

DGUV **Forum**



Rehabilitation der Zukunft

Aktuelles

Unfallversicherung
Prävention

Dr. Ursula von der Leyen zur
gesetzlichen Unfallversicherung

Benchmarking

Evaluation einer Autobahnplakatstaffel

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Wie lange wollen wir arbeiten? Wie lange können wir arbeiten? Das Renteneintrittsalter wird immer stärker zu einem politischen Reizthema in Europa. In Frankreich, das in diesen Tagen wieder einmal seine Protestkultur unter Beweis stellt, wehren sich viele Beschäftigte, aber auch Jugendliche, gegen eine Heraussetzung des Rentenalters auf 62 Jahre. In Deutschland, dessen demografische Struktur ungünstiger aussieht, werden ganz andere Zahlen gehandelt.



Foto: DGUV

„Wie kann man in einer alternden Gesellschaft Herausforderungen wie die ‚Rente mit 67‘, aber auch Rente mit 65 mit Leben füllen?“ Diese Frage stellte Bundesarbeitsministerin von der Leyen in Ihrer Rede zum Festakt „125 Jahre gesetzliche Unfallversicherung“. Es ist kein Zufall, dass die Ministerin gerade uns diese Frage stellt. Die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist es seit ihren Anfängen, für sichere und gesunde Arbeitsplätze zu sorgen. Und gute Arbeitsbedingungen sind die Grundvoraussetzung dafür, Menschen eine längere Arbeitszeit überhaupt zu ermöglichen.

„Die Neuordnung der Heilverfahren ist eine wichtige Weichenstellung für die Rehabilitation der Zukunft.“

Was können wir konkret tun, um ältere Menschen in ihrem Beruf zu unterstützen. Wie können wir Beschäftigte nach einem Arbeitsunfall wieder fit machen für ihren Job? Wie sehen zeitgemäße Angebote zur Rehabilitation aus? Diesen Fragen gehen die Autoren des Titelthemas dieser Ausgabe nach. Eine wichtige Weichenstellung für die Zukunft ist die Neuordnung unseres Heilverfahrens. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wollen wir die Qualität unserer Versorgung noch weiter verbessern. Gerade für die Schwerstverletzten wollen wir – ausgehend von den BG-Kliniken – ein Netzwerk aufbauen, das eine optimale Behandlung und Rehabilitation gewährleistet.

Denn wir sind davon überzeugt, dass es sich lohnt, in Rehabilitation zu investieren. Jeder Mensch, der nach Unfall oder Krankheit zurückkehren kann in den Beruf, trägt weiter aktiv zu unserem Sozialwesen bei. Für den Einzelnen bedeutet das Teilhabe und Selbstbestimmung. Gesellschaft und Wirtschaft wiederum gewinnen ein Plus an Produktivität, für sie zahlt sich Rehabilitation also direkt aus. Rehabilitation ist eine Investition in soziale Nachhaltigkeit und Stabilität. Und die brauchen wir im Angesicht der prekären demografischen Situation, auf die Europa zusteuert.

Mit den besten Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Breuer'. The signature is fluid and cursive.

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›› 2 – 3

› Aktuelles ›› 4 – 9

Rückblick Festakt 125 Jahre DGUV 4
 Dr. Ursula von der Leyen zur gesetzlichen Unfallversicherung 6

› Titelthema ›› 10 – 23

4. Bad Hersfelder Rehabilitationstage 10
Rehabilitation der Zukunft
Andreas Kranig, Markus Oberscheven

Aktueller Stand und Ausblick 12
Die Neuausrichtung der Heilverfahren
Marina Schröder

Persönliche Budgets 20
„ProBudget“ – Für mehr Selbstverantwortung
Doris Habekost, Kerstin Palsherm

› Prävention ›› 24 – 25

Aus der Forschung 24
„Runter vom Gas!“ – Evaluation einer Autobahnplakatstaffel
Maria-Theresia Brauer, Jürgen Wiegand

› Unfallversicherung ›› 26 – 41

Auf der Suche nach „guter Praxis“ 26
Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung
Jörg Botti, Michael Schwanz

Prozessoptimierung 28
Benchmarking-Projekt „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“
Lutz Becker

Ergebnisse und Handlungsempfehlungen 32
Benchmarking-Projekt „Pflege“
Evelyn Jürs

Blick ins Ausland 38
Aktuelle Entwicklungen der gesetzlichen Unfallversicherung in der Volksrepublik China
Chen Gang, Cai Heping

› Personalia ›› 42

› Medien/Impressum ›› 43

Berichtigung

Die Autorenangaben für den Artikel „Vorsorgeuntersuchungen für Fahrer von Gabelstaplern?“ (Heft 9/2010) lauten: Prof. Dr.-Ing. Peter Hartung, Gabriele Brock.



Rückblick Festakt 125 Jahre DGUV

Die gesetzliche Unfallversicherung feiert ihr 125-jähriges Bestehen

Mit einem Festakt im Deutschen Historischen Museum in Berlin beging die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland am 15. September ihr 125-jähriges Jubiläum. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales, hielt eine der Festreden. Sie sprach der gesetzlichen Unfallversicherung darin ihren Respekt und ihre Anerkennung aus und überbrachte die Glückwünsche von Kanzlerin Angela Merkel.



Die Vorstandsvorsitzenden und der Hauptgeschäftsführer der DGUV mit Dr. Ursula von der Leyen und Dr. Eggert Voscherau. V.l.n.r.: Dr. Hans-Joachim Wolff, Marina Schröder, Hans-Gerd von Lennep, Dr. Ursula von der Leyen (Bundesministerin für Arbeit und Soziales), Eggert Voscherau (Aufsichtsratsvorsitzender von BASF), Dr. Joachim Breuer, Lothar Szych.

Marina Schröder, amtierende Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und Gastgeberin des Abends, skizzierte in ihrer Begrüßungsrede den Weg, den die Unfallversicherung in den 125 Jahren ihres Bestehens gegangen ist. Schröder: „Der Wandel der Arbeitswelt hatte immer Folgen für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: Sie mussten und müssen sich bewegen. Sie müssen in der Lage sein, technische und soziale Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und aufzunehmen. Nur dann können sie ihren Auftrag, für sichere und gesunde Arbeitsplätze zu sorgen, ‚mit allen geeigneten Mitteln‘ erfüllen.“ Schröder erinnerte an die jüngsten Reformen

und Fusionen in der Unfallversicherung und nutzte den Anlass, um allen daran Beteiligten für ihr Engagement zu danken. Bei aller notwendigen Veränderung von der Aufsichtsbehörde zum modernen Dienstleister, so Schröder, gebe es gleichwohl Grundprinzipien in der deutschen Unfallversicherung, die von ihrer Gültigkeit bis heute nichts verloren hätten: Dazu gehören „die Einheit von Prävention, Rehabilitation und Entschädigung sowie die Selbstverwaltung.“

Ministerin von der Leyen würdigte die Sozialpartnerschaft in der Selbstverwaltung als ein Prinzip, das sich „hervorragend bewährt“ hat: Historisch betrachtet habe die in den Sozialversicherungen verankerte

Sozialpartnerschaft in Deutschland eine Tradition des Dialoges eingeübt und kultiviert. Gerade in der jüngsten Finanzkrise sei dies einer der „entscheidenden Faktoren“ gewesen, der geholfen habe, wieder aus dem Tief herauszukommen. Von der Leyen: „Wir konnten in einem Moment der akuten Not zurückgreifen auf eine Kultur des Gesprächs zwischen den Sozialpartnern, zu dem die Politik hinzukam.“

Auch bei den jüngsten Reformen der Unfallversicherung, so von der Leyen, habe die Selbstverwaltung ein überzeugendes Konzept vorgelegt, das der Gesetzgeber aufgegriffen habe. Jetzt sei der Weg frei für die Umsetzung der gemeinsamen Ziele. „Ich wünschte mir, es ginge immer so konsensbezogen“, sagte von der Leyen.



Festlich ausgeleuchtet: Der Festakt zum 125-jährigen Bestehen der gesetzlichen Unfallversicherung fand im Schlüterhof des Deutschen Historischen Museums statt.



Applaus aus der ersten Reihe: V.l.n.r.: Eggert Voscherau (Aufsichtsratsvorsitzender von BASF), Dr. Joachim Breuer (Hauptgeschäftsführer der DGUV), Dr. Ursula von der Leyen (Bundesministerin für Arbeit und Soziales), Andreas Storm (Staatssekretär im BMAS), Annelie Bundenbach (Mitglied des Geschäftsführenden Bundesvorstandes des Deutschen Gewerkschaftsbundes).

Die Unfallversicherung habe sich damit einmal mehr als „reformwillig und reformfähig“ erwiesen. Auch wenn sich hinter diesen Worten manchmal ein anstrengender Prozess verberge, sagte von der Leyen: „Gerade das Ringen darum, die als gut erkannten Prinzipien in ihrem Wert zu erhalten, setzt uns immer wieder der Verpflichtung aus, bei sich ändernden Rahmenbedingungen zu modernisieren. Nicht um alles über Bord zu werfen, sondern die Prinzipien in der modernen Welt lebbar zu machen.“

Kann die Unfallversicherung guter Dinge in die Zukunft schauen, fragte die Ministerin. Und antwortete mit einem „uneingeschränkten Ja“. So sehr habe man sich in den 125 Jahren ihres Bestehens an ihre Arbeit gewöhnt, dass dieser Zweig der Sozialversicherung schon fast aus dem Bewusstsein verschwunden sei. Von der Leyen nannte die Unfallversicherung die „große Stille im Lande“, die zuverlässig im Dienste der Menschen arbeite. Dafür dankte sie allen Beteiligten.

Der zweite Festredner des Abends, Dr. Eggert Voscherau, Vorsitzender des Aufsichtsrates der BASF, schlug auch kritische Tö-

ne an. Zwar trat er als Arbeitgeber für das System der Unfallversicherung ein, aber er mahnte auch weitere Reformen und eine verstärkte Kosteneffizienz an. Voscherau wies darauf hin, dass der demografische Wandel die Bedeutung der Prävention weiter erhöhen werde. Die Unfallversicherung könne hier als „think tank in Sachen Prävention“ noch viel tun. Von besonderer Bedeutung sei diese Arbeit aber auch im Bereich der Bildung. Voscherau unterstützte explizit den Einsatz der öffentlichen Träger der Unfallversicherung für gute Lernbedingungen: „Sicherheit und Gesundheit in der Schule sind Pflicht, keine Kür.“

Voscherau wünschte sich auch, dass die Unfallversicherung mit ihrer Expertise noch stärker dazu beitragen möge, die „Technikängste in Deutschland“ abzubauen und so die Akzeptanz neuer Technologien zu fördern. Einen Appell richtete Voscherau an die Politik: Sie müsse stärker auf die Wirtschaft zugehen. Die Wirtschaft müsse sich im Gegenzug stärker auf ihre gesellschaftliche Verantwortung besinnen. Voscherau: „Wirtschaft und Politik müssen jetzt alle Wachstumsbremsen lösen, um im internationalen Wettbewerb vorne zu bleiben.“

Als Überraschungsgast des Abends trat Peter Federko von der Vereinigung der Arbeitsunfallversicherungen in den USA und Kanada (IAIABC) auf. Er überbrachte die Glückwünsche seiner Organisation und lobte die internationale Vorbildfunktion der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung. ●

Autorin



Elke Biesel

Pressereferentin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: elke.biesel@dguv.de

Dr. Ursula von der Leyen zur gesetzlichen Unfallversicherung

Ein Lob für die „große Stille im Lande“

Rede von Dr. Ursula von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales, anlässlich des Festakts der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. zum 125-jährigen Bestehen der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland am 15. September 2010 in Berlin.



Sehr geehrte Frau Schröder, Herr Dr. Wolff, Herr Dr. Breuer, Herr Botschafter, meine Herren Staatssekretäre, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete des Deutschen Bundestages, aber vor allen Dingen meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Festgäste,

wenn man heute, an einem solchen großen Jubiläumstag, auf die Anfänge der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland zurücksieht und versucht nachzuspüren, welchen Weg sie gegangen ist, so betritt man ein gut bestelltes Terrain. Im Rückblick erkennt man viele gute Gründe, diese Anfänge auch als Geburtsstunde des deutschen Sozialstaates zu bezeichnen.

Da ist zunächst die kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881. Auch wenn Kai-

ser Wilhelm I. sie unterzeichnet hat, konzipiert und verlesen wurde sie von Reichskanzler Otto von Bismarck. Dieses Dokument skizziert nicht nur die zukünftige Sozialversicherung in ihren Grundzügen. Es spricht auch erstaunlich unverblümt für diese Zeit von der „Heilung der sozialen Schäden“.

Es sind dann natürlich die Bismarckschen Gesetze selbst, die 1883, 1884 und 1889 die Krankenversicherung für die Arbeiterinnen und Arbeiter, die Unfallver-



125 Jahre



Foto: Aventis

sicherung sowie die Invaliditäts- und Altersversicherung als die großen Pflichtversicherungen eingeführt haben.

Es lohnt sich, eine Geschichte aus den frühen Anfängen zu erzählen. Sie macht deutlich, was für ein Paradigmenwechsel die Sozialversicherung war. Am 2. Oktober 1885 stürzte der Berliner Zimmermann Ernst Buck von einem vermutlich schlecht gesicherten Baugerüst und verletzte sich so schwer, dass er nie wieder arbeiten konnte. Eine Katastrophe zur damaligen

Zeit, nicht nur für den Arbeiter selber, sondern üblicherweise riss dies die gesamte Familie in Armut und Unglück. Sicherlich kein Einzelschicksal in jener Zeit, und doch hatte Ernst Buck – wenn man es so sagen darf – Glück im Unglück. Denn einen Tag zuvor, am 1. Oktober 1885 hatten die ersten 55 Berufsgenossenschaften der gesetzlichen Unfallversicherung ihre Arbeit aufgenommen. Das hieß für diese Familie, dass der Sturz gemeldet und eine kleine Rente gewährt wurden. Diese Unterstützung war damals einzigartig in Europa. Den Zimmermann und die Seinen bewahrte sie vor dem Fall ins Bodenlose.

Wenn wir über die 125-jährige Geschichte der Unfallversicherung sprechen, einer großartigen Erfolgsgeschichte, dann gehört dazu auch, deutlich zu machen, dass ihre Gründungsprinzipien bis weit in unsere Tage hinein Bestand haben und ihre Fortsetzung finden werden.

Die Unfallversicherung hat einen guten Weg vor sich und deshalb gratuliere ich zum 125-jährigen Geburtstag von Herzen und darf auch von unserer Bundeskanzlerin von Herzen Grüße und Gratulation überbringen. Sie wäre heute sehr gerne bei Ihnen gewesen, aber die Sondersitzung des Europäischen Rates in Brüssel hat sie daran gehindert. Glückwünsche, Respekt und Anerkennung Ihnen allen und verbunden damit auch ein von Herzen ausgesprochen Dank für Ihre Dienste im Sinne der Versicherten und Unternehmen. Sie haben vieles unternommen, um das Bewährte zu bewahren, aber auch um Neues zu gestalten.

Es gibt Helden, deren Taten jeder rühmt, die weithin strahlen und Aufmerksamkeit erringen. Und es gibt solche, die im Lauf

der Zeit aus dem Bewusstsein der Menschen beinahe verschwinden, weil man sich an ihre verlässliche Partnerschaft nur allzu gerne gewöhnt hat.

So ist es auch mit der gesetzlichen Unfallversicherung. Deshalb habe ich diese altehrwürdige Sozialversicherung einmal „die große Stille im Lande“ genannt. Nicht, dass sie nichts zu sagen hätte, aber sie hat über Jahrzehnte geräuschlos und zuverlässig im Dienste der Menschen gearbeitet.

Natürlich hat sie der Wandel der Zeiten nicht unberührt gelassen. Die Geschichte der Unfallversicherung spiegelt auch den enormen Wandel unserer Arbeitswelt und der Arbeitsbedingungen wider. Diese Veränderungen waren von kontroversen Diskussionen begleitet, aber, und das zeichnet die gesetzliche Unfallversicherung aus, jeder Veränderungsschritt ging einher mit einem Konzept, das auf den bewährten Prinzipien der Unfallversicherung aufgebaut war. Man war sich über die Werte und die Prinzipien, die so unendlich kostbar sind, einig. Sie wurden von allen Partnern mitgetragen und engagiert umgesetzt.

An einige wichtige Stationen aus der jüngsten und fernerer Vergangenheit möchte ich gerne erinnern. Im Jahr 1925 hat die Unfallversicherung nach heftigen politischen Kontroversen zum ersten Mal die Berufskrankheiten aufgenommen. Wenn man nachliest, welche die damals dominanten Berufskrankheiten waren, dann ahnt man auch, wie die Arbeitswelt damals aussah. Es waren Erkrankungen durch Blei, Phosphor, Quecksilber und Arsen, die Wurmkrankung der Bergleute und der Graue Star bei den Glasmachern. ▶

„Ich habe die gesetzliche Unfallversicherung einmal ‚die große Stille im Lande‘ genannt. Nicht, dass sie nichts zu sagen hätte, aber sie hat über Jahrzehnte geräuschlos und zuverlässig im Dienste der Menschen gearbeitet.“

Ebenfalls 1925 wurden die Wegeunfälle in den Versicherungsschutz einbezogen. Schon damals rückte mehr und mehr der kluge Gedanke der Vorsorge, also der Unfallverhütung, in den Vordergrund – ein Meilenstein in der Geschichte der Unfallversicherung. Heute nennen wir das den gesetzlichen Präventionsauftrag. Aber vielleicht ist Meilenstein nicht das richtige Wort dafür, vielmehr ist es eher ein roter Faden, der immer deutlicher sichtbar wird und sich anfangs schwach, heute dominant durch die Geschichte der gesetzlichen Unfallversicherung zieht.

Spannend ist auch, dass nach dem Zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik die Wiedereinsetzung der Selbstverwaltung ein neues Kapitel in der Unfallversicherung eingeläutet hat. Sie wurde zu einem paritätischen Gremium. Zu den Arbeitgebern kam die Gemeinschaft der Versicherten hinzu. Dieses tragende, klassisch deutsche Prinzip hat sich hervorragend bewährt. Auch haben die Sozialpartner immer Weitblick bewiesen. Sie waren auf einen echten Ausgleich der Interessen bedacht, um gemeinsam notwendige Reformen voranzutreiben, aber auch um Interessen durchzusetzen. Für mich ist nach wie vor beeindruckend, dass dieses Prinzip der Sozialpartnerschaft, verankert in den großen Sozialversicherungen durch ihre paritätische Besetzung, eine Tradition des Dialogs in Deutschland eingeübt und kultiviert hat.

Wenn man auf die jüngste Geschichte zurücksieht, kann man mit Recht sagen: Die Sozialpartnerschaft ist ein entscheidender Faktor dafür gewesen, dass Deutschland stark aus der Wirtschafts- und Finanzkrise herausgekommen ist. Nicht irgendwelche faszinierenden neuen Mechanismen oder Instrumente haben uns in der Krise geholfen. Nein, wir konnten in einem Moment der akuten Not zurückgreifen auf einen tradierten Dialog, auf eine Kultur des Gesprächs zwischen den Sozialpartnern, zu dem die Politik hin-

zukam. Wir sehen heute, dass kein vergleichbares Land so gut durch die Krise gekommen ist, gerade auf dem Arbeitsmarkt. Dies ist ganz klar auch der großen deutschen Tradition der Sozialpartnerschaft zu verdanken.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch die Notwendigkeit zu modernisieren. In den jüngsten Schritten, die die Unfallversicherung gegangen ist, wird das sichtbar. Ich will hier nur Stichworte nennen: mehr Effizienz, mehr Wirtschaftlichkeit, Synergien erschließen, durch Fusionen stabile, leistungsfähige Träger schaffen, branchenspezifische Prävention erhalten.

Diese Ziele wurden von Anfang an gemeinsam formuliert. Das hört sich sehr einfach an. Es ist aber eine große Kraftanstrengung nötig, um sie auch immer wieder durchzusetzen. Auch hier hat die Selbstverwaltung ein überzeugendes Konzept vorgelegt. Der Gesetzgeber hat es aufgegriffen und jetzt ist der Weg frei für die Umsetzung der gemeinsamen Ziele. Ich wünsche mir, es ginge immer so konsensbezogen. Das Ergebnis ist ein voller Erfolg. Jetzt steht fest: die gesetzlich festgelegte Trägerzahl für den gewerblichen Bereich wird im nächsten Jahr erreicht.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich einmal mehr als reformwillig und reformfähig erwiesen. Und wenn Worte wie „reformwillig“ und „reformfähig“ bei vielen vielleicht das Gefühl hervorrufen: mein Gott ist das anstrengend; so möchte ich betonen: Gerade die Prinzipien der Unfallversicherung, das Ringen darum, die als gut erkannten Prinzipien in ihrem Wert zu erhalten, setzt uns immer wieder der Verpflichtung aus, bei sich ändernden Rahmenbedingungen zu modernisieren. Ob es uns gefällt oder nicht. Nicht um alles zu verändern oder über Bord zu werfen, sondern um die Prinzipien auch in der modernen Welt lebbar zu machen.



Foto: Axentis

Hier wurde allen Beteiligten einiges abverlangt. Große Fusionen bedürfen eben auch großer Veränderungsbereitschaft. Deshalb von Herzen Dank all jenen, die diesen schwierigen Prozess vorantrieben und zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht haben.

Der Erfolg der Unfallversicherung beruht noch auf einem weiteren Prinzip: Prävention, Rehabilitation und Entschädigung, alles aus einer Hand, ohne Schnittstellenverluste. Dieses Prinzip ist etwas, worauf man stolz sein kann. Es hat sich nicht nur national bewährt, sondern auch international vielfältig Nachfolger gefunden.

Gerade bei der gesetzlichen Unfallversicherung kann man sehen, dass Einheit nicht Gleichrangigkeit bedeutet. Dem Selbstverständnis der Unfallversicherung entspricht vielmehr eine doppelte Vorrangigkeit. Man muss es betonen, weil der Ansatz so klug ist: Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Rente. Diese Grundsätze haben sich in ganzer Breite bewährt.

Natürlich treibt uns heute die Frage um: Wie kann man in einer alternden Gesellschaft und einer sich verändernden Arbeitswelt Herausforderungen wie die Rente mit 67, aber auch die Rente mit 65 mit Leben füllen? Was heißt eigentlich Arbeit bis 65? Was heißt in Zukunft Arbeit bis 67?

Wie kann man Prävention vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente unter diesen veränderten Bedingungen wirklich umsetzen? Wir haben viele Antworten noch nicht. Kreativität, kluge Einfälle, gespeist aus der Erfahrung, sind gefragt.

Ich danke Ihnen für viele kluge Anregungen, die Sie bereits gegeben haben. Aus dem Bereich Prävention möchte ich da nur beispielhaft das Projekt „Mein nächster Beruf“ erwähnen. Darin geht es um neue Präventionsansätze für Menschen, die hart körperlich gearbeitet und dabei viel Lebens- und Berufserfahrung gesammelt haben, die aber in fortgeschrittenem Alter vielleicht nicht mehr so hart körperlich weiterarbeiten können. Trotzdem könnten sie ihre Erfahrung an anderer Stelle gut einsetzen. Wie können wir das verwirklichen? All diese Fragen gehen Sie beherzt, aber auch mit der für Sie so typischen Zuverlässigkeit und Nachhaltigkeit an.

Noch ein anderes Thema prägt die Unfallversicherung: die permanente Veränderung der Arbeitstrukturen. Ich nenne hier nur Stichworte wie Leiharbeit, Teilzeit-, Telearbeit oder Projektarbeit. Wenn ich dazu noch die Verdichtung von Arbeitsprozessen erwähne und die Zunahme von wissensgestützten Produkten, dann belegt das alles die Modernität unserer Gesellschaft.

Aber dafür zahlen wir auch einen Tribut. Burn-Out-Syndrome und Depressionen sind häufige Begleiter dieses Modernisierungsprozesses geworden. In vielen Punkten haben wir noch offene Fragen: Wie kann man hier richtige und kluge Akzente der Prävention setzen? Gerade bei den psychischen Erkrankungen, die sich über lange Zeit aufbauen, dürfen wir nicht erst in der Phase der Behandlung ansetzen, wenn die Erwerbsfähigkeit in Gefahr ist, sondern wir müssen weit vorher wirksam eingreifen.

Ein Punkt, der mich immer beeindruckt hat als Ärztin, ist die Exzellenz, die Sie – verzeihen Sie mir den Ausdruck – aus der Nische heraus im großen Spektrum der Medizin besetzen. Ich selber habe die eine oder andere Klinik kennen gelernt. Die Landschaft der berufsgenossenschaftlichen Kliniken ist für Menschen, die sich nicht mit dem Blickwinkel der Unfallversicherung beschäftigen, sondern mit dem Blickwinkel der allgemeinen medizinischen Wissenschaft, immer ein hervorragendes Beispiel und nötigt hohen Respekt ab. Denn die berufsgenossenschaftlichen Kliniken haben sich in hohem Maße spezialisiert. Sie sind nicht wegzudenken aus dem Spektrum der modernen Medizin. Ich bin sicher, dass Sie auch bei der aktuellen Reorganisation Ihrer Kliniken und der Heilbehandlung auf einem guten Wege sind.

Zu guter Letzt möchte ich aus Thomas Manns Buddenbrooks zitieren: „Die Vergangenheit zu feiern ist hübsch, wenn man, was Gegenwart und Zukunft betrifft, guter Dinge ist.“ Können wir guter Dinge sein? Uneingeschränkt ja! Ihr Motto ist: Unsere Leistungen sind Ihre Sicherheit. Das heißt doch übersetzt: Sie arbeiten für Menschen, Sie helfen, Erkrankungen und Unfälle zu vermeiden, Sie ermöglichen die Rückkehr in den Beruf und in ein selbstbestimmtes Leben. Und deshalb meine Damen und Herren: Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag und herzlichen Dank für Ihren Einsatz. ●

4. Bad Hersfelder Rehabilitationstage

Rehabilitation der Zukunft

Am 22. und 23. Juni 2010 fanden die 4. Bad Hersfelder Rehabilitationstage mit mehr als 170 Teilnehmern aus dem Ehrenamt und den Verwaltungen der Unfallversicherungsträger statt.

Die Veranstaltung widmete sich der Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Neuorganisation der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken. In einem Festvortrag gab die Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Marina Schröder einen Ausblick zur Zukunft der Heilverfahren, wie ab Seite 12 dieser Ausgabe zu entnehmen ist.

Neuordnung des Durchgangsarztverfahrens

In den Veranstaltungen zur Neuordnung des Durchgangsarztverfahrens stellte Markus Oberscheven von der DGUV das neue Konzept vor: Neben einer Differenzierung in der fachlichen Qualifikation der Ärzte soll die Qualitätssicherung insbesondere durch erweiterte Fortbildungspflichten und eine Erhöhung der Mindestfallzahl ausgebaut und mittelfristig auch durch ein Qualitätssicherungskonzept ergänzt werden, das auch die Prozess- und Ergebnisqualität abbildet. Das neue Verfahren soll noch im Jahr 2010 in Kraft treten.

In ihren Beiträgen nahmen Dr. Tankred Haase für den Bundesverband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte sowie Dr. Rainer Kübke für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie zum neuen Durchgangsarztverfahren Stellung. Dabei sprachen sie insbesondere die Problematik an, wie die neuen Niederlassungsformen im kassenärztlichen Bereich, zum Beispiel überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren, mit den durchgangsärztlichen Grundsätzen und Pflichten in Einklang zu bringen sind. Die Überlegungen der DGUV zur Neuausrichtung des Durchgangsarztverfahrens würden von den Ärzten aber generell unterstützt. In

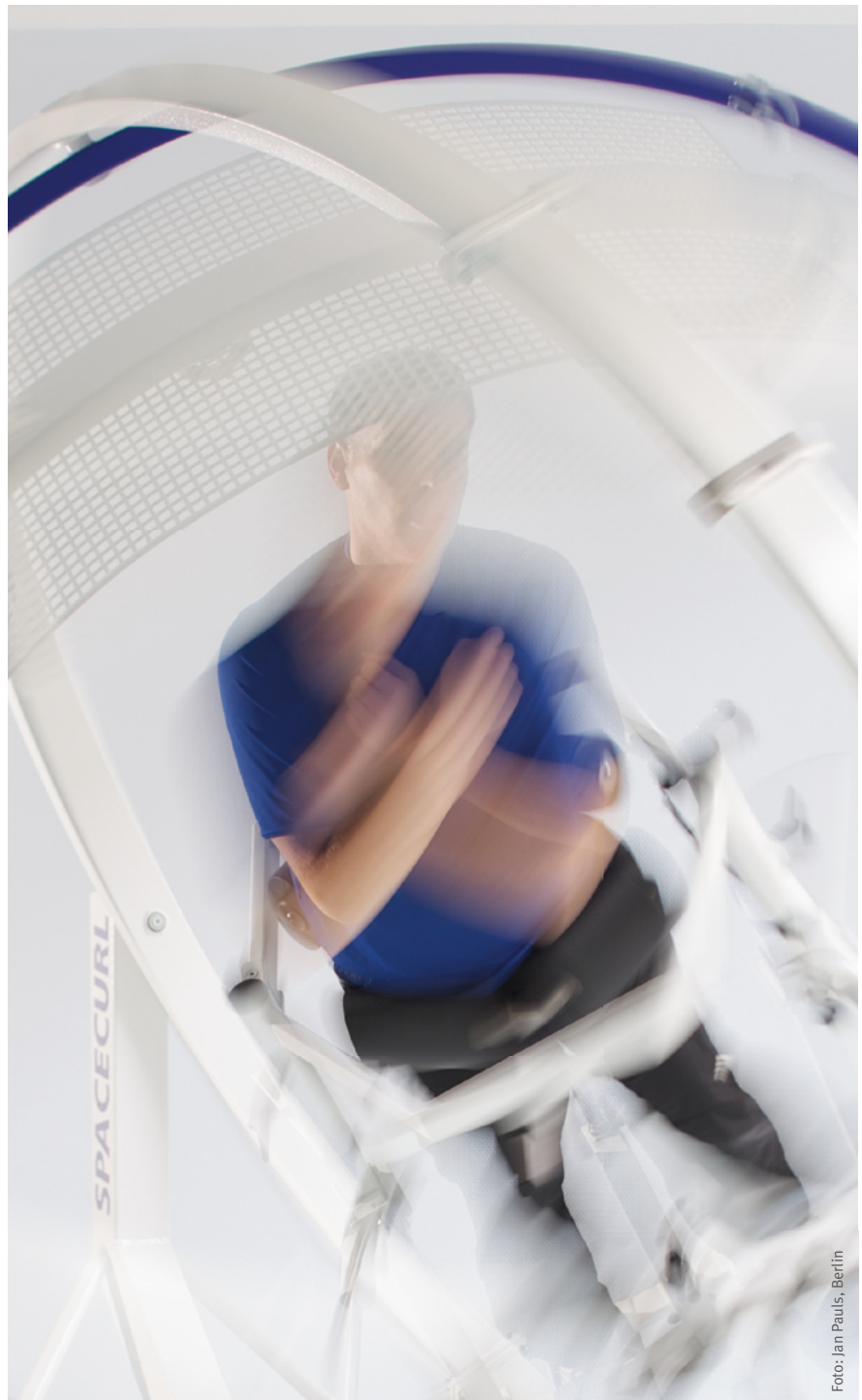


Foto: Jan Pauls, Berlin

der Diskussion wurde mehrfach positiv hervorgehoben, dass die DGUV ihre Reformüberlegungen frühzeitig, transparent und in enger Abstimmung mit den ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden entwickelt habe. Dies sei auch für andere Bereiche des Gesundheitswesens vorbildlich.

Neuerungen im stationären Heilverfahren

Die Neuausrichtung der stationären Heilverfahren erläuterte Dr. Andreas Kranig von der DGUV. Kern sei zum einen eine qualitätsorientierte Konzentration im Verletzungsartenverfahren durch Reduzierung der zugelassenen Krankenhäuser. Zum anderen ist eine weitergehende qualitäts- und bedarfsorientierte Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der zu behandelnden Verletzungsfälle vorgesehen. Es soll ein noch stärkerer Fokus auf diejenigen Verletzungsfälle gelegt werden, die für die Gesundheit, die Lebensqualität und die Teilhabechancen der Versicherten besonders schwerwiegende Auswirkungen mit sich bringen. Hierzu sollen Netzwerke geschaffen werden, in denen die Integration von Akutbehandlung und Rehabilitation und damit die Umsetzung der unfallversicherungsrechtlichen Prinzipien – alles aus einer Hand und mit allen geeigneten Mitteln – besonders effektiv umgesetzt werden können.

Professor Volker Bühnen, Sprecher der Ärztlichen Direktoren der BG-Kliniken, stellte seine zukunftsweisende Struktur leistungs- und qualitätsorientierter Verfahren im stationären Bereich dar. Ziel sei eine weit reichende Integration der Heilbehandlung und Rehabilitation mit Interdisziplinarität in den Prozessen, einer bedarfsgerechten Differenzierung der Zuständigkeiten und nicht zuletzt auch

unter Einbeziehung der Patienten. Qualitätsorientierung in den Heilverfahren im Hinblick auf Methodik, Durchsetzung und Machbarkeit sei ein weites Feld, so Bühnen.

Der Veranstaltungsbereich wurde abgerundet durch Beiträge zum Reha-Management, zum Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, zu den Perspektiven der Behandlung verletzter Kinder und Jugendlicher sowie zur wachsenden Bedeutung medizinischer Behandlungspfade. Am Beispiel der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in

„Bei den 4. Bad Hersfelder Rehabilitationstagen wurde intensiv über die Reha der Zukunft diskutiert.“

Frankfurt am Main zeigte Dr. Pawel Bak, Leiter der dortigen Abteilung für Rehabilitation, die Stärke des Systems der gesetzlichen Unfallversicherung, die über die Möglichkeit verfügt, die Heilverfahren aus einer Hand steuern zu können. Durch die Bildung von Reha-Netzwerken könnten Brüche und Ineffizienzen in der Versorgungskette vermieden werden.

Einbeziehung des Patienten

Die Einbeziehung der Patientenperspektive stand im Fokus der nachfolgenden Diskussion mit dem Auditorium. Es wurde festgestellt, dass eine moderne Qualitätssicherung in der Heilbehandlung und Rehabilitation ohne Berücksichtigung der Zufriedenheit des Patienten und seiner Lebensqualität nicht mehr denkbar sei. Um aussagekräftige Hinweise über die Qualität von Leistungserbringern zu erhalten, müssten aber wissenschaftlich abgesicherte Verfahren zum Einsatz kommen, die durch weitere Qualitätsaspekte ergänzt werden.

Zukunft der BG-Kliniken

Der zweite Veranstaltungstag widmete sich der Zukunft der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken. In allen Beiträgen wurde ausdrücklich betont, was die BG-

Kliniken für das System der gesetzlichen Unfallversicherung und ihre Versicherten leisten. Um die Aufgaben noch besser meistern zu können und die führende Rolle der eigenen Kliniken bei der Neuausrichtung der Heilverfahren zu stärken, wird ein neuer Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung geschaffen. Dieser soll ein klinikübergreifendes strategisches Konzept entwickeln und insbesondere Qualitätsstandards für eine optimale Versorgung der Versicherten schaffen. Dr. Hans-Joachim Wolff, Vorstandsvorsitzender der DGUV: „Wir wollen so die Transparenz erhöhen und Wirtschaftlichkeitsreserven heben – und wir wollen die Qualität der Versorgung weiter verbessern.“

In der abschließenden Podiumsdiskussion war man sich darüber einig, dass die gesetzliche Unfallversicherung mit ihren Konzepten zur Neuordnung der Heilverfahren und der BG-Kliniken auf dem richtigen Weg ist. Dr. Thomas Molkentin, Referatsleiter beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bestätigte nachdrücklich, dass die vorliegenden Konzepte geeignet seien, um zu einer nachhaltigen Sicherung und weiteren Optimierung der Versorgungsqualität beizutragen. Klar wurde aber auch, dass zur Umsetzung der neuen Verfahren und Konzepte noch viele Fragen zu beantworten sind. Die Bad Hersfelder Reha-Tage konnten ihren Beitrag dazu leisten, auf einige dieser offenen Fragen die Antworten zu finden. ●

Autoren

Dr. Andreas Kranig

Leiter der Abteilung Versicherung und Leistungen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: andreas.kranig@dguv.de

Markus Oberscheven

Leiter des Referats Heilbehandlung / Medizinische Rehabilitation, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: markus.oberscheven@dguv.de

Aktueller Stand und Ausblick

Die Neuausrichtung der Heilverfahren

In den vergangenen zwei Jahren hat die Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eine umfassende Neuausrichtung des Heilverfahrens eingeleitet. Von den Veränderungen sollen nicht zuletzt die Versicherten profitieren. Ein Ausblick.

Heilverfahren – Wo stehen wir in 10 Jahren? Unter dieser Frage stand die Eröffnungsrede von Marina Schröder anlässlich der 4. Bad Hersfelder Rehabilitationstage im Juni 2010. Der folgende Artikel basiert auf der Rede vor den über 170 Teilnehmern der Veranstaltung.

Chance für Verbesserungen

Die eingeleitete Neuausrichtung des Heilverfahrens ist wahrscheinlich die umfassendste Neuausrichtung der letzten Jahrzehnte. Betroffen sind alle Bereiche: D-Ärzte (Durchgangsärzte), H-Ärzte (Heilverfahrensärzte), VAV-Kliniken (VAV: Verletzungsartenverfahren) und nicht zuletzt auch die BG-Kliniken. Die Zielrichtung dabei ist klar: Es soll auf die derzeitigen Veränderungen im Gesundheitswesen reagiert werden, es gilt, sie aufzunehmen und die darin enthaltenen Chancen für eine bessere Versorgung der Versicherten zu nutzen.

Die Aufgabe, in der Rehabilitation besser zu werden, ist nie abgeschlossen. Sie ist ein fortwährendes Projekt, in dem jede Generation auf die Erfahrungen und Leistungen der vorherigen baut. Das zeigt schon ein Blick in die Geschichte, der sich im Jubiläumsjahr „125 Jahre Unfallversicherung“ anbietet.

Geschichte der Rehabilitation

Schaut man zurück, so erscheint die Geschichte der Rehabilitation wie ein langer Weg hin zu einer wachsenden Integration von Heilbehandlung, sozialer und beruflicher Wiedereingliederung. Es musste erst einige Zeit vergehen, bis man so selbstverständlich von Leistungen „aus einer Hand“ sprechen konnte, wie wir es heute tun.

Als die ersten Berufsgenossenschaften 1885 ihre Arbeit aufnahmen, waren sie für die Akutbehandlung noch nicht zuständig. Wenn ein Arbeiter einen Unfall

hatte, erfolgte die Behandlung unter der Regie der Krankenkassen. Erst ab der dreizehnten Woche nach dem Unfall ging diese Zuständigkeit auf die jeweilige Berufsgenossenschaft über. Heute wäre eine solche Aufsplitterung der Zuständigkeiten undenkbar. Wertvolle Zeit würde verloren gehen – entscheidende Momente für die Frage, ob der Versicherte wieder zurück in sein altes Leben gebracht werden kann.

Für die Unfallversicherung muss das damals frustrierend gewesen sein – aber sie hat sich davon nicht lähmen lassen. Was im Rückblick auf die Anfangszeit der Unfallversicherung beeindruckt, ist die Mentalität, mit der Ehrenamt und Hauptamt ans Werk gingen. Wo Hindernisse entdeckt wurden, arbeitete man schnell daran, diese zu beseitigen. Das konnte schon mal bedeuten, ohne die entsprechende gesetzliche Grundlage zu arbeiten. Tatsächlich verdankt das Bergmannsheil in Bochum, die erste Unfallklinik der Welt, seine Entstehung der unorthodoxen Vorgehensweise der Bergbau-Berufsgenossenschaft. Dort wartete man die Genehmigung, ein Krankenhaus zu bauen, nicht erst ab und begann schon während des Genehmigungsverfahrens mit dem Bau.

Ähnlich verlief die Entwicklung in der Notfallmedizin. Heute ist es selbstverständlich, dass bei einem Unfall innerhalb weniger Minuten ein Krankenwagen mit einem Notarzt eintrifft, der den Verletzten schnell in die nächstgelegene Klinik bringt. Ende des 19. Jahrhunderts war daran nicht zu denken. Es war keine Seltenheit, dass ein Verletzter sich selbst auf die Suche nach einem Arzt begeben musste – wenn er dazu noch in der Lage war. ▶



Foto: Fotolia/Gina Sanders

Mit der Neuausrichtung der Heilverfahren soll die Qualität der Behandlung gesichert und, wo möglich, weiter verbessert werden.





Foto: Fotolia/aceshot

Wie beurteilen die Patienten die Reha? Zur Qualitätssicherung in der Heilbehandlung und Rehabilitation sollen Aspekte wie Zufriedenheit und Lebensqualität der Betroffenen stärker berücksichtigt werden.

Die Berufsgenossenschaften wollten diese Situation nicht akzeptieren. 1894 – nur zwei Jahre nachdem sie das Recht erhalten hatten, unmittelbar nach einem Unfall aktiv zu werden – gründeten sie in Berlin Unfallstationen. Die Unfallstationen hatten einen ärztlichen 24-Stunden-Dienst, volle chirurgische Ausstattung, Krankenwagen und ein Telefon. Letzten Endes hatte die Unfallversicherung so die Keimzelle des modernen Rettungswesens in Deutschland geschaffen.

Es hat etwas gedauert, bis zur Heilbehandlung auch die berufliche und soziale Rehabilitation hinzutraten. Das war im Jahr 1925. In der Begründung zum Zweiten Gesetz zu Änderungen in der Unfallversicherung hieß es dazu: Das Gesetz will die Wie-

derherstellungspflicht vor die Ersatzpflicht stellen. Das Prinzip „Reha vor Rente“ war geboren. Es folgten noch weitere Änderungen bis in die achtziger Jahre hinein. Erst dann hatten Berufsgenossenschaften und Unfallkassen die volle Zuständigkeit über alle Stufen der Rehabilitation erlangt.

Handlungswille als Grundlage für Verbesserungen

Diese Entwicklung wäre nicht möglich gewesen, wenn es an zwei entscheidenden Faktoren gefehlt hätte. Erstens dem Willen, die eigenen Strukturen und die Bedürfnisse der Versicherten und Unternehmen genau zu beobachten und sie dahingehend zu überprüfen, wo Bedürfnisse und Strukturen nicht optimal zueinander passen. Zweitens die Bereitschaft, auf der

Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse zu handeln. Dieser starke Wille, sich nicht mit dem Gegebenen abzufinden, sondern es weiter zu verbessern, war das treibende Moment in der Geschichte der Unfallversicherung. Und er ist es immer noch, wenn auch die Sachverhalte inzwischen komplexer geworden sind, als sie es damals waren.

Heute geht es darum, die verschiedenen Verfahrensschritte der Rehabilitation – die Heilbehandlung, die Wiedereingliederung ins Berufsleben und in das private Leben – so miteinander zu verzahnen, dass die Rehabilitation insgesamt Erfolg hat. Der Versicherte soll am Ende möglichst so dastehen, als hätte es den Unfall nie gegeben. Auch wenn dieses Ziel nicht in jedem Fall vollständig zu erreichen sein wird, muss es aber das Ziel sein.

Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln ist ein Recht der Unfallversicherung, es ist aber auch vor allem ein Anspruch an sie. Diesem Anspruch genügen zu wollen, zeichnet das Heilverfahren und die Rehabilitation der Unfallversicherung gegenüber den anderen Zweigen der Sozialversicherung aus. Dieser Anspruch prägt sicherlich das insgesamt positive Verhältnis der Versicherten zu den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

Das Recht, mit allen geeigneten Mitteln zu rehabilitieren, umfasst aber auch zwei Pflichten: Zum einen die Prüfung, ob ein Mittel tatsächlich geeignet ist, um die Heilung oder Wiedereingliederung des Versicherten zu fördern. Zum anderen die Aufgabe, die Entwicklungen im Gesundheitswesen aufmerksam zu verfolgen, um Chancen für eine bessere Versorgung der Versicherten zu nutzen.

Gründe für die Neuausrichtung des Heilverfahrens

Die umfassenden Änderungen im Heilverfahren, die die Selbstverwaltung beschlossen hat, geschehen vor dem Hintergrund eines tiefgreifenden Wandels in unserem Gesundheitssystem. Kostensteigerungen und stagnierende Beitragsaufkommen in der Krankenversicherung lassen den Druck auf die Leistungserbringer immer weiter wachsen. Gera-

de im Krankenhausesektor haben wir in den vergangenen zehn Jahren eine beispiellose Konzentrationswelle verfolgen können – und sie hält immer noch an. Wer sich am Markt behaupten will, der kommt zudem um eine stärkere Spezialisierung nicht mehr herum – ein Trend, den die Politik und die Krankenkassen mit verschiedenen Initiativen für mehr Transparenz und Qualitätssicherung in der Versorgung noch befördern.

Diese Situation an sich wäre schon ausreichend, darauf zu reagieren. Es kommt aber noch eine weitere Entwicklung hinzu: die erfreulicherweise sinkende Zahl der Arbeitsunfälle. Hier ist in den vergangenen Jahren sehr viel erreicht worden. Das Unfallrisiko ist im Vergleich zu den Jahren vor der Wiedervereinigung weiter gesunken. Auch wenn die absoluten Unfallzahlen sicherlich nicht auf dem krisenbedingt niedrigen Niveau verharren werden, sollten die Unfallzahlen der neunziger Jahre doch der Vergangenheit angehören. Damals gab es weit über einhalb Millionen meldepflichtiger Arbeitsunfälle im Jahr.

Mit diesem begrüßenswerten Rückgang geht einher, dass schwere Unfälle trotz ihrer vergleichsweise geringen Zahl für die Rehabilitation an Bedeutung gewinnen. Es gilt die Faustregel, wonach 20 Prozent der Fälle für 80 Prozent der Kosten sorgen. Wenn verhindert werden soll, dass die Kosten davonlaufen, müssen dringend die Verbesserungspotenziale in diesem Bereich realisiert werden. Positiv dabei ist, dass davon sowohl die Versicherten als auch die Unfallversicherung profitieren: die Unfallversicherung, weil ihre Kosten langfristig sinken, die Versicherten, weil sie schneller wieder gesund und beruflich reintegriert werden.

Blick in die Zukunft: Wo stehen wir in zehn Jahren?

Aus diesen Gründen wurde begonnen, das Heilverfahren neu auszurichten. Die Veränderungen betreffen sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich

– nichts weniger als ein Paradigmenwechsel. Was als sicher gelten darf: Bis zum Jahr 2020 wird die Neuausrichtung der Heilverfahren, die die Selbstverwaltung gerade beschlossen hat, in die Praxis umgesetzt sein:

- Das H-Arztverfahren ist bis dahin ausgefallen. Eine H-Arztpraxis wird im Jahr 2020 in Deutschland nicht mehr zu finden sein.
- Bei den D-Ärzten wird sich ebenfalls einiges verändert haben. Die Einführung von Mindestfallzahlen wird einen gewissen personellen Austausch nach sich ziehen. Im Zusammenspiel mit erweiterten Qualitätssicherungsformen wird sie auch dazu führen, dass sich die Unfallversicherung auf die besten Durchgangsärzte konzentriert, ohne die Versorgung in der Fläche zu vernachlässigen. Es wird außerdem unterschiedliche Arten von D-Ärzten geben, denn die Beteiligung am Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt nun differenziert, je nach Qualifikation des Arztes und dem Schwerpunkt seiner Tätigkeit. Ein D-Arzt, der operiert, muss zum Beispiel höher qualifiziert sein als ein D-Arzt, der keine solchen Eingriffe vornimmt. Jeder D-Arzt und jede D-Ärztin muss sich zudem fortbilden und das bei der turnusgemäßen Überprüfung der Zulassung gegenüber den Mitarbei-

tern der Landesverbände auch nachweisen. Es wird dafür gesorgt, dass die Fortbildungen breit angelegt sind und stärker den Bereich Rehabilitation berücksichtigen. Die Mediziner

müssen auch Kenntnisse über die Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherung und über die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erwerben.

- Die Beteiligung von D-Ärzten wird zudem alle fünf Jahre durch die Landesverbände anhand klar definierter Qualitätsvorgaben überprüft. Auch dies ist eine Innovation. Erstmals wird eine regelhafte, wiederkehrende Qualitätssicherung für diesen Bereich eingeführt.
- Die Neuausrichtung der Heilverfahren umfasst zudem Veränderungen im stationären Bereich. Auch hier ist die Wiedereinführung von Mindestfallzah-

len für die Beteiligung einer Klinik am Verletzungsartenverfahren vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Kliniken dadurch in den kommenden zehn Jahren zurückgeht.

- Außerdem sollen in den zehn Jahren bis 2020 SGB-VII-Netzwerke aufgebaut werden, die die Behandlung und Rehabilitation von Schwer- und Schwerstverletzten übernehmen sollen. Kern dieser Netzwerke sollen die BG-Kliniken sein, die den Standard für die anderen VAV-Kliniken in diesen Netzwerken vorgeben werden.
- Nicht zuletzt wird der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung bis dahin etabliert und eine feste Größe in der Rehabilitationslandschaft geworden sein.

Qualität als Richtschnur für die Neuausrichtung

Wenn man in zehn Jahren auf die Beschlüsse dieses Jahres zurückblickt, dann wird sicherlich klar werden, wie tiefgreifend sie das Heilverfahren verändert haben. Es werden nicht einfach Strukturen verändert, sondern das Denken dahinter und damit die Grundphilosophie der besonderen Heilverfahren geschärft. Diesen Wandel darf man zu Recht als Paradigmenwechsel bezeichnen.

Bislang basierte die Zulassung von Leistungserbringern – und damit die Infrastruktur des Heilverfahrens an sich – auf dem Prinzip: Wenn der Leistungserbringer die Anforderungen an persönliche Qualifikation, räumliche und personelle Ausstattung erfüllt hat, dann darf er Versicherte der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen behandeln – und zwar ohne zeitliche Beschränkung. Diese Regelung hat zwar den Charme, dass sich die Unterhaltung eines Netzwerks aus Ärzten und Kliniken recht einfach bewerkstelligen lässt. Sie hat allerdings den Nachteil, dass sie „ergebnisblind“ ist. Hinter dieser Regelung steckt nämlich die Annahme: Wer die Anforderungen einmal erfüllt hat, erbringt danach immer das optimale Ergebnis. Dieser Automatismus hat bisher gut funktioniert. Dass er aber tatsächlich immer das optimale Ergebnis brachte, darf bezweifelt werden – und deshalb haben wir gehandelt. ▶

Mit der Neuausrichtung des Heilverfahrens wird der Fokus bei der Zulassung von Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten verschoben: Die Erfüllung von strukturellen Anforderungen bleibt zweifellos wichtig. Der Blick richtet sich jedoch immer stärker darauf, ob die zugelassenen Ärzte und Kliniken auch dauerhaft eine hohe Qualität erbringen. Das Ziel lautet kurz formuliert: Wir wollen den zukünftigen Bedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht decken. Und wir wollen die Qualität der Behandlung sichern und, wo möglich, weiter verbessern.

Um etwaigen Befürchtungen vorzubeugen: Die Versorgungssicherheit ist bei diesen Überlegungen nicht hinten über gefallen. Die flächendeckende Versorgung zu Gunsten der Qualität opfern zu wollen, hieße, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Das ist nicht vorgesehen. Deshalb ist auch festgelegt worden, dass in Zukunft zwischen Unfallort und D-Arztpraxis maximal 30 Minuten Autofahrt liegen dürfen.

Der aktuelle Stand – ambulanter Bereich

Eine so tiefgreifende Neuausrichtung des Heilverfahrens lässt sich nicht über Nacht erreichen. Sie kann nur in Etappen erfolgen. Mit den Beschlüssen der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesetzlichen



Foto: Fotolia / Michael Jung

Die Neuausrichtung der Heilverfahren hat auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Blick. Die bestmögliche medizinische Betreuung soll bestenfalls in einem kindgerechten Umfeld erfolgen.



Foto: Stockphoto / leezsnow

Unfallversicherung (DGUV) wurden die ersten Schritte bereits unternommen. Weitere werden folgen. Im ambulanten Bereich stehen die Änderungen bei D- und H-Ärzten kurz vor ihrer vertraglichen Fixierung. Die Verhandlungen mit der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind abgeschlossen, stehen derzeit aber noch unter dem Vorbehalt der Zustimmung des KBV-Vorstandes. Eine Neufassung des Arztvertrags tritt in Kraft. Zum gleichen Zeitpunkt sollen die neuen Anforderungen zur Beteiligung als Durchgangsarzt Geltung erlangen. Auch der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung hat bereits seine Zustimmung signalisiert. Der Vorstand der DGUV und die Geschäftsführerkonferenz haben dem Vertrag und den Anforderungen in ihren Sitzungen Ende Mai bereits zugestimmt.

Der aktuelle Stand – stationärer Bereich

Die Veränderungen im ambulanten Bereich sind damit deutlich weiter als im stationären Heilverfahren. Aber auch hier befinden wir uns auf einem guten Weg. Und auch hier wird der Fokus der Zulassungsordnung Richtung Prozess- und Ergebnisqualität verschoben. In diese Weiterentwicklung werden große Hoffnungen gesetzt, denn in Krankenhäusern und Kliniken werden Versicherte mit schweren Verletzungen behandelt. Fortschritte in diesem Bereich wären für die Lebensqualität der betroffenen Versicherten ein kaum zu überschätzender Gewinn.

Derzeit werden benötigte Daten erhoben, um die Versorgung auf hoch qualifizierte Kliniken konzentrieren zu können,

ohne dabei die Versorgung in der Fläche zu beeinträchtigen. Auch die Planungen hinsichtlich des Aufbaus von SGB-VII-Netzwerken schreiten voran. In diesen Netzwerken sollen überdurchschnittliche Kompetenz in der Akutbehandlung mit Kompetenz in der beruflichen und sozialen Rehabilitation gebündelt und verknüpft werden.

Mit diesem Schritt ist die gesetzliche Unfallversicherung von ihrer bisherigen Vorgehensweise abgewichen, die Bildung von Behandlungszentren, die hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, über Denkschriften zu initiieren. Der neue Ansatz ist umfassender, da er sich nicht mehr auf bestimmte Versichertengruppen beschränkt, sondern alle Fälle mit gravierenden Auswirkungen auf die betroffenen Versicherten einbezieht. Da es sich bei diesen Fällen in aller Regel auch um die besonders kostenintensiven handelt, wird auch die ökonomische Bedeutung bestimmter Verletzungen berücksichtigt. Heilbehandlung und Rehabilitation werden in diesen Kompetenzzentren eng miteinander verzahnt sein. Dort wird es eine Rehabilitation ganz im Sinne des Versorgungsauftrags geben, den das SGB VII der Unfallversicherung zuweist.

Das Personal in den Netzwerkkliniken lebt eine integrierte, ganzheitliche Rehabilita-

tion, in deren Zentrum der Mensch steht: mit seinen Bedürfnissen, seinem beruflichen und seinem privaten Hintergrund. Wo die Ressourcen eines Hauses nicht ausreichen, stellt das Netzwerk sicher, dass ergänzende Angebote von anderen Anbietern bereitgestellt werden. Auch diese Angebote sind qualitätsgesichert. Neben unfallchirurgischer Expertise beinhalten die Netzwerke damit auch definierte Kompetenzen in der Rehabilitation. Diese betreffen zum Beispiel:

- die Frührehabilitation von Schwerst-Verletzten
- den fließenden Übergang zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung
- Schmerztherapie
- Psychotraumaversorgung.

Auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird weiterentwickelt. Das Ziel ist, eine exzellente medizinische Behandlung mit einem kindgerechten Umfeld zu verbinden.

Bedeutung der BG-Kliniken für die SGB-VII-Netzwerke

Diese Netzwerke brauchen Vorreiter, deshalb wird den BG-Kliniken im Konzept eine Führungsrolle innerhalb der SGB-VII-Netzwerke übertragen. Das heißt: Die BG-Kliniken geben den Standard vor, an dem sich auch andere Kliniken orientieren müssen. Die entsprechenden Heilbe-

handlungsstandards wird die DGUV gemeinsam mit den Unfallkliniken in den kommenden Jahren erarbeiten. Diese Standards beschreiben nicht nur die Heilbehandlung, sondern definieren auch die Anforderungen an eine enge Kooperation und gegenseitige Information mit dem Reha-Management der Träger.

Ohne eine stärkere Vernetzung der Kliniken untereinander wäre eine solche Entwicklung jedoch nicht möglich. Der neu gegründete Klinikverbund ist deshalb auch einer der Eckpfeiler des Konzepts. Beide, Unfallkrankenhäuser und Träger, können mit seiner Hilfe zentral Informationen bündeln und auf dieser Grundlage ihre Erwartungen und Bedürfnisse formulieren. Der Austausch wird dadurch intensiver werden und beiden Seiten ein wesentlich differenzierteres, aber auch vollständigeres Bild vermitteln. Das macht es leichter, Ressourcen zu identifizieren, Stärken zu fördern und gute Ansätze weiterzuentwickeln – eine wichtige Voraussetzung, damit die BG-Kliniken ihrer Rolle als Schrittmacher des Fortschritts in den SGB-VII-Netzwerken gerecht werden können.

Szenarien für die Zukunft

All diese Veränderungen werden bewusst vorangetrieben, um sich auf zukünftige Veränderungen einzustellen. ▶

„Was als sicher gelten darf: Bis zum Jahr 2020 wird die Neuausrichtung der Heilverfahren, die die Selbstverwaltung gerade beschlossen hat, in die Praxis umgesetzt sein.“



Darüber hinaus lassen sich aber auch Vermutungen darüber anstellen, welche Folgen diese Veränderungen nach sich ziehen werden. Das ist natürlich Spekulation, aber Spekulation kann durchaus einen fruchtbaren Boden für eine durchdachte Zukunftsplanung schaffen.

Betrachtet man beispielsweise die Trends auf dem Klinikmarkt genauer, dann erkennt man, welche Chancen Konzentration und Spezialisierung für die Behandlung der Versicherten

bieten. Folgerichtig wird man über Einzelverträge nachzudenken haben. Diese dürfen dabei nicht als Konkurrenz zum VAV-

Standard und seine Weiterentwicklung verstanden werden, sondern als sinnvolle Ergänzung. Es wäre daher durchaus denkbar, bei planbaren Eingriffen Einzelverträge mit besonders qualifizierten Anbietern abzuschließen. Wenn ein Krankenhaus beispielsweise über besonderes Know-how und Erfahrung bei Meniskus-Operationen verfügt und hier konstant gute Ergebnisse vorweisen kann, spricht wenig dagegen, es bevorzugt mit der Therapie von Knieverletzungen der Versicherten zu beauftragen.

„Der Blick richtet sich immer stärker darauf, ob die zugelassenen Ärzte und Kliniken auch dauerhaft eine hohe Qualität erbringen.“

Für die Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen müssen Fragen diskutiert werden, zum Beispiel: Wie kann das Verletzungsartenverfahren sinnvoll von diesen planbaren Eingriffen nach Einzelvertrag abgegrenzt werden? Welche Qualitätsstandards sollen für diese Einzelvertragsbehandlungen gelten? Und wie kann die Qualität gesichert werden? Vielleicht kommen wir zu dem Ergebnis, dass wir diese Fragen nicht beantworten können. Sie im Sinne der Versicherten zu

diskutieren, lohnt sich jedoch in jedem Fall.

Die Veränderungen im stationären Bereich werden wahrscheinlich ei-

niges nach sich ziehen, was sich bisher nur erahnen lässt. Vermutlich wird die Entwicklung hin zu Netzwerken mit einer hohen Spezialisierung auch Diskussionen darüber auslösen, wie Klinikleistungen vergütet werden sollen. Dieser Diskussionsprozess sollte 2020 beendet sein. Wie er ausgehen wird, lässt sich leider nicht vorhersagen. Ein mögliches Ziel wäre die einfache Formel: gleiche Leistung, gleicher Preis. Dem gegenüber steht die Notwendigkeit, Unterschiede in

den Strukturen der BG-Kliniken zu berücksichtigen. Benötigt wird daher ein schlüssiges Gesamtkonzept zur Vergütung, in das auch die anderen SGB-VII-Zentren eingebunden werden, mit denen wir kooperieren.

Zu diskutieren wäre auch eine Vergütung, die sich an der Leistung orientiert. Wenn sich erst einmal durchgesetzt hat, dass Leistungserbringer aufgrund ihrer Leistung beteiligt werden, wird man der Forderung kaum ausweichen können, dass sich Leistung auch in der Bezahlung widerspiegeln soll. Der Gedanke hat durchaus Potenzial. Finanzielle Anreize – das ist aus der Prävention bekannt – können einen immensen Motivations- und Innovationsschub auslösen. Warum sollte das nicht auch in der Rehabilitation so sein?

Im Moment ist es für dieses Thema definitiv noch zu früh. Denn es fehlt bisher an den Grundlagen. Aber angesichts laufender Projekte und unserer Forschung zur Qualität wird es für uns im Jahr 2020 sicherlich ein Thema sein. Sicherlich kein unumstrittenes Thema. Doch darf dieser Diskussion nicht ausgewichen werden, wenn hoch qualifizierte Leistungserbringer gebunden werden sollen, um so für die Versicherten mehr zu erreichen.



Foto: Fotolia/Nyul

Standards in der Heilbehandlung sollen zur Qualitätssicherung beitragen. Den BG-Kliniken wird hierbei eine Vorreiterrolle zugeordnet.



Foto: Fotolia/ISO K photography

Auf Neuerungen müssen sich auch die Durchgangszärzte einstellen. Sie werden zum Beispiel verpflichtet, sich künftig fortzubilden.

Patientenperspektive einbeziehen

Wie auch immer man zu diesem Thema steht, unstrittig ist: Es kann nur dann angegangen werden, wenn Ergebnisqualität als Maßstab für die Beteiligung am Heilverfahren fest etabliert ist. Die Beurteilung der Qualität wird auch die Perspektive der Versicherten als Patienten einschließen. Wenn die Verfahren weiter verbessert werden sollen, wird man nicht darum herumkommen, sich noch mehr für die Ansichten der Betroffenen zu interessieren. Man wird lernen müssen, ihre Lebensqualität, ihre Zufriedenheit und Gesundheit zu erfassen und in die Bewertung der Ergebnisqualität einfließen zu lassen. Auf dieser Grundlage lassen sich dann fundierte Entscheidungen darüber treffen, welche Ärzte und Krankenhäuser weiter in das Heilverfahren eingebunden werden sollen.

Das Anliegen, die Patientenperspektive stärker einzubinden, hat aber noch einen anderen Hintergrund: Die Patienten werden es selbst wollen. Es ist keinesfalls aus der Luft gegriffen anzunehmen, dass eine stärkere Steuerung der Rehabilitation in einem Spannungsfeld zu den Interessen der Patientinnen und Patienten stehen kann. Was, wenn der Betroffene die Verlegung in eine spezialisierte Klinik eventuell nicht begrüßt, weil sie weit von seinem Wohnort und seiner Familie entfernt ist? Diese Konflikte mögen nicht neu sein – schließlich existiert bereits eine weit reichende Steuerung der Rehabilitation. Man muss sich

aber vergegenwärtigen, dass sie sich zuspitzen können. Denn die Politik begrüßt zwar Aktivitäten der Sozialversicherung, die Rehabilitation ihrer Versicherten durch Integration und Abstimmung der Behandlungsschritte zu fördern. Gleichzeitig aber stärkt sie die Unabhängigkeit eben dieser Versicherten. Das zeigen Entwicklungen wie das Persönliche Budget oder die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Beide Entwicklungen müssen nicht im Widerspruch zueinander stehen. Unabhängigkeit und Eigenverantwortung können in der Rehabilitation sogar eine überaus positive Wirkung entfalten. Gerade deswegen ist es allerdings von großer Bedeutung, sich mit dieser Problematik fortwährend auseinanderzusetzen und diese gründlich zu diskutieren.

Notwendige Veränderungen bei den Trägern

Die Fusionen, die derzeit die Trägerlandschaft verändern, geben Gelegenheit, sich in den kommenden zehn Jahren auch in der Reha neu aufzustellen. Das Reha-Management wird sich bis 2020 in allen Häusern durchgesetzt haben. Vermuten darf man außerdem: Die Reha-Manager werden bis dahin nach einem gemeinsamen Standard arbeiten.

Diesen einheitlichen Standard wird es sicherlich geben müssen, da das SGB VII für

alle Träger gilt und sich daraus zwangsläufig die Anforderung ergibt, dass alle Versicherten die gleiche Behandlung und Behandlungsqualität erhalten müssen, unabhängig davon, bei welcher Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse sie versichert sind. Etwas anderes wäre gegenüber der Politik und den Versicherten nicht zu rechtfertigen.

Dabei ist auf die Wortwahl zu achten: Es geht um die gleiche Behandlung, nicht dieselbe. Es muss immer Platz bleiben, um die regionalen und branchenspezifischen Besonderheiten der verschiedenen Versichertengruppen berücksichtigen zu können. Wer den Einzelfall im Auge behalten will, kann nicht so tun, als hätte er es immer mit demselben Einzelfall zu tun – nur dass der Versicherte jedes Mal anders heißt. Aber die Grundlagen unserer Arbeit, die Strukturen und die Qualifikationen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen wir auf ein gemeinsames Niveau bringen.

Die Neuausrichtung der Heilverfahren bietet die Chance, echte Fortschritte in der Behandlung der Versicherten zu ermöglichen. Es werden Strukturen geschaffen, die alle Beteiligten hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung jedes Patienten lenken. Profitieren werden davon gerade die Schwer- und Schwerstverletzten, die menschlich, sozialpolitisch und ökonomisch von herausragender Bedeutung sind. ●

Autorin



Foto: DGUV/Nicole Dietzel

Marina Schröder

DGB-Bundesvorstand,
Abteilung Sozialpolitik
E-Mail: marina.schroeder@dgb.de

Persönliche Budgets

„ProBudget“ – Für mehr Selbstverantwortung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung beteiligt sich zusammen mit zehn Unfallversicherungsträgern am Förderprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Struktur-Verstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets. Erste Ergebnisse zum Projekt „ProBudget“ liegen nun vor.



Das Projekt „Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen (ProBudget)“ ist im Januar 2009 gestartet und endet offiziell zum 31. Oktober 2010. Nun gibt es erste interessante Ergebnisse. Der Zwischenbericht kann unter www.dguv.de eingesehen werden.

Seit dem 1. Januar 2008 können Betroffene gegenüber ihrem zuständigen Rehabilitationsträger gemäß §17 Absatz 2 SGB IX die Ausführung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets beantragen.¹ Voraussetzung dafür ist, dass auf die Leistungen ein Anspruch besteht und der Bedarf zuvor ermittelt wurde. Sind mehrere Rehabilitationsträger zuständig, handelt es sich um ein so genanntes „trägerübergreifendes Persönliches Budget“. Entgegen aller Annahmen stellten trotz umfangreicher Information und Aufklärung die Betroffenen nur vereinzelt Anträge.² Die begleitende Forschung zu trägerübergreifenden Persönlichen Budgets hat insbesondere gezeigt, dass Versicherte mitunter Beden-

ken gegen den Einsatz Persönlicher Budgets haben, weil sie neben dem eigenen administrativen Aufwand auch eine Zunahme eigener Verantwortung sehen.³ Im Leistungsumfang und -spektrum ist das trägerübergreifende Persönliche Budget vergleichbar mit einem komplexen Persönlichen Budget der gesetzlichen Unfallversicherung, das in Anbetracht des Grundsatzes „alles aus einer Hand“ mehrere Leistungsbereiche umfasst.

Maßgeschneiderte Lösungen und Leistungen

Motivation und Zufriedenheit der Betroffenen sind ein wichtiger Faktor auf dem Weg (zurück) in das Arbeitsleben und in die Gesellschaft. Deswegen versucht die gesetzliche Unfallversicherung stets, einvernehmliche Lösungen für die unfallverletzten oder berufserkrankten Menschen, für deren Rehabilitation sie zuständig ist, auszumachen. Das Persönliche Budget bietet nun eine weitere Möglichkeit, geeignete und zufriedenstellende, auf die individuellen Bedürfnisse der Einzelnen zugeschnittene Lösungen im Bereich der

Rehabilitation und Teilhabe zu finden, insbesondere um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Betroffenen zu stärken.

Um hierzu vertiefende Erkenntnisse zu gewinnen und weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die Beratung und für die Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets zu entwickeln, beteiligt sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung mit zehn Unfallversicherungsträgern⁴ seit Anfang 2009 am Förderprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Struktur-Verstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets. Das Projekt „Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen (ProBudget)“⁵ wird wissenschaftlich durch die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg begleitet. Außerdem steht der Sozialverband VdK Deutschland e. V. dem Projekt beratend zur Seite, um sicherzustellen, dass die Belange von Menschen mit Behinderung hierbei ausreichend Berücksichtigung finden und die aktive Partizipation dieser Menschen erreicht wird.

Als Zielgruppe des Projekts wurden schwerstverletzte Menschen mit einer unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 80 vom Hundert ausgewählt, da davon auszugehen ist, dass viele dieser Menschen aufgrund der Schwere ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung regelmäßig mehrere Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erhalten oder beanspruchen können. „ProBudget“ gliedert sich in zwei Phasen:

- In der ersten Phase wurden die Versicherten proaktiv zum Persönlichen Budget beraten und mithilfe eines speziell entwickelten Fragebogens zu den hemmenden und fördernden Faktoren für die Antragstellung befragt. Mit der Entscheidung der Versicherten für oder gegen ein Persönliches Budget zu diesem Zeitpunkt endete die erste Projektphase.

- In der zweiten Phase wurden diejenigen, die ein Persönliches Budget beantragt und über einen Zeitraum von sieben bis acht Monaten genutzt haben, zu ihren Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget befragt. Hierzu wurde, ebenfalls speziell für das Projekt, ein Fragenkatalog entwickelt. Ziel ist auch hier, Hemmnisse und fördernde Faktoren, die im Verlauf der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zu Tage getreten sind, festzustellen und zu analysieren.

Zudem wurden die Sachbearbeiter/innen, Reha-Manager/innen und Berufshelfer/innen, die zum Budget beraten, begleiten und gegebenenfalls gemeinsam mit den Versicherten das Persönliche Budget festsetzen, über ihre Erfahrungen im Rahmen eines zweitägigen Workshops befragt.

Diese Befragung zielt vor allem auf die Ermittlung, welche Bedingungen Persönliche Budgets befördern, welche Barrieren oder Schwierigkeiten bestehen, welche Leistungen sich besonders für ein Persönliches Budget anbieten und vieles mehr.

Erste Ergebnisse

In das Projekt ProBudget sind insgesamt 698 versicherte Schwerstverletzte nach dem Zufallsprinzip einbezogen worden (= 100 Prozent). Diese Fallgruppe verteilt sich auf die beteiligten Unfallversicherungsträger (siehe [Abbildung 1](#)).

Wegen der kurzen Projektlaufzeit wurden Ausschlusskriterien für das Projekt definiert. Bei insgesamt 120 Schwerstverletzten (17,19 Prozent) lag von vornherein ein solches Ausschlusskriterium vor. 15 Versicherte wiesen eine Abhängigkeitserkrankung auf, 9 Versicherte befanden sich in der Privatinsolvenz und 23 Versicherte beanspruchten bereits ein Persönliches Budget. Bei weiteren 73 Versicherten, die nicht ins Projekt aufgenommen werden konnten, waren die Gründe vielfältig. Bei einigen Versicherten waren beispielsweise keine budgetierbaren Leistungen vorhanden und einige Versicherte waren bis zum Zeitpunkt der Erhebung bereits verstorben. Ausgenommen wurden Versicherte zum Beispiel auch, wenn der Unfallversicherungsträger aus der langjährigen Beratung und Begleitung der Betroffenen heraus wusste, dass diese Angst vor jeglichen Veränderungen haben und zu befürchten stand, dass Veränderungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen könnten (siehe [Abbildung 2](#)).

Die verbliebenen 578 Versicherten (82,81 Prozent) erhielten ein einheitliches Informationsschreiben. Mit diesem wurde über das Projekt informiert und angekündigt, dass der Unfallversicherungsträger in Kürze Kontakt aufnimmt. Vereinzelt lehnten Versicherte eine weitere Beratung zum Persönlichen Budget nach Erhalt des Informationsschreibens ab. ▶

Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist keine zusätzliche Leistung. Es ist eine besondere Form der Leistungserbringung: Zustehende Sach- oder Dienstleistungen werden den Berechtigten als Geldleistung, also in Budgetform, ausgezahlt. Ziel ist mehr Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie der Leistungsempfänger. Das Persönliche Budget kann Rehabilitationsleistungen und Leistungen aus dem Teilhabebereich umfassen und kann aus einer oder mehreren Leistungen bestehen. Auch Pflegeleistungen der Unfallversicherung können als Budget erbracht werden. Zwischen Berechtigtem und Rehabilitationsträger wird eine Zielvereinbarung, also ein Vertrag, geschlossen. Darin wird festgestellt, für welche Leistungen das Budget ausgezahlt wird. Zudem werden Regelungen zum Verwendungszweck, zum Budgetzeitraum, zur Budgethöhe, sowie – insbesondere bei größeren und komplexen Budgets – zum Nachweis, zur Qualitätssicherung und zum Zahlungsrhythmus getroffen. Durch das Persönliche Budget darf die Leistung nicht teurer werden als bei herkömmlichen Leistungsformen. Das Persönliche Budget dient aber auch nicht dem Zweck der Einsparung. Es muss zudem kostendeckend sein, also den Berechtigten keinen Nachteil bringen. Vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird geschätzt, dass es derzeit in Deutschland über alle Rehabilitationsträger hinweg etwa 10.000 Budgetfälle pro Jahr gibt. Allein in der gesetzlichen Unfallversicherung werden rund 1.000 Budgets pro Jahr neu bewilligt. Die meisten davon sind (noch) kleinere und einfache Budgets zum Beispiel für Fahrkosten und Rehabilitationssport. Aber es gibt auch bereits sehr komplexe Fälle mit mehreren Leistungen. Auch im Bereich der Assistenz oder der „Pflege im Arbeitgebermodell“ wird das Budget von Betroffenen genutzt.

Nähere Informationen unter www.dguv.de

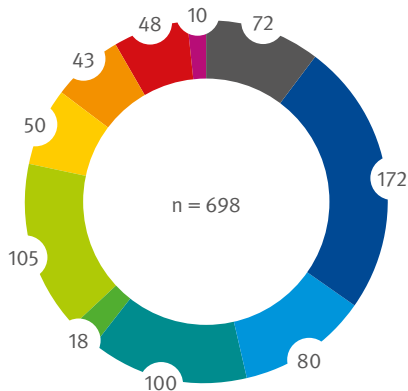


Abbildung 1: Verteilung der Fallgruppe auf die beteiligten Unfallversicherungsträger.

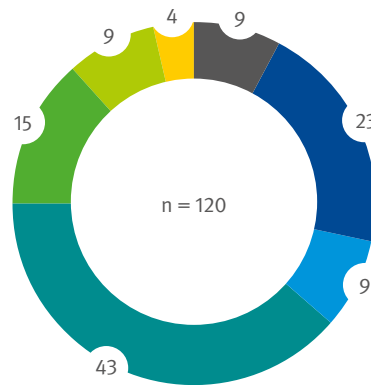
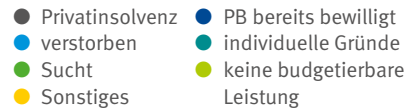


Abbildung 2: Verteilung der Ausschlusskriterien für ProBudget.

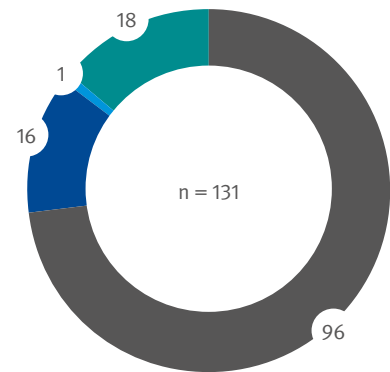


Abbildung 3: Ablehnungsgründe des Persönlichen Budgets in der telefonischen Beratung.

Quelle: Habekost/Palsherm



- 1 Vgl. Bartz, E.: *Das Persönliche Budget – Ein Handbuch für Leistungsberechtigte*, Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen ForSeA e. V. (Hrsg.), Muldingen.
Benz, M.: *Das Persönliche Budget nach § 26 Abs. 1 S. 2 SGB VII*, in: *BG 2005*, 321–328.
Brandenburg, S.: *Die Umsetzung des SGB IX – erste Erfahrungen aus der Sicht eines Unfallversicherungsträgers*, in: *ZSR 2004*, 398–403.
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: *Handlungsempfehlungen zum Persönlichen Budget*, Stand: 1.4.2009, www.bar-frankfurt.de.
Bundesministerium für Arbeit und Soziales: *Das trägerübergreifende Persönliche Budget für mehr gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen*, 2007.
Lachwitz, K.: *Das Persönliche Budget – Chancen und Risiken aus Sicht der Behindertenhilfe*, in: *Sozialrecht aktuell 2007*, 51–53.
Plagemann, H.: *Persönliches Budget – Chance für mehr Teilhabe*, in: *Fiat iustitia – Recht als Aufgabe der Vernunft*, 2006, 171–186 (Schriften zum Öffentlichen Recht, Band 1035).
Welti, F.: *Persönliche Budgets für behinderte Menschen*, in: *PKR 2006*, 2–7.
- 2 Vgl. Gellrich, B./Lewerenz, M.: *Ein Jahr Rechtsanspruch auf Persönliche Budgets*, RV 2/2009, S. 58.
Metzler, H. et al.: *Trägerübergreifendes Persönliches Budget: Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, Tübingen, Dortmund, Ludwigsburg, 2007, Download unter www.bmas.de/coremedia/generator/23072/property=pdf/f366_forschungsbericht.pdf, S. 16.
- 3 Metzler, H. et al (2007), S. 18.
- 4 Im Einzelnen handelt es sich um folgende zehn Unfallversicherungsträger: Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Unfallkasse Berlin, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Unfallkasse Sachsen und Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.
- 5 Vertiefend hierzu vgl. Palsherm, Habekost, Rexrodt, Czennia: *Komplexe Persönliche Budgets für schwerstverletzte Menschen – Ein Projekt der gesetzlichen Unfallversicherung (ProBudget)*, in: *Die Rehabilitation 2010*; 49: 55–59.

Einige Versicherte konnten nicht erreicht werden oder es war ohnehin bereits ein Besuchstermin mit ihnen vereinbart.

557 Versicherte wurden im Rahmen des Projekts zwecks Terminvereinbarung angerufen (79,8 Prozent). In der telefonischen Beratung lehnten dann 131 Versicherte ein Persönliches Budget ab (18,77 Prozent) – deutlich überwiegend aus mangelndem Interesse an dieser Leistungsform (96 Versicherte, also 73,28 Prozent der Ablehnungen). Die Versicherten brachten hierbei einhellig zum Ausdruck, dass sie mit der bisherigen Leistungserbringung und der Betreuung durch die Berufshelfer/innen beziehungsweise Reha-Manager/innen der Unfallversicherungsträger sehr zufrieden sind und keine Änderung wünschen. Daneben gaben 16 Versicherte gesundheitliche Gründe und 18 Versicherte sonstige Gründe wie zum Beispiel die familiäre Situation oder Überforderung als Ablehnungsgrund an. Eine versicherte Person war verschuldet (siehe [Abbildung 3](#)).

434 Versicherte (62,18 Prozent) sind persönlich aufgesucht worden. Ziel war die umfassende und proaktive Budgetberatung. Zudem sollte in Interviewform der Projektfragebogen I zu hemmenden und fördernden Faktoren ausgefüllt werden.

„Eine umfassende Beratung und Information fördert die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets.“

In der Regel fanden einmalige Besuche statt. Vereinzelt waren zur abschließenden Klärung zum Budgetwunsch mehrere Besuche (viermal: 2 Besuche, einmal: 3 Besuche, einmal: 4 Besuche) erforderlich.

459 Versicherte konnten mithilfe des entwickelten Fragebogens zu den fördernden und hemmenden Faktoren bei der Antragstellung eines Persönlichen Budgets interviewt werden (65,76 Prozent). Darunter waren auch Versicherte, die nicht an einem Besuch und einer weiteren Beratung zum Persönlichen Budget interessiert waren, die aber im Rahmen des ersten Telefonats befragt werden konnten. Zurzeit erfolgt noch die statistische Validierung der Auswertung der Fragebögen im Hinblick auf fördernde und hemmende Faktoren bei der Antragstellung eines Persönlichen Budgets. Gleichwohl können schon folgende Zwischenergebnisse festgehalten werden:

Fast 90 Prozent der Befragten hatten kein Interesse am Persönlichen Budget. Hierbei betonten die Versicherten, dass sie mit der bisherigen Leistungserbringung und der Betreuung durch den Unfallversicherungsträger sehr zufrieden sind und keine Änderung wünschen. Zudem stand für sie der Aufwand bei der Beantragung eines Persönlichen Budgets in keinem Verhältnis zum Nutzen. Versicherte lehnten ein Persönliches Budget auch aus gesundheitlichen Gründen oder wegen ihrer familiären Situation, Überforderung oder Verschuldung ab.

Rund 10 Prozent der Versicherten beantragten ein Persönliches Budget. Zwar handelt es sich überwiegend um so genannte „einfache“ Persönliche Budgets, also solche, die nur eine Leistung umfassen und auch sonst überschaubar sind, aber es zeigt sich, dass eine positive und umfassende Beratung oder Information die Inanspruchnahme fördert. Im Übrigen entspricht die 10-Prozent-Quote auch den Erfahrungen anderer Länder, die mit dem Persönlichen Budget arbeiten.

Weiterhin zeichnet sich ab, dass sowohl die Dauer des Leistungsbezugs als auch die Dauer der persönlichen Begleitung durch die Unfallversicherungsträger Einfluss auf die Inanspruchnahme Persönlicher Budgets haben. So haben sich Versicherte, die lange im Leistungsbezug und im Kontakt mit ihrem Berufshelfer/Reha-Manager stehen, an das bisherige Verfahren gewöhnt und sind zufrieden. Dieser Eindruck wird durch Berichte der beteiligten Unfallversicherungsträger über Fälle von Persönlichen Budgets außerhalb des Projekts verstärkt. Danach hatten Versicherte ein größeres Interesse am Persönlichen Budget, wenn hierzu bereits frühzeitig im Rehabilitationsverfahren eine proaktive Beratung erfolgte. Dafür sprechen auch die ersten Auswertungsergebnisse des Projekts zu fördernden und hemmenden Faktoren bei der Beantragung von Persönlichen Budgets: Als besonders hilfreich wurde neben der Einbindung in Familie und Verwandtschaft die persönliche Beratung durch die Unfallversicherung angesehen! Als erschwerend für die Beantragung von Persönlichen Budgets wurden von den Betroffenen vor allem das Verhältnis von Aufwand zum Nutzen und die Formalien erachtet.

Ausblick

Das Projekt „ProBudget“ endet zum 31. Oktober 2010. Der Abschlussbericht mit allen ausgewerteten Ergebnissen der Phasen 1 und 2 wird dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales spätestens bis 30. April 2011 vorgelegt und anschließend veröffentlicht. Noch sind viele Auswertungen nicht erfolgt, eines ist aber bereits deutlich: ProBudget ist ein Projekt mit Wirkung für die Zukunft. Wir gehen davon aus, dass es zum Beispiel Hinweise liefert, ob die Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets von bestimmten Altersgruppen, von Frauen oder von Männern eher erfolgt und gegebenenfalls warum. Außerdem erwarten wir uns von den Befragungen der Versicherten und vom Workshop mit den Beratern Erkenntnisse zum Verwaltungsaufwand, zum besseren Umgang

mit Nachweisen, zur Frage der geeigneten Qualitätssicherung und zu Verbesserungsmöglichkeiten. Alle Erkenntnisse werden in die Überarbeitung der Handlungshilfe der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zum Persönlichen Budget (www.dguv.de) einfließen. Über die Ergebnisse werden wir weiter berichten. ●

Autoren



Foto: Privat

Doris Habekost

Referatsleiterin „Teilhabe/Reha-Management“, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: doris.habekost@dguv.de



Foto: Privat

Kerstin Palsherm

Referentin Sozialversicherungsangelegenheiten (Ass. iur.) der Hauptgeschäftsführung, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: kerstin.palsherm@bgw-online.de

Aus der Forschung

„Runter vom Gas!“ – Evaluation einer Autobahnplakatstaffel

Unfallwracks auf Plakaten sollen Autofahrer aufrütteln. Das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) untersuchte die Wirksamkeit einer Plakatstaffel, die im Rahmen der Kampagne „Runter vom Gas!“ gezeigt wird.

Die Opfer von Verkehrsunfällen und ihre Angehörigen stehen im Mittelpunkt der Kampagne „Runter vom Gas!“, die das Bundesverkehrsministerium mit dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat (DVR) seit 2008 durchführt. Ein wichtiges Element der Aufklärungsarbeit sind dabei Autobahnplakate, von denen es bisher drei Motivstaffeln gibt; die vierte ist im September dieses Jahres angelaufen. Die Evaluation der Plakate bezieht sich im Wesentlichen auf die zweite Motivstaffel. Diese zeigt Unfallfahrzeuge wie Autos und Motorräder von Menschen, die durch Fehlverhalten im Straßenverkehr aus ihren Plänen und Träumen gerissen werden. Diese stehen im Kontrast zu glücklichen Lebenssituationen, die mit den Fahrzeugaufklebern wie „ABI“, „Just Married“ und „Baby an Bord“ angedeutet werden.

Analyse

Bei der Evaluation der zweiten Plakatstaffel, die im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt wurde, standen vier Fragen im Vordergrund:



Foto: IAG

- Welche Blickbewegungen zeigen Fahrer beim Vorbeifahren an den Autobahnplakaten?
- Wird das Geschwindigkeitsverhalten der Fahrer beeinflusst?
- Werden die fahrbezogenen Einstellungen der Fahrer beeinflusst?
- Wird die Zielgruppe der jungen Fahrer erreicht?

Die Stichprobe bestand aus erfahrenen Pkw-Fahrern mit regelmäßiger Fahrpraxis im Alter von 18 bis 65 Jahren. Die insgesamt 60 Teilnehmer wurden per Zufall der Versuchs- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Versuchsgruppe „fuhr“ am Autobahnplakat „ABI 200x“ simuliert vorbei, die Kontrollgruppe hingegen passierte ein anderes Werbeplakat auf gleicher Autobahnstrecke. Während der Fahrt zeichnete der Versuchsleiter die Blickbewegungen auf, da die Fixationsdauer ein Indikator für die Verarbeitungstiefe ist. Anschließend wurde mittels Fragebögen

auf Grundlage der Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) gemessen, inwieweit das Plakat verkehrsbezogene Einstellungen beeinflusst hat. Außerdem wurden das Ausmaß einer beabsichtigten Geschwindigkeitsreduktion in Verkehrssituationen mit ungünstiger Witterungs-, Sicht- oder Verkehrslage gemessen und das Wissen über das Plakatmotiv erfasst. Auf allen Messebenen wurden Erfolgskriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit der Autobahnplakatstaffel festgelegt. So musste sich zum Beispiel bei den Fahrern die Wahrnehmung von Unfallfolgen aufgrund nicht angepasster Geschwindigkeit eindeutig erhöhen.

Ergebnisse

Kurz nach Aufstellung der Plakate konnten bereits 52 Prozent der untersuchten Pkw-Fahrer die Motive der Kampagne. An die Plakatstaffel 1 mit den „Todesanzeigen“ erinnerten sich sogar 75 Prozent der Befragten.

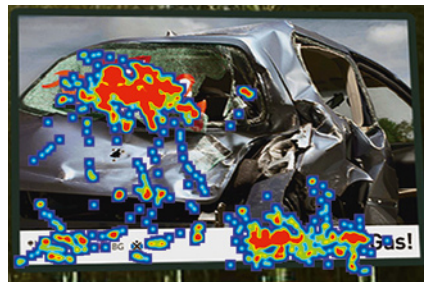


Foto: IAG



Quelle: IAG

Die Testpersonen mit Abschluss des Abiturs zwischen 2000 und 2009 fixierten das Plakat nur geringfügig länger.



Quelle: IAG

Die Testpersonen fixierten das farblich auffällige Areal „ABI 200x“ am längsten.

zu entwickeln. Das Tool soll Faktoren und Grundsätze effektiver Verkehrssicherheitskampagnen beinhalten, um die Wirksamkeit zukünftiger Kampagnen zu erhöhen. Empirisch geprüft wird in diesem Rahmen auch die spannende Frage, ob furchteinflößende TV-Spots als Bestrafungskonzept bei Verkehrssündern längerfristig Einstellungsänderungen bewirken und zukünftig kampagnenunterstützend eingesetzt werden sollten. ●



www.runter-vom-gas.de

Während des simulierten Vorbeifahrens an den Autobahnplakaten wechselte der Blick der Fahrer ständig zwischen Plakat und Fahrbahn. Das farblich auffälligste Areal „ABI 200x“ wurde am längsten fixiert und somit am tiefsten verarbeitet. Der Unfallwagen und die Logos der Organisatoren sowie der Claim „Runter vom Gas!“ wurden kürzer fixiert und folglich weniger stark wahrgenommen. Ein einheitlicher Blickpfad der Testpersonen kristallisierte sich nicht heraus, jedoch blickte die Mehrheit der Fahrer zuerst auf das Areal „ABI 200x“. Die Zielgruppe der Fahrer mit Abschluss des Abiturs im Zeitraum 2000 bis 2009 zeigte eine geringfügig höhere Anzahl an Fixationen auf dem Areal „ABI 200x“.

87 Prozent der Fahrer erinnerten sich korrekt an das Unfallwrack, die Botschaft „Runter vom Gas!“ hatten sich 80 Prozent der Fahrer richtig gemerkt. Den Schriftzug „ABI 200x“ konnten trotz der hohen Aufmerksamkeitsallokation nur 23 Prozent der Fahrer korrekt wiedergeben, da die letzte unkenntliche Ziffer meist als eine Null wahrgenommen wurde. An die Logos hatte sich kein Pkw-Fahrer vollständig korrekt erinnert.

Wirkung der Plakate

Die statistischen Analysen ergaben, dass die Plakate keinen unmittelbaren Einfluss auf die Einstellung und Bereitschaft der Fahrer hatten, die Geschwindigkeit bei plötzlicher Witterungs-, Sicht- oder Verkehrslagenverschlechterung zu reduzie-

ren. Die Zielgruppe der jungen Fahrer (18 bis 24 Jahre) wurde genauso stark von der Plakatstaffel angesprochen wie die Gruppe der über 24-Jährigen.

Die Untersuchung zeigte auch, dass Verkehrssicherheitsplakate imstande sind, Verkehrsteilnehmer über die Folgen überhöhter Fahrgeschwindigkeiten aufzuklären. Tief greifende Einstellungen in Richtung eines risikoarmen Geschwindigkeitsverhaltens ändern sie jedoch nicht, da Einstellungen nur über längere Zeiträume beeinflusst werden können. Folglich entwickelten die Fahrer keine Bereitschaft zur Geschwindigkeitsreduzierung. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Evaluationsstudien internationaler Verkehrssicherheitskampagnen, die zum Großteil ebenfalls keine Einstellungs- und Verhaltensänderungen fanden. Bemerkenswert ist jedoch, dass einige wenige Verkehrssicherheitskampagnen, besonders im britischen Raum, sehr positive Evaluationsergebnisse erzielten. Die konkreten Erfolgskriterien für effektive Verkehrssicherheitskampagnen müssen jedoch noch herausgearbeitet werden.

Aktuelles Projekt

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung fördert deshalb eine Dissertation, deren Ziel es ist, die Wirksamkeit aller Maßnahmen der Kampagne „Runter vom Gas!“ (Plakate, Spots, Anzeigen) empirisch zu prüfen und darüber hinaus ein Werkzeug für die verbesserte Konzeption deutscher Verkehrssicherheitskampagnen

Autoren



Foto: Privat

Maria-Theresia Brauer

Stipendiatin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: maria.brauer@dguv.de



Foto: Privat

Dr. Jürgen Wiegand

Leiter des Bereichs „Verkehrssicherheit, speziell Verkehrspsychologie“, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV),
E-Mail: juergen.wiegand@dguv.de

Auf der Suche nach „guter Praxis“

Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung

Benchmarking ist eine Aufgabe der DGUV mit einer hohen politischen Priorität. Die Optimierung der Wirtschaftlichkeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften steht aktuell auf der politischen Agenda. Der folgende Artikel soll den spezifischen Ansatz der DGUV beim Thema Benchmarking verdeutlichen. Konkrete Ergebnisse aktuell abgeschlossener Projekte werden in zwei weiteren Artikeln dargestellt.

Entwicklung des Benchmarkings in der gesetzlichen Unfallversicherung

Benchmarking ist ein betriebswirtschaftliches Steuerungsinstrument. Mithilfe des Benchmarkings vergleichen sich Organisationen mit dem Ziel, sich an den „besten“ Organisationen oder Verfahren (Best-Practice) zu orientieren. Benchmarking ist kein neues Instrument für die gesetzliche Unfallversicherung. Bevor die Koordination des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs, sprich das Benchmarking, als Aufgabe in der Satzung der DGUV verankert wurde, wurden Benchmarkingprojekte der UV-Träger durch den Benchmarking-Club, die Benchmarkingkooperation oder auch im Rahmen von Gremien des ehemaligen BUK durchgeführt. Im Rahmen der Fusion von HVBG und BUK wurden diese Aktivitäten unter dem Dach der DGUV zusammengeführt.

Benchmarkingansatz der DGUV

Ansatz des Benchmarkings unter dem Dach der DGUV ist, allen Unfallversicherungsträgern die freiwillige Teilnahme an trägerübergreifenden Projekten zu ermöglichen. Interessierte Träger kommen

für die Untersuchung eines ausgewählten Themas in einer Projektorganisation zusammen (Abbildung 1). Das gegenseitige Lernen und die gemeinsame Weiterentwicklung von Geschäftsprozessen steht im Vordergrund, nicht die Aufstellung von Rankinglisten mit Gewinnern und Verlierern.

Auftraggeber des Benchmarkings ist die Geschäftsführerkonferenz (GFK). Sie entscheidet über den Start neuer Projekte und nimmt die Ergebnisse abgeschlossener Projekte ab. Sie hat einen Ausschuss Finanzen, Controlling, Benchmarking gebildet, der für die Entscheidungsvorbereitung der GFK zuständig ist und gemeinsam mit dem dafür eingerichteten AK Benchmarking projektübergreifende Steuerungsaufgaben wahrnimmt.

Methodik des Benchmarkings

Das „DGUV“-Benchmarking wird in Form eines Prozess-Benchmarkings durchgeführt. Der Vergleich von Abläufen (Prozessen) zu bestimmten Fragestellungen bei den teilnehmenden Trägern steht im Fokus der Untersuchung. Das Prozess-Benchmarking bietet die größte Aussagekraft für die Unfallversicherungsträger. Anders als ein reiner Kennzahlenvergleich, der lediglich auf relativ abstraktem Niveau Unterschiede zwischen Kennzahlen deutlich macht, fragt das Prozess-Benchmarking nach den Gründen für unterschiedliche Kennzahlprägungen. „Was machen die Träger, die kürzere Laufzeiten im BK-Bereich haben, anders als andere Träger“, könnte zum Beispiel eine Frage sein, die in den Projekten diskutiert wird. Die Träger bekommen so konkrete Handlungsempfehlungen zur Optimierung ihrer Prozesse.

Benchmarking als Instrument zur Kostensenkung?

Unfallversicherungsträger sind keine gewinnmaximierenden Unternehmen. Dies muss immer wieder betont werden, wenn Benchmarking als Instrument zur Kostensenkung herangezogen werden soll. Kosten sind zweifelsohne eine wichtige Rahmenbedingung für das Handeln der UV-Träger, aber Kostenminimierung ist nicht das oberste Ziel. Dies wird sehr schnell deutlich, wenn man sich beispielsweise den Prozess der Rehabilitation von Unfallver-

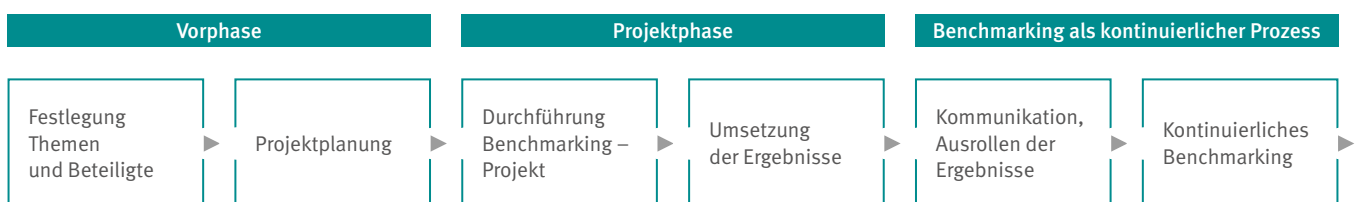


Abbildung 1: Phasen des Benchmarkings in der gesetzlichen Unfallversicherung

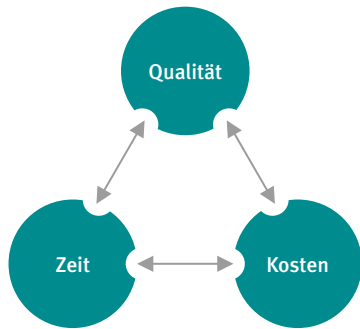


Abbildung 2: Das Magische Dreieck der Prozesseffizienz

letzten anschaut. Es wird sicher niemand bestätigen, dass es dabei das oberste Ziel für UV-Träger ist, eine möglichst kostengünstige Rehabilitation durchzuführen. Ziel ist es demgegenüber, eine vollständige medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln zu erreichen. Dies muss ein Benchmarking-System für UV-Träger abbilden können. Es geht im Benchmarking demnach um die Berücksichtigung eines ausgewogenen Zielsystems in den Dimensionen Zeit, Kosten und Qualität (Abbildung 2).

Vorgehensweise im Rahmen von Benchmarkingprojekten Prozesserhebung

Am Anfang jedes Projekts steht die Ermittlung der unterschiedlichen Verfahrensweisen bei den am Projekt beteiligten Trägern. In Workshops bei allen Teilnehmern werden die jeweiligen trägerindividuellen Abläufe gemeinsam mit den Spezialisten aus der Sachbearbeitung erhoben.

Datenerhebung und -auswertung

Für eine aussagekräftige Beurteilung des untersuchten Geschäftsprozesses ist die Erhebung und Auswertung von Daten bei allen Teilnehmern erforderlich. Das Projektteam erarbeitet dazu einen Katalog von Kennzahlen, um die Dimensionen

Qualität, Zeit und Kosten beurteilen zu können. Bei der Datenerhebung kann auf verschiedenste Quellen zurückgegriffen werden, zum Beispiel

- Vorhandene Statistiken
- IT-Systeme der Teilnehmer
- Kundenbefragungen
- Aktenanalysen.

Expertenworkshops und Handlungsempfehlungen

In Workshops werden gemeinsam mit Experten aus den Verwaltungen der Teilnehmer die Ergebnisse der Datenerhebung nochmals überprüft sowie Handlungsempfehlungen für die künftige Gestaltung der Prozesse erarbeitet.

Umsetzung der Ergebnisse

Alle Informationen fließen zum Ende der Durchführungsphase in die Erstellung des Projektabschlussberichts. Dieser ist Ausgangspunkt für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen bei den Projektteilnehmern.

Unterstützung der Umsetzung durch die DGUV

Die DGUV unterstützt die Unfallversicherungsträger bei der Umsetzung der Projektergebnisse. In Zusammenarbeit mit den Projektleitern bietet die DGUV allen UV-Trägern individuelle Ergebnispräsentationen an. Die DGUV-Akademie veranstaltet Grundlagenseminare zu den Themen Benchmarking und Geschäftsprozessmanagement. Die Projektabschlussberichte werden auch in anonymisierter Form veröffentlicht, sodass nicht teilnehmende Unfallversicherungsträger ebenfalls von den Projektergebnissen profitieren können.

Ausblick

Die Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat in ihrer Sitzung im Mai 2010 befürwortet, dass als Thema für das nächste trägerübergreifende Benchmarkingprojekt die „Effek-

tivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“ behandelt wird. Aktuell läuft die Projektplanung. Sobald diese in der GFK verabschiedet ist, beginnt die Ausschreibung für die Teilnahme am Projekt. ●

Autoren



Foto: Privat

Jörg Botti

Leiter der Abteilung Finanzen, Controlling, Betriebswirtschaft der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: joerg.botti@dguv.de



Foto: Privat

Michael Schwanz

Projektmanager Benchmarking & Controlling, Abteilung Finanzen, Controlling, Betriebswirtschaft der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: michael.schwanz@dguv.de

Im Rahmen des Benchmarking-Projektes „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“ wurden die unterschiedlichen Verfahren in der Bearbeitung der BK 2301-Fälle bei zwölf Unfallversicherungsträgern zwischen Februar 2009 und März 2010 untersucht.



Foto: Fotolia/Alterfalter

Prozessoptimierung

Benchmarking-Projekt „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“

Projektziele

Folgende Ziele wurden für das Benchmarking-Projekt definiert und erreicht:

- Identifikation der verschiedenen Prozesse
- Ableitung von Referenzwerten
- Aufzeigen von trägerspezifischen Optimierungspotenzialen
- Zusammenfassung des Umsetzungsstandes des Stufenverfahrens.

Für die Bearbeitung der Berufskrankheit „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“ existieren zahlreiche unterschiedliche Verfahren, so auch ein vom Ausschuss Berufskrankheiten der GfK verabschiedetes Stufenverfahren, welches bei offensichtlichen BK-Fällen ohne Rente unter bestimmten Voraussetzungen eine vereinfachte Feststellung der Exposition (Stufe 1 Verfahren) vorsieht. Jedoch gibt es hierfür keine trägerübergreifenden verbindlichen Umsetzungsvorgaben oder einen Überblick über den Stand der Umsetzung. Zur Erreichung der Projektziele wurde somit eine

Bestandsaufnahme der unterschiedlichen Prozesse bei zwölf Unfallversicherungsträgern vorgenommen und die Unterschiede untersucht.

Projektbeschreibung und -ablauf

Das Projekt wurde in vier Phasen gegliedert:

- Phase 1: Konzeption der Prozess-erhebung und Definition der Messparameter
- Phase 2: Erhebung der Abläufe und Datenerhebung
- Phase 3: Datenauswertung und -analyse
- Phase 4: Ableitung von Handlungsempfehlungen und Best Practice, Erstellung und Vorlage des Abschlussberichts.

Die teilnehmenden Träger waren mit je einem Vertreter in den regelmäßigen Projektsitzungen vertreten. Dabei wurden spezifische Aufgaben in gesonderten Arbeitsgruppen erarbeitet.

Phase 1: Konzeption der Prozess-erhebung und Definition der Messparameter

Für die Erhebung der Prozesse „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“ wurde ein vierstufiger Referenzprozess mit neun Teilprozessen (siehe [Abbildung 1](#)) als Leitfaden für die Prozessaufnahme und -analyse bei den einzelnen Trägern vor Ort abgeleitet.

Zudem wurden, bezogen auf die drei Dimensionen (Kosten, Zeit und Qualität), Kennzahlen zur Messung der Ergebnisgrößen definiert (zum Beispiel zur Analyse der Laufzeit, über den Eingang der Verdachtsanzeige bis zum Auftrag an den Präventionsdienst). Um später Unterschiede bei diesen Ergebnisgrößen erklären zu können, wurden so genannte Erklärungsfaktoren erarbeitet (zum Beispiel die Anzahl an Übernahmefällen beziehungsweise die Anwendung des Stufenverfahrens, um bei beiden Faktoren unter anderem die Auswirkung auf die Laufzeit zu untersuchen).

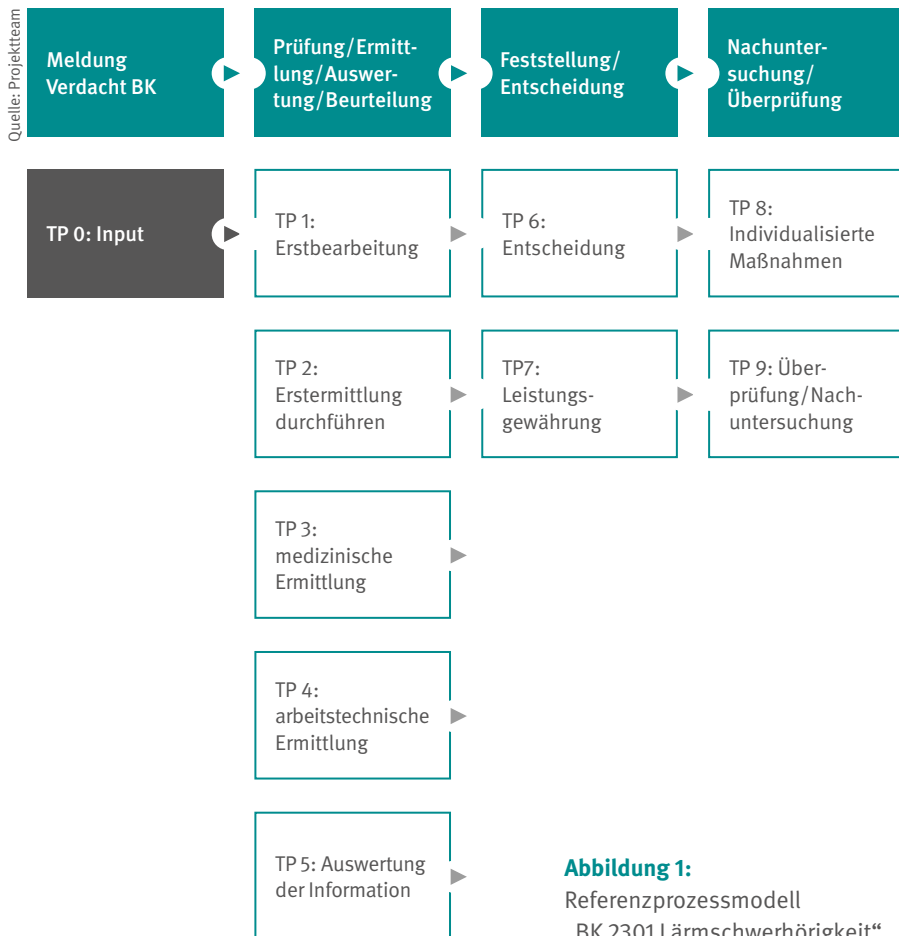
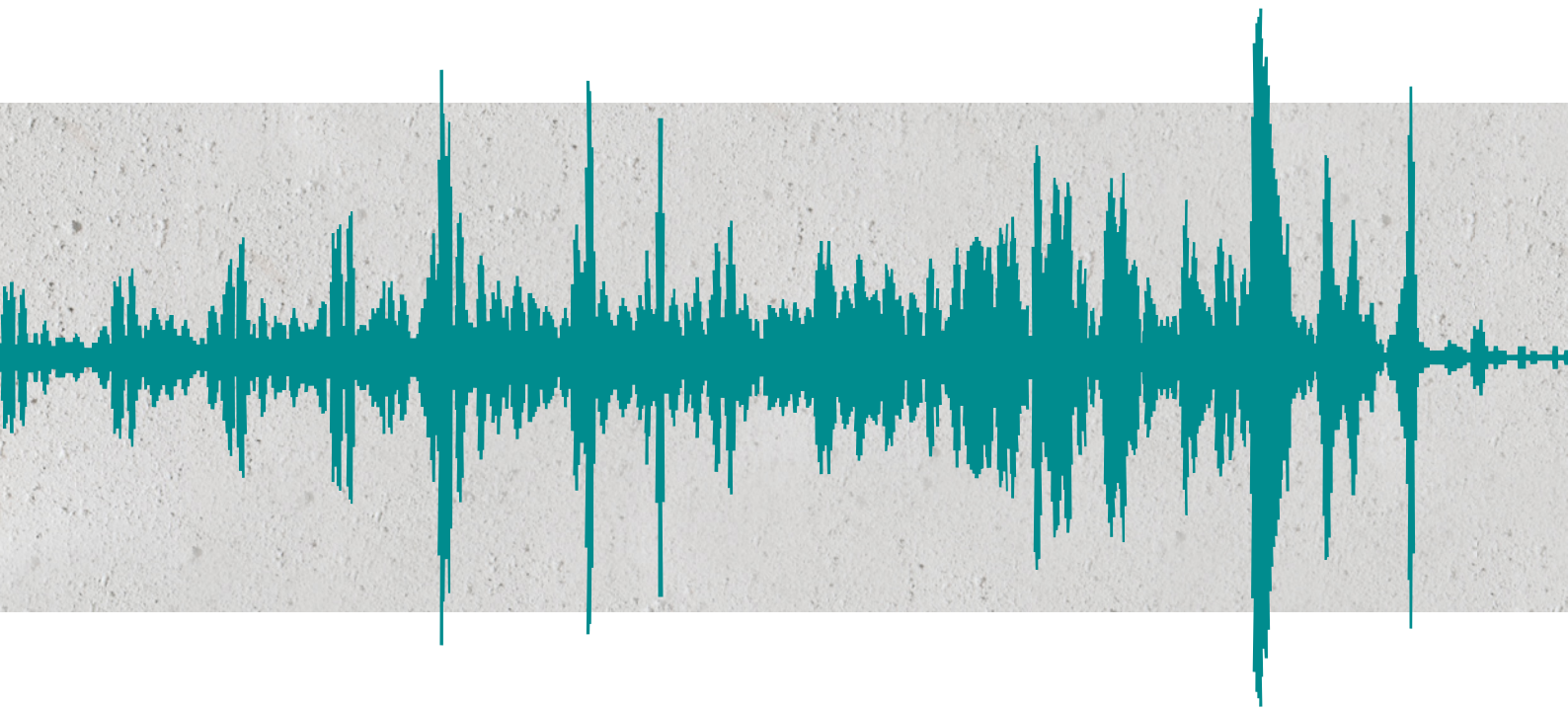


Abbildung 1: Referenzprozessmodell „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“

Phase 2: Erhebung der Abläufe und Datenerhebung

Im Rahmen von Workshops bei jedem Träger wurden die spezifischen Abläufe „vor Ort“ erhoben. Die Erhebungen wurden im Vorfeld der umfassenden Datenabfrage bei zwei Berufsgenossenschaften pilotiert (BG BAU und BG Metall), um eine einheitliche Vorgehensweise und die Praktikabilität der Erhebungsmethoden zu gewährleisten. Bei der Datenerhebung wurden zudem folgende Verfahren verwendet:

- Auswertung der BK-DOK: zum Beispiel Fallmengen, Abschlussarten, Alter der Versicherten
- Systemauswertungen der Träger: zum Beispiel Laufzeiten, Leistungsausgaben
- Ressourcenzuordnung: „Kapazitätszuordnung je Fall“ im Schätzverfahren
- Aktenanalyse: zum Beispiel Laufzeiten im Detail, angewendete Ermittlungsverfahren des Präventionsdienstes.

Zusätzlich zu den reinen Datenerhebungen wurden jeweils auch ergänzende Fragen gestellt (zum Beispiel vertiefende Fragen zur Prozesserhebung) und Anmerkungen von Seiten der Unfallversicherungsträger ▶

ermöglicht, um die Daten genau einzuordnen und Raum für Erläuterungen zu schaffen.

Phase 3: Datenauswertung und -analyse

Die Plausibilisierung und Analyse der gewonnenen Daten erfolgte in enger und laufender Abstimmung zwischen einer externen Unternehmensberatung und den einzelnen Trägern, in den Projektteamsitzungen sowie im Rahmen von mehreren Expertenworkshops.

Zur Gewährleistung einer hohen Ergebnisqualität wurde zudem großer Wert auf die Qualitätssicherung gelegt. Basis dafür sind die vom Geschäftsführerkonferenz-Ausschuss Finanzen, Controlling, Benchmarking verabschiedeten Standards für das Benchmarking in der gesetzlichen Unfallversicherung. Das Projekt wurde zudem mit der Abteilung Versicherung und Leistungen, Referat BK, und dem Direktionsbüro der DGUV, Referat Statistik, erörtert.

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Datenbasis bestand in der Festlegung klarer Regeln für die Vorgehensweise im Projekt. Dazu gehörten unter anderem die Anonymisierung von Daten nach außen, die Wahrung des Datenschutzes, das gemein-

same Festlegen von Messgrößen sowie die kooperative und konstruktive Zusammenarbeit in den Projektgruppen.

Phase 4: Handlungsempfehlungen und Abschlussbericht

Ziel der Benchmarking-Projekte ist die Ableitung von Handlungsempfehlungen, die konkret in der Praxis umsetzbar sind.

Die Ableitung von Handlungsempfehlungen erfolgte thesebasiert. Mit den Thesen werden Wirkungszusammenhänge zwischen einer Ergebnisgröße (zum Beispiel Bearbeitungszeit) und einem Erklärungsfaktor (zum Beispiel Anwendung des Stufenverfahrens) dargelegt. Eine These lautet zum Beispiel in diesem Zusammenhang: „Reduktion der Bearbeitungszeit durch abgestuftes Verfahren.“ Im Rahmen der Datenauswertung wird untersucht, ob sich diese These belegen lässt. Zur Diskussion der Ergebnisse der Datenanalyse und zur Ableitung von Handlungsempfehlungen wurden verschiedene Expertenworkshops durchgeführt, in denen der BK-Fachbereich durch Teamleiter und Sachbearbeiter vertreten war.

Es wurden im Rahmen des Benchmarking-Projekts „BK 2301 Lärmschwerhörigkeit“ insgesamt 27 Thesen aufgestellt. Exemplarisch wird nachfolgend die bestätigte

These vorgestellt, in der der Wirkungszusammenhang zwischen Zielvereinbarungen (inklusive Controlling) über Laufzeiten und deren Einfluss auf die Gesamtlaufzeit aufgezeigt wird (siehe [Abbildung 2](#)).

Die Auswertung der Laufzeiten der Träger zeigte, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Steuerung mit Zielvereinbarungen und der Gesamtlaufzeit besteht. Jedoch müssen entsprechende Rahmenbedingungen für die Erreichbarkeit geschaffen und deren Einhaltung regelmäßig durch zum Beispiel ein Berichtswesen überprüft werden. Die mit dieser Maßnahme einhergehende erhöhte Transparenz führte auch zu einer Verbesserung der Prozessqualität. Die entwickelten Handlungsempfehlungen wurden in zwei Blöcke gegliedert:

- „Best Practice“-Ansatz: Ansätze mit statistisch nachgewiesenem hohem, prozessübergreifenden Optimierungspotenzial
- Optionale Verbesserungsvorschläge: Vorschläge ohne konkreten Nachweis aus den Kennzahlen.

„Best Practice“-Ansatz

Die Zielrichtung des im Projekt entwickelten „Best Practice“-Ansatzes ist eine deutliche Reduktion der Ermittlungsinintensität und des Aufwands bei der Informationsauswertung in geeigneten Fällen, ohne dabei die Qualität der Bearbeitung zu beeinträchtigen. Auf Basis der Projektergebnisse sind nachstehende „Best Practice“-Ansätze für die Bearbeitung der „BK 2301“-Fälle zielführend.

Anwendung des Stufenverfahrens:

Im Zuge der Untersuchung wurde deutlich, dass die Anwendung des Stufenverfahrens einen positiven Einfluss auf die Ergebnisdimensionen Zeit und Kosten hat, ohne Reduzierung der Qualität. Dies beinhaltet unter anderem:

- Reduktion der Unterlagenanforderung (zum Beispiel frühere Audiogramme, Arztberichte, Unterlagen anderer SV-Träger): Die Reduktion der Unterlagenanforderung geht einher mit der Reduk-

Zielvereinbarungen zur Gesamtlaufzeit ● Ja ● Nein

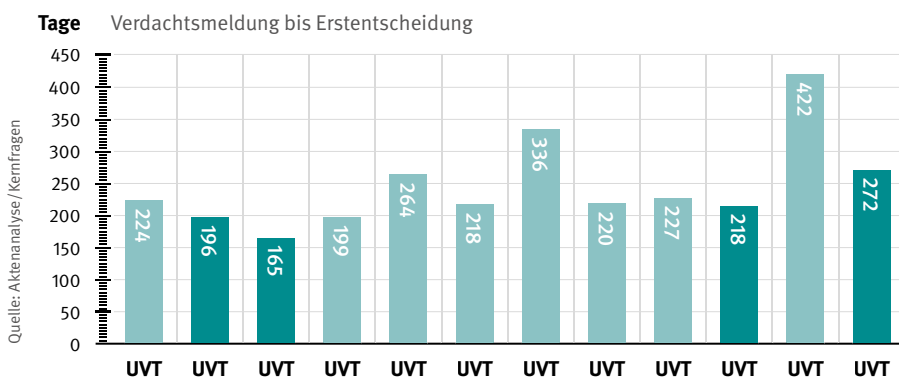


Abbildung 2: Die Unfallversicherungsträger (UVT) mit den kürzesten Laufzeiten steuern konsequent mit Zielvereinbarungen

tion der Bearbeitungs- und Laufzeit. Daher sollte die Unterlagenanforderung auf das Nötigste beschränkt werden. Folgende Vorgehensweise wird empfohlen: bei typischem Lärm-Audiogramm und Minderung der Erwerbsfähigkeit kleiner 20 Prozent (ohne Komplikationen, zum Beispiel Tinnitus) sowie bei Einhaltung der arbeitstechnischen Voraussetzungen ist die Anforderung weiterer Unterlagen verzichtbar.

- Arbeitgeber-Anfrage nur in erforderlichen Fällen.
- Vermeidung von Gutachten in geeigneten Fällen (zum Beispiel Stufe-1-Verfahren). Bei Vermeidung von Gutachtenanforderungen in geeigneten Fällen (eindeutiger Verlauf des Tonaudiogramms, PD-Auswertung der Akten) werden Laufzeiten und Gutachterkosten gesenkt, ohne dass eine Beeinträchtigung der Entscheidungsqualität sichtbar wurde.
- Die Nutzung des Königsteiner Merkblatts wurde als vorteilhaft für die Laufzeit und die Feststellungskosten bewertet.

Steuerung über Zielvereinbarungen:

Wie bereits erläutert, führt die Nutzung von Zielvereinbarungen (inklusive Controlling) zu einer Verringerung der Gesamtlaufzeiten.

Erstellung und Nutzung eines trägerübergreifenden Verzeichnisses gewerbebezogener Lärmkataster in geeigneten Branchen:

Wenn in geeigneten Fällen auf (intensive) Ermittlungen des Präventionsdienstes verzichtet wird, kann die durchschnittliche Laufzeit verkürzt werden. Dies kann insbesondere durch Nutzung eines Lärmkatasters erreicht werden. Zwar wurde festgestellt, dass die Lärmkatasternutzung zu einer Erhöhung der Bearbeitungszeit auf Ebene der Sachbearbeiter führt, durch die Entlastung des Präventionsdienstes aber ein positiver Gesamteinfluss auf die Prozesskosten vorhanden ist. Bei einer sinnvollen Selektion von Fällen (zum Beispiel Stufe 1) sind keine Qualitätseinbußen zu erwarten. Daher sollten in geeigneten

Branchen nach Kosten/Nutzen-Betrachtungen trägerübergreifend Lärmkataster erstellt werden; auf jeden Fall sind aber vorhandene Kataster weiterzuführen und fortzuentwickeln.

Optionale Verbesserungsvorschläge

- Nutzung der Rahmenvereinbarung Hörgeräte: Das Rahmenabkommen kann aufgrund des kurzen Betrachtungszeitraumes noch nicht abschließend bewertet werden. Erwartet werden eine Reduzierung der Kosten, zudem eine Verringerung der Bearbeitungszeit durch zum Beispiel das Wegfallen von Preisvergleichen.
- BK 2301-Spezialisierung: Dies führt erfahrungsgemäß zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeiten im Leistungsbereich und auch auf Seiten des Präventionsdienstes.
- Optimierung der Verfahren bei Stellungnahmen des Präventionsdienstes: Gegebenenfalls werden Laufzeiten durch differenzierte Zielvereinbarungen zu Kurz- und Langstellungnahmen verkürzt. Somit wäre die Erarbeitung einer trägerübergreifend standardisierten Kurzstellungnahme sinnvoll.
- Individualprävention: Individualpräventive Maßnahmen (wie zum Beispiel Lärmseminare, Gehörschutzberatung, Otoplastiken, Verhältnispräventive Maßnahmen vor Ort) sollten vereinheitlicht und intensiviert werden.
- Behandlung nur ausgewählter Fälle im Rentenausschuss: Durch stärkere Selektion der Fälle für den Rentenausschuss werden die Lauf- und Bearbeitungszeiten verringert. Daher sollte jeder Träger die Kriterien für die Fallauswahl an den Rentenausschuss überprüfen.
- Nutzung von Standardtexten und Textbausteinen: Senkung des Formulierungsaufwands und damit Senkung der Bearbeitungszeit, jedoch Berücksichtigung der Kundenbedürfnisse und gegebenenfalls anfallender Systemkosten.

Fazit und Ausblick

In nur einem Jahr haben zwölf Unfallversicherungsträger zusammen mit der DGUV

gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Prozesse bei der Bearbeitung von BK 2301-Fällen erarbeitet. Die erarbeiteten Best-Practice-Ansätze und die optionalen Verbesserungsvorschläge können auch in den nicht am Projekt beteiligten Trägern Anwendung finden. Aufgrund der Dokumentation der eingesetzten Methoden und gewonnenen Erkenntnisse ist es somit auch für die bisher nicht an diesem Benchmarking-Projekt beteiligten Träger ohne Weiteres möglich, nachträglich „einzusteigen“.

Die in drei bis vier Jahren anstehende Evaluation der Ergebnisse hat den Vorteil, dass die dann gewonnenen Erkenntnisse auf einer breiteren Basis stehen. Durch die Erhöhung der Teilnehmeranzahl kann parallel die Validität der vorhandenen Daten erhöht werden.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass das betriebswirtschaftliche Steuerungsinstrument „Benchmarking“ mit fundierten Standards zu objektiv vergleichbaren Ergebnissen und zu konkreten Anregungen für die Praxis führt. Die Erfahrungen des Projekts zeigen, dass Benchmarking – richtig verstanden als partizipativer Ansatz des gegenseitigen Lernens – sinnvoll ist. ●

Autor



Foto: Privat

Lutz Becker

Leiter Controlling der
Berufsgenossenschaft der
Bauwirtschaft (BG BAU)
E-Mail: lutz.becker@bgbau.de

Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Benchmarking-Projekt „Pflege“



Fünfzehn Träger der gesetzlichen Unfallversicherung führten auf freiwilliger Basis ein Prozess-Benchmarking zu dem Thema „Pflege“ durch. Insgesamt hat das Benchmarking-Projekt die bisherige Arbeit der Unfallversicherungsträger bestätigt.

Die durchgeführte Kundenbefragung zeigte deutlich, dass die Leistungen von hoher Qualität sind. Zusätzlich hat das Benchmarking-Projekt wichtige Informationen zur Optimierung der Prozesse geliefert, mit deren Hilfe die bestehenden Abläufe weiter verbessert werden können.

Vorgehen

1 Prozesserhebung

Inhalt und Zielsetzung des Benchmarking-Projekts waren die Bestandsaufnahme der in den Trägern eingesetzten Verfahren, die Entwicklung von Qualitätskriterien zur Messung der Güte der einzelnen Verfahren sowie die Definition von Handlungs-

empfehlungen zur Optimierung des Prozesses „Pflege“.

Für das Verwaltungsverfahren „Pflege“ wurde ein dreistufiger Referenzprozess modelliert. Der Referenzprozess gliedert sich in drei Hauptprozesse. Dabei bezieht sich der erste Hauptprozess auf die „Feststellung der Pflege“. Hauptprozess zwei und drei beziehen sich insbesondere auf die laufenden Pflegefälle, da hier eine „Qualitätssicherung der Pflege“ beziehungsweise eine „Überprüfung des Grades der Hilffähigkeit“ durchgeführt wird.

Die drei Hauptprozesse wurden anschließend in zehn Teilprozesse untergliedert

und als Richtschnur für die Prozessaufnahme und -analyse bei den einzelnen Trägern verwendet. Die Prozessaufnahme wurde vor Ort bei allen Trägern mit Mitarbeitern der jeweiligen Häuser in Workshops durchgeführt. Kernunterschiede in den Verfahrensweisen wurden identifiziert. In [Abbildung 1](#) sind die drei Referenz-Hauptprozesse sowie deren Teilprozesse dargestellt.

Als Beispiel für einen Teilprozess kann der Prozess „Ermittlungen zum Umfang der Hilffähigkeit“ im Rahmen der „Feststellung der Pflege“ genannt werden. Tätigkeiten dieses Prozesses sind unter anderem:

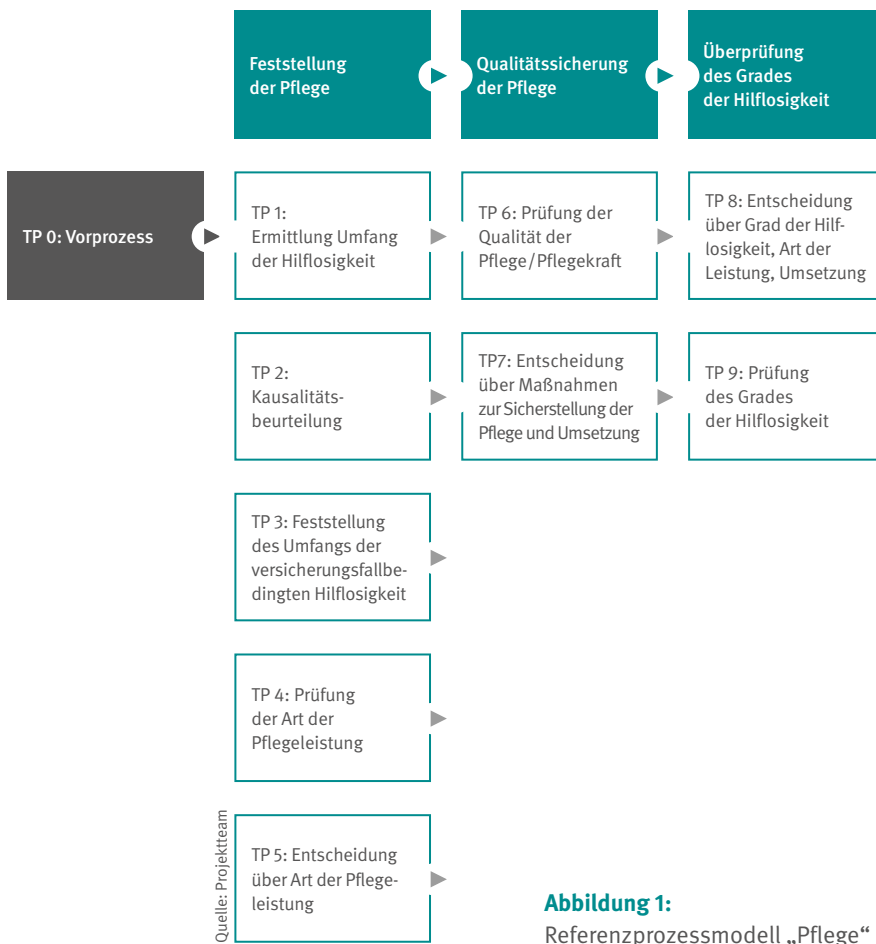


Abbildung 1: Referenzprozessmodell „Pflege“

„Ein einheitliches Verständnis ‚guter Pflege‘ war ein essenzieller Erfolgsfaktor für das gesamte Projekt.“

Bedeutung sind. Daher wurden auf Basis der Frage „Was ist gute Pflege“ Ziele aus Sicht der Versicherten und aus Sicht der Verwaltung zusammen mit dem Projektteam erarbeitet. Beispielhaft wurden folgende Ziele im Rahmen der Projektgruppendiskussion festgehalten:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege
- Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten
- Förderung der Selbstversorgung
- Konzeptionelle Zielsetzung und Rahmenplanung
- Konstanz der Pflegenden
- Hohe Qualifikation der Pflegenden
- Regelmäßiger und persönlicher Kontakt (vor Ort).

- Durchführung einer Aktenanalyse
- Einleitung von Vorermittlungen (zum Beispiel Einholen medizinischer Unterlagen)
- Einschalten medizinischer Sachverständiger und Beauftragung weiterer Gutachten
- Einleiten externer Ermittlungen
- Einschalten des Außendienstes mit Vor-Ort-Ermittlungen.

Die Prozessanalyse zu diesem Teilprozess hat gezeigt, dass Unterschiede insbesondere beim Umfang und bei der Durchführung der Ermittlungen bestehen. Im Unterschied zu den Unfallversicherungsträgern, die durch persönliche Ermittlungen vor Ort den Umfang der Hilfsbedürftigkeit des Versicherten feststellen, beauftragen andere entweder einen externen Berater oder verzichten ganz auf einen persönlichen Kontakt zum Versicherten und ent-

scheiden zum Beispiel in eindeutigen Fällen nach Aktenlage. Im Ergebnis konnte vielfach kein spezifisches Verfahren als besonders gut identifiziert werden. Vielmehr führten mehrere verschiedene Verfahren zu ähnlich guten Ergebnissen.

2 Definition von Messparametern

Neben der Prozessanalyse, bei der Unterschiede in den Prozessen bei den teilnehmenden Trägern identifiziert werden, sind Messparameter (siehe [Abbildung 2](#)) beziehungsweise Kennzahlen ein weiterer wichtiger Baustein des Benchmarking-Projekts. Die zu definierenden Messparameter sollten sich von einer gemeinsam erarbeiteten Zielsetzung ableiten. Ein einheitliches Verständnis „guter Pflege“ war ein essenzieller Erfolgsfaktor für das gesamte Projekt, da nur so ein Rahmen geschaffen werden konnte, um Kriterien zu erarbeiten, die in Bezug auf die „Qualität von Pflege“ von

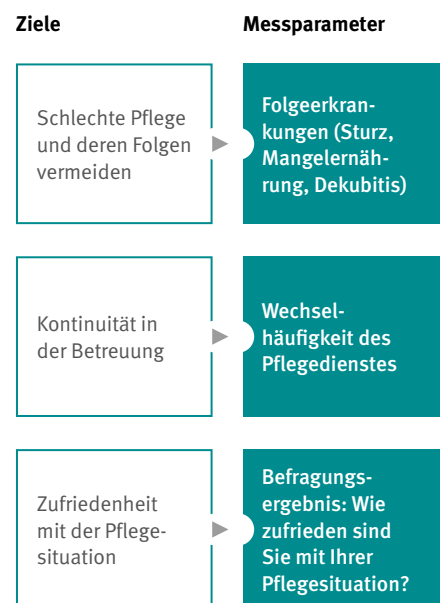
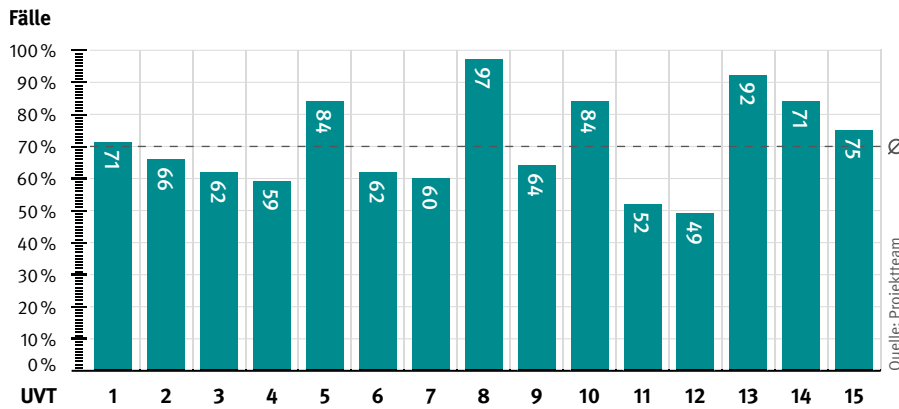


Abbildung 2: Ziele und Messparameter aus der Ergebnisdimension „Qualität“



Ziel:
Milderung der Folgen der Hilflosigkeit (Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen)

Messparameter:
Anzahl/Frequenz der Vor-Ort-Besuche ab 2006 bei laufenden Fällen

Kundenbefragung:
Im Durchschnitt wurden 70 Prozent der Fälle ab 2006 mindestens einmal besucht.

Abbildung 3: Vor-Ort-Besuche der Unfallversicherungsträger (UVT) bei Versicherten mit laufender Pflegeleistung

Im Anschluss wurden für die Ziele Messparameter erarbeitet. Grundsätzlich bewegen sich die Zielsetzungen, und damit auch die Messparameter, im Spannungsdreieck zwischen maximaler Qualität, einer Optimierung hinsichtlich Kosten und optimalen Bearbeitungszeiten.

3 Datenerhebung, Datenanalyse und Datenauswertung

Jeder Teilnehmer hat im Projektablauf die definierten Messparameter in seinem Hause ermittelt. Zur Ermittlung wurden verschiedene Datenquellen und Erhebungsmethoden genutzt:

- Zentrale Systemauswertungen (DGUV)
- Systemauswertungen der Träger
- Aktenanalyse
- Kundenbefragung

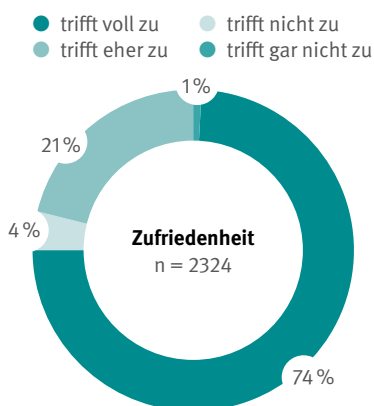
- Kapazitätsbedarf für ausgewählte Prozesse.

Bei den Systemauswertungen wurden Mengen, Fallzahlen und Kosten für die Konten 480 und 481 der Jahre 2006 – 2008 erhoben. Dabei wurden die Daten bei den Unfallkassen jeweils selbstständig mithilfe eines standardisierten Fragebogens erfasst. Die Daten der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden zentral vom Direktionsbüro der DGUV, Referat Statistik, aus dem Gesamtstatistikdatensatz zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der Aktenanalyse wurden Daten zu neuen Fällen in 2008 in der Unfall- und BK-Bearbeitung erhoben. Bezüglich der laufenden Fälle wurden Daten zur Be-

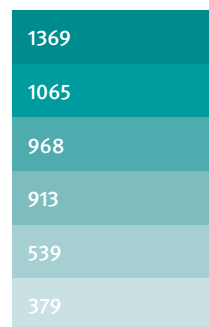
treuung, zu Folgeerkrankungen und bei Änderungen zusätzlich zum neuen Pflegebedarf erfasst.

Zur Begrenzung des Aufwands wurde die Aktenanalyse auf eine bestimmte Fallzahl festgelegt. Kriterien der Begrenzung waren Erhebungsaufwand und statistische Repräsentativität. Alle Träger mit weniger als 160 Fällen nahmen eine Erhebung aller Fallakten für den Zeitraum von 2006 – 2008 vor. Bei mehr als 160 Fällen wurde die Erhebung auf 160 Fälle limitiert und mithilfe einer Stichprobenziehung auf Basis statistischer Methoden ermittelt. Fälle mit ausschließlichen Einmalzahlungen wurden in der Aktenanalyse nicht berücksichtigt, da hier nicht eindeutig war, ob diese Fälle aktuell waren oder nur für



1. Pflege zu Hause
2. Hilfsmittelversorgung
3. Fester Ansprechpartner
4. Berücksichtigung Bedürfnisse
5. Zeitnahe Reaktion
6. Beratung vor Ort

Wichtigkeit



- Ziel:**
- Milderung der Folgen der Hilflosigkeit (Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen/ermöglichen)
 - Fördern und Fordern (Selbstverwirklichung und soziale Integration)

Messparameter:
„Mit der derzeitigen Pflegesituation bin ich zufrieden.“

Kundenbefragung:
In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse der Kundenbefragung, dass die Befragten insgesamt mit der Pflegesituation sehr zufrieden sind.

Abbildung 4: Positives Echo: 95 Prozent der Befragten sind mit ihrer Pflege zufrieden

Tabelle 1: Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung	Auswirkung auf		
	Qualität	Zeit	Kosten
Frühzeitige Information über Pflege und Hilfsmittel	●		
Ermöglichung häuslicher Pflege	●		
Ermöglichung einer optimalen Hilfsmittelversorgung durch strukturierte Kontrolle des Hilfsmittelbestands und des Bedarfs	●		●
Bereitstellung eines festen Ansprechpartners für den Versicherten und seine Angehörigen	●		
Entwicklung von Standards für das „Reha-Training“ für Schwerverletzte (Unfall)	●		
Aufklärung von Angehörigen schwerstverletzter Personen (Unfall)	●		
Vorbereitung der Beteiligten auf die Pflege „zu Hause“ – Optimierung der Unterstützung beim Übergang in den häuslichen Bereich durch Externe	●		
Unterstützung pflegender Angehöriger durch Ermöglichen von Erholungszeiten	●		
Aktiveres Angebot von Qualifizierungs-Maßnahmen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige	●		
Optimierung der Weiterbildung sowie der Qualifizierungsangebote für Mitarbeiter	●		
Aufbau eines Warnsystems durch Risikobewertung der Einzelfälle	●		●
Aufbau einer zentralen Liste zur Erstellung eines Risikoprofils für Verletzte MdE ≥ 80 Prozent	●		●
Jährliche interdisziplinäre Check-Ups für Querschnittgelähmte	●		●
Schulung von Angehörigen mit Schwerpunkt Erkennung und Vermeidung von Folgeerkrankungen	●		●
Regelmäßige und systematische Kontrolle der Pflege	●		●
Intensivere Nutzung des behandelnden Hausarztes (auch in Form von Hausbesuchen)	●	●	
Regelmäßige Anpassung des häuslichen Umfelds an die Pflegesituation	●		
Pflegeplanung in Bezug auf die mögliche mittelfristige gesundheitliche Entwicklung und Entwicklung des Pflegebedarfs	●	●	●
Zielvorgaben (Betreuungsfrequenz) nach Fallsituation oder Schwere des Falls/identifizierbaren Risikos	●		●
Schwer Schädel-Hirn-Verletzte mit höherer Frequenz besuchen	●		●
Engmaschige und ggf. abgestufte Betreuung von Risikofällen	●		
Überprüfung des DGUV-Ermittlungsbogens	●		
Trägerübersicht zu „guten“, qualitativ hochwertigen Pflegeheimen, Pflegediensten	●		
Nutzung von BG-Kliniken zur Pflegeberatung	●		●
„Netzwerk“ mit den behandelnden Ärzten und Kliniken	●		
Sensibilisierung der Sachbearbeiter bezüglich Pflegebedürftigkeit	●		●
Screening nach statistischen Eckpunkten	●		
Prüfung von Pflege bei bestimmten Gutachten/Prüfungen	●		●
Beschleunigte Bearbeitung bei der Erstermittlung (BK-Fälle)			
Pflegfeststellung bzw. Vorschlag durch Reha-Manager; Ärzte/Gutachter nur für Zusammenhangsfragen			●
Zielvorgaben/Zielvereinbarungen mit Zeitvorgaben (Trennung nach BK und Unfall gegebenenfalls nach Schweregrad)			
Reduzierung der eingebundenen Hierarchieebenen			●
Klare Schnittstellenbeschreibung bei Trennung von Innen- und Außendienst (Was? Wann? Wer? Wie?)			●
Ergänzung von „Pflege“ im Rehaplan	●		
Regionale Bündelung bei der Vor-Ort-Ermittlung			●
Vorlage der Erstmeldungen (DA-Berichte, DALE) bei Berufshelfer/Außendienst			

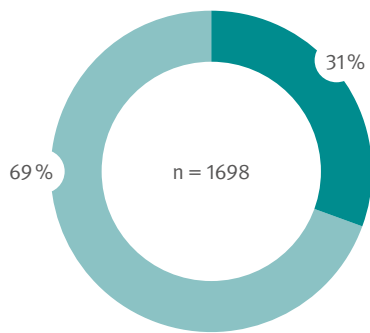
die Vergangenheit gewirkt hatten. Exemplarisch stellt **Abbildung 3** eine Auswertung der durchgeführten Vor-Ort-Besuche innerhalb der letzten drei Kalenderjahre dar.

Viele der erarbeiteten Ziele zu der Frage „Was ist gute Pflege?“ konnten nur durch eine beurteilende Stellungnahme der Versicherten und deren Angehörigen gemessen werden. Daher wurde neben den weiteren Erhebungsmethoden eine Kundenbefragung durchgeführt. Mithilfe eines Fragebogens wurden 6.317 Versicherte befragt, die im Bezug Pflegeleistung standen. Ausgewählt wurden alle Fälle, die im Juli 2009 noch aktuelle Pflegeleistungen bezogen.

Die Erhebung lieferte Daten über die Zufriedenheit mit den Leistungen des jeweiligen Unfallversicherungsträgers, über die Unterstützung von pflegenden Angehörigen und über die Leistungen eingesetzter Pflegedienste. Insgesamt erhielten die Träger bei einer hohen Rücklaufquote von 38 Prozent sehr positive Noten. So waren beispielsweise 95 Prozent der Befragten mit ihrer Pflegesituation zufrieden.

Zudem konnten die Befragten angeben, welche Faktoren ihnen in Bezug auf die Leistungen des Unfallversicherungsträgers und des Pflegedienstes besonders wichtig sind. Am wichtigsten sind den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Ermöglichung der Pflege zu Hause, eine optimale Hilfsmittelversorgung und die Bereitstellung eines festen Ansprechpartners (siehe **Abbildung 4**). ▶

● Ja ● Nein



Quelle: Projektteam

Abbildung 5: Kundenbefragung: Sind die pflegenden Angehörigen geschult worden?

Verbesserungsbedarf besteht aus Sicht der Befragten bei den Qualifizierungsmaßnahmen und bei den Hilfsangeboten für die pflegenden Angehörigen (siehe **Abbildung 5**).

Untersucht wurden die gebundenen Ressourcen je Fall. Im Projektverlauf zeigte sich jedoch, dass eine trennscharfe Abgrenzung der Tätigkeiten nicht möglich ist, da zum Beispiel Besuche nicht nur wegen der Pflege durchgeführt werden, sondern häufig auch im Rahmen der allgemeinen Betreuung. Eine isolierte Dokumentation der Außendiensttätigkeit erfolgt nicht, sodass ein „Herausrechnen“ der Tätigkeiten für die Pflegefeststellung nicht möglich ist. Um trotzdem eine Aussage bezüglich der gebundenen Kapazitäten für den Prozess „Pflege“ treffen zu können, wurde auf Grundlage anerkannter Personalbemessungsinstrumente eine Schätzung vorgenommen. Im Ergebnis zeigte sich, dass bei der Pflege die Verwaltungskosten absolut und im Vergleich zu den Leistungsausgaben, die ein Pflegefall verursacht, eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Handlungsempfehlungen

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse war die Ableitung eines „Best Practice“ anhand der jeweils besten Praxis bei den einzelnen Verfahren der verschiedenen Träger im Rahmen des Projekts „Pflege“ nicht möglich. Grund hierfür ist, dass unterschiedliche Verfahren zu ähnlich guten Ergebnissen führen.

Ziel:

- Sicherstellung der Qualifikation der Pflegeperson (Angehörige) [Art und Umfang der Schulung der Angehörigen]
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Messparameter:

„Haben die pflegenden Angehörigen Qualifizierungsmaßnahmen erhalten?“

Kundenbefragung:

In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse der Kundenbefragung, dass circa zwei Drittel der Befragten keine Qualifizierungsmaßnahmen erhalten haben. Die letzte Frage der Kundenbefragung nach den Verbesserungsmöglichkeiten zeigt auch hier eine Häufung.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Prozess- und Datenerhebung sowie der Kundenbefragung wurden mithilfe der definierten Ziele „guter Pflege“ 38 Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese wurden maßgeblich in Expertenworkshops entwickelt. In **Tabelle 1** werden die Handlungsempfehlungen als Projektergebnis genannt. Zusätzlich ist angegeben, auf welche der drei Ergebnisdimensionen (Qualität, Zeit und Kosten) die jeweilige Handlungsempfehlung eine potenzielle Auswirkung hat.

Fazit und Ausblick

Im Rahmen des Benchmarking-Projekts hat sich gezeigt, dass die Verfahrenssteuerung von den Unfallversicherungsträgern sehr individuell und unterschiedlich gestaltet wird. Es zeigt sich aber auch, dass die unterschiedlichen Verfahren ähnlich gute Ergebnisse erzielen.

Der Schwerpunkt in diesem Projekt lag in der Überprüfung der Qualität unserer Leistung. Für die Aussage der Qualität der Verwaltungsarbeit war es erforderlich, eine Kundenbefragung durchzuführen. Allein aufgrund des Fallvolumens lässt sich eine repräsentative Aussage über die Qualität der Leistung der Unfallversicherungsträger treffen. Dies allein wäre ohne Benchmarking-Projekt nicht möglich gewesen.

Im Zuge des durchgeführten Benchmarkings konnten 38 konkrete und qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Die erarbeiteten Maßnahmen können einen sinnvollen Beitrag

zur Weiterentwicklung der Sachbearbeitung leisten und sind somit letztlich von Vorteil für den Versicherten. Die Ergebnisse des Benchmarking-Projekts werden nach zwei bis drei Jahren evaluiert, um die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen zu überprüfen.

Im Ergebnis hat das Benchmarking-Projekt die bisherige Arbeit der Unfallversicherungsträger bestätigt. 95 Prozent der befragten Versicherten sind mit ihrer Pflegesituation zufrieden. Dieser Erfolg ist auf das Engagement der einzelnen Verwaltungsmitarbeiter und auf die Möglichkeiten des Leistungskatalogs der gesetzlichen Unfallversicherung zurückzuführen. ●

Autorin



Foto: Privat

Evelyn Jürs

Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Hamburg der Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
E-Mail: evelyn.juers@bghmet.de

DGUV Forum

Die Fachzeitschrift für
Prävention, Rehabilitation
und Entschädigung

DGUV Forum ist das Fachorgan der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und liefert Informationen aus den Organisationen der Unfallversicherungsträger aus autorisierter Hand.

Kampagnen zur Unfallprävention werden in **DGUV Forum** ebenso vorgestellt wie Forschungsergebnisse oder versicherungstechnische Änderungen. Auch politische Diskussionen und internationale Aspekte haben ihren Platz im Medium der DGUV.

Jahresabonnement: 10 Ausgaben – davon 2 Doppelausgaben 1/2 und 7/8
Umfang: 44 Seiten
(Doppelnummern 68 Seiten)
Format: DIN A4
Preis: 96 Euro zzgl. 14 Euro Versand

!

Die Zeitschrift ist zu bestellen bei:
Universum Verlag,
Postfach, 65175 Wiesbaden
Info-Telefon: 0611/9030-501
Bestell-Fax: 0611/9030-247
E-Mail: vertrieb@universum.de
Bestellinfos: www.universum.de/shop
Internet: www.dguv-forum.de



80168
Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
Ausgabe 10 • 2010

DGUV Forum

Rehabilitation der Zukunft

Aktuelles	Dr. Ursula von der Leyen zur gesetzlichen Unfallversicherung
Unfallversicherung	Benchmarking
Prävention	Evaluation einer Autobahnplakatstaffel



Kostenloses Probeheft bestellen!

UniversumVerlag 

Blick ins Ausland

Aktuelle Entwicklungen der gesetzlichen Unfallversicherung in der Volksrepublik China

Die chinesische Regierung unternimmt zahlreiche Anstrengungen, um den Versicherungsschutz der Beschäftigten in den nächsten Jahren auszuweiten.

Steigerung der Versichertenzahl

Mit Inkrafttreten der vom Staatsrat erlassenen „Verordnung zur Arbeitsunfallversicherung“ im Jahr 2004 hat das Arbeitsunfallrecht in China eine neue Qualität erreicht.¹ Der Schutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist nun sozialrechtlich verankert, eine unentbehrliche Grundlage der sozialistischen Marktwirtschaft. Der versicherte Personenkreis ist beständig gewachsen. Ende des Jahres 2009 waren 148,61 Millionen Personen versichert, womit das im 11. Fünfjahresplan gesetzte Ziel – 140 Millionen Versicherte bis Ende 2010 – bereits ein Jahr früher erreicht und sogar übertroffen wurde. Im Vergleich zum Jahresende 2005 ist ein Zuwachs von 63,83 Millionen Versicherten zu verzeichnen (+ 18 Prozent).

Versicherungsschutz für Wanderarbeitnehmer

Der „Ping An-Plan“ wurde im Jahr 2006 vom damaligen Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit eingeführt, um auch die Wanderarbeitnehmer gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu versichern.² Demnach sollte die Abdeckung zunächst auf Wanderarbeitnehmer in Branchen mit hohen Unfallrisiken (wie Bau und Bergbau) ausgedehnt werden. Bis Ende 2009 wurden insgesamt 55,8 Millionen Wanderarbeitnehmer versichert.

Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Unfallversicherungsfonds

Seit Inkrafttreten der Verordnung zur Arbeitsunfallversicherung sind die Einnahmen der regional verwalteten Fonds³ der

Arbeitsunfallversicherung landesweit kontinuierlich gestiegen, was die Leistungsfähigkeit der Versicherung stärkt. Im Jahr 2005 lagen die Gesamteinnahmen der Fonds bei 9,3 Milliarden RMB (chinesische Währung Renminbi) (circa 1,07 Milliarden Euro) und stiegen bis zum Jahr 2009 auf 15,5 Milliarden RMB (1,8 Milliarden Euro), was einer Zuwachsquote von 35,8 Prozent im Jahresdurchschnitt entspricht. Konnten im Jahr 2005 aus den Unfallfonds nur Leistungen in Höhe von 4,8 Milliarden RMB (553 Millionen Euro) finanziert werden, waren es im Jahr 2009 schon 15,5 Milliarden RMB. Dies entspricht einem jährlichen Zuwachs von 55,7 Prozent.

Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Leistungsempfänger von 0,65 Millionen auf 1,278 Millionen gestiegen, mit einer durchschnittlichen jährlichen Zuwachsquote von 24 Prozent. Diese Steigerung war vor allem Ergebnis einer seit dem Jahr 2006 durchgeführten expansiven Leistungsrechtsreform in allen Regionen Chinas. Zudem werden Altfälle aus der Zeit vor Inkrafttreten der Verordnung im Jahr 2004 schrittweise in den Leistungsumfang integriert. Bis Ende 2009 wurden bereits knapp eine Million solcher Altfälle entschädigt.

Verbesserung der Verwaltung

In allen Teilen Chinas werden für die Anerkennung von Arbeitsunfällen, Be-



Foto: Fotolia / Jonny A

gutachtung der Erwerbsfähigkeit und Administration der Unfallversicherung spezielle Fachinstitutionen als Dienstleistungszentren für Versicherte eingerichtet. So können die Qualität der Verwaltungstätigkeit in der Unfallversicherung und der Schutz der Versicherten wesentlich verbessert werden. Zwischen 2005 und 2009 wurden insgesamt 3,84 Millionen Anträge zur Anerkennung von Arbeitsunfällen gestellt und 2,17 Millionen Anträge auf Begutachtung der Erwerbsunfähigkeit.

Anpassungen im Krisenfall

Aufgrund des verheerenden Erdbebens im Mai 2008 in der Provinz Sichuan sind zahlreiche Beschäftigte am Arbeitsplatz verunfallt oder gestorben. Als Konsequenz des Erdbebens wurden erstmals Unfälle oder Todesfälle durch Naturkatastrophen als Arbeitsunfälle definiert, soweit diese Katastrophen während der Arbeitszeit und auf der Arbeitsstätte auftreten. Zu diesem Zweck hat die Nationale Finanzbehörde besondere Zuschüsse für die betroffenen regionalen Unfallfonds gewährleistet. Zur Sicherstellung der Leistungen für die Opfer in der Provinz Sichuan wurden als einmalige Zahlung Zuschüsse in der Höhe von 680 Millionen RMB (78,4 Millionen Euro) transferiert, um die Defizite in

den Fonds der vom Erdbeben betroffenen Regionen zu decken.

Die weltweite Finanzkrise hat auch die Wirtschaft in China getroffen. Um den Folgen der Finanzkrise zu begegnen, wurde im Rahmen der sozialen Sicherung ein Förderungspaket mit dem Titel „5 Stundungen, 4 Minderungen, 3 Zuschüsse und 2 Vereinbarungen“ erlassen.

Konkret sieht das Paket vor, die Beiträge für die fünf Versicherungszweige (das heißt Renten-, Arbeitslosen-, Kranken-, Mutterschafts- und Unfallversicherung) zu stunden; die Beiträge für vier Versicherungszweige (ausgenommen der Rentenversicherung) werden gemindert; aus der Arbeitslosenversicherung und aus den Finanzmitteln zur Arbeitsförderung werden drei Zuschüsse als Versicherungshilfen für Betriebe mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten gewährt, um Arbeitsplatzsicherungs- und Fortbildungsmaßnahmen durchzuführen.

Zwischen dem Betrieb und der Gewerkschaft beziehungsweise der Belegschaft kann in gleichberechtigten Verhandlungen vereinbart werden, arbeitsbegleitende Fortbildungsmaßnahmen zu organisieren,

die Urlaubsplanung zu flexibilisieren oder Lohn- und Gehaltsanpassungen durchzuführen mit dem Ziel, die Unternehmen zu entlasten, Arbeitsplätze zu sichern und somit die Arbeitsverhältnisse insgesamt zu stabilisieren.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Unfallversicherungsbeiträge neu festgesetzt. In Regionen mit erheblichen Überschüssen sind die Beiträge herabgesetzt worden, was die Betriebe um etwa 2 Milliarden RMB (230 Millionen Euro) entlastet. ▶

*

- 1 Siehe Zimmer, Stefan (2003): *Der lange Marsch zu mehr sozialer Sicherheit. Unfallversicherung und Arbeitsschutz in der Volksrepublik China*, in: *Die BG*, Heft 12/2003, S. 560–567.
- 2 Siehe Cai, Heping (2007): *Arbeitsschutz und Unfallversicherung der ländlichen Wanderarbeiter in der Volksrepublik China*, in: *Die BG*, Heft 11/2007, S. 450–454.
- 3 In den chinesischen Provinzen werden die Unfallversicherungsfonds auf Ebene der Bezirksstädte verwaltet. Die regierungsunmittelbaren Städte (Chongqing, Peking, Shanghai, Tianjin) verwalten jeweils ihren eigenen Fonds.

„Als Konsequenz des Erdbebens 2008 in Sichuan wurden erstmals Unfälle oder Todesfälle durch Naturkatastrophen als Arbeitsunfälle definiert, wenn sie während der Arbeit aufgetreten sind.“



Foto: Fotolia / Indochine

„Derzeit liegt der Schwerpunkt der gesetzlichen Unfallversicherung auf der Entschädigung.“

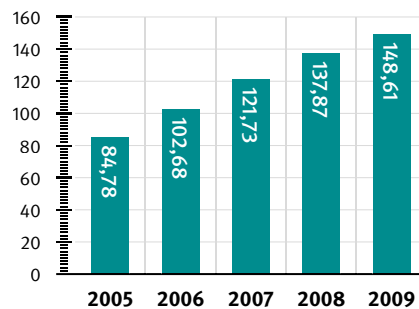


Abbildung 1: Entwicklung der Versichertenzahl in Millionen

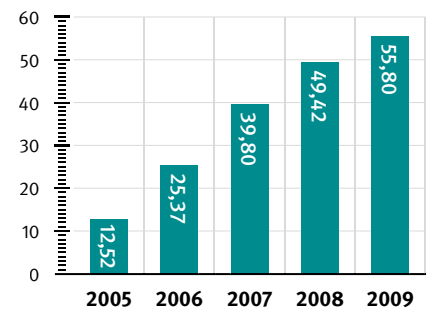


Abbildung 2: Versicherte Wanderarbeiter in Millionen

Pilotprojekte für Prävention und Rehabilitation

In der derzeitigen Aufbau- und Konsolidierungsphase der gesetzlichen Unfallversicherung wird naturgemäß der Schwerpunkt auf die Entschädigung gelegt. Die finanziellen Leistungen zur Sicherstellung der Existenz werden priorisiert. Gleichzeitig werden Pilotprojekte in den Bereichen Prävention und Rehabilitation durchgeführt, die sich erfolgreich entwickeln. Für die Prävention werden gegenwärtig in zwölf Städten der Provinzen Hainan, Guangdong und Henan Pilotprojekte durchgeführt, unter anderem mit dem Ziel, die Koordination der Unfallversicherungsbehörden mit anderen relevanten Behörden wie Sicherheits- und Gesundheitsbehörden zu verbessern.

Künftige Herausforderungen

Wachsende Industrialisierung

Mit der Anpassung der chinesischen Entwicklungsweise wird die Industrialisierung noch schneller voranschreiten. Ein beschleunigter Prozess der Industrialisierung bedingt in der Regel auch eine

Zunahme der Arbeitsunfälle, was an die Unfallversicherung neue Anforderungen stellt. Eine wesentliche Herausforderung ist die Frage, wie die Prävention wirksam nutzbar zu machen ist, um die Arbeitsunfälle im Zuge der Industrialisierung zu vermindern. Eine weitere Herausforderung stellt die Vervollständigung der Entschädigungsvorschriften dar, um den durch die Industrialisierung vermehrt Verletzten und sogar Getöteten Versicherten bzw. ihren Angehörigen angemessene Leistungen zu gewähren.

Beschleunigte Urbanisierung

Die neueste Statistik zeigt, dass die Urbanisierungsquote in China zurzeit bei 45,68 Prozent liegt. In den kommenden zehn Jahren wird sich der Trend der Urbanisierung beschleunigen. Die größte Herausforderung für die gesetzliche Unfallversicherung stellen hierbei die zahlreichen Wanderarbeitnehmer dar, die in großer Zahl in die Städte ziehen und gefährliche Tätigkeiten ausüben. Die Frage des Versicherungsschutzes für diesen Personenkreis wird in den nächsten Jahren noch prekärer werden.

Zunehmende Vielfalt der Beschäftigung

In den nächsten fünf Jahren oder einem längeren Zeitraum wird die Anzahl der Beschäftigten in den traditionellen Sektoren wie Agrar- und Produktionswesen schrittweise schrumpfen. Im Gegensatz dazu wird der Beschäftigtenanteil im Dienst-

leistungssektor zunehmen. Anders als im primären und sekundären Sektor ist die Gestaltung der Beschäftigungsverhältnisse im Dienstleistungsbereich besonders vielfältig. Informelle Beschäftigung, Teilzeitarbeit, flexible Beschäftigung und Selbstständigkeit werden zunehmen. Es wird eine künftige Herausforderung sein, derlei Beschäftigte gegen Arbeitsunfälle zu versichern.

Globale wirtschaftliche Integration

Mit der zunehmenden Integration der chinesischen Wirtschaft in das globale Wirtschaftssystem wandern viele chinesische Bürgerinnen und Bürger ins Ausland. Umgekehrt wandern auch viele Ausländer nach China, um hier zu arbeiten. Beide Sachverhalte stellen Herausforderungen für die gesetzliche Unfallversicherung dar, Letzterer insbesondere für die Prävention. Hinzu kommt die Ungewissheit über die zukünftige Entwicklung der Weltwirtschaft und die Herausforderung, sich auch im Rahmen des Unfallversicherungsrechts auf solche Auswirkungen vorzubereiten, wie sie die jüngste Finanzkrise hervorgebracht hat.

Wesentliche Aufgaben für die kommenden Jahre

Vervollständigung des Unfallversicherungsrechts

Im Jahr 2010 wird die Neukodifizierung der Verordnung der Arbeitsunfallversicherung abgeschlossen und die neuen Änderungen werden umgesetzt. Vorschriften wie die

*

4 Der 12. Fünfjahresplan umfasst die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Chinas von 2011 bis 2015.

5 Siehe Zimmer, Stefan (2005): „Ich sage nur: China, China, China...“ Oder: Warum kooperieren die BGen mit dem Reich der Mitte? in: Die BG Heft 12/2005, S. 757–759.

Quelle: Autoren

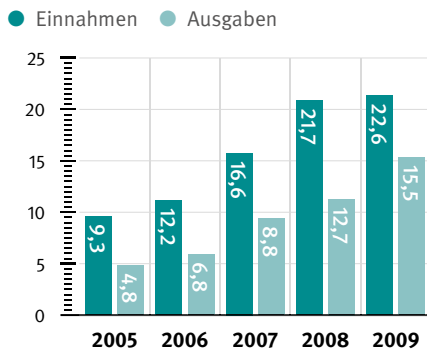


Abbildung 3: Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Unfallversicherungsfonds (in Milliarden RMB)

Anträge auf:

- Anerkennung eines Arbeitsunfalls
- Begutachtung wegen Erwerbsunfähigkeit

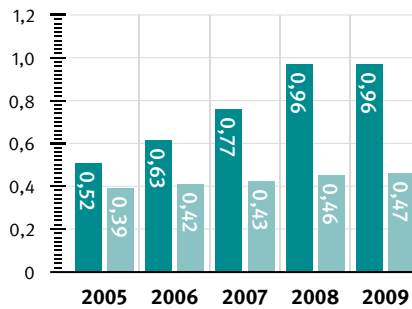


Abbildung 4: Anträge auf Anerkennung eines Arbeitsunfalls und auf Begutachtung der Erwerbsunfähigkeit (in Millionen)

„Arbeitsmethoden zur Anerkennung der Arbeitsunfälle“ sind weiterhin zu verbessern und zu vervollständigen. Das Kapitel für Arbeitsunfallversicherung als Bestandteil des Sozialversicherungsgesetzes wird konzipiert und überarbeitet. Während des 12. Fünfjahresplans⁴ sollten alle Kriterien und Normen des Unfallrechts überarbeitet und verabschiedet werden.

Ausweitung des versicherten Personenkreises

Bis Ende 2010 sollte das Ziel erreicht werden, grundsätzlich jeden Wanderarbeitnehmer, der in einem Arbeitsverhältnis steht, gegen Arbeitsunfälle zu versichern. Ferner wird nach genauen Untersuchungen vorgeschlagen, wie die Arbeitsunfälle von Beamten und beamtenähnlichen Mitarbeitern des öffentlichen Dienstes geregelt werden sollen, mit dem Ziel, im Laufe des 12. Fünfjahresplans weitgehend das Problem der Versicherung der obengenannten Personen bei Arbeitsunfällen zu lösen. Weiterhin werden geeignete Maßnahmen untersucht, um die Unfallversicherung auch auf informell und flexibel Beschäftigte auszuweiten.

Angemessene Lösung für Altfälle

In der nächsten Zeit sollten alle Altfälle, das heißt Arbeitsunfälle aus staatseigenen Unternehmen und Kollektivunternehmen aus der Zeit vor der Systemreform, in die gesetzliche Unfallversicherung übernommen werden. Für die Phase des 12. Fünfjahresplans ist geplant, die Entschädigungsfrage

für „Altfälle“ einheitlich zu untersuchen. Bisher sind bereits eine Million Altfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen worden. Ungefähr 1,3 Millionen Altfälle verbleiben derzeit noch im alten System. Im Rahmen der grundsätzlichen Problemlösung von „Altfällen“ sind durch entsprechende Vorschriften Vorkehrungen zu treffen, damit keine neuen „Altfälle“ entstehen können.

Weitere Optimierung der Leistungen, Rehabilitation und Prävention

Für das Jahr 2010 ist eine abschließende Anpassung der Unfallleistungen vorgesehen. Landesweit wird ein System für berufliche Rehabilitation aufgebaut. Im Rahmen des 12. Fünfjahresplans wird die berufliche Rehabilitation zu einem Schwerpunkt und intensiv gefördert. Zu diesem Zweck werden sowohl Normen für die berufliche Rehabilitation als auch Ausstattungskriterien der Hilfsmittel erarbeitet, verabschiedet und kontinuierlich verbessert. Es wird angestrebt, die Wiedereingliederungsquote verunfallter Versicherter zu erhöhen und ein flächendeckendes Rehasystem aufzubauen.

Im Rahmen des 12. Fünfjahresplans sind auch Pilotprojekte im Bereich der Prävention sowie Vorschriften zur Nutzbarmachung und zum Management der Prävention vorgesehen. Landesweit soll die Präventionsarbeit in der gesetzlichen Unfallversicherung verankert und ein zunächst rudimentäres System der Un-

fallprävention aufgebaut werden. Wie im Bereich der Rehabilitation sind uns auch in der Prävention zahlreiche Erfahrungen der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung empfehlenswert.⁵ Das bedeutet auch in Zukunft eine gute Perspektive für die langfristige erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. ●

Die Autoren danken Dr. Stefan Zimmer, DGUV, herzlich für die Überarbeitung des Manuskripts.

Autoren



Foto: Chen Gang

Chen Gang

Leiter der Abteilung Arbeitsunfallversicherung, Ministerium für Humanressourcen und soziale Sicherheit der Volksrepublik China



Foto: Cai Heping

Cai Heping

Referatsleiterin in der Abteilung für internationale Zusammenarbeit, Nationale Akademie für Verwaltung der Volksrepublik China

Nachruf

Die gesetzliche Unfallversicherung trauert um Norbert Badziong



Foto: DGUV/Nicole Dietzel

Norbert Badziong, alternierender Vorsitzender der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, ist im September nach schwerer Krankheit im Alter von 61 Jahren verstorben.

Norbert Badziong war zunächst als Diplomverwaltungsfachwirt in der Kommunalverwaltung der Stadt Dortmund beschäftigt. Ab 1991 arbeitete er hauptamtlich für die Gewerkschaft ÖTV, unter anderem als Referatsleiter für Gesundheitspolitik und als Hauptabteilungs- geschäftsführer für Gesundheitswesen, Kirchen und soziale Einrichtungen beim ÖTV-Hauptvorstand. Nach der Gründung der Gewerkschaft Verdi nahm Norbert Badziong dort verschiedene Funktionen wahr: Beim Landesbezirk NRW war er für die Einrichtungen der Rehabilitation und die Betreuung von Gesundheitskonzernen zuständig.

Sein ehrenamtliches Engagement für die Berufsgenossenschaften begann er 1993 als Vorstandsmitglied der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Ab 1997 war er alternierender Vorstandsvorsitzender. Für das Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz engagierte er sich darüber hinaus seit 1999 auch in der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, wo er in verschiedenen Gremien mitwirkte. Seit 2005 hatte er dort den alternierenden Vorsitz inne.

Für die Stiftung Deutscher Rollstuhlsport engagierte sich Norbert Badziong als stellvertretender Vorsitzender des Stiftungsrates. „Die sichere Mobilität von Menschen mit Behinderungen lag

Herrn Badziong sehr am Herzen“, erklärt Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Hauptgeschäftsführer der BGW. „So gehörte er zu den Hauptinitiatoren der Kooperationskampagne „sicher mobil“ der BGW und des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes.“

Norbert Badziong war außerdem seit 2003 alternierender Vorsitzender der Mitgliederversammlung der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken (VBGK) und alternierender Vorsitzender des Vorstandes des Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen Dienstes e. V. (BAD).

Die berufsgenossenschaftlichen Kliniken sprachen ihm noch vor kurzem erneut ihr Vertrauen aus, indem sie Norbert Badziong am 16. September zum Vorsitzenden der Mitgliederversammlung des neu gegründeten Klinikverbands der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) wählten.

Marina Schröder, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, würdigte den Verstorbenen mit den Worten: „Wir haben Herrn Badziong als einen verlässlichen, aufrichtigen Partner kennen und schätzen gelernt, der uns mit seiner von großer Pflichterfüllung und menschlicher Wärme geprägten Persönlichkeit beeindruckt hat. Er hat die Idee des Ehrenamtes und der Selbstverwaltung mit Leben erfüllt. Dafür danken wir ihm.“

„Wir haben Herrn Badziong als einen verlässlichen, aufrichtigen Partner kennen und schätzen gelernt, der uns mit seiner von großer Pflichterfüllung und menschlicher Wärme geprägten Persönlichkeit beeindruckt hat. Er hat die Idee des Ehrenamtes und der Selbstverwaltung mit Leben erfüllt. Dafür danken wir ihm.“

Reha-Motivation und Behandlungserwartung

Die Bereitschaft von Patienten, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, wird in der Gesundheitsversorgung als wichtige Einflussgröße für den Verlauf und das Ergebnis ärztlicher und psychologischer Behandlungen gesehen. Die vorliegende Publikation „Reha-Motivation und Behandlungserwartung“ gibt einen kompakten Überblick über die wissenschaftlichen Studien zum Thema. Das Buch zeigt auf, dass die Berücksichtigung von motivati-

onalen Voraussetzungen von Patienten die indikative Zuweisung in der rehabilitativen Versorgungspraxis verbessert und damit einen Beitrag leistet, Behandlungserfolge nachhaltig zu sichern.

! Reha-Motivation und Behandlungserwartung: Rüdiger Nübling, Fritz A. Muthny, Jürgen Bengel (Hrsg.), 1. Auflage Bern 2005.

„Arbeitswelt im Wandel“



Quelle: BAuA

Die Broschüre „Arbeitswelt im Wandel“ von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) informiert über wichtige Zahlen, Daten und Fakten der heutigen Arbeitswelt. Akteure im Arbeitsschutz erhalten so einen schnellen Überblick über Trends und Entwicklungen, die auch für den eigenen Betrieb relevant sein können. Zugleich gibt es über-

zeugende Argumente für Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Betrieb. Doch nicht nur Fachleuten bietet die Broschüre Wissenswertes zum Thema Arbeitsschutz, auch die interessierte Öffentlichkeit erfährt vieles über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und moderner Technik. Auf 90 Seiten greift sie im Kitteltaschenformat auch Aspekte des sozialen Zusammenlebens der Menschen im Betrieb oder die ökonomische Seite sicherer Arbeit auf. Die Publikation kann kostenlos auf der BAuA-Website als PDF heruntergeladen werden.

! www.baua.de > Publikationen

„Das Monster in mir“

Mit Gewalt umgehen lernen: Die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat eine Arbeitsmappe zum Thema „Gewalt in der Schule“ herausgebracht und wendet sich damit an Lehrer der Sekundarstufen. Wissen über die Zusammenhänge und die Wirkung von Gewalt alleine reichen nicht aus, um sie nachhaltig zu reduzieren. In der Broschüre „Das Monster in mir“ sind praktische Hilfen und Anregungen zusammengestellt, die darauf eingehen, Gewalt wahrzunehmen, zu verstehen und in künstlerische Aktivitäten zu wandeln. Als Aufhänger dient das Theaterstück „Berichte über Gewalt“ von Theatertill, das auf die Gefühle und Einstellungen der Jugendlichen und Lehrer Bezug nimmt. Das Erkennen und Verstehen des „Monsters“ in uns bildet die Voraussetzung für seine kreative „Zähmung“ und auch die bewusste Anwendung von



Quelle: UK NRW

! Gewalt zu gestalten. Die Broschüre kann auf der Website der Unfallkasse NRW kostenlos heruntergeladen werden.

www.luk-nrw.de > neue Schriften

Impressum

DGUV Forum

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

2. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

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

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

Redaktion · Dagmar Binder (CvD), Dr. Michael Fritton, Claus Holland (DGUV), Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur), Diane Zachen, Wiesbaden

Redaktionsassistentz · Diana Gottlieb, redaktion@dguv-forum.de

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

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

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

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

Herstellung · Harald Koch, Wiesbaden

Druck · ColorDruckLeimen GmbH, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen/Germany

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

Titelbild · Jan Pauls, Berlin

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

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

Zitierweise · DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN · 1867-8483

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

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

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

uvex

PROTECTING PEOPLE

uvex silver-System



uvex sil-Wear Einweg-Overalls

AgPURE
NANOSILBER

Mit uvex sil-Wear bieten wir hochfunktionale Schutzoveralls in den Klassen 3, 3B, 4, 4B, 5/6 für die unterschiedlichsten Einsatzbereiche – vom Einweg-Overall gegen Schmutz und Staub bis hin zu der innovativen Entwicklung gegen Viren und Bakterien. Durch die mit AgPURE™ beschichtete Oberfläche gewährleisten unsere uvex sil-Wear 3B bzw. 4B Anzüge einen aktiven Schutz gegen diese Gefahren.



uvex silv-Air Atemschutz

Von funktionalen Masken gegen Staub und Qualm bis hin zu speziellen Masken, die mit Extra-Filtern das Ein- und Ausatmen spürbar erleichtern. Hocheffektiv – als Falt- oder Formmaske – gewährleistet uvex silv-Air durch die innovative Filter-Technologie und zahlreiche Komfortfeatures auch bei längeren Einsätzen in den unterschiedlichsten Einsatzbereichen zuverlässigen Schutz.