendigen Maßnahmen bilden die Grundlage für die nach Zuständigkeiten und Leistungsgesetzen getrennte Leistungsbewilligung und -erbringung nach § 15 Abs. 3 SGB IX.<sup>7</sup> Der Teilhabeplan ist kein Verwaltungsakt, aber ein standardisiertes Verwaltungsverfahren und damit regulärer Bestandteil der Aktenführung. Er bereitet die Entscheidungen der beteiligten Rehabilitationsträger unter Mitwirkung der leistungsberechtigten Menschen vor.<sup>8</sup>

Zur Koordinierungsverantwortung des leistenden Trägers für das Teilhabeplanverfahren gehört somit immer auch die tatsächliche Erstellung und schriftliche Dokumentation des Plans, die damit nicht mehr gemeinschaftliche Aufgabe aller beteiligter Rehabilitationsträger ist. Neben den Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf soll in dem Plan unter anderem festgehalten werden, welche Teilhabeziele vereinbart wurden, inwieweit das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten berücksichtigt wurde und wie Dienste und Ein-

richtungen bei der Leistungserbringung einbezogen werden. Der Teilhabeplan wird laufend überwacht und entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst. Soweit sinnvoll, kann die Verantwortung für den Teilhabeplan auch einem anderen Rehabilitationsträger übertragen werden. Rehabilitationseinrichtungen können an der Konferenz beteiligt werden, wenn die leistungsberechtigte Person zustimmt.

Hält der leistende Träger zur Feststellung des Reha-Bedarfs eine Teilhabeplankonferenz für erforderlich, kann er diese mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person durchführen. Neben dem leistenden Träger und den betroffenen Menschen sind auch die anderen beteiligten Rehabilitationsträger berechtigt, eine Teilhabeplankonferenz vorzuschlagen. Von deren Durchführung kann abgesehen werden, wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht (vgl. § 20 Abs. 2 SGB IX).

Die Unfallversicherungsträger erstellen schon heute im Rahmen ihres Reha-Managements regelmäßig Reha- und Teilhabepläne und führen bei Bedarf Fallkonferenzen mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen, Reha-Einrichtungen und sonstigen Leistungsanbietern durch. Die Versicherten sind dabei selbstverständlich aktiv beteiligt. Im Hinblick auf die Anforderungen des BTHG werden die entsprechenden Verfahren auch hier stärker als bisher trägerübergreifende Fallgestaltungen zu berücksichtigen haben. Die Reha-Pläne der Unfallversicherungsträger sind um diese Mehrträgerkonstellationen zu ergänzen. Die Erstellung von Teilhabeplänen nach § 19 SGB IX sowie die Einberufung von Teilhabeplankonferenzen erfordern wiederum funktionierende Netzwerke der Rehabilitationsträger sowie zwischen diesen abgestimmte und standardisierte Prozesse.

### Neue Beratungsstrukturen

Mit dem BTHG werden die Anforderungen an die Beratung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger durch die Rehabilitationsträger deutlich erhöht. Die Gemeinsamen Servicestellen, die bislang eine trägerübergreifende Beratung durch

die Träger sicherstellen sollten, werden zum Jahresende 2018 abgeschafft. Wie bereits dargestellt, werden die Aufgaben der Rehabilitationsträger, sich zu vernetzen und geeignete Kommunikationsstrukturen aufzubauen, hierdurch nicht entfallen. Die gesteigerten Anforderungen im Bereich der Koordination des Leistungsgeschehens in §§ 15 ff. SGB IX erfordern gerade eine Intensivierung der standardisierten Zusammenarbeit.

In Bezug auf das Beratungsgeschehen geht der Gesetzgeber ganz offensichtlich davon aus, dass die qualifizierte trägerübergreifende Beratung künftig Aufgabe aller Rehabilitationsträger ist. Schon im Vorfeld einer Antragstellung haben die Träger nach § 12 SGB IX geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die eine frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs ermöglichen. Die allgemeinen Pflichten der Sozialleistungsträger zur Aufklärung, Beratung und Auskunft werden damit deutlich erweitert. Auch hier steht der Reha-Bedarf in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze im Fokus.<sup>9</sup> Die Rehabilitationsträger haben entsprechende Informationsangebote bereitzustellen und Ansprechstellen zu benennen, die auch für die Kommunikation mit anderen Rehabilitationsträgern oder mit Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen verantwortlich sind. Für die Unfallversicherungsträger bedeutet dies wiederum die Notwendigkeit zur trägerübergreifenden Qualifizierung ihrer Beschäftigten.

Neu ist zudem die Einrichtung einer unabhängigen ergänzenden Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert aus Bundesmitteln diese von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige Beratungsstruktur als niedrigschwelliges Angebot, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht. Dieses Angebot besteht neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger. Entsprechend haben diese im Rahmen ihrer erweiterten Beratungspflichten nach § 12 SGB IX Informationsangebote zu der unabhängigen Teilhabeberatung bereitzustellen und allgemein über dieses ergänzende Angebot zu beraten. Das BMAS erlässt eine Richtlinie, nach deren Maßgabe die Dienste, welche ein unabhängiges ergänzendes Beratungsangebot anbieten, gefördert werden können.

### BAR und Teilhabeverfahrensbericht

Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger soll weiterhin durch die Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gewährleistet werden. Die Regelungsgegenstände sind in § 26 Abs. 1 und 2 SGB IX im Einzelnen aufgeführt. Über die gemeinsamen Empfehlungen hinaus ist die Bedeutung der BAR als gemeinsame Plattform der Rehabilitationsträger mit dem BTHG jetzt deutlich stärker betont worden. So werden die Aufgaben der BAR in § 39 SGB IX erstmals detailliert gesetzlich beschrieben. Außerdem steht die Arbeitsgemeinschaft jetzt unter der Rechtsaufsicht des BMAS.

Von besonderer Bedeutung sind die den Rehabilitationsträgern auferlegten neuen und umfangreichen Dokumentationspflichten. Die Rehabilitationsträger haben die in § 41 Abs. 1 Nr. 1 bis 15 SGB IX genannten Kennzahlen zu erfassen, mit denen das Rehabilitationsgeschehen und die Koordination des Leistungsgeschehens sowie die trägerübergreifende Zusammenarbeit nach dem Willen des Gesetzgebers umfassend abgebildet werden sollen. Auf diese Weise sollen nicht zuletzt auch Möglichkeiten zur Evaluation und Steuerung eröffnet werden.<sup>10</sup> Die Rehabilitationsträger haben die Angaben an ihre Spitzenverbände zu melden, die diese wiederum in einem abgestimmten Datenformat an die BAR liefern. Die BAR erstellt hieraus jährlich den Teilhabeverfahrensbericht. Die Erfassung der Angaben soll bereits mit dem Jahr 2018 beginnen, gegebenenfalls im Rahmen eines Pilotverfahrens. Eine Reihe von Begrifflichkeiten in den geforderten Angaben sind der gesetzlichen Unfallversicherung als System, das Leistungen von Amts wegen erbringt, fremd (zum Beispiel Zahl der Anträge, Bewilligungen, Erledigungen). Es wird zu entscheiden sein, wie die Begriffe im Licht der Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung auszulegen und zu definieren sind.

### Fazit

Die Unfallversicherungsträger sehen sich für die Erfüllung der neuen Anforderungen im Verfahrensrecht des SGB IX grundsätzlich gut aufgestellt. Die gesetzliche Unfallversicherung kennt der Art nach seit Langem wesentliche Instrumente, die das BTHG zur Stärkung der Koordination des Leistungsgeschehens in der Rehabilitation jetzt eingeführt hat. So erstellen

die Unfallversicherungsträger im Rahmen ihres Reha-Managements schon heute regelmäßig Reha-Pläne und führen bei Bedarf Fallkonferenzen zur Erkennung und Feststellung des individuellen Reha-Bedarfs durch. Diese besondere Kompetenz wird künftig zu ergänzen sein um einen noch stärker trägerübergreifenden Ansatz. Dies betrifft die Pflicht zur umfassenden Bedarfsprüfung, die sich nicht nur auf den durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Rehabilitationsbedarf bezieht, sondern ebenso alle anderen Bedarfe im Zuständigkeitsbereich weiterer Rehabilitationsträger einbezieht. Dieser „Blick über den Teller“ und die gleichermaßen geforderte trägerübergreifende Beratung ihrer Versicherten erfordern von den Unfallversicherungsträgern erhebliche Anstrengungen im Bereich der Qualifizierung von Sachbearbeitung und dem Reha-Management.

Darüber hinaus müssen sich die Unfallversicherungsträger an regionalen Netzwerken mit anderen Rehabilitationsträgern beteiligen, um den gesetzlichen Auftrag zur Zusammenarbeit vor Ort wirksam umsetzen zu können. Die Anforderungen des neuen Teilhabeverfahrensberichts schließlich verlangen den Unfallversicherungsträgern einen erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand ab. Es ist noch zu klären, wie die einzelnen Kennzahlen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Unfallversicherung sinnhaft auszulegen sind. ●



### Fußnoten

- [1] BGBl. 2016 I, S. 3234
- [2] Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 192
- [3] Soweit nicht anders bezeichnet, beziehen sich die zitierten Vorschriften des SGB IX auf die ab 2018 geltende Fassung des BTHG
- [4] Zur Ausnahme der sog. „Turboklärung“ mit der Möglichkeit einer nochmaligen Weiterleitung siehe § 14 Abs. 3 SGB IX
- [5] Vgl. BSG v. 11.05.2011, B 5 54/10 R sowie BSG v. 03.02.2015, B 13 R 261/15 B
- [6] Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 232
- [7] BT-Drs. 18/9522, S. 238
- [8] BT-Drs. 18/9522, S. 239
- [9] Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 230
- [10] BT-Drs. 18/9522, S. 248

## Qualitätssicherung in der DGUV

# Ein neues Verfahren zur Qualitätssicherung

Durchgangsarztberichte – wichtige Grundlage der Heilverfahrenssteuerung – werden durch ein „Peer-Review“ geprüft.

Neben der Unfallanzeige ist der Durchgangsarztbericht (F1000) eine zentrale Informationsquelle für die Unfallversicherungsträger (UV-Träger). Der Durchgangsarztbericht gibt die wesentlichen Angaben der verletzten Person zum Unfall wieder und enthält die zuerst nach dem Unfall erhobenen ärztlichen Befunde. Anhand dieser Informationen prüfen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, ob ein Arbeitsunfall vorliegt. Darüber hinaus nehmen sie eine erste Bewertung der Art und Schwere der Verletzung vor.

Der Durchgangsarzt oder die Durchgangsärztin entscheidet mit dem Bericht über die Heilbehandlung zu Lasten eines UV-Trägers und über die weiteren Maßnahmen im Heilverfahren. Die Berichte haben deshalb eine Schlüsselfunktion für die Leistungspflichten der UV-Träger und für die Steuerung des Heilverfahrens. Gerade bei schweren Verletzungen ist es wichtig, dass schon zu Beginn des Heilverfahrens die richtigen Entscheidungen getroffen werden. Sind die Angaben in den Durchgangsarztberichten nicht schlüssig oder vollständig, müssen die UV-Träger rückfragen und weitere Informationen einholen. Damit entstehen zusätzliche Aufwände für die Verwaltungen und für die Ärztin oder den Arzt. Zudem vergeht weitere Zeit bis – auf der Grundlage der späteren Antwort – über die Heilverfahrenssteuerung und mögliche Leistungsansprüche der verletzten Person entschieden werden kann.

### Das Forschungsprojekt

Vor diesem Hintergrund beschloss die DGUV im Kontext der Neuausrichtung der Heilverfahren, einen Schwerpunkt der Qualitätssicherung auf die Überprüfung der Qualität im Durchgangsarztverfahren zu legen. Im Rahmen eines Forschungsprojektes hat Prof. Dr. Kohlmann, Institut für Community Medicine der Universität Greifswald, ein Peer-Review-Verfahren zur standardisierten Prüfung der Qualität der Durchgangsarztberichte entwickelt. Unterstützt wurde das Projekt von einem Expertenteam aus Durchgangsärzten und Vertretern der UV-Träger und der DGUV-Landesverbände. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Kohlmann wurde in mehreren Entwicklungsschritten eine Checkliste zur Prüfung der Durchgangsarztberichte, einschließlich der gegebenenfalls vorgeschriebenen Ergänzungsberichte, entwickelt. Erprobt wurde die Checkliste in der Region des Landesverbandes Nordost. 16 sogenannte Peers prüften 474 anonymisierte Durchgangsarztberichte und bewerteten diese anhand der Checkliste auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit bezüglich der einzelnen Angaben. Das Forschungsprojekt wurde 2015 abgeschlossen (siehe Literatur: Bericht zum Forschungsprojekt FR 183).

Das Forschungsprojekt hat gezeigt, dass das Prüfverfahren aufgrund der entwickelten Checkliste praktikabel ist. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den

Durchgangsarztberichten der bewerteten Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen entsprechend den Kriterien der Checkliste aufgezeigt werden. In der durchgeführten Reliabilitätstestung wurde überwiegend eine Beurteilungsübereinstimmung zwischen 60 Prozent und 90 Prozent erreicht (siehe Literatur: Szczotkowski et al. 2016).

### Erste bundesweite Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens

Aufgrund dieser Erfahrungen hat die DGUV beschlossen, dieses Verfahren zur Qualitätssicherung der Durchgangsarztberichte bundesweit zu implementieren. Die Fachgremien und die Vorstandsebene befürworteten im ersten Schritt die Umsetzung für alle Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte in den Kliniken, die zum Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) zugelassen sind, sowie für rund 1.000 niedergelassene Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte. Damit sind insgesamt rund 33.000 Durchgangsarztberichte zu bewerten. Das Projekt startete im Frühjahr 2017. Im Herbst 2018 werden die Ergebnisse vorliegen.

### Autorinnen

#### Dr. Ute Polak

Abteilung Versicherung und Leistungen, Bereich Rehabilitation/ Gesundheitswesen der DGUV  
E-Mail: ute.polak@dguv.de

#### Marion Wittwer

Abteilung Versicherung und Leistungen, Bereich Rehabilitation/ Gesundheitswesen der DGUV  
E-Mail: marion.wittwer@dguv.de

### i Peer-Review-Verfahren

Von einem Peer-Review-Verfahren spricht man, wenn eine wissenschaftliche Arbeit zur Qualitätssicherung durch unabhängige Wissenschaftler/-innen oder Gutachtenden aus demselben Fachgebiet bewertet wird (englisch „Peers“ für Gleichgestellte, Ebenbürtige; „Review“ für Überprüfung, Gutachten).

### Eckpunkte zur ersten Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens

1. Das bundesweite Qualitätssicherungsverfahren ist auf die Bewertung von Durchgangsarztberichten zum „besonderen Heilverfahren“ ausgerichtet. Damit sollen insbesondere Berichte zu schwereren Verletzungen berücksichtigt werden. Um eine fundierte Bewertung für eine Durchgangsarztpraxis erstellen zu können, müssen mindestens 30 Berichte innerhalb des Erhebungszeitraumes vorliegen.
2. Die notwendige Anzahl von 90 erfahrenen Durchgangsjärztinnen und Durchgangsjärzten, die die Durchgangsarztberichte bewerten (sogenannte Peers), konnte insbesondere mithilfe der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände gewonnen werden. Für jede vollständig durchgeführte Bewertung erhalten die Peers eine Vergütung in Höhe von 7,55 Euro.
3. Die Durchgangsarztberichte müssen elektronisch und anonymisiert vorliegen. Nur dann ist eine sichere, rationale und datengeschützte Verteilung an die Peers über ein webbasiertes Tool möglich. Die beteiligten Peers erhalten weder Informationen über die Verfasser der Berichte, noch personenbezogene Angaben über die Patientinnen und Patienten. Sie bewerten nur ausgewählte Informationen aus dem F1000 (Beispiel siehe Abbildung 2). Mit Zustimmung der UV-Träger werden Durchgangsarztberichte geprüft, die zwischen November 2016 und Dezember 2017 über DALE-UV geliefert werden.

### Technische Umsetzung des Verfahrens

Die technische Umsetzung und die wissenschaftliche Begleitung der ersten bundesweiten Umsetzung des QS-Verfahrens übernimmt das Institut für Community Medicine (ICM) der Universität Greifswald. Dort wurde die webbasierte EDV-Plattform „C-DAB“ entwickelt, die als technische Plattform des Verfahrens dient.

Über die Web-Anwendung „C-DAB“ werden die anonymisierten Daten aus den Durchgangsarztberichten einschließlich der gegebenenfalls erstellten Ergänzungsberichte F 1002 (Kopfverletzung), F 1004 (Knierverletzung) oder F 1008 (schwere Ver-

brennungen) nach dem Zufallsprinzip an die Peers verteilt. Später werden über „C-DAB“ die fertigen Bewertungen der verschiedenen Peers für alle geprüften Ärzte und Ärztinnen zusammengeführt.

Jeder Peer erhält einen passwortgeschützten Account, auf dem die anonymisierten Daten aus den Durchgangsarztberichten zur Bewertung eingespielt werden. Daneben werden die Bewertungsfragen entsprechend der Checkliste (Abbildung 1) eingespielt. Wenn Einschätzungen für mindestens 30 Durchgangsarztberichte einer einzelnen D-Ärztin, eines D-Arztes oder einer D-Arztpraxis vorliegen, werden diese in einem Ergebnisbericht zusammengefasst.

Für die Verteilung und spätere Zusammenführung wird nur das Institutionskennzeichen (IK) des Arztes oder der Ärztin verwendet, ohne dass dieses für die Peers sichtbar ist. Jeder Arzt und jede Ärztin erhält bei der Beteiligung am elektronischen Datenaustauschverfahren ein Institutionskennzeichen. Im Projekt wird anhand der IK-Listen sicherstellt, dass die Berichte für die Bewertung über möglichst viele Peers verteilt werden, und es wird ausgeschlossen, dass Ärzte und Ärztinnen ihre eigenen Berichte bewerten.

#### Peers

Ärztinnen und Ärzte, die sich als Peer am QS-Projekt beteiligen, haben sich mit ihrer Mitwirkungserklärung ausdrücklich verpflichtet, alle im Rahmen dieses Projektes direkt oder indirekt erlangten Informatio-

nen geheim zu halten. Gleichzeitig wurde ihnen zugesichert, dass sie gegenüber den zu begutachtenden Ärztinnen und Ärzten anonym bleiben.

Vor Beteiligung an dem Verfahren erhalten die Peers ein ausführliches Manual, welches die einzelnen Fragen entsprechend der Checkliste und die standardisierten Antwortmöglichkeiten genau erläutert. Im nächsten Schritt erhalten sie zu Übungszwecken drei fiktive Durchgangsarztberichte, für die Informationen zur richtigen Bewertung hinterlegt sind. Falsche Bewertungen erhalten hier unmittelbar eine Rückmeldung. Erst nach der korrekten Bearbeitung dieser Testfälle werden dem jeweiligen Peer auf seinem Account regelmäßig echte Durchgangsarztberichte für eine Bewertung eingestellt. Die Peers erhalten durchschnittlich 10 bis 20 Berichte pro Woche.

### Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens

Das Projekt soll nicht nur die Qualität der Berichte evaluieren, es will den bewerteten Ärztinnen und Ärzten auch eine fundierte individualisierte Rückmeldung geben. Alle im Projekt eingeschlossenen Durchgangsärztinnen und Durchgangsjärzte sollen eine konstruktive Rückmeldung erhalten, die spezifisch auf der Basis von mindestens 30 bewerteten eigenen Durchgangsarztberichten beruht (Beispiel für einen möglichen Abschnitt der Ergebnisdarstellung siehe Abbildung 2). Dabei werden die Bewertungen der Peers zusammengefasst

Vollständigkeit der Angaben (Unfallhergang, Unfallort)
Vollständige Dokumentation relevanter diagnostischer Maßnahmen und deren Ergebnisse
Schlüssigkeit der Röntgenentscheidung
Ausreichende und schlüssige Beschreibung des Röntgenergebnisses
Schlüssigkeit der Erstdiagnose
Schlüssigkeit der beschriebenen Maßnahmen zur Erstversorgung
Exakte Beschreibung der Vorschäden
Schlüssigkeit der Annahme eines Arbeitsunfalles
Schlüssigkeit der Art der eingeleiteten Heilbehandlung
Korrekte Klassifikation der Verletzung nach dem Verletzungsartenverfahren

Abbildung 1: Aufbau der Checkliste des Qualitätssicherungsverfahrens „Peer-Review der Durchgangsarztberichte“

Quelle: Eigene Darstellung (DGUV)

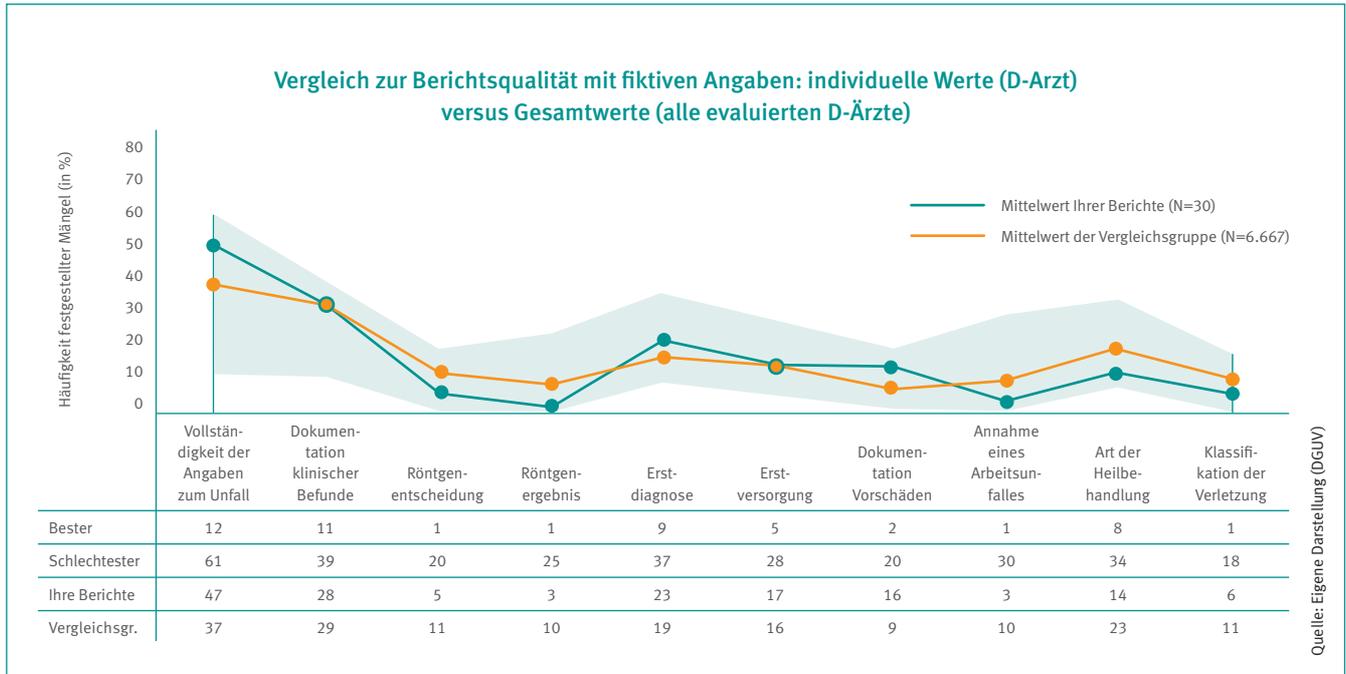


Abbildung 2: Auswertungsbeispiel für die individuellen Ergebnisberichte

dargestellt. Zusätzlich werden die individuellen Bewertungsergebnisse in Relation zu den Ergebnissen aller geprüften Durchgangärztinnen und Durchgangärzte gesetzt. Dem einzelnen Arzt oder der einzelnen Ärztin können somit Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden, indem eine Orientierung an den jeweils Besten ermöglicht wird (Benchmarking).

Veränderungen und insbesondere Verbesserungen der Qualität der Durchgangsarztberichte können zukünftig erfasst werden, indem das Projekt zur Qualitätssicherung mit einem zeitlichen Abstand von einigen Jahren wiederholt wird. Über eine solche Fortsetzung werden die Gremien der DGUV entscheiden, wenn die Ergebnisse des ersten Durchlaufs vorliegen.

Die Landesverbände der DGUV, die für die Zulassung und Schulung zuständig sind, werden mit den Durchgangärztinnen und Durchgangärzten, die auffällig schlechte Ergebnisse erzielt haben, individuelle Beratungsgespräche führen, um Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Landesverbände werden außerdem die Ergebnisse bezüglich regionaler Besonderheiten analysieren. Sollten sich in den Auswertungen übergreifende Probleme abzeichnen, können diese bei den regelmäßigen Schulungsveranstaltungen besonders thematisiert werden.

### Fazit

Mit den Ergebnissen dieses Qualitätssicherungsverfahrens werden Kennzahlen vorliegen, die Schwachstellen in der Dokumentation in Durchgangsarztberichten und in der Versorgung von Unfallverletzten aufzeigen können. Die DGUV erhält damit eine Möglichkeit, ihrer Aufgabe zur Sicherung der Prozessqualität im Durchgangsarztverfahren nachzukommen. Den Durchgangärzten und Durchgangärztinnen wird ein Vergleich ihrer eigenen Qualität mit der anderer Leistungserbringer ermöglicht, in dem sie eine transparente und übersichtliche Einschätzung der eigenen Berichtsqualität erhalten. ●



### Literatur

- Szczotkowski, D.; Brodowski, H.; Nolting, H.; Haase, T.; Gruner, A.; Kübke, R.; Kohlmann, T.: Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Beurteilung der Qualität von Durchgangsarztberichten, Trauma und Berufskrankheit 2017, 19:41–46.
- Kohlmann, T.; Szczotkowski, Daniel; Brodowski, H.: Bericht zum Forschungsprojekt FR183: „Entwicklung eines Bewertungsschemas für die Prozess- und Ergebnisqualität im ambulanten Durchgangsarztverfahren“, www.dguv.de/ifa/forschung/projektverzeichnis/ff-fr\_0183.jsp



### Grundlagen und Ziele der externen Qualitätssicherung der DGUV

Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu verbessern. Die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Heilbehandlung und Teilhabe haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 2 und 4 SGB VII). Die DGUV hat gemäß ihrer Satzung (§ 2 Abs. 4 Nr. 8) die Aufgabe, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen und Maßnahmen der Teilhabe sicherzustellen.

Die Ergebnisse von Qualitätssicherungsverfahren sollen die Transparenz über die Leistung erhöhen und eine Vergleichbarkeit ermöglichen. Mit den Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung sollen die Leistungserbringer Informationen für ihr betriebseigenes Qualitätsmanagement erhalten. Externe Qualitätssicherungsverfahren sind auf Leistungserbringergruppen ausgerichtet, die auf der Basis von Verträgen oder Vereinbarungen für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen Leistungen erbringen (zum Beispiel Durchgangsarztinnen, Durchgangsarzte oder Krankenhäuser).

## Projekt Onlinebefragung

# Wie zufriedenstellend ist die Zusammenarbeit mit den SAV-Kliniken?

Die DGUV hat 2016 eine Onlinebefragung zur „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit SAV-Kliniken“ mit Beschäftigten der gesetzlichen Unfallversicherung durchgeführt. Ziel ist es, die Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern zu verbessern. Die Einzelberichte liegen auch den DGUV-Landesverbänden vor. Sie suchen das Gespräch mit den Kliniken, die negativ abweichende Einschätzungen erhalten haben.

## Beschreibung des Projekts

Um die Qualität der Zusammenarbeit von SAV-Kliniken (Kliniken, die am Schwereverletzungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt sind) und Unfallversicherungsträgern zu ermitteln, wurde ein Online-Fragebogen „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit SAV-Kliniken“ entwickelt. Die Einzelfragen wurden überwiegend von den Vorgaben abgeleitet, die die Kliniken erfüllen müssen, um am SAV der Unfallversicherung teilnehmen zu können. Erstmals erprobt – und auf dieser Basis dann auch verbessert – wurde der Fragebogen bereits 2015. Damals nahmen in einem Pilotprojekt vier Berufsgenossenschaften an der Befragung teil.

Nach einem zustimmenden Votum der DGUV-Gremien startete die Befragung im Mai 2016. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), die über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SAV-Kliniken verfügen, weil sie dort Fälle betreuen, wurden zur Beteiligung aufgerufen. Durch die Beantwortung der Fragen gaben die Beschäftigten eine Einschätzung für eine ausgewählte SAV-Klinik ab.

Der Fragebogen beinhaltet 27 geschlossene Fragen, aufgeteilt in 7 Bereiche:

- Ansprechperson in der Klinik
- Reha-Plan und Reha-Management
- Organisation der nachstationären Versorgung
- Berichte und Gutachten (Fristgerechte Lieferung)
- Konsile im Rahmen der SAV-Behandlung
- Versorgung von Kindern/Jugendlichen
- Gesamt-Zufriedenheit

Die Beantwortung der Fragen erfolgte in der Regel auf einer vierstufigen Antwortskala (fast immer – häufig – selten – sehr selten); bei einigen Fragen war es zusätzlich möglich, „kein Bedarf aufgetreten“ anzugeben. Für die Fragen zu den Berichts- und Gutachtenlaufzeiten wurden Antwortmöglichkeiten zu Wochenfristen analog der vertraglichen Vereinbarungen angeboten.

## Ergebnisse der Onlinebefragung

Beispielhaft werden in Grafik 1 die Angaben zum Bereich 1 „Ansprechpersonen in der SAV-Klinik“ dargestellt. So wurde zum Beispiel gefragt, ob eine kompetente An-

sprechperson für die Anfragen der UV-Träger erreichbar sei. Die Erreichbarkeit eines informierten medizinischen Gesprächspartners ist in der Heilverfahrenssteuerung zentral. Hier gaben 41 Prozent aller Befragten „fast immer“ an, 34 Prozent „häufig“, 18 Prozent „selten“ und 7 Prozent „sehr selten“. Diese Angaben stellen die Einschätzung für alle beteiligten 93 Kliniken dar.

Die bundesweite Onlinebefragung wurde innerhalb von vier Monaten (Juni bis September 2016) durchgeführt. Das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden sammelte die Daten und beauftragte ein Dienstleistungsunternehmen mit der Erstellung der Einzelberichte für jede SAV-Klinik.

Die eingegangenen Einschätzungen aus 1.777 Fragebögen wurden klinikbezogen zusammengefasst. Jede SAV-Klinik erhielt auf Grundlage des Fragebogenrücklaufs einen individuellen Bericht über die Einschätzungen der UV-Träger für ihre Klinik. Allerdings war der Rücklauf zu den einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich. Die Zahl variierte pro Klinik zwischen 5 und 90. Diskutiert wurden die aggregierten und anonymisierten Ergebnisse in sogenannten SAV-Qualitätszirkeln, die die Landesverbände der DGUV im November 2016 organisierten.

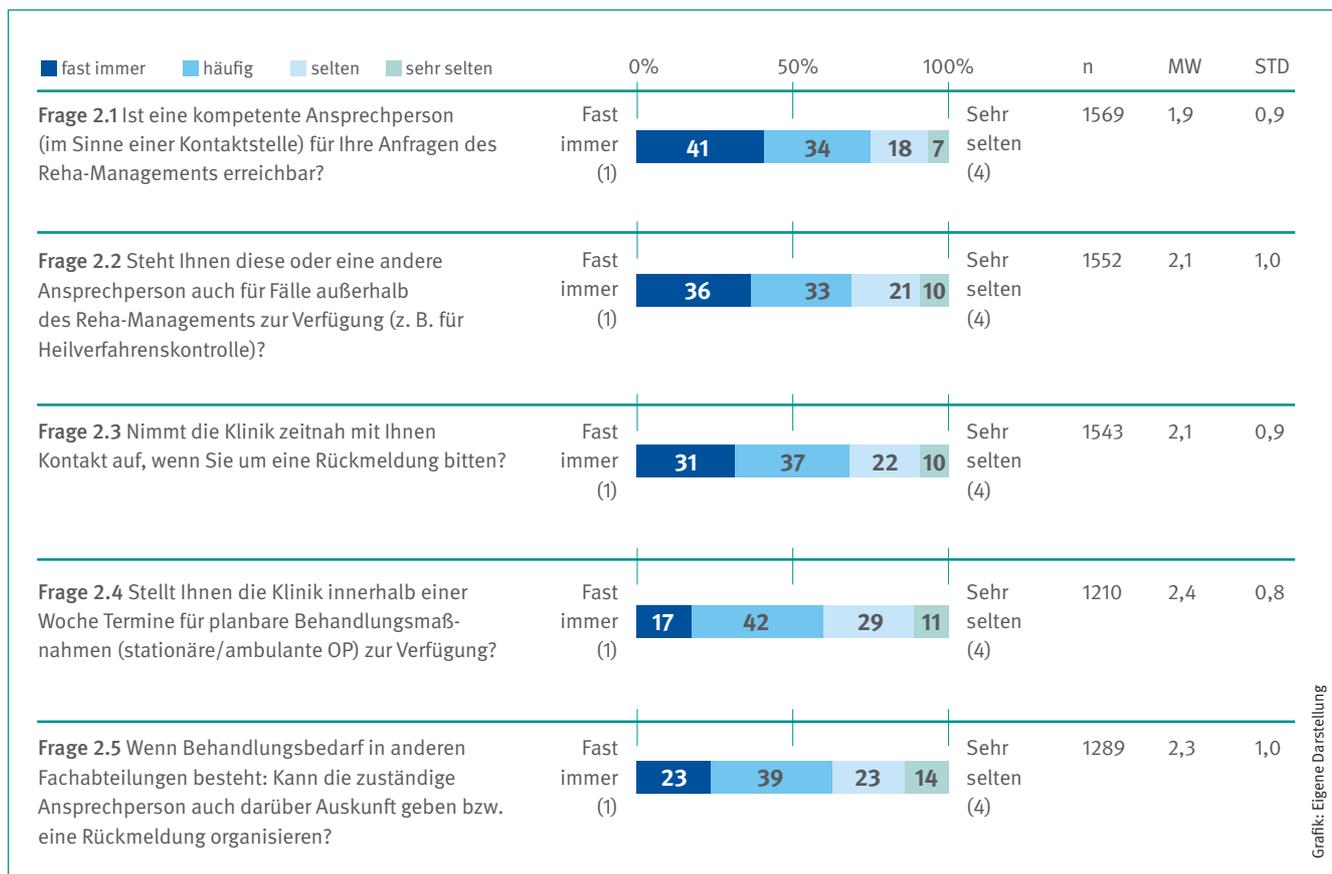
In dem Einzelbericht, den jede Klinik erhielt, stellt das Gesamtergebnis für alle Kliniken den Vergleichswert dar, zu dem das klinikindividuelle Ergebnis in Bezug gesetzt wird. In der Grafik 2 ist dies beispielhaft anhand der Frage (2.1) dargestellt. Neben den Prozentangaben für die einzelne Klinik wird der Gesamtwert

## Autorin



### Dr. Ute Polak

Abteilung Versicherung und Leistungen  
Bereich Rehabilitation/Gesundheitswesen der DGUV  
E-Mail: ute.polak@dguv.de



Grafik 1: Gesamtbewertung Bereich 1 der Onlinebefragung: Ansprechpersonen in der SAV-Klinik

über alle beteiligten Kliniken angeben. Anhand dieser Rückmeldungen und der Angabe von Mittelwert (MW) und Standardabweichung (STD) kann die SAV-Klinik für jede einzelne Frage erkennen, wie sie im Vergleich zu den anderen Kliniken bewertet wurde.

**Gesamtbewertung über alle Kliniken**

Die Fragen und Antworten zu Bereich 1 sind in Grafik 1 dargestellt. Im Bereich 2 „Reha-Management“ konnten die Befragten äußern, wie sie die Unterstützung seitens der Klinik bei der Erstellung von Reha-Plänen und bei der Heilverfahrensteuerung wahrnehmen. Das ermittelte Ergebnis zeigte, dass aus Sicht der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eine Unterstützung „häufig“ vorhanden war. Auch die Vergabe von Gesprächsterminen für die Reha-Planung wurde als zeitnah wahrgenommen. Kritischer wurde die Frage nach Information der Klinik bewertet, sobald Verzögerungen oder Veränderungen im Reha-Plan auftreten. Hier gaben 36 Prozent der Befragten an, dass diese Information nur „selten“ oder „sehr selten“ erfolgte.

Zur „Organisation der nachstationären Versorgung“ waren im Fragebogen unter Bereich 4 vier Fragen vorhanden. Bereits seit Langem etablierte Prozesse wie die Einleitung einer Stationären Weiterbehandlung (BGSW), das Ausstellen von Physiotherapie-Verordnungen oder die Hilfsmittelversorgung wurden als komplikationslos bewertet. Aber nur in 50 Prozent der Fälle erhielten die UV-Träger eine zeitnahe Information über die Entlassung des Patienten oder der Patientin, um eine weiterführende Rehabilitation vorzubereiten. Zudem traf der Entlassungsbericht aus Sicht der Beschäftigten der UV-Träger zu spät ein: In 72 Prozent der Rückmeldungen wurde angegeben, dass dieser Bericht erst zwei Wochen und später nach dem Entlassungstermin aus der Krankenhausbehandlung vorlag.

Aussagen zu „Laufzeiten von Berichten und Gutachten“ wurden im Rahmen der Onlinebefragung im Bereich 5 gesammelt. Insbesondere bei den Laufzeiten der Gutachten wurden sehr lange Rücklaufzeiten moniert: Bei den Rentengutachten lagen diese nach Wahrnehmung

der Befragten zu 71 Prozent über sechs Wochen. Bei Zusammenhangsgutachten schätzten 46 Prozent der Befragten die Laufzeiten auf 8 bis 16 Wochen und 14 Prozent gaben an, dass der Rücklauf über 16 Wochen dauerte. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass keine EDV-gestützten Auswertungen vorgenommen wurden, sondern die Befragten aufgrund ihrer Erfahrungswerte antworteten.

Die Zufriedenheit mit den Gutachten ist allerdings insgesamt hoch. Zwischen 84 und 90 Prozent der Befragten waren zufrieden oder sehr zufrieden mit der Qualität der Gutachten.

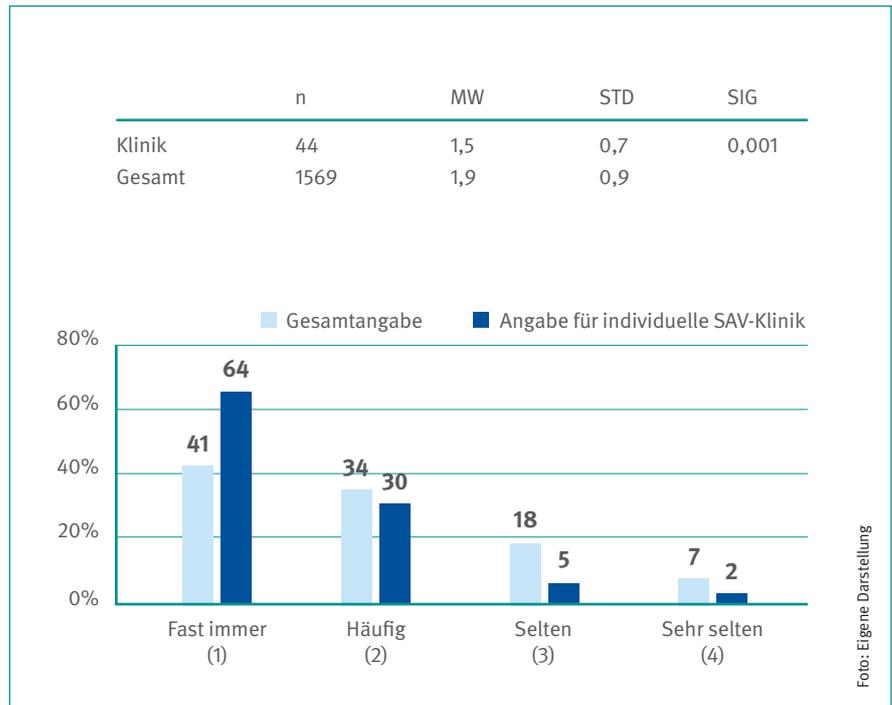
Im Bereich 6 des Fragebogens wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Klinik mit Schmerz- und Psychotherapie erfragt. Die konsiliarische Zusammenarbeit mit diesen Fachbereichen wurde in hohem Maße bejaht. Fachdisziplinen wie Neurologie, HNO oder Urologie wurden aber offenbar nicht regelhaft hinzugezogen. Die Befragten gaben an, dass diese Berichte oft fehlten (50 Prozent „selten“ oder „sehr selten“).

Zur Frage der Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Bereich 7) äußerten sich überwiegend die Befragten aus Unfallkasernen. Von 241 Rückmeldungen gaben 92 Prozent an, dass die kindertraumatologische Versorgung in den SAV-Kliniken sichergestellt sei. Für die Überprüfung durch die Landesverbände ist aber insbesondere eine kleine Anzahl von Rückmeldungen relevant, die dies verneinen. Diese Unzufriedenheit mit der kindertraumatologischen Versorgung wird in sieben Prozent der Antworten dokumentiert. Hier ist – wie auch bei den anderen Rückmeldungen – zu prüfen, ob sich die Angaben bei bestimmten Kliniken fokussieren oder ob sie als Einzelaussagen zu bewerten sind.

Mit der letzten Frage des Onlinefragebogens wurde die Zufriedenheit mit den SAV-Kliniken insgesamt abgefragt. Hier zeigt sich, dass die Einschätzung von „Sehr zufrieden“ und „Eher zufrieden“ über alle Kliniken zusammengerechnet bei 80 Prozent der Antworten liegt und damit ein recht positives Gesamtbild erreicht wird. Die individuelle Auswertung für die einzelnen SAV-Kliniken zeigt aber, dass sowohl bei der Gesamtzufriedenheit, als auch bei allen anderen Bereichen deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken auffallen.

### Schlussfolgerungen

Anhand der 1.777 ausgewerteten Fragebögen wurde für alle 93 aktuell zugelassenen SAV-Kliniken ein individueller Bericht mit den Ergebnissen der Onlinebefragung erstellt. Allerdings gab es Kliniken, für die



**Grafik 2:** Frage 2.1 Ist eine kompetente Ansprechperson (im Sinne einer Kontaktstelle) für Ihre Anfragen des Reha-Managements erreichbar?

nur wenige Fragebögen übermittelt wurden. Als einen Grund hierfür wurde von Berufsgenossenschaften und Unfallkasernen auf die geringe Anzahl von SAV-Fällen in manchen Kliniken verwiesen.

Für 19 Kliniken lagen bis zu 10 Fragebögen, für 48 Kliniken zwischen 11 und 20 Fragebögen vor. Bei 14 Kliniken waren bis zu 30 Fragebögen auswertbar und für 12 Kliniken umfassten die Rückmeldungen zwi-

schen 31 und 90 Fragebögen. In der Gruppe mit den meisten Rückmeldungen sind auch alle neun BG Kliniken vertreten.

Die BG Kliniken haben überwiegend gute bis sehr gute Einschätzungen von den Befragten erhalten. Vom BG Kliniken – Klinikverbund wurden eigene Auswertungen durchgeführt. Anhand des Benchmarkings wurde mit Beauftragten der Klinik über weitere Optimierungsmöglichkeiten beraten. Nach der Besprechung der Ergebnisse in den SAV-Qualitätszirkeln im November 2016 übernehmen die DGUV-Landesverbände die Aufgabe, mit denjenigen Kliniken Gespräche zu führen, die insgesamt oder in bestimmten Bereichen des Fragebogens deutlich schlechtere Rückmeldungen erhalten haben als der Durchschnitt. Ziel ist es, mit den Kliniken konkrete Vorschläge für die Verbesserung der Kommunikation zu entwickeln oder Zielvereinbarungen festzulegen. Für die Auswahl der Kliniken wurde ein strukturiertes Vorgehen mit den Landesverbänden abgestimmt. Erste Erfahrungsberichte aus den Landesverbänden zeigen, dass mit einigen Kliniken bereits konkrete Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit den UV-Trägern vereinbart werden konnten. Über eine Wiederholung der Onlinebefragung werden die DGUV-Gremien 2017 entscheiden. ●

## i

### BG Kliniken belegen vordere Plätze bei der DGUV-Befragung

Die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken gehören bundesweit zu den führenden Krankenhäusern bei der Patientenversorgung nach dem Schwerstverletztenartenverfahren der DGUV. 91 Prozent der Befragten sind demnach zufrieden mit den Leistungen der BG Kliniken bei der Behandlung und Rehabilitation ihrer Versicherten.

Spitzenplätze belegen die BG Kliniken bei der Kompetenz, Service und Erreichbarkeit der zuständigen Ansprechpersonen vor Ort. Außerdem sorgen die BG Kliniken bei Anfragen nicht nur abteilungsübergreifend für schnelle und qualifizierte Rückmeldungen, sondern stellen auch Unterstützung für Fälle außerhalb des Reha-Managements, wie etwa in der Heilverfahrenskontrolle. Und auch im Reha-Management selbst besitzen die BG Kliniken Stärken. Knapp 80 Prozent der Befragten fühlen sich gut unterstützt bei der Erstellung von Reha-Plänen.

Dr. Verena Glöckner, Ressortleiterin Kunden und Markt bei den BG Kliniken: „Die BG Kliniken haben den Anspruch, nicht nur Spitzenmedizin zu leisten, sondern auch Premiumdienstleister für die Unfallversicherungsträger zu sein. Wir nehmen die Umfrageergebnisse zum Anlass, Verbesserungspotentiale in den eigenen Reihen aufzudecken, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und dadurch unsere Führungsposition weiter auszubauen.“ (Eike Jeske, BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung)

## Brand im Bergmannsheil

# Kommunikation im Ausnahmezustand

In der Nacht zum 30. September 2016 wurde im Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum der Feueralarm ausgelöst: Auf einer Station in der sechsten Etage des Bettenhauses 1 war ein Feuer ausgebrochen. Der Brand breitete sich sehr schnell auf die darüberliegenden Stockwerke und den Dachstuhl des Hauses aus. Dieser Beitrag beleuchtet die Kommunikationsstrategie, mit der diese Tragödie moderiert wurde.

Zum Zeitpunkt des Brandausbruchs befanden sich 150 großteils bettlägerige oder nicht gehfähige Patientinnen und Patienten in dem Gebäude. Zwei verstarben infolge des Brandes, alle anderen konnten aus dem brennenden Gebäude lebend geborgen werden, einige von ihnen allerdings mit zum Teil schweren Verletzungen.

Das mediale Interesse an diesem Unglück war sehr groß. Zahlreiche TV-Teams, Reporterinnen und Reporter von Tageszeitungen und Online-Medien, deutsche und internationale Nachrichtenagenturen waren den ganzen Tag vor Ort und begleiteten die dramatischen Ereignisse im Bergmannsheil. Diese Situation stellte auch das Kommunikationsmanagement des Hauses vor enorme Herausforderungen.

### Pressekonferenz am frühen Morgen

In den Stunden nach Beginn der Lösch- und Evakuierungsarbeiten erfolgten mehrere Presseinformationen der Feuerwehr Bochum, die über das Brandereignis und den Fortschritt der Brandbekämpfung informierten. Parallel dazu wurden auf der Internetseite des Bergmannsheil der Sachstand erläutert und die Hotline kommuniziert, über die Angehörige Informationen über den Zustand und Verbleib der betrof-

fenen Patientinnen und Patienten erfragen konnten. Bereits am frühen Morgen waren zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter der Medien vor Ort, im Verlauf des Tages wurden es stetig mehr. Die Koordination und Beantwortung einzelner Presseanfragen übernahm in dieser Frühphase die Einsatzleitung der Feuerwehr. Um das hohe Medieninteresse zu kanalisieren und den aktuellen Informationsstand einheitlich zu kommunizieren, organisierte das Bergmannsheil um 9 Uhr eine Pressekonferenz. Beteiligt waren neben der Klinikleitung die Einsatzleitungen von Feuerwehr und Polizei sowie der Oberbürgermeister und der Bochumer Stadtdirektor. Themen der Pressekonferenz waren die aktuelle Situation der Verletzten und evakuierten Patientinnen und Patienten, der Ablauf der Lösch- und Evakuierungsarbeiten sowie Fragen zur Entstehung und Ausbreitung des Feuers.

Der Sachstand stellte sich zu diesem Zeitpunkt wie folgt dar: Das Feuer war in einem Patientenzimmer im sechsten Stockwerk des Bettenhauses 1 ausgebrochen, die Ursache war noch unbekannt. Die betroffene Station war zu diesem Zeitpunkt mit 29 Patientinnen und Patienten belegt. Zwei von ihnen verstarben infolge des

Brandes. Weiterhin waren neun akut lebensgefährlich verletzte Patientinnen und Patienten zu beklagen, von denen vier in externe Spezialkliniken verlegt werden mussten. Ansonsten war das Bettenhaus 1 bereits kurze Zeit nach dem Auslösen des Brandalarms komplett evakuiert worden. Die Löscharbeiten dauerten weiter an.

### Positive Botschaften platziert

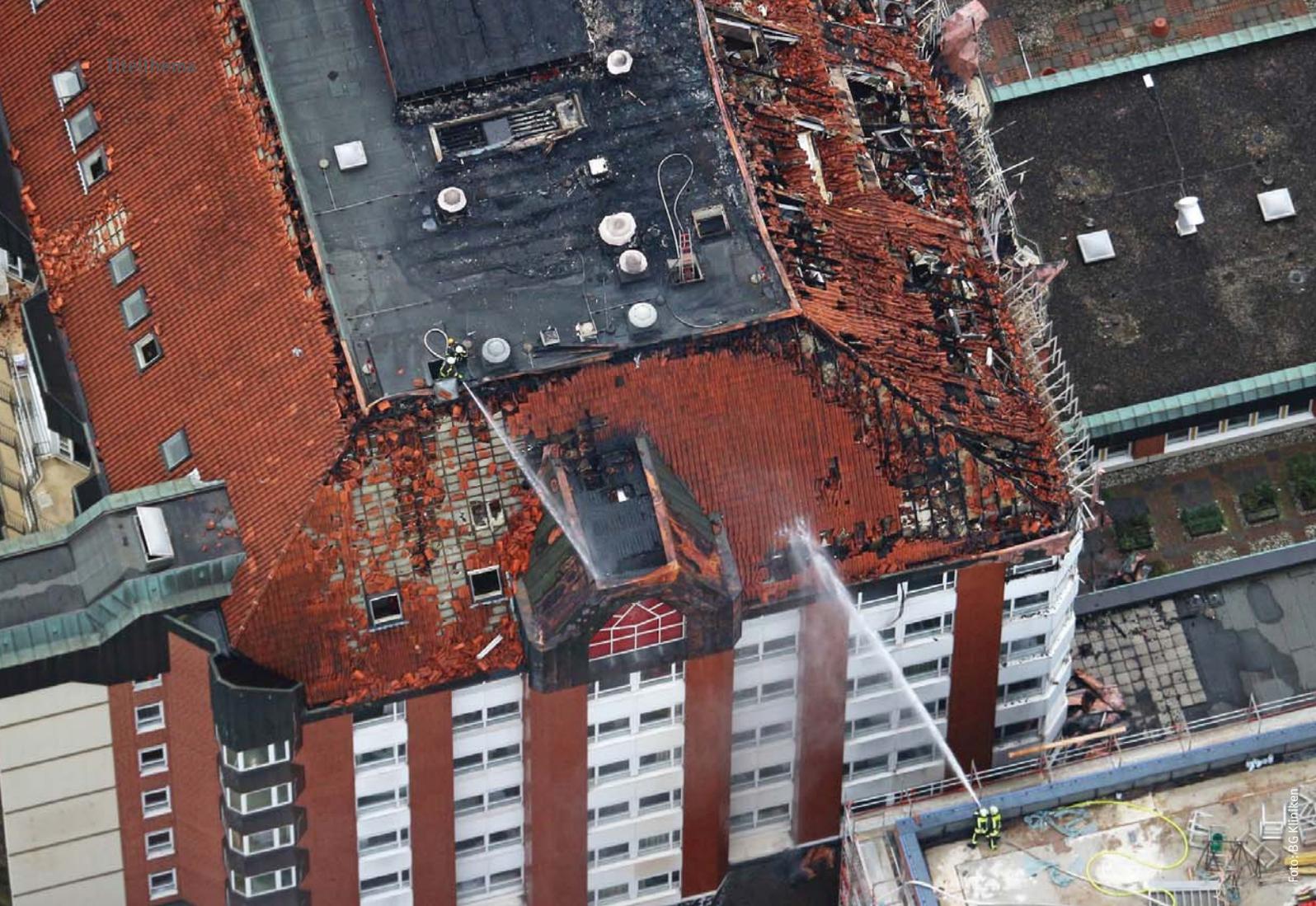
Vor dem Hintergrund dieser kritischen Situation gab es aus Sicht des Bergmannsheil dennoch zwei zentrale, positive Botschaften, die im Rahmen der Pressekonferenz kommuniziert werden konnten: Erstens konnte die schnelle und umfassende Evakuierung des Bettenhauses 1 als Erfolg verbucht werden. Laut Aussagen der Verantwortlichen von Feuerwehr, Klinik und Polizei hatte man angesichts der Größe des Brandes und seiner schnellen Ausbreitung mit noch höheren Opferzahlen rechnen müssen. Der engagierte und beherrzte Einsatz von Beschäftigten, Rettungs-, Einsatz- und vielen Hilfskräften, die die zum großen Teil nicht gehfähigen Patientinnen und Patienten aus dem Gefahrenbereich des brennenden Bettenhauses transportiert hatten, hatte Schlimmeres verhindert. Der Ärztliche Direktor des Bergmannsheils wies in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass die Klinik als überregionales Traumazentrum regelmäßige Simulationen von Großschadensereignissen und Evakuierungsübungen durchführt. Zweitens wurde vermeldet, dass der Krankenhausbetrieb trotz der Einschränkungen durch den Brand aufrechterhalten werden konnte. Die Akut- und Notfallversorgung standen bereits am Vormittag des 30. Septembers wieder in vollem Umfang zur Verfügung, da die Funktionsbereiche, also Notaufnahme, OP-Zentrum, Radiologie, Labor sowie die weiteren Bettenhäu-

### Autor



#### Robin Jopp

Unternehmenskommunikation der  
BG Klinik Bergmannsheil  
E-Mail: robin.jopp@bergmannsheil.de



Der Brand breitete sich sehr schnell auf die darüberliegenden Stockwerke und den Dachstuhl aus.

Der Brandereignis betroffen waren. Zwar musste die Küche, die sich im Untergeschoss des Bettenhauses 1 befand, geschlossen werden. Die Speisenversorgung der Patientinnen und Patienten konnte jedoch über die Küche eines anderen Bochumer Krankenhauses organisiert werden.

„Inhaltlich überwog in der Berichterstattung eine weitgehend ausgewogene, sachliche Darstellung.“

Über 40 Medienvertreter und Medienvertreterinnen nahmen an der Pressekonferenz teil. Entsprechend umfangreich war die Berichterstattung. Nahezu alle relevanten regionalen und überregionalen Medien berichteten über das Brandereignis; ein TV-Sender übertrug die komplette Konferenz live. Inhaltlich überwog in der Berichterstattung eine weitgehend ausgewogene, sachliche Darstellung, wobei vor allem die schnelle und gelungene Evakuierung des Bettenhauses in vielen Berichten positiv gewürdigt wurde.

Am Nachmittag veröffentlichte die Klinik eine Pressemitteilung, in der nochmals der aktuelle Sachstand erläutert wurde. Darin wurde bekannt gegeben, dass der Brand weitgehend unter Kontrolle war. Als weitere positive Botschaft wurde das gelungene Krisenmanagement hervorgehoben und dies mit dem Umstand der besonderen Leistungsfähigkeit des Bergmannsheil erläutert. Im Statement des Geschäftsführers wurde den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Rettungskräften für ihren enormen Einsatz gedankt, Trauer um die beiden Verstorbenen und Mitgefühl für deren Angehörige und die Verletzten zum Ausdruck gebracht. Bei der Definition der zu kommunizierenden Sachverhalte und Kernbotschaften gab es eine sehr enge Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen dem Krisenstab des Bergmannsheil und der Dachgesellschaft der BG Kliniken in Berlin. Dieses Verfahren wurde auch im weiteren Verlauf des Kommunikationsmanagements praktiziert. Auch die Zusammenarbeit mit der Pressestelle der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) war hilfreich, insbesondere um eine schnelle und re-

gelmäßige Information der Träger der BG Kliniken sicherzustellen.

### Antwortstandards für kritische Fragen

Im Tagesverlauf war die Pressestelle des Bergmannsheil weiterhin mit einer sehr hohen Anzahl von Medienanfragen konfrontiert. Im Vordergrund standen Fragen zum aktuellen Status der Brandbekämpfung, zur Situation der Verletzten und zur Organisation des Klinikbetriebes. Als wichtiges Arbeitsinstrument, um schnell und sachgerecht auf die vielen Anfragen reagieren zu können, dienten strukturierte Q&A-Listen, die abgestimmte Antwortstandards für kritische Fragen enthielten und die mit Rückkoppelung zur Leitung des Krisenstabs permanent aktualisiert wurden. Ein kritischer Aspekt war die Frage des Brandschutzes in dem betroffenen Gebäude.

Im Laufe des Tages verbreiteten sich Mutmaßungen, ein Bettenlager auf der Station habe dazu geführt, dass sich der Brand ungewöhnlich schnell ausgebreitet habe. Einige Medien spekulierten überdies, dass explodierte Gasflaschen, die auf der Sta-

tion gelagert worden seien, die Brandentwicklung beschleunigt hätten. Beide Theorien waren unzutreffend und wurden durch die Pressestelle dementiert.

Weitere Anfragen betrafen den technischen Brandschutz in den Gebäuden des Bergmannsheil. Vertreter und Vertreterinnen von Patientenschutzorganisationen verknüpften die aktuellen Ereignisse mit der Forderung, Patientenzimmer in Kliniken müssten mit Sprinkleranlagen ausgestattet werden. Dieser Appell wurde unter anderem von Nachrichtenagenturen aufgegriffen und verbreitet. Daraus resultierten viele, mitunter kritische Medienanfragen an die Klinik. Gemäß der im Krisenstab festgelegten Kommunikationsstrategie wurde seitens der Pressestelle verlautbart, dass im Bergmannsheil alle vorgeschriebenen brandschutztechnischen Bestimmungen und Auflagen erfüllt werden und dass die vorliegenden Brandschutzkonzepte regelmäßigen Prüfungen von zuständigen Behörden und Sachverständigen unterliegen. An den aufkeimenden Diskussionen, ob der Einsatz von Sprinkleranlagen in Patientenzimmern ein sinnvoller Ansatz zur Erhöhung der Patientensicherheit sein könnte, beteiligte sich das Bergmannsheil im Hinblick auf die erst anlaufenden behördlichen Ermittlungen und Untersuchungen ausdrücklich nicht.

Angesichts der hohen Präsenz von Vertreterinnen und Vertretern der Medien auf dem Gelände des Bergmannsheil galt es, auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu informieren und sie nochmals auf die üblichen Verhaltensregeln im Umgang mit der Presse hinzuweisen. In Mitarbeiterinformationen wurden sie daher aufgefordert, bei Anfragen der Presse immer an die Pressestelle der Klinik zu verweisen.

### Einzelgespräche und Interviews

Auch in den folgenden Tagen blieb das mediale Interesse an den Vorgängen im Bergmannsheil hoch. Die Kommunikationsstrategie fokussierte in dieser Phase auf folgende Ziele: Erstens ging es um die regelmäßige Information der Öffentlichkeit über die aktuelle Situation der brandverletzten Patientinnen und Patienten. Über eine Nachrichtenagentur wurde täglich der neueste Status bekannt gegeben. Erfreulicherweise konnte bereits am zweiten Tag nach dem Brandereignis erklärt werden, dass sich die Schwerverletzten außer Lebensgefahr befanden. Zweites Kernziel

war, die Arbeitsfähigkeit des Bergmannsheil herauszustellen. In den Anfragen der Medien spiegelte sich vielfach Unwissen wider, ob und inwieweit die Patientenversorgung im Bergmannsheil eingeschränkt war. Hier wurde erläutert, dass trotz einiger Einschränkungen nach einer Reorganisation der vorhandenen Bettenkapazitäten die reguläre Versorgung der Patienten und Patientinnen in allen Fachbereichen der

Klinik gewährleistet war. Drittens wurden mit wichtigen regionalen Medien Einzelgespräche oder Pressetermine mit der Klinikleitung organisiert. In Zeitungs- und Radiointerviews konnten falsche Darstellungen und Mutmaßungen über die Brandentwicklung korrigiert und die Maßnahmen zur Sicherstellung des Klinikbetriebes erläutert werden. Auch wurde nochmals verdeutlicht, dass alle Erfordernisse

## i

### Krisenkommunikation in den sozialen Medien

Die sozialen Medien haben in der Krisenkommunikation eine wichtige Rolle eingenommen. Unterschiedlichste Absender haben über verschiedene Kanäle Kommentare und Informationen zum Brandgeschehen verbreitet. Das hat die Kommunikation in der Krise vielschichtiger gemacht. Es war deshalb wichtig, den Brand und seine Folgen von Anfang an ergänzend auch über die sozialen Medien zu begleiten.

Die DGUV nutzte dazu ihre Social-Media-Kanäle Twitter und Facebook. Ziel war es, einerseits aktiv über den Brand und seine Folgen zu informieren, andererseits selbst aktuelle Informationen aus anderen offiziellen Quellen zu beziehen sowie Tendenzen in der Berichterstattung und Kommentierung zu beobachten.

Geleitet wurde die Kommunikation zusammenfassend von folgenden Aspekten:

- Offenheit und Transparenz: Die DGUV hat entscheidende Informationen kommuniziert und so eine aktive Rolle in der Informationsverbreitung und Aufklärung des Brandes eingenommen.
- Schnelligkeit: Auch wenn anfänglich die Umstände des Brandes unbekannt waren, galt es zügig auf die Krise zu reagieren, um Transparenz zu wahren.
- Anteilnahme: Die Ansprache der Angehörigen, aber auch der Rettungskräfte diente dazu, Anteilnahme am Geschehenen auszudrücken und einer möglichen negativen Berichterstattung entgegenzuwirken.

Vorrang in der Kommunikation hatten nach Bekanntwerden des Brandes zunächst die Twitter-Kanäle DGUV und DGUVKompakt. Zentrale Themen in der Kommunikation waren:

- wichtige Informationen zeitnah verbreiten
- Möglichkeiten der Kontaktaufnahme aufzeigen
- Anteilnahme und Dank ausdrücken.

DGUV @DGUV \* Sep 30

Feuer im [#Bergmannsheil](#) in [#Bochum](#). Wir sind im Gedanken bei den Opfern und Angehörigen. Notfall-Hotline: 0234-3026114

🔗 13 ❤️ 12

DGUV @DGUV \* Sep 30

Brand im [#Bergmannsheil](#) unter Kontrolle. Danke an alle Rettungskräfte und Mitarbeiter! Ihr Einsatz hat vielen Menschen das Leben gerettet!

🔗 10 ❤️ 26

DGUV @DGUV \* Sep 30

[#Bergmannsheil](#) Für Fragen steht auch die Pressestelle der BG Kliniken zur Verfügung: 030-330960-119 & 030-330960-117 [bg-kliniken.de/medien/aktuell...](http://bg-kliniken.de/medien/aktuell...)

🔗 10 ❤️ 8

Ergänzt wurde die eigene aktive Kommunikation durch Verbreitung von Informationen der Polizei Bochum, die schnell und gesichert über den Brand informierten:

You Retweeted  
**Polizei NRW DO** @polizei\_nrw\_do \* Sep 30  
OB: „Die medizinische Versorgung in #Bochum ist weiterhin gewährleistet.“  
Gut so! #Bergmannsheil  
🔄 10 ❤️ 9

You Retweeted  
**Polizei NRW DO** @polizei\_nrw\_do \* Sep 30  
Wichtige Info #Bochum  
Angehörigenanlaufstelle ist im hinteren Bereich der Notaufnahme #Bergmannsheil eingerichtet.  
🔄 33 ❤️ 10

Auf Facebook wurden parallel zu Twitter Informationen zum Brand sowohl durch das Bergmannsheil selbst als auch über den Gesamtauftritt der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften verbreitet.

**Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil**  
1. Oktober um 17:03  
Nach dem verheerenden Brand im Bettenhaus 1 des Bergmannsheil vom 30.09. (siehe: <http://bergmannsheil.bg-kliniken.de/.../bergmannsheilbrand-i-.../>) läuft der Klinikbetrieb wieder in großen Teilen regulär. Während dieses schlimmen Ereignisses, mit dem wir alle konfrontiert waren, war die Zusammenarbeit der Rettungs- und Einsatzkräfte, der Mitarbeiter und vieler weiterer Helfer einzigartig. Wir möchten uns daher auch an dieser Stelle sehr herzlich bei allen Mitarbeitern, Einsatzkräften und Unterstützern bedanken. Zugleich trauern wir um die beiden verstorbenen Patienten. Unsere tiefe Anteilnahme begleitet die Familien und Angehörigen.  
👍 716  
143 Mal geteilt

**Anke Hossiep** Einfach mega wie die Rettungskräfte. ...und das Personal ja und auch alle anderen Helfer zusammen gearbeitet haben...sogar unter Einsatz ihres eigenen Lebens.Danke ist dafür viel zu wenig...Unter all diesen schlimmen Tatsachen,finde ich es mega das ihr ... [Mehr anzeigen](#)  
👍 24 · 1. Oktober um 19:05

**André Herbst** Da kann ich mich nur anschließen. Die Zusammenarbeit mit dem gesamten KrankenhausPersonal und der Polizei war wirklich überragend! Ihr habt durch eure Leistungsfähigkeit und schnelles handeln noch schlimmeres verhindert. Danke dafür  
👍 13 · 1. Oktober um 20:11

**Steffi Schmidt** Ich hoffe, ihr habt alles gut überstanden...  
👍 1 · 1. Oktober um 21:47

**Gabi Jar** 🙌🙌🙌🙌🙌 für alle die geholfen haben  
👍 1 · 2. Oktober um 07:34

**Dirk Bange** Die beste Klinik die ich kenne und ich kenne einige! Hoffe alles wird gut!!!  
2. Oktober um 13:36

Insgesamt waren die Reaktionen in den sozialen Medien sehr positiv. Besonders die Anteilnahme und die Anerkennung der Leistung der Rettungskräfte wurden sowohl auf Facebook als auch auf Twitter positiv kommentiert. So kann auch für die Kommunikationsarbeit in den sozialen Medien insgesamt ein positives Fazit gezogen werden. Im Krisenfall bieten sie die Chance, unmittelbar auf Fragen und Kritik zu reagieren. Über diese Kanäle lässt sich vor allem ein Informationsinteresse der breiteren Öffentlichkeit befriedigen. Sie ergänzen damit die mediale Reaktion auf eine Krisensituation. (Katharina Rönnebeck)

des Brandschutzkonzeptes befolgt und eingehalten worden waren. Mit dem wichtigsten regionalen TV-Sender wurden in den folgenden Tagen mehrere Berichte realisiert, in denen die Situation des Bergmannsheil nach dem Brandtag geschildert wurde. Darin wurde am Beispiel der Notaufnahme gezeigt, dass der Klinikbetrieb wieder in großen Teilen normal verlief. Zugleich wurde vermittelt, wie die beteiligten Beschäftigten das Ereignis verarbeiten und dass das Bergmannsheil sie dabei mit psychotherapeutischen Angeboten unterstützt. Die Klinikleitung nutzte ihrerseits alle Kommunikationsanlässe, um Beschäftigten, Einsatz- und Rettungskräften sowie den vielen freiwilligen Helferinnen und Helfern Dank und Anerkennung für die gelungene Evakuierung und die erfolgreiche Bewältigung dieser schweren Krise auszusprechen. Sowohl in Pressemitteilungen und -statements, Social-Media-Posts und internen Mitarbeiterinfos wurden die Leistungen aller Beteiligten gewürdigt. Einige Tage nach dem Brand platzierte das Bergmannsheil im Namen der Klinikleitung und der Geschäftsführung der BG Kliniken eine großformatige Zeitungsanzeige, in der den Mitwirkenden und Helfenden nochmals gedankt wurde.

### Gelungenes Kommunikationsmanagement

In der Rückschau auf den Brand vom 30. September 2016 konnte für die Kommunikationsarbeit insgesamt ein positives Fazit gezogen werden. Weil das Krisenmanagement funktionierte und die Klinik transparent und zeitnah informierte, war die Berichterstattung über das Bergmannsheil tendenziell überwiegend neutral bis positiv. Kritischen Nachfragen etwa zum Thema Brandschutz, die in der Folgezeit von einigen regionalen Medien aufgeworfen wurden, begegnete das Haus mit erläuternden Hinweisen auf die bestehenden gesetzlichen Vorschriften und sein umfassendes Brandschutzkonzept. Als im Zuge der behördlichen Ermittlungen die mutmaßliche Ursache des Brandes bekannt wurde – laut einer Pressemitteilung von Staatsanwaltschaft und Polizei Bochum vom 4. Oktober 2016 habe sich eine Patienten in ihrem Zimmer „... mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in suizidaler Absicht mit dort vorhandenem flüssigen Desinfektionsmittel übergossen und angezündet ...“ – flaute die mediale Aufmerksamkeit deutlich ab. ●

## Änderung des Unternehmerbegriffs

# Klarstellung des Gesetzgebers

Der Unternehmerbegriff in § 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII ist für viele unbemerkt zum 1. Januar 2017 geändert worden. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden, allerdings führt die Änderung eine Klarstellung herbei.

### Gesetzesfassung bis zum 31. Dezember 2016

In § 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII ist der allgemeine Unternehmerbegriff im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung definiert. Die über Jahre und bis zum 31. Dezember 2016 geltende Gesetzesfassung lautete:

#### „(3) Unternehmer ist

1. derjenige, dem das Ergebnis des Unternehmens unmittelbar zum Vor- oder Nachteil gereicht, ...“

Bereits unter Geltung der bisherigen Gesetzesfassung waren über diesen Unternehmerbegriff natürliche oder juristische Personen erfasst. Dabei ist unerheblich, ob es sich um Einzelpersonen oder eine Mehrheit von Einzelpersonen handelt. Bei den rechtsfähigen Personengesellschaften handelt es sich um solche, die Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen können (§ 14 Abs. 2 BGB). Somit sind Unternehmer im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zum Beispiel Gesellschaften bürgerlichen Rechts, offene Handelsgesellschaften und Kommanditgesellschaften. Bei diesen Personengesellschaften sind neben der Gesellschaft selbst alle voll haftenden Gesellschafter Unternehmer.

### Normtext mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017

Mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wurde § 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII wie folgt neu gefasst:

#### „(3) Unternehmer ist

1. die natürliche oder juristische Person oder rechtsfähige Personenvereinigung oder -gemeinschaft, der das Ergebnis des Unternehmens unmittelbar zum Vor- oder Nachteil gereicht.“

Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung wird die Änderung wie folgt begründet:

„Durch die Änderung wird die bisherige Regelung modernisiert und präzisiert. Die nunmehr eingefügte Formulierung, die an § 14 Absatz 1 BGB angelehnt ist, beschreibt genauer das Subjekt der Regelung als das bisherige Wort ‚derjenige‘. Unter der Voraussetzung des zweiten Halbsatzes werden nunmehr explizit drei Gruppen von Rechtsträgern erfasst. [...] Schließlich werden alle rechtsfähigen Personenvereinigungen und -gemeinschaften erfasst. Es handelt sich dabei um solche, die mit der Fähigkeit ausgestattet sind,

Rechte zu erwerben und Verbindlichkeiten einzugehen (§ 14 Absatz 2 BGB). Danach kann namentlich eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts Unternehmer sein. Außerhalb der drei genannten Gruppen kann es keine Unternehmer geben.“

Zwar wird in § 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII nicht der Begriff „Personengesellschaft“ verwendet, was aufgrund der Gesetzesbegründung über § 14 Abs. 2 BGB nahegelegen hätte. Mit der Bezeichnung „Personenvereinigung oder -gemeinschaft“ ist inhaltlich allerdings nichts anderes gemeint.

### Fazit

Materiell-rechtliche Änderungen sind mit der Neuformulierung und Präzisierung des Unternehmerbegriffs in § 136 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII nicht verbunden. Durch den Bezug auf zivilrechtliche Regelungen kann eine Gesetzesanwendung in Zweifelsfällen erleichtert werden. ●



### Fußnoten

[1] Z. B. Streubel in LPK-SGB VII, § 136 Rz. 12

[2] Quabach in juris-PK SGB VII, § 136 Rz. 45 ff.; Bereiter-Hahn/Mehrtens, § 136 SGB VII, Rz. 8.2

[3] Also: bei der GbR und der oHG alle Gesellschafter und bei der KG die Komplementäre; vgl. Streubel in LPK-SGB VII, § 136 Rz. 12

[4] 6. SGB IV-Änderungsgesetz (6. SGB IV-ÄndG) vom 11.11.2016, BGBl. I 2016, S. 2500 ff., dort Art. 5, S. 2510

[5] BT-Drs. 18/8487 vom 18.05.2016, S. 57

[6] Siehe hierzu weiterführend Leube, SGB 2017, 268, 269

### Autor



#### Prof. Dr. Ralf Möller

Hochschule der DGUV  
E-Mail: ralf.moeller@dguv.de

## Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

# Hand in Hand für Sicherheit und Gesundheit

Treiber, Hürden und nächste Schritte für eine gelingende Zusammenarbeit der Sozialversicherung am Beispiel der Arbeitswelt.

Die Kooperation der Sozialversicherungsträger nimmt durch jüngst verabschiedete Gesetze weiter Fahrt auf. Eine Nationale Präventionsstrategie wurde etabliert, die Aufträge zur Prävention und Gesundheitsförderung verschiedener Träger der Sozialversicherung wurden gestärkt. Je besser deren Kooperation in der Arbeitswelt gelingt, desto nutzbringender tragen die Sozialversicherungsträger insgesamt zur Gesundheit der Menschen in den Betrieben, zum Erfolg der Unternehmen und damit auch zur sozialen Sicherung bei. Es ist Zeit für die nächsten Schritte der Zusammenarbeit.

### **Gemeinsames Ziel aller Sozialversicherungsträger: Sicherheit und Gesundheit**

Die Sozialversicherung in Deutschland stellt eine staatlich geregelte Fürsorge für die wichtigsten Risiken des menschlichen Daseins dar. Innerhalb dieser Sozialversicherung ist die gesetzliche Unfallversicherung Spezialistin für Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt, insbesondere dort, wo es um den Verantwortungsbereich

des Unternehmers beziehungsweise der Unternehmerin geht. Die gesetzliche Unfallversicherung hat den Auftrag, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Die Unfallversicherung verfolgt im Rahmen der „Vision Zero“ das Ziel einer Welt ohne Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen. Höchste Priorität hat dabei die Vermeidung tödlicher und schwerer Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Verfolgt wird diese Strategie durch die Unterstützung der Betriebe bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und darauf aufbauende technische, organisatorische, verhaltensbezogene, soziale, psychologische und arbeitsmedizinische Maßnahmen. Das schließt bedarfsgerechte Elemente der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, wenn sie zur Vermeidung beziehungsweise zum Abbau von Gesundheitsgefahren im Betrieb beitragen können. Markenzeichen der Unfallversicherung sind neben anderen Präventionsleistungen

- die Qualifizierung von jährlich mehr als 340.000 Unternehmensleitungen, Führungskräften und weiteren Akteuren der Sicherheit und Gesundheit im Betrieb,
- ihre Vor-Ort-Präsenz in den Betrieben sowie
- das Bereitstellen von Informationen und Handlungshilfen, die zeigen, wie Sicherheit und Gesundheit in der Praxis der jeweiligen Branche erreicht werden können.

Die Unfallversicherung trägt damit dazu bei, dass Menschen sicher und gesund arbeiten können. Was aus Sicht der Unternehmen zählt, geht darüber hinaus: die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter insgesamt. Diese

wird sowohl von arbeitsbedingten Gefährdungen als auch von Gefährdungen aus dem persönlichen Bereich beeinflusst.

Die Aufträge verschiedener Sozialversicherungszweige wurden jüngst gestärkt: Im Bereich der Krankenversicherung durch das Präventionsgesetz, im Bereich der Rentenversicherung durch das Flexirentengesetz und im Bereich der Integrationsämter durch das Bundesteilhabegesetz. Da die Unternehmen leicht zugängliche Angebote und bei Bedarf die Weitervermittlung an die richtige Stelle erwarten, bezieht die Unfallversicherung bei Fragen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit verschiedene Partner gegebenenfalls ein:

- Bei der Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren arbeitet die Unfallversicherung mit den Krankenkassen zusammen, insbesondere bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die ausdrücklicher gesetzlicher Auftrag der Krankenversicherung ist. Die Arbeitswelt ist für die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen interessant, um Versicherte mit Präventionsmaßnahmen zu erreichen und um für Versicherte zu werben.

### **Autor und Autorinnen**

#### **Dr. Jochen Appt**

Abteilung „Sicherheit und Gesundheit“  
der DGUV

E-Mail: jochen.appt@dguv.de

#### **Sieglinde Ludwig**

Unterabteilung „Gesundheit“  
der DGUV

E-Mail: sieglinde.ludwig@dguv.de

#### **Angela Knoll**

Referat „Arbeitsbedingte  
Gesundheitsgefahren“ der DGUV

E-Mail: angela.knoll@dguv.de





Foto: Ludwig

Die Unfallversicherung bezieht bei Fragen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit verschiedene Partner mit ein.

- Die Rentenversicherung erbringt medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Sie hat Interesse von solchen Versicherten zu erfahren, um frühzeitig Leistungen erbringen zu können.
- Die Integrationsämter unterstützen Menschen mit Behinderung und deren Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen bei der behindertengerechten Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten sowie der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit („Teilhabe und Verhütung von Behinderung“). Sie sind auch im Bereich der Betrieblichen Wiedereingliederung nach § 84 SGB IX tätig.
- Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt Unternehmen, wenn es um Vorbeugung von Arbeitslosigkeit und den Erhalt des Arbeitsplatzes geht, insbesondere mit Qualifizierungsmaßnahmen. Sie hat einen guten Zugang zu kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) und berät im Kontext von Personalgewinnung sowie -bindung auch zu Themen wie Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszeit.

### Anschlussfähigkeit der Präventionskonzepte der Sozialversicherungsträger

Die Aufträge der Sozialversicherungsträger sind idealerweise so definiert, dass es möglichst wenig Notwendigkeit für ein Arbeiten über mehrere Träger hinweg gibt. Gerade im Betrieb grenzen die Aufträge unterschiedlicher Sozialversicherungsträger jedoch aneinander und überlappen sich gegebenenfalls, zum Beispiel im Bereich des Arbeitsschutzes sowie der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein gleiches Verständnis der Begriffe und anschlussfähige Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung in gemeinsamen oder angrenzenden Handlungsfeldern sind deshalb unerlässlich.

Die jeweiligen Sozialversicherungsträger verstehen die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ auf Basis ihrer gesetzlichen Aufträge, im Wortlaut des jeweiligen Sozialgesetzbuches. In den Infokästen 1 und 2 ist das jeweils am Beispiel der Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung sowie für den Präventionsbegriff der Integrationsämter skizziert. Die im § 20 SGB V für die Krankenversicherung eingeführten Definitionen von „primärer Prä-

vention“ („Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“) und „Gesundheitsförderung“ („Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“) sind daher nicht gleichzusetzen mit der Definition von Prävention als Auftrag der Unfallversicherung und weiterer Sozialversicherungszweige.

Wenn Krankenkassen in Betrieben „Risiken und Potenziale“ erheben, „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ entwickeln und deren Umsetzung unter-

### i Definition von „Prävention“ in ausgewählten Zweigen der Sozialversicherung

Unfallversicherung – § 14 Abs.1 SGB VII: „[...] mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe sorgen.“

Krankenversicherung – § 20 Abs.1 SGB V: „[...] Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) [...] insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen [...].“

Rentenversicherung – § 14 Abs. 1 der neuen Fassung des SGB VI (ehemals § 31 Abs. 1 Nr. 2, geändert durch Artikel 1 Nr. 8 des Flexirentengesetzes): „Die Träger der Rentenversicherung erbringen medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden.“

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung – §§3 und 84 SGB IX: „Die Rehabilitations-träger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird [...]“ Mit der Änderung zum 01.01.2018 werden in der Vorschrift zum „Vorrang der Prävention“ die Integrationsämter genannt. Diese sollen früher als bisher einbezogen werden, um eine Behinderung zu vermeiden. Schwerpunkt dieser Zusammenarbeit ist unter anderem das Betriebliche Eingliederungsmanagement<sup>12</sup>.

## „Die Nationale Präventionsstrategie sollte wörtlich genommen und zusätzliche bürokratische Strukturen auf das notwendige Minimum begrenzt werden. Die einzelnen Sozialversicherungsträger sollten im Rahmen einer abgestimmten Strategie möglichst eigenständig agieren können.“

stützen (§ 20b Abs. 2 SGB V), dann operieren sie auch im Bereich der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und der DGUV Vorschrift „Grundsätze der Prävention“ (Gefährdungsbeurteilung).<sup>1</sup> Auch die Rentenversicherung hat Interesse an der flächendeckenden Beurteilung der Arbeitsbedingungen, um arbeitsbedingte Ursachen von Versicherungsfällen in ihrem Bereich zu vermeiden, zum Beispiel Muskel-Skelett-Erkrankungen. Unterstützungsangebote für Betriebe von Sozialversicherungsträgern im Bereich der Gefährdungsbeurteilung sollten sich daher an einem gemeinsamen Verständnis und Qualitätskriterien orientieren, die mit der Unfallversicherung abgestimmt sind. Unter dieser Voraussetzung ist es erfolversprechend und für die betriebliche Praxis hilfreich, wenn die Pflicht der Betriebe zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen von Unfall-, Renten- und Krankenversicherung genutzt wird, um abgestimmte Strategien zur Prävention und Rehabilitation (Teilhabe) anzubieten.

### „Unternehmen und Beschäftigte werden schon bald von der Kooperation der Sozialversicherungen profitieren.“

Mit Blick auf den von der Bundesregierung angekündigten Umbau der Bundesagentur für Arbeit zu einer Bundesagentur für Arbeit und Qualifizierung<sup>2</sup> wird von Interesse sein, dass Themen der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in die Qualifizierungskonzepte integriert sein werden – ganz im Sinne einer Präventionskultur.

Das mit den Bundesrahmenempfehlungen entwickelte erste Gesamtkonzept der

„Prävention und Gesundheitsförderung“ in der Arbeitswelt bedarf daher gegenseitig anschlussfähiger Teilkonzepte der Sozialversicherungszweige und einer möglichst einheitlichen Kommunikation gegenüber den betrieblichen Akteuren.

### Zugänge und Weitervermittlung zu Ansprechstellen anderer Institutionen

Die Unternehmen erwarten einfache Zugänge zu Informationen der Sozialversicherungsträger und der weiteren Akteure. Deshalb werden heute unter anderem Beratungsdienste zur Verfügung gestellt, die sich zum Teil speziell an Betriebe wenden:

- Präventionsdienste der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie die zentrale Info-Line der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)<sup>3</sup>
- BGF-Koordinierungsstellen der Krankenversicherung<sup>4</sup>
- Firmenservice der Rentenversicherung<sup>5</sup>
- Arbeitgeber-Service der Bundesagentur für Arbeit<sup>6</sup>
- Internet-Plattform der Integrationsämter mit Zugang zu regionalen Ansprechstellen<sup>7</sup>

Diese Serviceangebote sind in der Regel auch über Internet-Plattformen und Telefon-Hotlines zugänglich. Gerade KMU tun sich trotzdem schwer, unmittelbar die richtige Ansprechstelle zu finden. Diese Beratungsdienste sollten daher zunehmend auch einen Überblick darüber geben, welche anderen Institutionen unterstützen und einen Kontakt herstellen können. Die DGUV stellt auf ihren Internetseiten bereits solche Informationen zu anderen Sozialversicherungsträgern bereit. In Zukunft sollen diese Informationen noch einfacher für Betriebe zu finden sein.

### Lotsenfunktion der Unfallversicherung stärken

Mit ihrer hohen Vor-Ort-Präsenz in den Betrieben, als großer Bildungsträger für betriebliche Akteure und mit ihrer umfassenden Bereitstellung von Informationen sind die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen prädestiniert für eine Lotsenfunktion. Sie verstehen sich im Rahmen ihres Beratungsauftrags als Ansprechperson für die versicherten Betriebe in allen Fragen zur Sicherheit und Gesundheit. Hierzu lassen sie über ihren Handlungsrahmen hinausgehende Ansätze und Angebote bei Bedarf in die Beratung einfließen beziehungsweise schließen betriebsbezogene oder betriebsübergreifende Kooperationen im Interesse der Betriebe.<sup>8</sup> Das bietet den Unternehmen einen direkten Nutzen und andere Sozialversicherungen erhalten die Möglichkeit, ihre Leistungen auftragsgerecht anbieten zu können.

Um diesem Anspruch noch gerechter zu werden, sollten die rund 2.000 Aufsichtspersonen sowie die 1.300 weiteren Präventionsfachkräfte zum einen verstärkt für die Leistungen anderer Sozialversicherungsträger im Bereich von Sicherheit und Gesundheit qualifiziert werden. Zum anderen betrifft das in gleicher Weise die jährlich rund 340.000 betrieblichen Akteurinnen und Akteure, die die Unfallversicherung qualifiziert, insbesondere Unternehmerinnen und Unternehmer, Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit<sup>9</sup>, Betriebsärztinnen und -ärzte sowie Betriebs- und Personalräte. Diesen Zielgruppen sollten entsprechend ihrer Rolle Kompetenzen hinsichtlich des Leistungsspektrums anderer Sozialversicherungsträger vermittelt werden. Dabei geht es zunächst um eine Orientierung, die unmittelbar oder mittelbar dazu führt, dass die Präventionsleis-

tungen der einzelnen Sozialversicherung in den Unternehmen bekannt sind und genutzt werden. Themenbezogen sollten sich dazu auch die verschiedenen Sozialversicherungsträger austauschen, um ihre jeweiligen Kompetenzen und Erfahrungen einbringen zu können.

Beratungen und Informationen der Unfallversicherung können künftig noch stärker auch die ergänzenden Leistungen anderer Sozialversicherungsträger im Blick haben. So können Informationen zur Gesundheitsförderung stets auf die ergänzenden Leistungsmöglichkeiten der Krankenkassen und gegebenenfalls der Rentenversicherung verweisen. Umgekehrt sollten andere Sozialversicherungsträger auf die Unfallversicherung verweisen, wenn es um Sicherheit und Gesundheit im Verantwortungsbereich der Unternehmerinnen und Unternehmer geht, etwa bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen.

### Mehr Kooperation, aber keine zusätzliche Koordinationsnotwendigkeit

Es sollten einerseits Austauschmöglichkeiten geschaffen werden, andererseits sollte die Kooperation mit einem Minimum an notwendiger Koordination und Abstimmung auskommen. Organisationen sind gut, wenn die einzelnen Einheiten möglichst unabhängig voneinander agieren können.<sup>10</sup> Im Zuge der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung in den Bundesländern sollte auf diesen Aspekt deshalb besonderer Wert gelegt werden.

### Fazit und Ausblick

Die Unfallversicherung und die weiteren Sozialversicherungsträger können dazu beitragen, dass Unternehmen und die dort arbeitenden Menschen möglichst bald und flächendeckend einen zusätzlichen Nutzen von ihrer Kooperation haben:

- Aufträge und Leistungen der einzelnen Sozialversicherungszweige im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung müssen noch bekannter werden – insbesondere auch die durch jüngste Gesetzesvorhaben gestärkten oder neu hinzugekommenen.
- Gemeinsame Begriffe, ein gemeinsames Verständnis sowie anschlussfähige Präventionskonzepte der Sozialversicherungsträger für die Arbeitswelt,

zum Beispiel hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach dem Arbeitsschutzgesetz, sollten geschaffen werden.

- Die Qualifizierung der Beraterinnen und Berater der Sozialversicherungsträger sowie der betrieblichen Akteure im Feld der Sicherheit und Gesundheit zu den Aufträgen und Leistungen der einzelnen Träger ermöglicht, dass Unternehmen je nach Fragestellung direkt an den dafür spezialisierten Sozialversicherungsträger vermittelt werden.

Die durch das Präventionsgesetz geschaffene Nationale Präventionsstrategie sollte wörtlich genommen werden. Das heißt, dass zusätzliche bürokratische Strukturen

## i

### Definition von „Gesundheitsförderung“ in ausgewählten Zweigen der Sozialversicherung

Unfallversicherung – Gemeinsames Verständnis „Gesundheit im Betrieb“ – § 14 Abs. 1 SGB VII [8]: „Gesundheit im Betrieb im Sinne des gesetzlichen Auftrages [...] einschließlich bedarfsgerechter Elemente der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn sie zum Abbau von Gesundheitsgefahren bzw. zur Vermeidung einer Entstehung von Gesundheitsgefahren im Betrieb beitragen können.“

Krankenversicherung – § 20 Abs. 1 und 4 SGB V: „[...] zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) [...] insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen [...] Leistungen [...] werden erbracht als [...] Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.“

Rentenversicherung – Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI<sup>11</sup>: „Erhöhung der Kompetenz und Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten als ein Leistungsziel genannt, vorausgesetzt dass Versicherte eine ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben.“

auf das notwendige Minimum begrenzt werden sollten. Die einzelnen Sozialversicherungsträger sollten im Rahmen einer abgestimmten Strategie möglichst eigenständig agieren können. ●



### Fußnoten

[1] Bei der Wahrnehmung von Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen (§ 20 b Abs. 2 SGB V).

[2] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: „Das Problem der Zukunft ist der Qualifikationsverlust“ – Die Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Andrea Nahles, im Interview mit dem Westfalen-Blatt vom 1. August 2015. [www.bmas.de/DE/Presse/Interviews/2015/01-08-2015-westfalen-blatt.html](http://www.bmas.de/DE/Presse/Interviews/2015/01-08-2015-westfalen-blatt.html)

[3] [www.dguv.de/infoline](http://www.dguv.de/infoline)

[4] [www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)

[5] [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de); Stichwortsuche: „Firmenservice“

[6] [www.arbeitsagentur.de/unternehmen/arbeitgeber-service](http://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/arbeitgeber-service)

[7] [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

[8] DGUV: Gemeinsames Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes „Gesundheit im Betrieb“ durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), verabschiedet vom DGUV Vorstand am 29.11.2011. [www.dguv.de](http://www.dguv.de), Webcode: d125303

[9] Diese im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegte Begrifflichkeit gibt heute nicht mehr das viel umfassendere Aufgabenspektrum zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit wieder.

[10] Malik, F.: Führen, Leisten, Leben – Wirksames Management für eine neue Welt, Frankfurt/New York, 2014. S. 192 f.

[11] [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de); Stichwortsuche: „Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung“

[12] Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Das neue SGB IX, ZB info 1/17, Februar 2017. Erhältlich unter: [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

## Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

# Der A+A Kongress 2017

Vom 17. bis 20. Oktober findet in Düsseldorf der 35. Internationale Kongress der A+A statt. Die A+A ist weltweit führender Marktplatz für Sicherheit, Gesundheit und Ergonomie. Partnerland der A+A 2017 ist Großbritannien. Die Eröffnung findet diesmal schon am 16. Oktober statt.

### Positiver Hintergrund für die A+A

Der Arbeitsschutz kann sich in Deutschland und zunehmend auch international auf eine hohe Sensibilität für Sicherheit und Gesundheit stützen:

- Thema Nr. 1 sind nach wie vor psychische Belastungen, was keineswegs bedeutet, dass die physischen irrelevant geworden wären. Auch bei Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Verrentung wächst der Psyche-Anteil.
- Zunehmend wird Arbeitsschutz auch im Zusammenhang mit dem neuen Digitalisierungsschub diskutiert.
- Von großer praktischer Bedeutung für die Arbeitsgestaltung sind die demografische Entwicklung und der Fachkräftemangel.

International hat der Arbeitsschutz vor allem in Reaktion auf die „Rana Plaza“-Katastrophe einen starken Schub bekommen, was auch auf dem G20-Gipfel in Hamburg bestätigt wurde. Zum Beispiel durch die neue US-Regierung kann sich allerdings eine neue Situation ergeben.

Der Arbeitsschutz kann sich heute auf eine ökonomische Argumentation stützen, wonach nicht mehr nur volkswirtschaftli-

che, sondern, angetrieben zum Beispiel durch den Fachkräftemangel, auch mikroökonomisch (nachhaltig) positive Gründe für ihn sprechen.

### Der A+A-Kongress 2017

Mit 60 Veranstaltungen und 350 Referierenden aus Politik, Forschung und betrieblicher Praxis deckt der Kongress die Bandbreite aktueller Arbeitsschutzthemen ab:

- Übergreifende Strategien und Botschaften
- Arbeiten 4.0, Prävention 4.0, Industrie 4.0

Hier geht es um die Folgen der Digitalisierung, die durch das „Weißbuch Arbeiten 4.0“ des BMAS ausgelöste Diskussion (zum Beispiel die „Experimentier-Räume“ für innovative Arbeitslösungen) und die Konsequenzen für den Arbeitsschutz. In einer eigenen Session „Industrie 4.0“ werden zum Beispiel Arbeitsassistenzsysteme diskutiert, in einer weiteren „Produktionsarbeit – mit älteren Belegschaften“.

- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) und Deutscher Arbeitsschutzpreis

### Autor



#### Bruno Zwingmann

Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi)

E-Mail: : bruno.zwingmann@basi.de



Foto: Messe Düsseldorf

Die GDA präsentiert eine Bilanz der abgelaufenen und die Planungen für die nächste Fünf-Jahres-Periode. Der Deutsche Arbeitsschutzpreis 2017 wird am ersten A+A-Tag in einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem IVSS-Workshop zur Vision Zero vergeben.

### Start der DGUV-Kampagne

Am 18. Oktober findet auf der A+A 2017 der Start der DGUV-Präventionskampagne statt. Veranstaltungen zum Thema Präventionskultur bilden einen Schwerpunkt des A+A-Kongresses 2017.

### Nationale Präventionsstrategie

Hier geht es um eine Zwischenbilanz der Umsetzung des Präventionsgesetzes und der nationalen Präventionsstrategie für die Arbeitswelt.

### Kanzerogene Gefahrstoffe

In einer ganztägigen Veranstaltung werden die zentralen Gefahrstoffbereiche, zum Beispiel Asbest, behandelt und in den Rahmen der EU-weiten Kampagne gegen Karzinogene am Arbeitsplatz gestellt.

### Betriebs- und Personalräte im Arbeitsschutz

Die traditionelle Veranstaltung des DGB für Betriebs- und Personalräte hat diesmal den Schwerpunkt Arbeitszeit.

### Technik und technischer Arbeitsschutz

Bei den klassischen Themen der Arbeitssicherheit geht es „Persönliche Schutzausrüstungen“, „Betriebssicherheit“, „Si-



Impression vom  
A+A Kongress 2015

chere Maschinen“, „Arbeitsschutz bei der Feuerwehr“ sowie „Brand- und Explosionsschutz“.

### Belastungen und Ergonomie

Einen weiteren „Markenkern“ des Kongresses bilden „Elektromagnetische Felder“, „Biostoffe“, „Lärm“ und „Optische Strahlung“. In der Veranstaltung „Biologisch wirksame Beleuchtung“ werden die neuen, an den menschlichen Tag-Nacht-Rhythmus angepassten Beleuchtungskonzepte diskutiert. Das europäische Forschungsnetzwerk PEROSH thematisiert in einer Session das „Arbeiten im Sitzen“.

### Branchen und Professionen

Schwerpunkte sind „Büroergonomie“ (offene Bürolandschaften), „Bauwirtschaft“, „Forum Arbeitsschutzverwaltung“ sowie „Öffentlicher Dienst“. Erstmals findet eine ganztägige Veranstaltung „Schwerbehindertenvertretungen und Prävention“ statt.

### Gesundheit, Psyche, Arbeitsmedizin

Die Angebote hierzu reichen von „Psychische Belastungen in KMU“, „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Wirksamkeit“ über „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“, „Präventionskultur und Führung“, „Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)“ bis zu „Nachgehende Vorsorge“.

### Recht und Organisation

Hier geht es um „Mutterschutzgesetz“, „Reform des Berufskrankheitenrechts“ sowie die Neufassung der „DGUV Vorschrift 2“ wie auch „Arbeitszeit“, „Arbeits-

schutzmanagement“, „Verkehrssicherheit“ und „Mobile Arbeit“.

### „Praxis Interaktiv“

Neu ist die Reihe „Praxis Interaktiv“ zu den Basis-Themen:

- „Die Gefährdungsbeurteilung – Potenziale entdecken“
- „Praxis der Betriebliche Gesundheitsförderung“
- „Arbeitsstätten“
- „Psychische Gesundheit in KMU“

### Besondere Zielgruppen

Einer eigenen Einladung bedürfen die Veranstaltungen „Chefsache Mensch“ (Unternehmerinnen, Unternehmer, Personalverantwortliche), das „Führungskräfte-treffen Öffentlicher Dienst“ (Bürgermeisterinnen, Bürgermeister, Sozial- bzw. Personaldezernenten und -dezernentinnen der Kommunen), der „Tag der Sicherheitsbeauftragten“ sowie „Unternehmerseminare“. Der „Tag der Betrieblichen Interessenvertretungen“ findet für alle Besuchenden des Kongresses am 19. Oktober statt.

### Fokus Professionen

Der letzte Laufzeittag der A+A steht diesmal ganz unter dem „Fokus Professionen“, also von Fragen der Ausbildung und Kooperation der Professionen im Arbeitsschutz und seiner Präsentation als Beschäftigungsfeld.

### A+A-International

Im Mittelpunkt des internationalen Angebots stehen:

- Konferenz der ILO („Neue Herausforderungen“, „Globale Lieferketten“, „Datengrundlagen“ sowie „Gewalt und psychosoziale Risiken“)
- Auftakt zur globalen Vision Zero-Kampagne der IVSS (in einer gemeinsamen Veranstaltung mit der Vergabe des Deutschen Arbeitsschutzpreises),
- Veranstaltung zur Karzinogen-Kampagne der EU-OSHA
- Referenten des Partnerlandes Großbritannien sind in der A+A-Eröffnung sowie in einer Reihe von Kongressveranstaltungen integriert
- Treffen von internationalen Arbeitsschutznetzwerken

### Schwerpunkte auf der A+A-Fachmesse

#### Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit (TPSG)

Rund 100 nationale und internationale nicht-kommerzielle Aussteller präsentieren sich auf dem „Treffpunkt Sicherheit + Gesundheit“ (TPSG). Von besonderem Interesse: der große Gemeinschaftsstand der DGUV.

#### „WorkPlace Design“ und „Corporate Health“

Direkt beim TPSG liegen die Ausstellungsbereiche „WorkPlace Design“ und „Corporate Health“ mit einer gemeinsamen, deutsch-englisch gedolmetschten Bühne.

#### „Trendforum Safety and Security“

Das „Trendforum Safety and Security“ findet in Halle 11 der Messe Düsseldorf statt mit Beiträgen zu Gefahrstoffen, PSA, Brand- und Katastrophenschutz.

#### Themenführungen über die A+A-Fachmesse

Als Angebot für Betriebs- und Personalräte gibt es erstmals Themenführungen über die Fachmesse. Von besonderem Interesse dürfte auch die „High Light“-Route zur „Zukunft der Arbeit“ für alle Besucherinnen und Besucher sein. ●



Olaf Petermann wurde 60 Jahre alt.

## Zum Tod von Olaf Petermann

Im Alter von 60 Jahren ist am 30. Juni 2017 Olaf Petermann, Vorsitzender der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) verstorben. Nach dem Studium der Rechtswissenschaft begann Olaf Petermann im Jahr 1986 seinen Weg bei der Berufsgenossenschaft. Seit dem Jahr 2002 stand er an der Spitze der Verwaltung. Mit Weitblick und Klugheit gestaltete er in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung den Weg der BG ETEM bei der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags: Unfällen und Krankheiten vorzubeugen sowie Verletzten und Erkrankten schnell und wirksam zu helfen. Seinem Engagement ist es zu verdanken, dass die BG ETEM auf diesem Weg weit gekommen ist. Nicht nur innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland war Olaf Petermann ein kluger und geschätzter Ratgeber. Früh erkannte er, dass die Globalisierung auch globale Standards der sozialen Sicherheit erfordert, und brachte sein Wissen, seine Erfahrung und sein vermittelndes Wesen in die internationale Zusammenarbeit ein.

## Ulrike Elsner als Vorstandsvorsitzende des vdek wiedergewählt

Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) hat Ulrike Elsner als vdek-Vorstandsvorsitzende wiedergewählt. Die Wahl erfolgte einstimmig. Elsner hat die Funktion seit ihrer ersten Wahl im Juli 2012 inne. „Ich bedanke mich für das Vertrauen und freue mich auf die weitere Arbeit. Mein wichtigstes Ziel ist, durch die Weiterentwicklung der Finanzarchitektur faire Wettbewerbsbedingungen für die Ersatzkassen zu erreichen,“ erklärte sie nach der Wahl. Ein weiterer Schwerpunkt soll die Digitalisierung sein.

Ulrike Elsner studierte Jura an den Universitäten Augsburg und Freiburg. Ab 1994 war sie in der Berliner Landesvertretung des vdek und im Anschluss in der Landesvertretung Sachsen tätig. Im Jahr 2008 übernahm sie in der vdek-Zentrale in Berlin die Leitung der Abteilung Ambulante Versorgung. 2012 wurde Elsner zur vdek-Vorstandsvorsitzenden gewählt. Elsner ist ehrenamtliche Richterin am Bundessozialgericht.



Ulrike Elsner ist alte und neue Vorstandsvorsitzende des vdek.



Gregor Kemper ist neues Vorstandsmitglied der IAIABC.

## Gregor Kemper in Vorstand der IAIABC gewählt

Der Leiter des Stabsbereichs Internationale Beziehungen der DGUV, Dr. Gregor Kemper, ist in den Vorstand des internationalen Verbandes für Unfallversicherungsträger (IAIABC – International Association of Industrial Accident Boards and Commissions) berufen worden. Die DGUV engagiert sich seit vielen Jahren in dieser Vereinigung, die jüngst ein Strategiepapier zur Bedeutung der beruflichen Wiedereingliederung verabschiedet hat. Dieses unter Mitwirkung der DGUV formulierte Papier führt aus der Sicht wesentlicher Beteiligter wie Staat, Unfallversicherungsträger, Arbeitgeber, Arbeitgeberinnen, Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen überzeugend Argumente für die berufliche Wiedereingliederung auf. Die Mitarbeit in der Vereinigung ermöglicht es der DGUV, eigene Themen insbesondere auf dem amerikanischen Kontinent zu platzieren und den Referenzcharakter des Systems der gesetzlichen Unfallversicherung zu stärken.

Dr. Gregor Kemper tritt im Vorstand von IAIABC die Nachfolge von Dr. Joachim Breuer an, der diese Funktion aufgrund seiner Wahl zum Präsidenten der IVSS abgibt.

## Die geringfügige Unterbrechung – ein Phänomen der Vergangenheit?

Das Kaufen eines „Coffee to go“ stellt eine eigenwirtschaftliche und unversicherte Handlung dar. Der Versicherungsschutz wird nicht nach den (ehemaligen) Grundsätzen einer „geringfügigen Unterbrechung“ begründet. Im Lichte der aktuellen Rechtsprechung des BSG (insbesondere im Bereich des Wegeunfalles oder des Home Office) kann es dieses Rechtsinstitut nicht mehr geben.

**§** § SG Hamburg, Urteil vom 23.06.2017 – S 40 U 307/16 –, juris

Im Rahmen eines Erstattungsstreits ging es um die Frage eines möglichen Wegeunfalls in folgender Konstellation. Der versicherte Beschäftigte war am 15. Januar 2015 auf unmittelbarem Weg zu seiner Arbeitsstätte um 11:30 Uhr im Hauptbahnhof der Stadt H., um mit der S 13 weiterzufahren. Er wollte sich in der Bahnhofshalle an einem Stand einen „Coffee to go“ kaufen (und später in der S 13 trinken), als er dort auf einer dort am Boden liegenden Plastikscheibe ausrutschte, stürzte und sich an der rechten Hand verletzte. Nachdem der zuständige Unfallversicherungsträger (UV-Träger) einen versicherten Wegeunfall ablehnte, kam es in der Folge zum Streit zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem der Unfallversicherung.

Die 40. Kammer des SG Hamburg verneint einen versicherten Wegeunfall, weil der Versicherte seinen Weg privat (eigenwirtschaftlich) zum Kaffeekauf unterbrochen habe und ein Unfallversicherungsschutz (UV-Schutz) über den Aspekt einer sogenannten geringfügigen Unterbrechung ausscheide. Nach einer ähnlichen Entscheidung der Kammer vom 25. November 2016 (S 40 U 274/13 –, juris) wiederholt das Gericht hier seine Einschätzung, dass die Grundsätze der geringfügigen Unterbrechung der Vergangenheit angehören. Was ist geschehen?

Etwa so alt wie die gesetzliche Unfallversicherung selbst ist die Erkenntnis, dass ein arbeitender Mensch keine Maschine ist und zuweilen private, sogenannte eigenwirtschaftliche, Tätigkeiten in die Arbeit (später auch auf versicherten Wegen) einstreut. Zeigen sich diese privaten Unterbrechungen als geringfügig hinsichtlich der Dauer (einige Minuten) und des Ortes (Bereich des Arbeitsplatzes, des Weges, „so im Vorbeigehen“), wurde bisher nach allgemeiner Auffassung diesbezüglich doch eine versicherte Tätigkeit (und damit UV-Schutz) bejaht, wobei nicht immer ganz klar war, ob dann auch aus diesem geringfügigen privaten Segment resultierende Gefahren unter UV-Schutz stehen oder nicht (vgl. etwa Keller, in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 8 Rz 290e).

Damit bricht nun die 40. Kammer des SG Hamburg, und zwar in einer Konstellation, die wirklich das Paradebeispiel einer geringfügigen Unterbrechung ist/war („Coffe-to-go“); dies unter Hinweis auf die aktuelle Rechtsprechung des 2. Senats des BSG, insbesondere zum Wegeunfall. Hier bemüht sich der 2. Senat des BSG, ersichtlich seit 2003, um eine klare, transparente Differenzierung von „versichert/nicht versichert“ im Bereich privater, eigenwirtschaftlicher Unterbrechungen im Wegeunfallrecht und räumt dabei der sogenannten objektivierten Handlungstendenz einen zentralen Stellenwert ein (vgl. etwa BSG, Urteil vom 9. Dezember 2003, B 2 U 23/03 R –, juris („Fischgeschäft“); BSG, Urteil vom 4.7.2013 – B 2 U 3/13 R –, juris („Erdbeer-Fall“); BSG, Urteil vom 4. Juli 2013 – B 2 U 12/12 R –, juris („Tankstellen-Fall“). Es geht hier im Wesentlichen darum, das sich das Handeln/Vorhaben des Versicherten für Dritte beobachtbar zeigt, sich in diesem Sinne objektivierbar darstellt und damit (i. d. R.) eine Einordnung in „versichert/nicht versichert“ zulässt. Dabei geht der 2. Senat des BSG im sogenannten „Bahnsteigfall“ so weit, dass er sagt: „Eine Verrichtung in diesem Sinne ist jedes konkrete, räumlich und zeitlich bestimmte Verhalten eines Verletzten, das (objektiv) seiner Art nach von Dritten beobachtbar ist. Für die Prüfung ist dabei regelmäßig die kleinste beobachtbare Handlungssequenz maßgebend.“ (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2015 – B 2 U 8/14 R –, juris, Rz 14).

Ist in diesem System klarer und kleinster Vorgaben des 2. Senats des BSG noch Platz für eine nicht immer klar fassbare „geringfügige Unterbrechung“? Die 40. Kammer des SG Hamburg hat hier einfach weitergedacht und sagt: „Nein.“ Das ist gut und wichtig. Nicht im Sinne der Reduktion des UV-Schutzes, sondern im Sinne der Rechtsklarheit für die Beteiligten. In diesem Sinne wäre es sinnvoll, wenn das LSG Hamburg (Berufung ist eingelegt) und der 2. Senat des BSG (im Revisionsfalle) hier Klarheit schaffen. Dann sehen wir im Übrigen auch, ob die (neue) Systematik des 2. Senats des BSG insbesondere zum Wegeunfallrecht (Anfang und Ende einer privaten Unterbrechung; Fälle mit sogenannter Beweislosigkeit) auch das Phänomen geringfügiger, privater Tätigkeiten in den Griff bekommt. Es bleibt spannend. Eins ist sicher: Bei Ihrem nächsten „Coffee to go“ werden Sie an die 40. Kammer des SG Hamburg denken.



**Kontakt:** Prof. Dr. Laurenz Mülheims

E-Mail: [laurenz.muelheims@hochschule-bonn-rhein-sieg.de](mailto:laurenz.muelheims@hochschule-bonn-rhein-sieg.de)

## Normung in der Nanotechnologie

Die Deutsche Kommission für Arbeitsschutz und Normung (KAN) hat eine Studie zum Thema „Normung in der Nanotechnologie – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse aus Sicht des Arbeitsschutzes“ herausgegeben.



Quelle: KAN

Ziel der Studie ist eine strukturierte Bestandsaufnahme der Standardisierungssituation im Bereich der Nanotechnologie. Die Ergebnisse werden insbesondere vor dem Hintergrund der nationalen und europäischen Rechts- und Regelsetzung bewertet und Regelungslücken identifiziert. Darauf aufbauend werden Handlungsempfehlungen gegeben, welche den Arbeitsschutzfachleuten helfen, Standardisierungsaktivitäten im Bereich der Nanotechnologie zielgerichtet mitzugestalten und Widersprüche zur Recht- und Regelsetzung zu verhindern. Dabei liegt der Fokus auf gezielt hergestellten Nanomaterialien.

### i

#### Weitere Informationen

[www.kan.de](http://www.kan.de) ▶ Publikationen ▶ KAN-Studien

## Kindersicherheitspaket wieder da

Das vergriffene Kindersicherheitspaket der Aktion „Das Sichere Haus“ ist wieder verfügbar. „Wir wollen dazu beitragen, dass Kinder sicher und mit viel Bewegung aufwachsen“, sagt Dr. Susanne Woelk, Geschäftsführerin der DSH. Pro Jahr passieren in Deutschland rund 570.000 Heim- und Freizeitunfälle mit Kindern unter 14 Jahren. Zwischen 60 und 80 dieser Unfälle endeten in den vergangenen Jahren tödlich. Das Paket enthält die Broschüren:

- „Achtung! Giftig! Vergiftungsunfälle bei Kindern“: So können Vergiftungen mit Reinigungsmitteln, Medikamenten, Kosmetika, Nikotin und Alkohol vermieden werden. Wie sieht eigentlich die giftige Herbstzeitlose aus? Was muss ich tun, wenn mein Kind sich vergiftet hat?
- „Mobile Kinder. Tipps für Kinderfahrzeuge – vom Rutschauto bis zum Snowboard“: sicher unterwegs im Straßenverkehr, in der Halfpipe, im Schnee. Welche Schutzausrüstung brauchen Mini-Radelnde und Inline-Skatende? Laufräder können ganz schön schnell werden.

- „Babysitter: auswählen, einweisen, versichern“: Faltblatt für Eltern, die auch mal wieder einen freien Abend genießen wollen. Was müssen Babysitter und Eltern beachten, zum Beispiel bei der Einweisung in den Haushalt? Muss mein Babysitter eine Haftpflichtversicherung haben?
- „Spiele von gestern für Kinder von heute – Spiele drinnen“: Reaktions-, Merk- und Geschicklichkeitsspiele für Kinder und Kindergruppen ab drei Jahre.
- „Spiele von gestern für Kinder von heute – Spiele draußen“: Ball-, Hüpf- und Laufspiele für Kinder und Kindergruppen ab fünf Jahre.

### i

#### Weitere Informationen

Das Paket kann kostenfrei auf der Website der Aktion „Das Sichere Haus“ bestellt werden: <http://das-sichere-haus.de/broschueren/kinder>

## Impressum

### DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung  
[www.dguv-forum.de](http://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](http://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), Franz Roederer, Heike Fecher (Universum Verlag)

**Redaktionsassistentz** • Steffi Bauerhenne, [redaktion@dguv-forum.de](mailto:redaktion@dguv-forum.de)

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

**Vertretungsberechtigte Geschäftsführerin** • Dorothea Gharibian, Telefon: 0611/9030-0, Telefax: -281, [info@universum.de](mailto:info@universum.de), [www.universum.de](http://www.universum.de)

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

**Anzeigen** • Dorothea Gharibian, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246, Telefax: -247

**Herstellung** • Alexandra Koch, Wiesbaden

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

**Grafische Konzeption und Gestaltung** • Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

**Titelbild** • MITO images/fotolia.de

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

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

# Sicher und gesund durch das Jahr: **Jahresfachbücher mit Kalendarium**



## **Arbeitsschutz Fachwissen kompakt**

- für Fachkräfte für Arbeitssicherheit
- für Sicherheitsbeauftragte
- für den technischen Außendienst von Energieversorgern

Jetzt zu günstigen Staffelpreisen bestellen:  
**[universum-shop.de/jfb](http://universum-shop.de/jfb)**

**UV** Universum  
Verlag

→ Grundwissen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

# BASICS sicher & gesund arbeiten



IHR LOGO

Benötigen Sie eine **größere Stückzahl**, möchten Sie Ihr **Logo eindrucken** lassen oder **Wechelseiten einfügen**?  
Sprechen Sie uns an:

[basics@universum.de](mailto:basics@universum.de)  
oder Tel. 0611 9030-271



→ Mehr Infos zur Reihe: [www.universum.de/basics](http://www.universum.de/basics)

## Jetzt bestellen!

- **Telefonisch** unter: 06123 9238-220
- **Online** unter: [www.universum.de/basics](http://www.universum.de/basics)
- **Per E-Mail** an: [basics@universum.de](mailto:basics@universum.de)