

**DGUV** **Forum****Qualität im  
Berufskrankheiten-Verfahren**

**Interview**  
**Prävention**  
**Unfallversicherung**

Mesotheliomregister  
Demographischer Wandel  
Übergangsgeld

# Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Diagnose Krebs ist immer niederschmetternd. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen fühlt es sich an, als würde von einem Moment auf den anderen das Leben still stehen. Das gilt insbesondere, wenn ein Mesotheliom festgestellt wird. Denn dann bleiben dem Patienten oft nur noch wenige Monate.

Ein wenig optimistisch stimmt da fast schon der Fall des Jon Matthews aus England. Er wettete nach der Diagnose, dass er die geschätzte Lebenserwartung mindestens verdoppeln könnte. Zum großen Erstaunen seiner Ärzte und der Medien erreichte er sein Ziel. Insgesamt lebte er noch fast vier Jahre.

Leider ist er damit eine Ausnahme. Und das bei einer Krankheit, bei der die Fallzahlen noch immer kontinuierlich um etwa fünf Prozent pro Jahr steigen. Experten gehen davon aus, dass die Rate noch einige Jahre weiter zunehmen wird. Denn Asbest wurde erst 1993 in Deutschland verboten und die Zeit bis zum Ausbruch der Krankheit kann Jahrzehnte betragen. In nicht wenigen außereuropäischen Ländern darf Asbest sogar bis zum heutigen Tag gefördert und verarbeitet werden.

**„Die Fallzahlen von Mesotheliom-erkrankungen steigen leider noch immer um etwa fünf Prozent pro Jahr – Tendenz steigend. Deshalb kommt der Erforschung der asbestbedingten Krankheiten eine umso wichtigere Rolle zu. Die gesetzliche Unfallversicherung ist hier Vorreiter und muss es auch bleiben.“**

Angesichts dieser Entwicklung kommt der Erforschung der asbestbedingten Krankheiten eine umso wichtigere Rolle zu. Die gesetzliche Unfallversicherung ist hier Vorreiter und muss es auch bleiben, denn der wissenschaftliche Mainstream widmet ihnen eher weniger Aufmerksamkeit.

Es liegt daher an uns, mit Forschungsprojekten die Verursachung von Erkrankungen zu klären, in Zusammenarbeit mit den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften Empfehlungen für ihre Begutachtung zu entwickeln und Leitlinien für eine optimale Heilbehandlung zu erarbeiten. Immer mit dem Ziel, den Versicherten ein möglichst langes und gutes Leben zu ermöglichen, wenn ihre Krankheit nicht abwendbar oder heilbar ist.

Wenn alle Mesotheliom-Patienten wenigstens so lange leben könnten wie Jon Matthews, wäre schon einiges gewonnen. Am schönsten wäre es allerdings, wenn unsere Forschung eines Tages Wege aufzeigt, wie die Erkrankung ganz besiegt werden kann.

Mit den besten Grüßen  
Ihr



Dr. Joachim Breuer  
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung



Foto: DGUV

› Editorial/Inhalt ›››	2 – 3
› Aktuelles ›››	4 – 7
› Titelthema ›››	8 – 25
Berufskrankheiten	8
<b>Qualitätssicherung im Berufskrankheiten-Verfahren</b> <i>Martin Butz</i>	
„Falkensteiner Empfehlung“	13
<b>Neues Kapitel in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten</b> <i>Melanie Duell, Heinz Otten</i>	
Muskel-Skelett-Erkrankungen	18
<b>Stand der wissenschaftlichen Ermittlung</b> <i>Fred-Dieter Zagrodnik</i>	
Interview	21
<b>Mehr Gerechtigkeit und Qualität durch gebündelte Forschung</b> <i>Joachim Breuer, Andrea Tannapfel</i>	
› Prävention ›››	26 – 33
Demographische Entwicklung	26
<b>Den Wandel strategisch gestalten</b> <i>Edith Perlebach</i>	
Zwischenbilanz der Präventionskampagne	32
<b>„Risiko raus!“ in den Köpfen – Kampagnenaktivitäten und Medienresonanz 2010</b> <i>Anna-Maria Hessenmöller, Christine Nitzsche, Simon Renner, Esin Taşkan-Karamürsel</i>	
› Unfallversicherung ›››	34 – 40
Übergangsgeld	34
<b>Eine einheitliche Leistung der Rehabilitationsträger?</b> <i>Christine Adelberg, Andreas Köllner</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42







Foto: BGHM

Begrüßten als neue Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft Holz und Metall ihre Beschäftigten (v.l.n.r.): Dr. Wolfgang Römer, Dr. Albert Platz und Michael Schmitz. Die Live-Übertragung moderierte Ulrike von der Groeben (r.).

## Live-Übertragung gibt Startschuss für neue Berufsgenossenschaft

Die neue Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) will mit modernsten Mitteln die Kommunikation unter den nun 32 Standorten sichern. Symbolisch dafür hat zu Beginn dieses Jahres eine bundesweite Live-Übertragung via Satellit und Internet mit der RTL-Moderatorin Ulrike von der Groeben den Auftakt gegeben.

Über Mikrofone, Kameras sowie den MS Office Communicator waren die Beschäftigten der ehemaligen Holz- und Metallberufsgenossenschaften direkt verbunden

mit den Mitgliedern ihrer neuen Geschäftsführung: Dr. Albert Platz, Dr. Wolfgang Römer und Michael Schmitz.

Nachdem die BGHM zum 1. Januar 2011 durch Fusion entstanden ist, hieß die neue Geschäftsführung gemeinsam mit Ulrike von der Groeben alle Angestellten in ihrer neuen Arbeitgeberorganisation willkommen. „Wir rufen Sie auf, die neue Berufsgenossenschaft mitzugestalten“, begrüßte Dr. Platz als Vorsitzender der Geschäftsführung die Beschäftigten. Zahlreiche Mitar-

beiter und Mitarbeiterinnen der BGHM nutzten die Gelegenheit, Fragen und Anregungen zur gemeinsamen Zukunft anzubringen. Online gestellte Fragen, die in der zweistündigen Veranstaltung offen blieben, beantwortete die Geschäftsführung im Intranet der BGHM. Der Vorsitzende der Geschäftsführung betonte, die Berufsgenossenschaft Holz und Metall müsse als kundenorientierter Dienstleister allein ihrer Größe wegen neue Kommunikationswege beschreiten. Ziel sei es, dauerhaft zusammenzuwachsen.

## Herbert-Lauterbach-Preis 2011

Herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Unfallmedizin würdigt der Herbert-Lauterbach-Preis. Bewerbungen können bis zum 30. April 2011 bei der Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken (VBGK) eingereicht werden. Als Preisgeld winken den erfolgreichen Wissenschaftlern

7.500 Euro. Bedingung ist jedoch, dass die eingereichte Arbeit noch keinen anderen Preis erhalten hat. Sie darf aber bereits im vergangenen Jahr veröffentlicht worden sein. Zuletzt ging der Herbert-Lauterbach-Preis an Dr. Goetz A. Giessler von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau. Der Leiter der Ab-

teilung Plastische, Hand- und Rekonstruktive Mikrochirurgie erhielt den Preis für seine Forschungen zur Transplantation von Knochengewebe.

! [www.bg-kliniken.de](http://www.bg-kliniken.de)

## Auftakt für Programm „GDA-Schulen“

Kinder sollen künftig von klein auf mit den Themen Gesundheitsschutz und Sicherheit vertraut gemacht werden. Ziel ist es, damit den Grundstein für ein ausgeprägtes Bewusstsein für diese Themen im Erwachsenenalter zu legen und die Unfallzahlen zu senken. Dazu stellen Vertreter von Unfallversicherungsträgern, Sozialministerien und Kultusministerien der Länder im Januar in Erfurt erste Inhalte des Arbeitsprogramms zur „Sensibilisierung für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Schulen“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA-Schulen) vor.

Allen Aktivitäten voraus gehen stets Spitzengespräche zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der DGUV und der Kultusministerkonferenz.

Aufbauend darauf können die einzelnen Bundesländer ihren eigenen Weg zur Umsetzung des Arbeitsprogramms entwickeln. Regionale „runde Tische“ sollen dann die Probleme benennen und sie gemeinsam mit Verantwortlichen und Partnern lösen. Ein Beispiel dafür ist das Problemfeld Lärm. Aber auch eine Sensibilisierung für die Themen Gefahrstoffe und Biostoffe ist angedacht.

Auf der Ebene vor Ort sind dann fachliche und pädagogische Konzepte gefragt, die über die Schulleiter die Lehrkräfte und Schüler erreichen und Einfluss auf ihr Verhalten nehmen. Geeignete Materialien wird das Projekt GDA-Schulen zur Verfügung stellen.



! [www.gda-schulen.de](http://www.gda-schulen.de)

## BG Klinik Ludwigshafen erhält Qualitätssiegel

Bereits zum zweiten Mal, nach dem Jahr 2005, hat die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen das Qualitätssiegel der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“

(KTQ) erhalten. Damit werden Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen ausgezeichnet – wie zum Beispiel Krankenhäuser –, die ihr Streben nach der besten Qualität aller Leistungen für die Öffent-

lichkeit transparent und nachvollziehbar darstellen.

„Wir sind stolz, dass wir bei der Prüfung ein überdurchschnittliches Ergebnis erreicht haben“, meint Bernward Schröter, Kaufmännischer Direktor der BG Klinik. Im Fokus der Prüfer standen nicht nur medizinische Qualitätsstandards, sondern vielmehr die gesamten Abläufe innerhalb der Klinik, etwa die Patientenorientierung oder Informationswege und -systeme.

Die KTQ ist eine Initiative von Qualitätssicherungsexperten aller Partner im Gesundheitswesen und hat das Ziel, für Patienten eine optimale Betreuung bei größtmöglicher Transparenz zu gewährleisten. Das Qualitätssiegel ist drei Jahre gültig.



! [www.bgu-ludwigshafen.de](http://www.bgu-ludwigshafen.de) > News & Events  
[www.ktq.de](http://www.ktq.de)

### Richtigstellung

In der letzten Ausgabe 1/2 2011 ist uns ein Fehler unterlaufen. Die zweite Zwischenüberschrift auf Seite 14 „Kern der Reform: Regelbetreuung der Betriebe bis 10 Beschäftigte“ ist inhaltlich falsch. Richtig hätte es heißen müssen: „Kern der Reform: Regelbetreuung der Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten“. *Redaktion*

## DGUV Test vergibt Zertifikat „Geprüftes Blended-Learning-Programm im Arbeitsschutz“

Das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) hat die interaktive Unterweisung „Ladungssicherung“ des Universum Verlags zertifiziert. Damit wurde erstmals ein elektronisches Hilfsmittel zur Unterweisung als „Geprüftes Blended-Learning-Programm im Arbeitsschutz“ ausgezeichnet.

Bei diesem Lernverfahren macht sich ein Arbeitnehmer mit den Präventionsgrundlagen an seinem Arbeitsplatz zunächst am Computer vertraut. Anschließend erfolgt eine mündliche Unterweisung durch den Vorgesetzten. So ist ein gleichbleibend hohes Niveau der Grundlagenvermittlung sichergestellt. Das elektronische Lernprogramm ist dabei methodisch und didaktisch so konzipiert, dass es in ein „Blended-Learning-Szenario“ eingebettet werden kann. Diese Anforderung ist zentraler Bestandteil des von E-Learning-Experten des IAG und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger entwickelten Prüf- und Zertifizierungsverfahrens.



Foto: IAG /Stephan Floß

Dr. Ulrich Winterfeld (rechts), Leiter der Prüf- und Zertifizierungsstelle für Blended-Learning-Programme im Arbeitsschutz, übergibt das Zertifikat für das Modul „Ladungssicherung“ an Frank-Ivo Lube, Geschäftsführer vom Universum Verlag.

! [www.dguv.de/iag](http://www.dguv.de/iag) > Webcode: d97682  
[www.unterweisungs-manager.de](http://www.unterweisungs-manager.de)

Das nun zertifizierte Lernprogramm vermittelt grundlegendes Wissen im Bereich der Ladungs- und Frachtsicherung für Lkws und andere Transportfahrzeuge. Damit unterstützt es die Aktivitäten der Präventionskampagne „Risiko raus!“ der DGUV.



### 10 Jahre Fachkonferenz: Die Zukunft der Arbeit

Wie können Fach- und Führungskräfte die gestiegenen Anforderungen der modernen Arbeitswelt am besten bewältigen? Mit dieser Frage beschäftigt sich die Fachkonferenz „Die Zukunft der Arbeit“ am 28. und 29. April 2011 im Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) in Dresden. Dabei erörtern Fachleute und Teilnehmer, welche Faktoren des Berufslebens zur Selbstverwirklichung beitragen und welche zu einer Überforderung und schließlich einem Burn-out führen können.

Anhand von Beispielen und Erfahrungen aus der Praxis soll dargestellt werden, wie die psychische Fehlbeanspruchung verringert werden kann und was jeder Einzelne tun kann, um ihr

vorzubeugen. Ziel ist es, aufzuzeigen, worin das Geheimnis des persönlichen Glücks liegt und warum Stress und Burn-out zu nachlassender Produktivität im Unternehmen führen.

Die Konferenz richtet sich an Führungskräfte aus Wirtschaft und Verwaltung, Mitarbeiter von Unfallversicherungsträgern und Weiterbildungsinstitutionen, Vertreter von Krankenkassen, Verbänden, Handwerkskammern und Industrie- und Handelskammern sowie Experten und Betriebs- und Personalräte.

! Weitere Informationen und Anmeldung:  
[www.dguv.de/iag](http://www.dguv.de/iag) > Webcode: d110272



## Kongress: Lehren ziehen aus der Loveparade-Tragödie

Wie werden Großveranstaltungen optimal vorbereitet? Wie lassen sich Gefahren erkennen und abwehren? Wie im Notfall reagieren? – Diesen Fragen geht am 7. April 2011 ein Kongress des Instituts für Versicherungsmedizin und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main in der Goethe-Universität nach.

Ausgangspunkt und Anlass für eine Rückschau ist die Tragödie der Loveparade in Duisburg vom 24. Juli 2010. Sie hat auf dramatische Weise die Bedeutung der sorgfältigen Vorbereitung von Veranstaltungen mit vielen Teilnehmern noch einmal unterstrichen. Auf Basis der Rückschau präsentieren Referenten aus der Kommunalpolitik, Mediziner und Polizeiexperten ihre Erfahrungen, Einschätzungen und Vorgehensweisen. Des Weiteren wird es um Fragen der Versicherbarkeit von Großveranstaltungen gehen.

Zielgruppe für den Kongress sind alle an Großveranstaltungen beteiligten Personen: Veranstalter, Mitarbeiter in kommunalen und staatlichen Einrichtungen, Krankenhäusern und Rettungsdiensten, Institutionen des Bevölkerungs- und Katastrophenschutzes sowie Vertreter von Haftpflicht- und Sozialversicherungen.



Informationen und Anmeldung unter: [www.ivm-med.de](http://www.ivm-med.de)

## Konzept für papierlose Gewerbemeldungen vorgestellt

Die DGUV wird noch in diesem Jahr ein Pilotprojekt zum medienbruchfreien Empfang von Gewerbemeldungen starten. Darauf einigten sich am 19. Januar Vertreter der DGUV sowie der Wirtschaftsressorts aus 14 Bundesländern. Die Initiative basiert auf einem Konzept der DGUV.

Bei dem medienbruchfreien Empfang handelt es sich um ein rein elektronisches Verfahren, das es den Gewerbebehörden der Länder künftig erlauben soll, die etwa 1,7 Millionen jährlich anfallenden Gewerbemeldungen an die Unfallversicherung online zu übermitteln. Dieser Weg hätte den Vorteil, effizienter und kostengünstiger zu sein. Der bürokratische und technische Aufwand für die Länderbehörden würde sich erheblich reduzieren. Auch die DGUV und ihre Mitglieder würden davon profitieren.

Mit den bald in mehreren Bundesländern startenden Pilotprojekten soll nun überprüft werden, ob das Konzept Modellcharakter haben kann. Ist es erfolgreich, könnte das Verfahren bereits im kommenden Jahr bundesweit angeboten werden.

Die medienbruchfreie Datenübermittlung ist im Übrigen auch ein zentraler Bestandteil des Programms „Einheitlicher Ansprechpartner“ für Existenzgründer. Ziel ist eine umfassende elektronische Kommunikation zwischen Existenzgründern, Behörden und anderen betroffenen Einrichtungen, um (Melde-) Prozesse zu vereinfachen und zu verkürzen.

## Neue Rolle von Normen: Podiumsdiskussion

Der Wandel in der Normung ist am 31. März 2011 Thema einer Podiumsdiskussion in Berlin. Unter dem Titel „Von DIN A4 zur Sozialen Verantwortung – Paradigmenwechsel in der Normung?“ diskutieren namhafte Vertreter der Europäischen Kommission, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, des Deutschen Instituts für Normung sowie der Kommission Arbeitsschutz und Normung über die neue Rolle von Normen in Wirtschaft und Gesellschaft.

Normen beschäftigen seit einiger Zeit nicht mehr nur Fachleute in der Industrie. Auch die soziale Verantwortung von Organisationen, der Bereich psychische Beanspru-

chungen bei der Arbeit oder Standards bei der Erbringung von Dienstleistungen sind inzwischen mit Normen verknüpft. Unlängst hat auch die EU-Kommission das Thema auf die Tagesordnung gesetzt: Sie überprüft derzeit das europäische Normungssystem, das nach ihren Vorstellungen künftig besser auf Innovationen reagieren und die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen unterstützen soll.

Veranstalter der Podiumsdiskussion ist die Kommission Arbeitsschutz und Normung. Sie wird unterstützt durch das Netzwerk Europäische Bewegung Deutschland sowie die DGUV. Der Besuch der Veranstaltung ist kostenlos.



Quelle: KAN



Weitere Informationen und Anmeldung unter: [www.europaeische-bewegung.de/aktuelles/unsere-termine/anmeldungen/normung](http://www.europaeische-bewegung.de/aktuelles/unsere-termine/anmeldungen/normung)

Berufskrankheiten

# Qualitätssicherung im Berufskrankheiten-Verfahren

Die gesetzliche Unfallversicherung blickt auf zehn Jahre Qualitätssicherung im Berufskrankheiten-Verfahren zurück. Das zugrunde liegende Konzept hat sich bewährt, auch wenn es noch Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten gibt.





## Eine Gemeinschaftsaufgabe

2001 vereinbarten die gewerblichen Berufsgenossenschaften ein Qualitätssicherungskonzept, das Hinweise zur Verbesserung der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität der Berufskrankheiten-Verfahren (BK-Verfahren) enthält. Die Berufsgenossenschaften haben – seit 2007 gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand – viele dieser Hinweise aufgegriffen und umgesetzt. Hierüber wird regelmäßig bei den BK-Qualitätssicherungstagen in Dresden seitens der Fachgremien und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) berichtet und es werden gemeinsam mit der Führungsebene der Unfallversicherungsträger die weiteren Schritte besprochen. Die nächsten Qualitätssicherungstage finden im November 2011 statt.

## Die Messparameter

Zu den Besonderheiten des Qualitätssicherungskonzepts gehört die Maßgabe, wichtige Aspekte zur Beurteilung der Qualität über eine zentral geführte Statistik, die Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK), abzubilden und über einen Vergleich der BK-Verfahren der Unfallversicherungsträger Anreize zu einer Weiterentwicklung zu geben. Zu diesen Messparametern gehören vor allem

- die Laufzeit der BK-Verfahren
- die Maßnahmen der Individualprävention
- der Ausgang der Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren (SG-Verfahren)
- die Aufwendungen im Rahmen der Rehabilitation.

Andere Parameter, die nicht von allen Unfallversicherungsträgern geführt werden, konnten nur punktuell verwendet werden und entfalten deshalb auch nur eine geringere Wirkung. Im Folgenden wird anhand der Messparameter der Stand im Jahr 2010 dargestellt und kommentiert.

## Laufzeit der BK-Verfahren

Im Qualitätssicherungskonzept werden als Ziele die Verwirklichung des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherung sowie die Kundenorientierung und die Wirtschaftlichkeit der BK-Verfahren definiert. Der Messparameter „Laufzeit“ betrifft diese drei Aspekte gemeinsam.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Laufzeit der BK-Verfahren seit 2001. Dargestellt sind die mittleren Laufzeiten aller Berufskrankheiten zusammen genommen sowie für einige Berufskrankheiten gesondert. Insgesamt hat sich die Laufzeit der BK-Verfahren in etwa halbiert, 2009 lag sie bei knapp sechs Monaten.

Abhängig ist die Laufzeit von den Belangen der jeweiligen Berufskrankheit, also vom Ermittlungsaufwand, von der Notwendigkeit und der Komplexität der Begutachtung sowie von der Verfügbarkeit von Gutachtern. Allerdings zeigt sich am Beispiel der Asbest-Berufskrankheiten, dass darüber hinaus auch besondere Anstrengungen zu Zeitgewinn führen können. Insbesondere die Einführung eines Krebs-Sonderbeauftragten, der unmittelbar nach Eingang der BK-Anzeige den Erkrankten aufsucht und im persönlichen Gespräch auch die für die Ermittlung relevanten Fragen aufgreift, hat bei den BK 4104 und BK 4105 sehr schnell zu einer Reduzierung der Verfahrensdauer geführt.

Neben den BK-bezogenen Besonderheiten spielen für die Laufzeit spezielle Gegebenheiten der einzelnen Unfallversicherungsträger eine Rolle. So wirkt es sich auf die mittlere Dauer der Verfahren aus, ob die Ermittlung zum Beispiel der Lärmeinwirkung zumindest teilweise über Lärmkataster ablaufen kann und damit nicht in allen Fällen eine Ermittlung vor Ort erforderlich ist. Es wirkt sich ebenso aus, ob in jedem Fall eine Begutachtung vorgenommen wird, selbst dann, wenn über in der Unfallversicherung akzeptierte Workflows Regeln bestehen, die eine Stufung rechtssicher ermöglichen würden. ▶

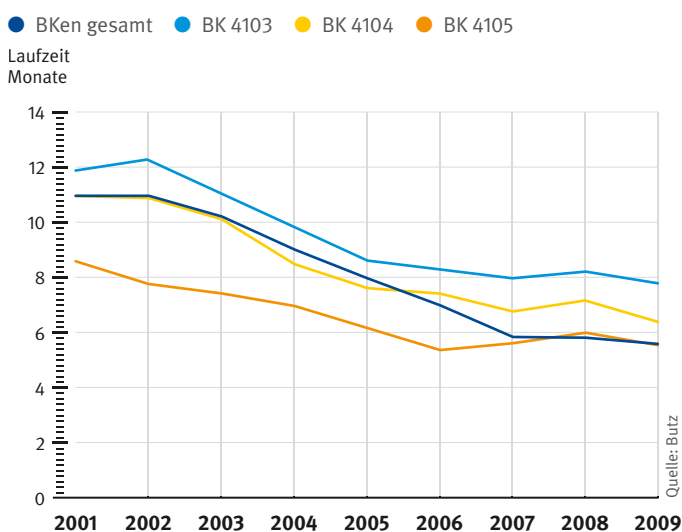


Abbildung 1: Laufzeit der BK-Verfahren (gewerbliche Berufsgenossenschaften, ab 2007 auch UV-Träger der öffentlichen Hand)

„Im Qualitätssicherungskonzept werden als Ziele die Verwirklichung des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherung sowie die Kundenorientierung und die Wirtschaftlichkeit der BK-Verfahren definiert. Der Messparameter ‚Laufzeit‘ betrifft diese drei Aspekte gemeinsam.“

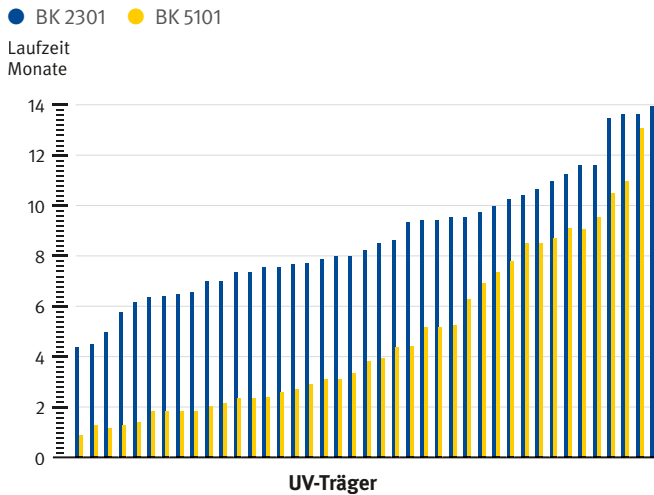


Abbildung 2: Mittlere Laufzeit der BK-Verfahren 2009 nach UV-Träger

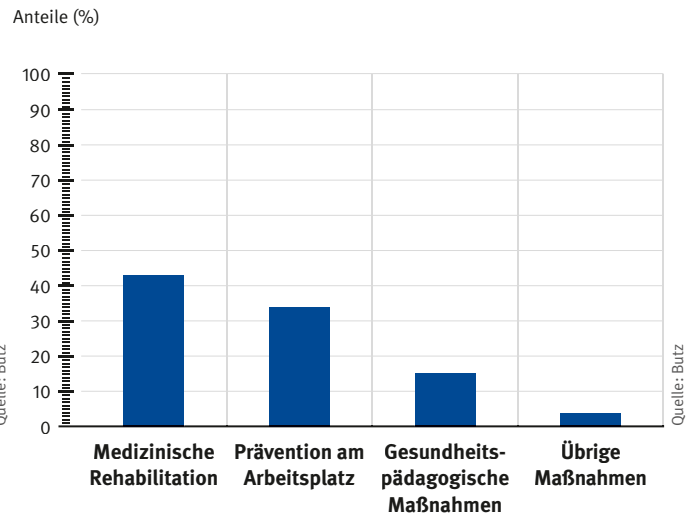


Abbildung 3: Individualprävention 2009 nach Art der Maßnahmen bei BK 5101

Abbildung 2 zeigt für 2009 die Bandbreite der mittleren Verfahrensdauer bei BK 2301 „Lärmschwerhörigkeit“ und BK 5101 „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“. Für beide Berufskrankheiten haben die Unfallversicherungsträger Prozessbeschreibungen abgestimmt, die ein einheitliches Vorgehen ermöglichen und bei denen im Mittel kurze Verfahrensdauern das Ergebnis sind, so dass unter Beachtung der Prozessbeschreibung mehr Einheitlichkeit erwartet werden könnte.

Unter der Prämisse eines sachlich richtigen, schnellen und am Bedarf des Erkrankten orientierten BK-Verfahrens als übergeordnetes Qualitätssicherungsziel haben die gemeinsamen Gremien der Unfallversicherungsträger analysiert, welche Zielwerte für die Verfahrensdauer erreichbar und mit den Zielen der Qualitätssicherung verträglich sind. Daraus ergab sich als Vorgabe, dass BK-Verfahren in der Regel

- innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden können und
- eine Dauer von im Mittel neun Monaten erreichbar ist.

Diese Vorgaben lassen im Einzelfall Raum für weitgehende Ermittlungen der Arbeitsanamnese und eine intensive Begutachtung. Sie ermöglichen somit eine sachlich richtige Entscheidung. Zur Umsetzung der Zielwerte bedarf es einer mehrjährigen Übergangsphase, in der der Unfallversicherungsträger seine Prozesse untersuchen und seine Elemente der Fallsteuerung justieren muss. Ab dem Berichtsjahr 2012 ist mit einer weitgehenden Annäherung an die Zielwerte zu rechnen.

Als Handlungsanleitung für die Betrachtung der Prozesse wurde auch eine Strategie für die Fallsteuerung mitgegeben, die sich bereits bewährt hat:

- Es werden verbindliche Vorgaben für die Laufzeit der BK-Verfahren gemacht.
- Der Umsetzungsstand der Vorgaben wird regelmäßig, mindestens vierteljährlich überprüft.
- Überschreitet ein Fall die Vorgaben, sind die Vorgesetzten gehalten, gemeinsam mit dem Sachbearbeiter die Bearbeitung zu beschleunigen.
- Die Verantwortung für die Einhaltung des Zeitziels tragen der Sachbearbeiter und seine Vorgesetzten gemeinsam.

Daneben haben die Fachgremien gemeinsam mit der DGUV die Aufgabe,

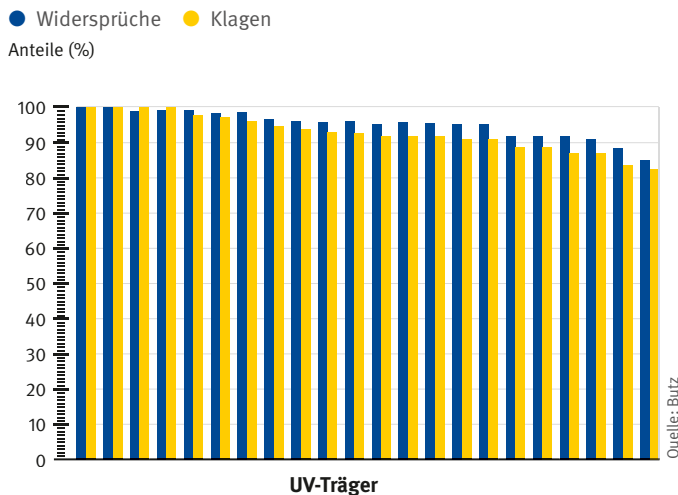
Prozessbeschreibungen (Workflows) zu entwickeln und zum Beispiel Begutachtungsempfehlungen zu erarbeiten, um auch strukturell eine Basis zu schaffen, in die die Bearbeitung des konkreten Falles eingebettet ist.

### Maßnahmen der Individualprävention

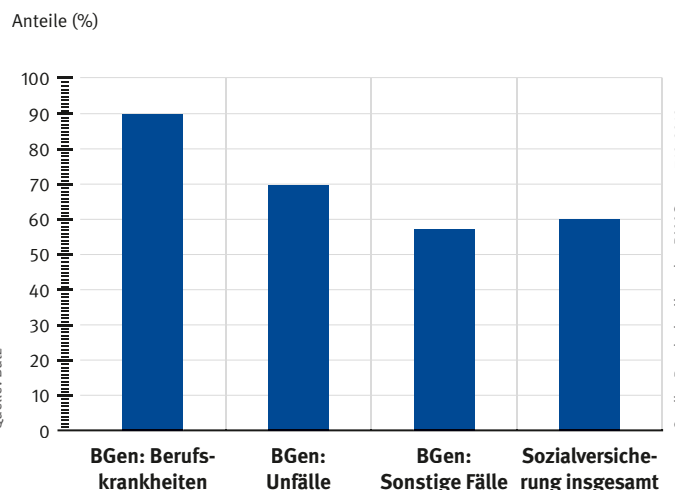
Im Qualitätssicherungskonzept werden als Ziele die Erhaltung der Gesundheit des Versicherten, die Erhaltung des Arbeitsplatzes und die Wirtschaftlichkeit genannt, deren Erreichung der Messparameter „Maßnahmen der Individualprävention“ bemisst. Maßnahmen der Individualprävention nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) betreffen aus dem gesamten Spektrum der Berufskrankheiten derzeit vor allem die Hautkrankheiten, die obstruktiven Atemwegserkrankungen und die Wirbelsäulen-Berufskrankheiten.

Wie schon bei der Laufzeit der Verfahren findet sich auch bei der Individualprävention ein breites Spektrum hinsichtlich des Anteils der Fälle mit solchen Maßnahmen sowie hinsichtlich der Art dieser Maßnahmen. Derzeit wird analysiert, ob nicht zumindest für die BK 5101 ein Zielwert für den Anteil der Fälle mit Maßnahmen nach § 3 BKV an den Verdachtsanzeigen bestimmt werden kann, wobei eine gleichge-





**Abbildung 4:** Erfolgsquoten der gewerblichen Berufsgenossenschaften bei Widersprüchen und Sozialgerichtsklagen 2009 hinsichtlich BK-Verfahren



**Abbildung 5:** Erfolgsquoten der Sozialversicherungsträger 2009 bei Widersprüchen

Quelle: Rundschreiben des BMAS vom 7.10.2010: Statistik der Widerspruchsverfahren, Berichtsjahr 2009, sowie zusätzliche Erhebungen der gewerblichen BGen

wichtige Verteilung auf medizinische und technische/organisatorische Maßnahmen anzustreben ist. Die Basis für diese Überlegungen stellt die Prozessbeschreibung für die BK 5101, das Verfahren Haut, dar.

Abbildung 3 zeigt für die BK 5101 die Individualprävention nach Art der Maßnahmen im Jahr 2009 über alle Unfallversicherungsträger hinweg.

**Widerspruchs-/Klageverfahren**

Das Qualitätssicherungskonzept nennt als Ziel die Sicherstellung der rechtlichen Korrektheit des Verwaltungshandelns. Die Zielerreichung soll über den Messparameter Quote der Fälle bemessen werden, bei denen das Widerspruchs-/Klageverfahren zugunsten der Verwaltung ausgegangen ist.

In der Sozialversicherung gehören die jährliche Übermittlung der Zahl der Widersprüche und deren Erledigung zu den Pflichtstatistiken, die an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zu liefern sind. Die Unfallversicherung hat diese Erhebung insoweit ergänzt, als sie die Widersprüche, die sich auf Berufskrankheiten beziehen, gesondert erhebt. Hintergrund für diese Differenzierung waren die häufigen Nachfragen aus den Bereichen Medien und Politik. Aus dem gleichen Grund haben die Unfallversicherungsträger eine

ähnlich gehaltene Erhebung der Klageverfahren eingeführt, aus der sich ergibt, ob der Bescheid des Unfallversicherungsträgers Bestand hatte oder aber korrigiert wurde.

Die Ergebnisse beider Erhebungen zeigt **Abbildung 4**. Auch wenn es Unterschiede bei den Unfallversicherungsträgern gibt: Zu einem sehr hohen Prozentsatz werden die Entscheidungen der Unfallversicherungsträger sowohl im Widerspruchs- als auch im SG-Verfahren bestätigt. Als Vergleich kann hier ein Blick auf andere Aufgabengebiete der Unfallversicherung sowie auf die Sozialversicherung insgesamt geworfen werden. Der dortige Verfahrensausgang findet sich in **Abbildung 5**.

Obwohl die Ergebnisse für die Unfallversicherung als sehr befriedigend zu werten sind, gibt es interne Kritik an der Bewertung der Rechtmäßigkeit von Entscheidungen allein über diese Erhebung. Sie sei nicht differenziert genug. Vermisst werden vor allem die Zuordnung zur BK-Nummer sowie die Möglichkeit, Schwerpunkte der fehlenden Akzeptanz der Entscheidungen durch die Versicherten zu erkennen.

**Aufwendungen für die Rehabilitation**

Wie schon beim Messparameter Individualprävention stehen auch beim

Messparameter „Aufwendungen für die Rehabilitation“ als Ziele die Erhaltung der Gesundheit des Versicherten, die Erhaltung des Arbeitsplatzes und die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund.

Aus den Aufwendungen der Unfallversicherungsträger für die Rehabilitation, die fallbezogen über die BK-DOK abgefragt wird, lässt sich ermitteln, welche Leistungen anfallen. **Tabelle 1** (Seite 12) zeigt für 2009 eine solche Aufstellung für die häufigeren Berufskrankheiten. Dabei werden die Aufwendungen der „Anfangs-Reha“ ausgewiesen, die bis zur Bestätigung der Berufskrankheit und darüber hinaus bis zum Ende des darauf folgenden Kalenderjahres angefallen sind. Auch wenn diese zeitliche Zuordnung nicht ganz scharf ist, so ergibt sich doch eine Orientierung für die Größenordnung der Ausgaben, so dass Unfallversicherungsträger mit abweichenden Ergebnissen ihr Vorgehen hinterfragen können. Hilfreich sind dabei die strukturellen Angaben zu den Anteilen der Fälle mit Maßnahmen beziehungsweise der Rentenfälle, wobei es das vorrangige Ziel ist, im Interesse der Versicherten durch Rehabilitationsmaßnahmen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit auch den Anteil der neuen BK-Renten zu minimieren. ▶

**Ausblick**

Die Unfallversicherung verfolgt seit zehn Jahren eine Qualitätssicherung im BK-Verfahren, die als Erfolgsmodell gilt. Aus den Ausführungen wird aber auch deutlich, dass weiterhin Entwicklungspotenzial besteht, das angesichts des nunmehr geltenden Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes (UVMG) mit besonde-

rer Intensität aufgegriffen werden wird. Welchen Weg die Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Qualitätsaspekt Kundenorientierung gehen wird, ist derzeit noch offen. Es wird darüber nachgedacht, Aspekte der Kundenzufriedenheit unmittelbar bei den Versicherten abzufragen und auf diese Weise Impulse für die

Unfallversicherungsträger als Dienstleister im Sinne des SGB IX zu gewinnen. ●

**Autor**

**Dr. Martin Butz,**

Leiter des Referats Berufskrankheiten – Statistik, Direktionsbüro, DGUV  
E-Mail: martin.butz@dguv.de

**Tabelle 1:** Kosten der (Anfangs-)Rehabilitation für häufigere Berufskrankheiten

Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) – Gewerbliche BGen*							
BK-Nr.	Bestätigte Fälle	darunter: Reha-Leistungsfälle	Reha-Kosten pro Reha-Leistungsfall	Anteil der Reha-Leistungsfälle an bestätigten Fällen	Zahl der neuen BK-Renten	Anteil der neuen BK-Renten an bestätigten Fällen	Anzahl der Fälle mit Leistungen zur Teilhabe
1201 Kohlenmonoxid	63	46	701,9	73,0	0	0	0
1301 Aromatische Amine	109	101	17.742,7	92,7	99	90,8	0
1303 Benzol	100	80	63.786,1	80,0	93	93,0	2
1315 Isocyanate	35	31	26.551,9	88,6	14	40,0	22
2102 Meniskusschäden	202	158	10.843,2	78,2	66	32,7	8
2103 Vibration (Druckluftwerkzeuge)	90	52	18.834,3	57,8	61	67,8	12
2105 Schleimbeutel	117	93	6.472,6	79,5	2	1,7	5
2108 Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen	404	312	23.383,3	77,2	145	35,9	117
2301 Lärm	4.796	1.514	1.644,6	31,6	362	7,5	4
2402 Ionisierende Strahlen	117	106	28.727,9	90,6	113	96,6	0
3101 Infektionskrankheiten	356	161	11.393,8	45,2	70	19,7	5
3102 Zoonosen	65	39	4.042,2	60,0	5	7,7	0
3104 Tropenkrankheiten	131	107	2.577,0	81,7	3	2,3	0
4101 Silikose	551	262	7.827,1	47,5	270	49,0	4
4103 Asbestose	1.843	754	4.074,2	40,9	401	21,8	25
4104 Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest	724	653	29.654,3	90,2	699	96,5	7
4105 Mesotheliom, Asbest	898	831	31.370,8	92,5	877	97,7	11
4111 Bronchitis/Emphysem der Bergleute	332	229	7.592,9	69,0	282	84,9	0
4112 Lungenkrebs, Quarz	42	33	20.806,9	78,6	33	78,6	1
4203 Holzstaub	33	30	30.951,1	90,9	30	90,9	1
4301 Atemwegserkrankung allergisch	612	453	20.119,5	74,0	84	13,7	292
4302 Atemwegserkrankung toxisch	150	117	18.096,1	78,0	82	54,7	44
5101 Hautkrankheiten	9.809	6.268	3.911,9	63,9	181	1,8	757
§9 Abs. 2 SGB VII	110	71	21.989,0	64,5	83	75,5	4
<b>BKen insgesamt</b>	<b>21.896</b>	<b>12.657</b>	<b>9.525,0</b>	<b>57,8</b>	<b>4.184</b>	<b>19,1</b>	<b>1.343</b>

\* Messparameter Leistungskosten: Kosten der Rehabilitation (Kontenklasse 4 insgesamt) bis Ende 2009 für Fälle mit bestätigtem BK-Verdacht im Jahr 2008





„Falkensteiner Empfehlung“

## Neues Kapitel in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten

Die seit langem erwartete Empfehlung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten ist erschienen. Zum ersten Mal werden die medizinischen und rechtlichen Grundlagen der Begutachtung in einer Publikation, der „Falkensteiner Empfehlung“, umfassend dargestellt.

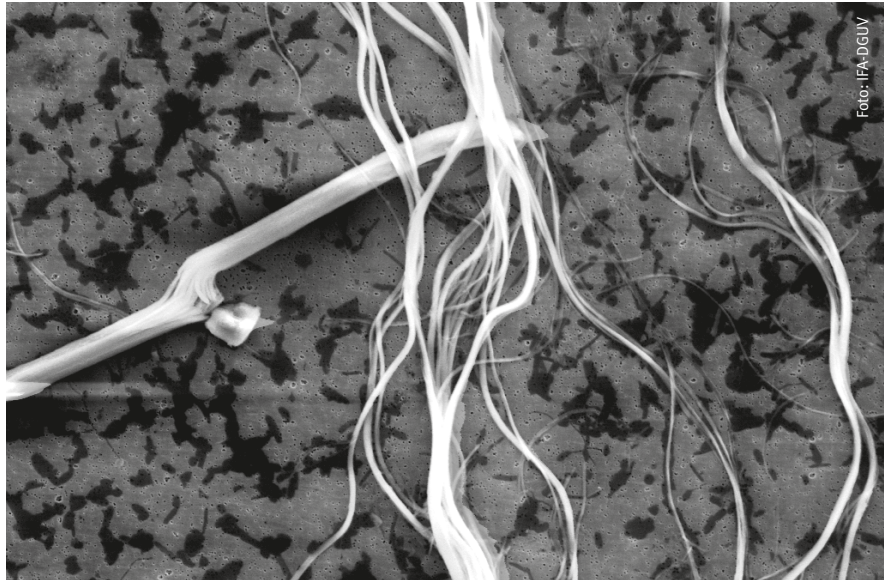
Im Oktober 2010 war die Empfehlung zur Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten (BK) in der Berufsgenossenschaftlichen Klinik für Berufskrankheiten in Falkenstein vorgestellt und mit Fachleuten verschiedener Disziplinen diskutiert worden. Nachdem die Vorstände der mitwirkenden sieben medizinischen Fachgesellschaften zur Jahreswende 2010/2011 dieser „Falkensteiner Empfehlung“ zugestimmt haben, wird nun ein neu-

es Kapitel in der Begutachtung von asbestbedingten Erkrankungen aufgeschlagen. Entscheidungen über die Anerkennung asbestbedingter Berufskrankheiten können künftig wesentlich besser nach einheitlichen Kriterien getroffen und nachvollzogen werden. Dies ist insbesondere von Bedeutung, da die Zahl der durch beruflichen Asbestkontakt verursachten Erkrankungen auch in den nächsten Jahren keineswegs spürbar zurückgehen dürfte.

### Hintergrund

Erkrankungen, die auf beruflichen Asbestkontakt zurückgeführt werden, stellen mit 14,1 Prozent aller Anzeigen und 24,1 Prozent aller Anerkennungen im Jahre 2009 (Quelle: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – SuGA – 2009) immer noch einen erheblichen Anteil am gesamten Berufskrankheitengeschehen dar, auch wenn Herstellung und Verwendung von Asbest in Deutschland schon seit 1993 verboten sind. ▶

„Entscheidungen über die Anerkennung asbestbedingter Berufskrankheiten können künftig wesentlich besser nach einheitlichen Kriterien getroffen und nachvollzogen werden.“



**Abbildung 1:** Chrysotilfaserbündel (Weißasbest) im Rasterelektronenmikroskop. Die dünnsten auf dem Bild erkennbaren Fasern haben einen Durchmesser von 0,2 µm.

Dies erklärt sich aus der weithin bekannten Tatsache, dass zwischen dem Erstkontakt mit Asbest und einer möglichen Erkrankung in der Regel mehrere Jahrzehnte liegen können. Die aktuelle Liste der Berufskrankheiten erfasst in vier Tatbeständen das Erkrankungsgeschehen infolge von Asbestkontakt:

- Asbestose oder Erkrankung der Pleura (BK-Nr. 4103)
- Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
- Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Herzbeutels (BK-Nr. 4105)
- Lungenkrebs nach Einwirkung von Asbest und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) (BK-Nr. 4114).

Schon seit mehreren Jahren waren die gesetzliche Unfallversicherung und die medizinische Wissenschaft bemüht, Empfehlungen für die Begutachtung dieser Erkrankungen zu erarbeiten, um eine wissenschaftlich fundierte Gleichbehandlung der Versicherten in entsprechenden Feststellungsverfahren zu erreichen. Die Experten waren jedoch hinsichtlich der Schlussfolgerungen aus den vorliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen unterschiedlicher Meinung. Dies betraf wichtige Punkte, insbesondere die Fragen, wann die Erkrankungen ein-

deutig auf die beruflichen Asbestexpositionen zurückgeführt beziehungsweise welche gesundheitlichen Folgen dieser Erkrankungen der Berufskrankheit zugeordnet werden können.

Nach einem daraus resultierenden vorübergehenden Stillstand nahmen sich die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) einerseits sowie die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) andererseits im Jahr 2008 der Fragestellung nochmals konzentriert an. Sie erarbeiteten gemeinsam mit Vertretern weiterer medizinischer Fachgesellschaften nach umfangreichen Auswertungen der Literatur und intensiven Diskussionen einen Konsens, der nunmehr als Empfehlung zur Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – „Falkensteiner Empfehlung“ (DGUV 2011) – publiziert wurde.

Die medizinischen Feststellungen fanden darüber hinaus ihren Niederschlag in der S2-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“, die nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet und im Januar 2011 veröffentlicht wurde.

### Zwei Papiere – ein Inhalt?

Dass damit nun zwei Papiere zur Thematik vorliegen, mag den einen oder anderen Leser verwirren und vielleicht auch nach dem Primat fragen lassen. Die Antwort darauf ist jedoch einfach: Die Inhalte sind im Kern identisch – nicht selten wortgleich –, die Schwerpunkte und der Aufbau der Publikationen aber jeweils etwas anders ausgerichtet.

Die „Falkensteiner Empfehlung“ richtet sich an den medizinischen Sachverständigen (Gutachter), der prüfen muss, ob eine asbestbedingte Berufskrankheit vorliegt und ob und in welchem Ausmaß es durch deren Folgen zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) gekommen ist. Daneben dient sie aber auch der Orientierung der Sachbearbeiter bei den Unfallversicherungsträgern, zu deren Aufgabe unter anderem die Ermittlung der entscheidungserheblichen Daten, insbesondere zu Exposition und Erkrankung, gehört. Schließlich soll die Empfehlung die Schlüssigkeitsprüfung der Gutachten für die Unfallversicherungsträger und die Sozialgerichtsbarkeit erleichtern sowie die Transparenz für die betroffenen Versicherten erhöhen. In diesem Sinne enthält die Empfehlung neben einer detaillierten Darstellung der rechtlichen Grundlagen und des medizinischen Kenntnisstandes auch einige Verfahrensempfehlungen.



Zielgruppe der S2-Leitlinie der AWMF sind demgegenüber Ärzte, die Versicherte mit Verdacht auf eine asbestbedingte Erkrankung erst- oder bei anerkannter Berufskrankheit nachbegutachten.

In der personellen Zusammensetzung der Arbeitsgruppen – in beiden Papieren sind die Mitwirkenden im Anhang aufgelistet – gab es Unterschiede, vielfach aber auch Personenidentität. Der Grund hierfür liegt in den unterschiedlichen Entwicklungsprozessen. Leitlinien werden von den medizinischen Fachgesellschaften bei der AWMF angemeldet, erarbeitet, verabschiedet und abschließend von der AWMF nach formaler Prüfung publiziert. Die Beschlussfassungen folgen dabei dem Mehrheitsprinzip. Die Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Begutachtung von Berufskrankheiten werden von Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften und der Unfallversicherung grundsätzlich im Konsensprinzip mit der Möglichkeit von „dissenting votes“ erarbeitet. Anschließend werden sie der Selbstverwaltung der Unfallversicherung zur Kenntnis gegeben und nach einer Präsentation und Diskussion in der Fachöffentlichkeit mit Vertretern der Medizin, der Betroffenen, der Anwalt- und Richterschaft sowie den Sozialpartnern veröffentlicht.

Die wichtigsten Festlegungen und einzelne Neuerungen der „Falkensteiner Empfehlung“ finden sich im Bereich der Diagnostik, der Funktions- und MdE-Beurteilung sowie bei den Verfahrensempfehlungen beziehungsweise -festlegungen.

### Diagnostik der Erkrankung

Der radiologischen Diagnostik mit einem Low-Dose-Mehrzeilen-Volumen-CT kommt künftig bei der Sicherung der Diagnose einer Asbestose beziehungsweise pleuraler Veränderungen im Sinne der BK-Nr. 4103 besondere Bedeutung zu. Hierbei ist ein standardisiertes Untersuchungs- und Befundungsprotokoll anzuwenden.

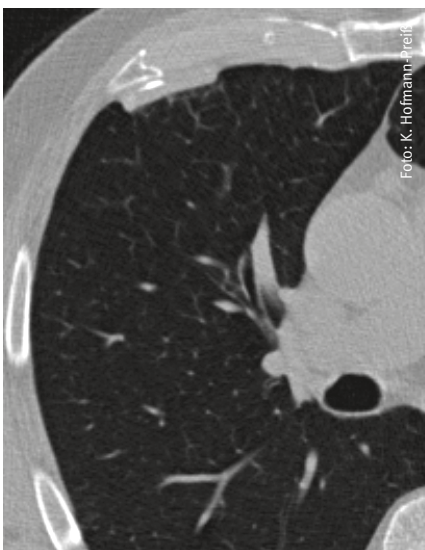
Die „Falkensteiner Empfehlung“ stellt klar, dass bei fehlendem radiologischem Nachweis pathologisch-anatomische und staubanalytische Untersuchungen in Betracht kommen, sofern entsprechendes Gewebematerial zur Verfügung steht. Eine Gewebeentnahme nur zu diesem Zweck ist unzulässig. Eine große Rolle spielen diese Untersuchungen bei der gutachterlichen Beurteilung einer Asbestose Grad I (früher auch als „Minimalasbestose“ bekannt) nach den sogenannten „Helsinki-Kriterien“, da dieser Asbestose-Grad mit radiologischen Methoden nicht nachweisbar ist. Auch im Zusammenhang mit der Prüfung, ob neben einem festgestellten Lungenkrebs der Brückenbefund einer

Asbestose oder einer durch Asbeststaub verursachten Erkrankung der Pleura im Sinne einer BK-Nr. 4104 vorliegt, können die vorgenannten Untersuchungen von Bedeutung sein. Wann diese Untersuchungen in Betracht kommen und welche Anforderungen an Material und Methode der Lungenstaubanalyse zu stellen sind, wird in der Empfehlung detailliert dargestellt.

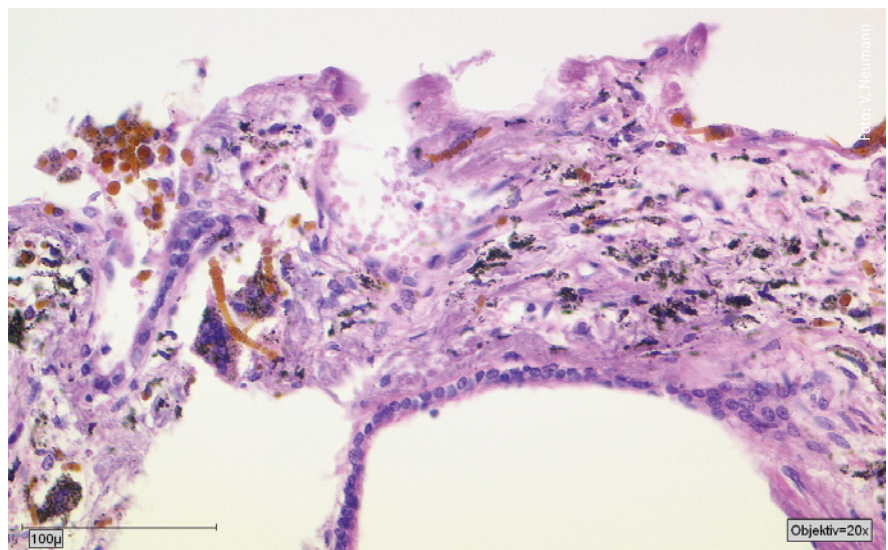
Zur Sicherung der Diagnose eines Mesothelioms (BK-Nr. 4105) empfiehlt die „Falkensteiner Empfehlung“ histologische und/oder immunhistochemische Untersuchungen. Eine allein zytologische Diagnostik wird nur in Einzelfällen für sinnvoll erachtet.

### Kausalitätsprüfung

Zur Frage, ob eine im Sinne der jeweiligen BK-Definition relevante Erkrankung vorliegt, wurden für die Berufskrankheiten Nr. 4103 und 4104 medizinische Prüfschemata entwickelt, welche die einzelnen Fragestellungen und Untersuchungs-/Prüfschritte anschaulich verdeutlichen, wobei der Sachbearbeiter der Unfallversicherung die Schritte fallspezifisch (in der Regel bereits vor Erteilung des Gutachtenauftrags) realisieren muss. Die für den Gutachter zur Kausalitätsbeurteilung relevanten Aspekte der einzelnen Berufskrankheitentatbestände werden aufgezeigt. ▶



**Abbildung 2:** Low-Dose-Volumen-CT des Thorax mit parietaler Plaque und Fibrose



**Abbildung 3:** Asbestose Grad IV mit eingelagerten Asbestkörpern (200-fache Vergrößerung)

Neu ist, dass bei Karzinoidtumoren, einer seltenen Form der epithelialen Lungentumoren, bei nachgewiesener beruflicher Asbestexposition der Ursachenzusammenhang (Kausalität) bejaht und dementsprechend empfohlen wird, die Erkrankung als BK-Nr. 4104 anzuerkennen. Die meist günstigere Prognose dieser Tumoren – im Vergleich zu den sonstigen Lungentumoren – findet bei der Beurteilung der MdE Berücksichtigung.

Neu ist auch der Vorschlag, besondere Formen des Mesothelioms (gut differenziertes papilläres

Mesotheliom, benignes multizystisches peritoneales Mesotheliom), die allerdings nur ganz vereinzelt vorkommen, bei erhöhter beruflicher Asbestexposition und entsprechender Latenzzeit als BK-Nr. 4105 anzuerkennen. Auch hier ist aufgrund eines in der Regel deutlich günstigeren Verlaufs der Erkrankung der gutachterliche MdE-Vorschlag entsprechend auszugestalten.

### Diagnostik der Erkrankungsfolgen

Die kardiopulmonale Funktionsdiagnostik wird hinsichtlich der Methoden, der apparativen Ausstattung und der standardisierten Durchführung beschrieben. Einen besonderen Stellenwert haben dabei die Prüfung der Atemmechanik und des pulmonalen Gasaustauschs sowie die Durchführung einer Spiroergometrie erhalten. Beim Kehlkopfkarzinom (BK-Nr. 4104) stehen Feststellungen zur Stimmbeeinträchtigung, des Schluckens und der Atmung im Vordergrund.

### Untersuchungsabstände und -umfang

Angepasst an die Besonderheiten der einzelnen Krankheitsbilder und des Untersuchungsziels (Erst- versus Nachuntersuchung) gibt die „Falkensteiner Empfehlung“ auch Hinweise zum Untersuchungsumfang und zu Untersuchungsintervallen. Die derzeit noch unterschiedlichen Vorgehensweisen der einzelnen Unfallversicherungsträger können somit künftig vereinheitlicht werden.

### Zuordnung der Funktionsstörungen

Eine zweite wesentliche Herausforderung für den Gutachter ist die Beurteilung, welche der festgestellten Funktionseinschränkungen auf die Berufskrankheit zurückzuführen sind und welche gegebenenfalls nicht. Denn die Funktionsstörungen, die bei asbestbedingten Berufskrankheiten auftreten

können, sind nicht BK-spezifisch, sie treten auch bei vielen anderen Atemwegserkrankungen auf. Der Gutachter muss daher konkrete Aussagen zu Art und Schwere der der Berufskrankheit zu-

zuordnenden Funktionseinschränkungen machen, denn nur diese bilden die Grundlage der Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

In Übereinstimmung mit den Bewertungen der American Thoracic Society (ATS) aus dem Jahr 2004 und den Aussagen in der AWMF-Leitlinie (2011) stellt die „Falkensteiner Empfehlung“ fest, dass restriktive Ventilationsstörungen charakteristisch für eine Asbestose (BK-Nr. 4103)

sind. Obstruktive Störungen können zwar hinzukommen, ein isoliertes Auftreten aber ist ungewöhnlich.

Als schwieriger erweist sich die Frage der Zuordnung von restriktiven und/oder obstruktiven Ventilationsstörungen zu pleuralen Veränderungen, da die wissenschaftliche Datenlage hier noch nicht eindeutig ist und keine generellen Aussagen erlaubt. Der Zusammenhang von pulmokardialen Funktionsstörungen und asbestbedingten pleuralen Verdickungen muss differenziert – nach Art und Ausmaß der Verdickung – und stets im Einzelfall betrachtet werden.

### Minderung der Erwerbsfähigkeit – neue Tabellen

In der „Falkensteiner Empfehlung“ wird erstmals eine Bewertungstabelle für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei einer BK-Nr. 4103 zur Verfügung gestellt, in der Beschwerdeangaben sowie klinische und funktionsdiagnostische Befunde einschließlich Therapieerfordernissen berücksichtigt sind. Die Tabelle soll den Gutachter darin unterstützen, die MdE-Beurteilung in einer Gesamtschau unter Abwägung der einzelnen Teilaspekte vorzunehmen.

**„Die Empfehlung soll auch die Schlüssigkeitsprüfung der Gutachten für die Unfallversicherungsträger und die Sozialgerichtsbarkeit erleichtern sowie die Transparenz für die betroffenen Versicherten erhöhen.“**



Eine Arbeitssituation aus früheren Zeiten: Der Arbeiter bedient – ohne jeden Schutz – einen Kollergang, in dem Asbest zerkleinert wird. Der Mann wird von dem Staub regelrecht bedeckt.





Die „Wunderfaser“ Asbest wurde in vielen Branchen eingesetzt. Hier ein Bild aus der Textilindustrie.

Die MdE-Empfehlungen zu Krebserkrankungen nach Asbestexposition (BK-Nrn. 4104, 4114 und 4105) berücksichtigen insbesondere auch die Maßgaben des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22. Juni 2004 (B 2 U 14/03 R), wonach bei Erkrankungen, die zu einem Rezidiv neigen, über die Funktionsbeurteilung hinaus „besondere Aspekte der Genesungszeit“ zu berücksichtigen sind. Gemeint sind damit neben den allgemeinen Folgen der Therapie auch die Beeinträchtigungen von Allgemein- und psychischem Befinden.

Beim Lungentumor (BK-Nr. 4104 und BK-Nr. 4114) wird eine MdE von 100 v. H. für fünf Jahre empfohlen. Nur für das Stadium IA (nach der internationalen TNM-Klassifikation) wird aufgrund der günstigeren Prognose im Regelfall eine MdE von 80 v. H. vorgeschlagen. Für die dann nach fünf Jahren neu festzustellende MdE werden unter Berücksichtigung der Vorgaben des BSG-Urteils Spannweiten und beispielhafte Befunde vorgestellt. Die entsprechenden Angaben sind bei Karzinoidtumoren (siehe oben) schon vom Beginn der Erkrankung an anwendbar.

Für Kehlkopfkrebserkrankungen (BK-Nr. 4104) wurde festgelegt, dass in der Re-

gel drei Jahre nach Erkrankungsbeginn schon Schätzungen der MdE auf unbestimmte Zeit erfolgen können. Hierfür wurden eigene Tabellenwerte erstellt.

Für das Mesotheliom (BK-Nr. 4105) geht die „Falkensteiner Empfehlung“ in der Regel dauerhaft von einer MdE von 100 v. H. aus. Sonderformen (siehe oben) sind ab Erkrankungsbeginn unter Berücksichtigung der Funktionsausfälle im Einzelfall zu bewerten.

Für die Praxis wird von Bedeutung sein, dass die Tabellen und Empfehlungen der „Falkensteiner Empfehlung“ zur MdE von den bisher in der Kommentarliteratur veröffentlichten Vorgaben teilweise abweichen, dass aber auch bislang fehlende Anhaltspunkte nunmehr erstmals zur Verfügung stehen.

### Individuelle Prävention und Rehabilitation

Die medizinischen Sachverständigen müssen in ihren Gutachten vielfach auch zu den Möglichkeiten der individuellen Prävention (technische, organisatorische, persönliche Schutzmaßnahmen) bei noch bestehendem Beschäftigungsverhältnis Stellung nehmen. Bei Vorstufen einer möglichen Krebserkrankung (Präkursorläsionen/carcinomata in situ) schlägt die „Falkensteiner Empfehlung“ medizinische Maßnahmen zur Früherkennung bei geeigneten Fachärzten vor. Bei bestehenden Erkrankungen (vergleiche BK-Nr. 4103) empfiehlt sie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, um etwaigen Verschlimmerungen der Erkrankung vorzubeugen.

### Praxisgerechte Bearbeitungshilfen

Welche Fragen Unfallversicherungsträger an den Gutachter herantragen und welche Unterlagen ihm zur Begutachtung von den Verwaltungen zur Verfügung gestellt werden sollen, wird in der „Falkensteiner Empfehlung“ durch das Muster eines Gutachtauftrags und die Beschreibung einer „begutachtungsreife“ Akte verdeutlicht.

Die im Anhang der Publikation zur Verfügung gestellten „Protokolle“ für die Durchführung von Untersuchungen,

standardisierten Dokumentationsbögen und Schemata zur Veranschaulichung des Prüfprozesses sowie schließlich die Tabellen zur Beurteilung der MdE sollen in erheblichem Maße dazu beitragen, dass die Feststellungsverfahren künftig durch ein einheitliches Vorgehen geprägt sind. Dem dient auch die im Anhang beigefügte, derzeit noch sehr begrenzte Liste geeigneter (auch internationaler) Labore, deren Referenzwerte publiziert sind und die damit für lungenstaubanalytische Untersuchungen in Betracht kommen.

Das „arbeitstechnische“ Thema „Typische Asbestexpositionen“ wird in der Empfehlung nur cursorisch behandelt, da für diese Fragestellung der bekannte und allseits akzeptierte BK-Report 1/2007 „Faserjahre“ zur Verfügung steht. Der BK-Report wird noch in diesem Jahr in Neuauflage erscheinen.

### Ausblick

Empfehlungen für die Praxis sind immer nur so gut, wie sie in der Praxis angenommen und umgesetzt werden – sie müssen sich bewähren. Mit der Veröffentlichung der „Falkensteiner Empfehlung“ ist der erste große Schritt getan. Nun gilt es, die Inhalte zu vermitteln, ihre Anwendung zu fördern und die Akzeptanz bei Gutachtern, Anwaltschaft, Sozialgerichtsbarkeit und Versicherten zu beobachten. Nach angemessener Zeit sind dann – falls erforderlich – Aktualisierungen möglich.

Aus heutiger Sicht lässt sich schon feststellen, dass die Bedingungen für Objektivität, Transparenz und Gleichbehandlung der Versicherten in den Verfahren zu asbestbedingten Berufskrankheiten durch die „Falkensteiner Empfehlung“ erheblich verbessert werden. ●

### Autoren

**Melanie Duell**, Referentin im Referat Berufskrankheiten, Abteilung Versicherung und Leistungen, DGUV  
E-Mail: melanie.duell@dguv.de

**Dr. Heinz Otten**, Leiter des Referats Prävention und Berufskrankheiten, Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV  
E-Mail: heinz.otten@dguv.de



## Muskel-Skelett-Erkrankungen

# Stand der wissenschaftlichen Ermittlung

Die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (MSE) haben im Bereich der Berufskrankheiten eine lange Tradition. Die Entwicklung von Standards für die Expositionsbeurteilung und konsensfähigen Empfehlungen für die medizinische Begutachtung schreitet voran.

In der Liste der Berufskrankheiten, die als Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) in unregelmäßigen Abständen von der Bundesregierung durch Rechtsverordnungen aktualisiert wird, finden sich in Gruppe 2 unter den physikalischen Erkrankungen mehrere Tatbestände, deren Zielorgan Teile des Stütz- und Bewegungsapparates sind. Im Fokus dieses Beitrags stehen drei Bereiche von Krankheitsbildern, die – aus unterschiedlichen Gründen – als besonders „aktuell“ bezeichnet werden können. Dabei handelt es sich um die Erkrankungen der Wirbelsäule (BK-Nrn. 2108 – 2110), die Gonarthrose (BK-Nr. 2112) sowie das Carpal-tunnelsyndrom (CTS). Alle drei haben für viele Träger der gesetzlichen Unfallversicherung große Bedeutung.

### Erkrankungen der Wirbelsäule – BK-Nrn. 2108 – 2110

Bereits seit 1993 beschäftigen sich die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit Erkrankungen der Hals- beziehungsweise Lendenwirbelsäule (HWS, LWS). Damals war das Verfassen einer „Wissenschaftlichen Begründung“ noch nicht Usus, so dass die medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem jeweils aktuellen und anerkannten Erkenntnisstand durch den Ärztlichen Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales nicht umfassend dokumentiert ist. Die Amtlichen Merkblätter gleichen dieses Manko nur teilweise aus. Nicht zuletzt dies führte zunächst zu Unsicherheiten bei allen an der Entscheidung über das Vorliegen einer Berufskrankheit Beteiligten.

Im weiteren Verlauf wurden sowohl für die Beurteilung der Exposition als auch

für die medizinische Bewertung des Ursachenzusammenhangs zwischen der arbeitsbedingten Belastung und den nachgewiesenen Krankheitsbildern wissenschaftliche Erkenntnisse gesucht. Dies geschah insbesondere durch die Konsensus-Arbeitsgruppe des früheren Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und im Rahmen der vom HVBG in Auftrag gegebenen Deutschen Wirbelsäulenstudie (DWS). Schrittweise, aber nach wie vor nicht abschließend, wurden Konsens und einheitliche Standards entwickelt.

In den letzten Jahren hatte sich für die Expositionsbeschreibung der am häufigsten zu beurteilenden Berufskrankheit, der BK 2108, das Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) als Standardinstrument etabliert (BK 2108: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können). Mit seinem Urteil vom 30. Oktober 2007 (B 2 U 4/06) hat das Bundessozialgericht (BSG) die Beurteilungsmethode des MDD, wenn auch mit einigen Anpassungen, als das unter den vorliegenden Instrumenten am besten geeignete bestätigt.

### BSG-Urteil zum MDD

Die vom BSG für erforderlich gehaltenen Anpassungen des MDD wurden von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wie folgt zusammengefasst:

„Das BSG hat trotz formulierter Bedenken derzeit auch weiterhin an der Anwendbarkeit des MDD zur Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen bei der BK 2108 festgehalten. Dieses Modell kann daher auch zukünftig – mit den vom BSG vorgesehenen Modifikationen – angewandt werden. Ferner hat das BSG nochmals betont, dass der im MDD formulierte Orientierungswert einer Gesamtdosis von  $25 \times 10^6$  Nh keinen Grenzwert darstellt, unterhalb dessen das Vorliegen einer Berufskrankheit ausgeschlossen sei.

Es hat aber nunmehr klargestellt, dass unterhalb des hälftigen Orientierungswertes und somit bei Nichterreichen einer Gesamtdosis von  $12,5 \times 10^6$  Nh das Vorliegen einer Berufskrankheit bereits mangels Vorliegens der arbeitstechnischen Voraussetzungen ausgeschlossen werden kann. Weitere Ermittlungen, insbesondere eine medizinische Begutachtung, erübrigen sich damit in diesen Fällen.

Ab Erreichen des hälftigen Orientierungswertes (Gesamtdosis von  $12,5 \times 10^6$  Nh) hat nach der Entscheidung des BSG eine Einzelfallbewertung mit medizinischer Begutachtung und kritischer Prüfung des Kausalzusammenhangs zu erfolgen. Dieser dürfte umso schwieriger zu begründen sein, je weiter die im Einzelfall festgestellte Gesamtdosis unterhalb des Orientierungswertes nach MDD liegt....

... Für die Ermittlung der Gesamtdosis ist nach der Entscheidung des BSG künftig kein Tagesdosis-Richtwert mehr zu beachten: Selbst wenn also an einigen Tagen nur einzelne Hebe- oder Tragevorgänge mit schweren Gewichten stattgefunden haben, die bislang infolge des Nichterreichens des Tagesdosis-Richtwertes unberücksichtigt blieben, sind diese künftig in die Ermittlung der Gesamtdosis einzubeziehen...“

Ferner sind nach dem BSG-Urteil bei Männern Druckkräfte bereits ab 2,7 kN zu berücksichtigen.

Insbesondere die gerichtliche Entscheidung, dass künftig in den Fällen eine Begutachtung nicht notwendig sei, in denen die Gesamtdosis  $12,5 \times 10^6$  Nh nicht erreicht, führte zu missverständlichen Deutungen. Überlegungen, ob das BSG gar einen neuen Richt- oder Orientierungswert geschaffen habe, der künftig für die weiteren Beurteilungen zugrunde zu legen sei, halten aber einer Überprüfung nicht stand. Die Neuschaffung eines unteren echten Grenzwertes, unterhalb dessen das BSG eine berufliche Verursachung der Bandscheibenschädigung im LWS-Bereich für ausgeschlossen hält, ist im Zusammenhang mit der Bestätigung des bisherigen MDD-Orientierungswertes zu sehen. Hier hat das BSG nur festgestellt, dass bei Unterschreitung dieses Orientierungswertes nicht automatisch das Vorliegen einer Berufskrankheit ausgeschlossen ist, sondern eine medizinische Begutachtung mit gründlicher Beurteilung des Ursachenzusammenhangs notwendig erscheint. Somit können alle Äußerungen, die von einer Reduzierung oder gar Halbierung des MDD-Orientierungswertes ausgehen, nicht mit der BSG-Entscheidung begründet werden.

Mit Veröffentlichung der Konsensempfehlungen (Teil I und II) im Jahr 2005 wurden auch einheitliche Grundlagen für die medizinisch vorzunehmenden Beurteilungen geschaffen. Da diese Konsensempfehlungen immer häufiger berücksichtigt wurden, konnte eine weitgehende Einheitlichkeit in der gutachterlichen Beurteilung erreicht werden. Die Frage, ob und welche Auswirkungen das BSG-Urteil zum MDD auf die Konsensempfehlungen hat – insbesondere bezogen auf die Kategorie B2 –, wird noch zu prüfen sein.

Parallel zur Urteilsfindung des BSG hatte die DGUV mit den Wissenschaftlern, die an der Deutschen Wirbelsäulenstudie beteiligt waren, Beratungen über mögliche Nachfolgeauswertungen des gesammel-

ten Datenmaterials aufgenommen. Daraus entwickelten sich zwei aktuell in der Durchführung befindliche Folgeprojekte. Deren Zielsetzung ist einerseits, aus den Ergebnissen der Wirbelsäulenstudie ein Verfahren zur Beurteilung der arbeits-technischen Voraussetzungen in Anlehnung an das MDD zu entwickeln. Andererseits soll versucht werden, anhand der medizinischen Datenlage eine genauere Beschreibung und Zuordnung des Krankheitsbildes zu den Konstellationen der Konsensempfehlungen zu ermöglichen.

### Gonarthrose – BK-Nr. 2112

Mit Wirkung zum 1. Juli 2009 ist die 2. BKV-Änderungsverordnung wirksam geworden. Mit ihr wurde unter anderem die BK-Nr. 2112 mit folgendem Wortlaut in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen: „Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht“.

Die DGUV hatte bereits vor Inkrafttreten der 2. BKV-Änderungsverordnung mehrere Forschungsprojekte initiiert und finanziell gefördert. Für das Projekt GonKatast des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV liegt der Abschlussbericht mittlerweile als IFA-Report 1/2010 „Messwertkataster zu beruflichen Kniebelastungen“ vor ([www.dguv.de](http://www.dguv.de) > Webcode: d107547). Das Projekt des IFA zur Messung der im Kniegelenk auftretenden Druckkräfte sowie das Projekt der Ludwig-Maximilians-Universität München, in dem versucht wird, mittels Magnetresonanztomographie (MRT) hauptbelastete Gelenkzonen zu definieren, sind zwischenzeitlich ebenfalls abgeschlossen.

Bereits jetzt deuten aber Präsentationen aus dem Druckkräfteprojekt darauf hin, dass weniger die knienden oder hocken-

den Tätigkeiten als vielmehr das Hin- und Hinknien beziehungsweise das Aufstehen zu einer wesentlichen Erhöhung der Druckkräfte führen könnten. Die Wissenschaftliche Begründung weist selbst darauf hin, dass zum Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung die biomechanische Erkenntnislage nicht gesichert war. Daher kann das geforderte Erreichen von 13.000 Stunden kniender oder hockender Tätigkeit auch dergestalt interpretiert werden, dass es eine entsprechende Anzahl gefähderungserhöhender Bewegungen – Hin- und Hinknien, Aufstehen – beinhaltet. Problematisch ist diese These im Hinblick auf zu empfehlende präventive Maßnahmen: Folgt man der wissenschaftlichen Begründung, so wäre unter präventiven Gesichtspunkten ein häufiges Aufstehen mit Unterbrechungen der knienden oder hockenden Tätigkeit zu empfehlen. Diese Empfehlung könnte wiederum im Gegensatz zu den Ergebnissen des

Druckkräfteprojektes stehen.

Zusätzlich zu den Bemühungen der DGUV konnten zwischenzeitlich weitere Forschungsvorhaben abgeschlossen werden. Ein Beispiel ist

die Fall-Kontroll-Studie zur Bewertung von beruflichen Faktoren im Zusammenhang mit Gonarthrosen – ArGon-Studie – der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), im Internet abrufbar unter [www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2096.html](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2096.html).

Neben dem Angebot eines Workflows und einer IFA-Anamnesesoftware zur Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen für die Berufskrankheiten-Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger wird aktuell unter Beteiligung aller maßgeblichen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Arbeitsmedizin, Orthopädie, Unfallchirurgie, Radiologie, Biomechanik) sowie Gewerbeärzten und Vertretern der BAuA versucht, eine Begutachtungsempfehlung zu erarbeiten. ▶

**„Äußerungen, die von einer Reduzierung oder gar Halbierung des MDD-Orientierungswertes ausgehen, können nicht mit der BSG-Entscheidung begründet werden.“**



Foto: Fotolia/psdesign1

Häufige BK-Fälle: bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule

Zumindest ein Konsenspapier ist das Ziel, um für die Begutachtungen einheitliche Qualitätsstandards zu erhalten. Die genaue Definition einer Gonarthrose im Sinne des Listentatbestandes sowie die Frage, welche außerberuflichen Faktoren evidenzbasiert bei der Kausalitätsbewertung zu berücksichtigen sind, stellen besondere Schwerpunkte dar. Hinzu kommt das Problem, dass es der heutige Kenntnisstand wohl nicht erlaubt, ein wissenschaftlich belegtes belastungskonformes Schadensbild zu formulieren.

Es bleibt festzuhalten, dass es sich bei der Gonarthrose typischerweise um ein degeneratives Krankheitsbild handelt, bei dem nach Lokalisation, Art und Ausprägung des Befundes kaum zwischen arbeitsbedingten und davon unabhängigen Erkrankungen differenziert werden kann. Umso wichtiger ist es, in Betracht zu ziehende nicht arbeitsbedingte Faktoren zu spezifizieren. Die DGUV strebt einen baldigen Abschluss der Beratungen mit Veröffentlichung der Ergebnisse an.

**Carpaltunnelsyndrom – CTS**

Nach wie vor ist die Anerkennung eines Carpal-tunnelsyndroms (CTS) als Listen-Berufskrankheit nach Nr. 2106 nicht möglich. Zeitlich nach der 2. BKV-Änderungsverordnung hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat der Bundesregierung die Wissenschaftliche Begrün-

dung für dieses Krankheitsbild vorgelegt. Hier wird empfohlen, bei der nächsten Änderung der Berufskrankheiten-Liste die Erkrankung wie folgt aufzunehmen: „Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnelsyndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen“.

Medizinisch scheint Einigkeit darin zu bestehen, dass sich auch bei dieser Erkrankung allein aus dem Krankheitsbild kein Unterschied zwischen einem arbeitsbedingt erworbenen und einem auf anderem Wege entstandenen CTS herleiten lässt. Demzufolge wird in diesen Fällen keine Möglichkeit der Differenzierung über die Ausprägung des jeweiligen Befundes zu erwarten sein. Andererseits ist zu erwarten, dass CTS nach entsprechender Diagnostik und geeigneter Therapie – in den meisten Fällen eine operative Versorgung – mit Ausnahme von Einzelfällen nahezu folgenlos ausheilen.

Dementsprechend selten dürfte eine Begutachtung zur Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit notwendig sein. Insoweit und vor dem Hintergrund einer vorliegenden medizinischen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie eines CTS erscheint eine abgestimmte Begutachtungsempfehlung derzeit entbehrlich. Ähnlich dürfte es sich mit der Frage nach vorbeugenden Maßnahmen im Sinne von § 3 BKV verhalten: Bislang sind keinerlei Indikatoren bekannt, die frühzeitig auf die konkrete Gefahr der Entstehung eines CTS hindeuten und somit Raum für individuell-präventive Maßnahmen schaffen könnten. Für generalpräventive Maßnahmen ist auf den BGIA-Report 4/2005 „Fachgespräch Ergonomie“ (www.dguv.de > Webcode: d6256) sowie den BGIA-Report 2/2007 „Muskel-Skelett-Erkrankungen der oberen Extremität“ (www.dguv.de > Webcode: d4617) zu verweisen.

In der jetzigen Phase, in der die Unfallversicherungsträger auf Basis der Wissenschaftlichen Begründung Einzelfall-

entscheidungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII treffen, gilt es, die Expositionsbeschreibung aus der Wissenschaftlichen Begründung zu konkretisieren und standardisiert in einen Workflow für die Berufskrankheiten-Sachbearbeitung zu integrieren. Diese Vorhaben sollen 2011 abgeschlossen werden. Mittel- bis langfristig bietet sich die Erstellung eines Expositions-katasters an, wie es für die Gonarthrose bereits erarbeitet wurde.

**Zusammenfassung**

In allen drei Beispielen bestehen Schwierigkeiten, die nach dem Kausalitätsgedanken geforderte Differenzierung zwischen arbeitsbedingten und davon unabhängigen Verursachungsfaktoren vorzunehmen. Auch wenn die Zusammenhänge jeweils epidemiologisch ausreichend nachgewiesen worden sind, lässt sich dieses Problem nur mit Hilfe standardisierter Expositionsbeschreibungen und -ermittlungen einerseits sowie konsensual verabschiedeter Hinweise für die medizinische Begutachtung andererseits lösen. Auf beiden Handlungsfeldern ist die gesetzliche Unfallversicherung in Kooperation mit den medizinischen Fachdisziplinen aktiv. ●

**Autor**



Foto: Privat

**Fred-Dieter Zagrodnik**

Referent im Referat Berufskrankheiten, Abteilung Versicherung und Leistungen, DGUV  
E-Mail: fred-dieter.zagrodnik@dguv.de



## Interview

# Mehr Gerechtigkeit und Qualität durch gebündelte Forschung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist seit Jahrzehnten in der Forschung zu asbestbedingten Berufskrankheiten aktiv. Ihr Engagement wird jedoch nicht immer unkritisch gesehen. Ein häufig geäußerter Vorwurf lautet, die Aktivitäten zielten darauf ab, keine Versicherungsfälle anerkennen zu müssen. DGUV Forum sprach dazu mit Herrn Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, und Frau Professor Dr. Andrea Tannapfel, Leiterin des Deutschen Mesotheliomregisters, über die Unabhängigkeit der Forschung und die Rolle des Mesotheliomregisters für Forschung und Versicherung.

Herr Dr. Breuer, Frau Professor Tannapfel, auf dem Feld der Berufskrankheiten gehört die „Falkensteiner Empfehlung“ zu asbestbedingten Berufskrankheiten sicherlich zu den wichtigsten Neuentwicklungen des vergangenen Jahres. Was ändert sich durch die Empfehlung?

**Breuer:** Zunächst einmal wollen wir mit einer solchen Empfehlung für den Praktiker, den Sachbearbeiter vor Ort, den Arzt eine Wissensbasis schaffen, wie er im Begutachtungsverfahren vorgehen soll. Die Empfehlung ist also eigentlich eine Art gesammelte Erkenntnis von Wissenschaft und Praxis und eine Art Handlungsleitfaden. Ohne sie müsste jeder, der mit der Begutachtung asbestbedingter Erkrankungen zu tun hat, erst einmal an verschiedenen Stellen Informationen sammeln. Die Empfehlung bringt also konkrete Verbesserungen für die Rechtssicherheit, Versicherungsgerechtigkeit und die Verwaltungsabläufe.

Die Begutachtung asbestinduzierter Erkrankungen war bislang Gegenstand heftiger wissenschaftlicher Kontroversen. Stichwort Minimalasbestose. Hat das auch die „Falkensteiner Empfehlung“ beeinflusst?

**Tannapfel:** Ja. Die Empfehlung legt zum Beispiel die Definition der verschiedenen Grade der Asbestose definitiv und vor allem einheitlich fest. Wir reden jetzt von Asbestose Grad 1 bis 4. Grad 1 ist die ehemalige Minimalasbestose, Grad 4 ist das



Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV

Vollbild der Lungenfibrose, also die sogenannte Wabenlunge mit einer sehr starken Vernarbung des Lungengewebes. Die Empfehlung fasst zusammen, wie man die vier Grade der Asbestose diagnostizieren kann. Sie definiert die diagnostischen Kriterien und resümiert, was für die Diagnostik notwendig ist.

**Kritiker führen immer wieder ins Feld, dass die gesetzliche Unfallversicherung für die Anerkennung einer Asbestose verlangt, dass ein Wert von 1.000 Asbestkörperchen im Lungengewebe erreicht wird. Findet er sich in der Empfehlung?**



Professor Dr. Andrea Tannapfel, Leiterin des Deutschen Mesotheliomregisters

**Tannapfel:** Nein. Dieser Grenzwert geistert zwar durch die Literatur. Über 1.000 Asbestkörperchen sollen danach Asbestose bedeuten, alles darunter, dass der Versicherte nichts hat. Das ist komplett falsch und wird auch in der Empfehlung deutlich dargestellt. Standard ist jetzt: Wenn die Lunge entsprechende mikroskopisch sichtbare Veränderungen plus Asbest aufweist, dann hat der Versicherte eine Asbestose Grad 1, egal wie viel Asbest noch in der Lunge zu finden ist. Es reicht also theoretisch ein Asbestkörper mit entsprechendem mikroskopischem Bild. ▶

„Das Engagement der gesetzlichen Unfallversicherung in der Forschung zu asbestbedingten Berufskrankheiten wird häufig kritisiert. Der Vorwurf: Die Aktivitäten zielten nur darauf ab, keine Versicherungsfälle anerkennen zu müssen. Dabei arbeiten alle Forschungsinstitute der gesetzlichen Unfallversicherung praxis- statt ergebnisorientiert – es gibt also keine Vorgabe, was am Ende der Forschung herauskommen soll. Das Mesotheliomregister ist ein gutes Beispiel dafür.“



### Falkensteiner Empfehlung

Die „Falkensteiner Empfehlung“ ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von sieben medizinischen Fachgesellschaften. Sie fasst die medizinischen und rechtlichen Grundlagen für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten zusammen. Damit liegen erstmals einheitliche Kriterien für die Anerkennung dieser Berufskrankheiten vor.

### Was bedeutet das für den Versicherten?

*Tannapfel:* Das bedeutet, selbst wenn der Radiologe nichts sieht, kann der Versicherte eine Asbestose haben. Der Radiologe kann uns nämlich nur ab Asbestose Grad 2 weiterhelfen. Denn bei Grad 1 kann man die entsprechende histologische Veränderung, also die Veränderung im Gewebe, nur unter dem Mikroskop erkennen. Diese Diagnose-Anleitung kann übrigens jeder Pathologe nachvollziehen,

da die Kriterien transparent sind. Damit ist auch der Vorwurf vom Tisch, das Mesotheliomregister hätte auf diesem Feld ein Monopol.

Alle Unklarheiten beseitigt hat die „Falkensteiner Empfehlung“ aber nicht – zum Beispiel beim Thema Weißasbest.

*Tannapfel:* Das ist richtig. Aber diese Probleme werden nun offen thematisiert. Bei den Kernaussagen besteht Einigkeit: Weißasbest ist gefährlich, allerdings weniger biobeständig als andere Asbestarten. Das heißt, seine Fasern werden in der Lunge sehr viel schneller abgebaut. Manches wissen wir aber trotzdem nicht genau, da müssen wir weiter forschen. Wer eine andere Privatmeinung vertritt, muss sich damit auseinandersetzen.

Aber wäre es vor diesem Hintergrund nicht besser gewesen, keine Empfehlung zu machen?

*Tannapfel:* Es gibt Leute, die das sagen. Ich denke aber, es ist der falsche Weg, nichts zu machen. Wenn man transpa-

rent ist, wenn man die Kriterien offenlegt und wenn man sagt: „Da ist ein Problem und wir versuchen es nach bestem Wissen und Gewissen zu lösen“, dann ist das auf jeden Fall der richtige Weg.

Dennoch ist es so, dass die gesetzliche Unfallversicherung eine Empfehlung herausgibt, die für das Versicherungsgeschehen – und damit für ihre Kosten – eine wichtige Rolle spielt.

*Breuer:* Wir geben sie heraus, aber das ist nicht alleine unsere Empfehlung. Wie bei anderen Berufskrankheiten auch, haben wir die medizinischen Fachgesellschaften zusammengestellt und in die Erarbeitung der Empfehlung eingebunden. Es handelt sich also um das zusammengetragene Fachwissen aller beteiligten wissenschaftlichen Gruppen. Die Besonderheit der „Falkensteiner Empfehlung“ liegt darin, dass es trotz der im Vorfeld sehr intensiven Diskussionen und unterschiedlichen Positionierungen gelungen ist, die verschiedenen Fachgesellschaften und die verschiedenen Sichtweisen auf einen Nenner zu bringen.





Fotos: Thomas Rohrbach/DGUV

**Frau Professor Tannapfel war als Leiterin des Mesotheliomregisters in die Erarbeitung der Empfehlung eingebunden. Ihr Institut ist aber mit der gesetzlichen Unfallversicherung sehr stark verbunden.**

*Breuer:* Allerdings hat nicht die DGUV gefragt, ob sie das Mesotheliomregister mitmachen möchte. Die DGUV hat die Deutsche Gesellschaft für Pathologie angeschrieben und ihr Vorhaben geschildert, und daraufhin hat die Deutsche Gesellschaft für Pathologie entschieden, dass Frau Professor Tannapfel in die Arbeitsgruppe delegiert wird.

**In diese Arbeit sind sicherlich auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse eingeflossen, die im Bochumer Mesotheliomregister gesammelt werden.**

*Tannapfel:* Das ist richtig. Wir machen eigene Forschung. Wir beobachten zum Beispiel die Zahl der neu entstandenen Mesotheliome und verfolgen das Ausmaß von toxischen Stoffen in der Lunge. Aufgrund der Zunahme des Mesothelioms des Bauchfells führen wir intensive

Untersuchungen zur Entstehung dieses fatalen Tumors durch. Das heißt, wir prüfen anhand von Gewebe – von Patienten beispielsweise, die eine Operation wegen eines Emphysems haben –, wie hoch die Hintergrundbelastung mit Asbest, Aluminium oder Dioxin ist. Wir versuchen also

zu ermitteln, wie viel toxische Substanz beim Menschen normalerweise – also ohne arbeitsbedingte Einflüsse – vorhanden ist, denn so lässt sich der berufliche Einfluss besser einschätzen. Das Mesotheliomregister ist außerdem pathologisches Referenzzentrum für arbeitsbedingte Lungenerkrankungen. Bei diesen Erkrankungen werden wir aufgrund unserer Expertise in der Diagnostik eingebunden – teilweise auch in die Begutachtung.

**Ist es aber nicht problematisch, wenn eine Institution, die von der gesetzlichen Unfallversicherung finanziert wird, eine so prominente Rolle in der Erforschung und Begutachtung von Berufskrankheiten spielt?**

*Breuer:* Zunächst: Diese Frage ist legitim, absolut zulässig. Aber: Dass das Mesotheliomregister von uns finanziert wird, heißt nicht, dass daraus Vorgaben für die Arbeit entstehen. Alle Forschungsinstitute im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung arbeiten praxisorientiert, also mit Blick auf Probleme der Praxis. Sie arbeiten aber nicht ergebnisorientiert – es gibt also keine Vorgabe, was am Ende der Forschung herauskommen soll. Gerade das Mesotheliomregister ist ein gutes Beispiel dafür. Die Verbesserung der Verfahren hat dazu beigetragen, dass wir Fälle als asbestbedingte Bauchfellmesotheliome erkennen, die wir früher als solche nicht erkannt hätten. Wir entdecken heute also mehr Fälle und können so positiv für die Versicherten handeln. ▶

### Das Mesotheliomregister

Das Deutsche Mesotheliomregister wurde im Jahr 1987 auf Betreiben der gewerblichen Berufsgenossenschaften am damaligen Institut für Pathologie des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil eingerichtet. Das Ziel war, Mesotheliom-Fälle zentral an einer Stelle zu erfassen und auszuwerten, um so Erkenntnisse über die Krankheit, ihre Diagnostik, Verursachung und Therapiemöglichkeiten zu sammeln. Die zu diesem Zweck entwickelten Methoden und Instrumente finden inzwischen auch bei der Diagnose anderer Berufskrankheiten, zum Beispiel der Leber, des Knochenmarks und der Harnblase, Anwendung. Jährlich untersucht das Institut rund 3.000 Gewebeprobe aus der Lunge und 500 Proben aus anderen Organen. Diese Untersuchungen werden von den Auftraggebern – Unfallversicherungsträger, Gerichte, andere medizinische Einrichtungen – vergütet; für den Rest, vor allem die über den Einzelfall hinausgehenden Aufgaben, kommt die DGUV auf. Seit 2005 ist das Mesotheliomregister dem Institut für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum angegliedert.





**Tannapfel:** Diese Mesotheliome sind früher immer fehldiagnostiziert worden, weil man dachte: Asbest kommt ohnehin nicht durch das Zwerchfell. Wir haben dazu im Mesotheliomregister Daten gesammelt und Pathologen gebeten, sie möchten uns verdächtige Gewebeproben schicken. Früher bekamen wir nur Gewebe aus dem Rippenfell zur Analyse, heute auch aus dem Bauchfell. Man sollte außerdem nicht vergessen: Wenn wir bei einer Untersuchung zufällig auf Verdachtsmomente für eine asbestbedingte Berufskrankheit stoßen – was im Jahr mehr als 50 Mal vorkommt –, erstatten wir eine Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit.

**Breuer:** Das alles spricht gegen den angesprochenen Verdacht. Zudem: Hätte jemand anderes vor 20 Jahren das Mesotheliomregister aufgebaut und dauerhaft finanziert, wäre das nicht falsch gewesen. Fakt ist aber: Niemand außer uns hat es getan. Und wir tun das nicht aus wirtschaftlichen Interessen, sondern weil wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, Berufskrankheiten zu erforschen. Wer also fragt: „Besteht da eine Abhängigkeit?“, stellt eigentlich die Grundsatzfrage: Möchte man eigentlich, dass das Gesetz uns dazu verpflichtet, auf diesem Feld tätig zu werden?

**Was spricht denn dafür, die gesetzliche Unfallversicherung mit der Forschung zu beauftragen?**

**„In die Erarbeitung der ‚Falkensteiner Empfehlung‘ waren die medizinischen Fachgesellschaften eingebunden. Es handelt sich also um das zusammengetragene Fachwissen aller beteiligten wissenschaftlichen Gruppen.“**

**Breuer:** Den Auftrag zu haben, heißt ja nicht, dass wir das immer mit eigenen Mitteln, eigenem Personal und eigenen Institutionen machen. Zu einem bedeutenden Teil betreiben wir die Berufskrankheiten-Forschung auch mit externen Einrichtungen. Es stellt sich aber die Frage: Wer sollte es sonst tun? Der Staat und die Universitäten sind zwar aktiv, aber im allgemeinen Forschungsdschungel fallen Themen wie Berufskrankheiten gerne hinten runter. Also die Frage ist, wer sonst?

**War das auch der Hintergrund, vor dem das Mesotheliomregister ursprünglich eingerichtet wurde?**

**Breuer:** Das muss man im historischen Kontext sehen. 1977 wurde das Mesotheliom in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen. Damals haben sich die Berufsgenossenschaften schon intensiv für ein Asbestverbot eingesetzt, der Staat war aber noch nicht so weit. Wir wussten zwar schon genug über das Mesotheliom, was die Verursachung durch Asbest betraf, aber es war dennoch eine neue Krankheit für uns. Diese Krankheit war im gesamten Krebsgeschehen zwar äußerst selten – unter 1 Prozent – aber die asbestbedingte Verursachung war mit über 90 Prozent sehr klar. Das hat dazu geführt, dass wir Forschungsaufträge vergeben haben, um herauszufinden, wie man dieses Krankheitsbild nachweist. Aus diesen Forschungsprojekten haben wir dann 1987 eine Institution geschaffen, das Mesotheliomregister. Wir hatten gesehen, dass hier ein permanenter Forschungsbedarf bestand und dass es gerade bei selteneren Erkrankungsbildern ein riesengroßer Erkenntnisgewinn ist, wenn wir die Forschung an einer Stelle bündeln und möglichst alle Fälle an dieser Stelle untersuchen lassen. Einfach um eine größere Expertise und eine breitere Grundlage auch für die Forschung zu haben.

**Aber hat man damit nicht gleichzeitig einen Monopolisten für die Sammlung und Auswertung dieser Daten geschaffen?**

**Breuer:** Doch, aber dafür gibt es gute Gründe. Die Diskussion kommt ja meist aus der entgegengesetzten Richtung. Wie lange diskutieren wir in Deutschland schon über ein einheitliches Krebsregister? Oder über Landeskrebsregister? Beim Mesotheliom hatten wir jetzt einmal die historische Chance, zu sagen, die Erfassung und Forschung führen wir faktisch an einer Stelle zusammen. Darüber hinaus gibt es in der Wissenschaft einen gewissen Skalierungseffekt. Das heißt: Je häufiger Sie etwas tun, desto profunder und sicherer werden Sie. Das dürfte heute unbestritten sein. Das hat auch Auswirkungen auf die Qualitätssicherung im Verwaltungsverfahren.

**Tannapfel:** Das Problem ist, dass das Mesotheliom ein seltener Tumor ist. Es gibt etwa 1.500 Fälle in Deutschland pro Jahr, im Gegensatz zu Darmkrebs mit 69.000 Fällen pro Jahr und Brustkrebs, an dem jährlich 55.000 Frauen erkranken. Pathologen sind in den letzteren Fällen also wesentlich geschulter, was die Diagnose betrifft. Das Mesotheliom verursacht außerdem unspezifische Symptome. Da denkt man nicht an diese Möglichkeit. Das führt dazu, dass die Diagnose von Mesotheliomen eine Fehlerwahrscheinlichkeit von 30 Prozent hat. In jedem dritten Fall korrigieren wir also das Ergebnis des erstdiagnostizierenden Arztes. Dem Versicherten gibt das zumindest eine gewisse Rechtssicherheit, wenn auch die Diagnose „Ja, es ist ein Mesotheliom“ schrecklich ist.

**Dass Sie die Daten über asbestassoziierte Erkrankungen sammeln, macht also Ihre Arbeit besser?**

**Tannapfel:** Ja. Ein Diagnostiker ist nur so gut wie sein Referenzwert – also die Zahl der Fälle, die er bekommt. Statistisch ge-

sehen sieht jeder Pathologe alle zwei Jahre ein Mesotheliom. Bei uns sitzen Leute, die jeden Tag zwei, drei Mesotheliome diagnostizieren, die sagen können, das hier ist ein Mesotheliom und das hier ist keins. Dieses Wissen monopolisieren wir übrigens nicht, sondern teilen es im Rahmen von Fortbildungen und wissenschaftlichen Veranstaltungen. Bei Mesotheliomen ist es so, dass man immer wieder sagen muss: Es gibt diesen Tumor, er ist ein Signaltumor für Asbest. Nach diesen Fortbildungen bekommen wir sehr viele Fälle, bei denen es heißt: Schaut mal nach. Es könnte ein Mesotheliom sein. Die Beobachtung von Mesotheliommeldungen hilft uns außerdem, Regionen zu identifizieren, in denen das Meldeverhalten locker gehandhabt wird. Da können wir dann gezielt Fortbildungen anbieten. Damit stellen wir auch eine Form von Gerechtigkeit für die Versicherten her. Das funktioniert aber nur, wenn an einer Stelle möglichst viele Daten zusammenfließen. Wenn jeder allein auf seine Fälle starrt, würde das niemandem auffallen. Referenzzentren gibt es zum Beispiel auch für Lymphome oder Sarkome – die sind allerdings häufiger als Mesotheliome.

**Hat sich denn dadurch auch etwas an der Prognose für Mesotheliompatienten geändert?**

*Tannapfel:* Zum Teil. Wir sehen, dass die Prognose besser wird. Wir haben heute immer mehr Patienten, die tatsächlich zwei, drei Jahre noch ein relativ gutes Leben führen können. Das hat zwei Gründe: Die Pneumologen sind sensibilisiert. Bei Wasser in der Lunge, was ein frühes Zeichen für ein Mesotheliom ist, ist die Medizin heute wesentlich stringenter in der Abklärung der Ursachen. Der zweite Grund ist, dass wir tatsächlich onkologische Medikamente haben, die das Tumorerleiden positiv beeinflussen.

**„Das Problem ist, dass das Mesotheliom ein seltener Tumor ist. Je mehr Daten wir also zu asbestassoziierten Erkrankungen haben, desto besser wird unsere Arbeit.“**

**Eine Behandlungsleitlinie gibt es aber noch nicht.**

*Tannapfel:* Nein, aber wir arbeiten intensiv zusammen mit Pneumologen und anderen Experten daran.

**Schauen wir auf die internationale Ebene. Können diese Erkenntnisse auch für andere Länder nützlich sein?**

*Breuer:* Was die Frage der Untersuchungsmethoden angeht, sind diese Erkenntnisse auch international hilfreich und verwertbar. Die Diagnostik ist in allen Ländern, die Berufskrankheiten kennen, auch immer eine der zentralen Fragen. Bei den Verfahren und Hinweisen sind wir nah an deutschen Spezifika – das ist nur sehr begrenzt für das Ausland hilfreich. Wir hatten bei der Diskussion in Falkenstein auch schon Vertreter aus den Niederlanden, Österreich und der Schweiz zu Gast. Diese waren sehr angetan, nehmen das Wissen mit nach Hause und versuchen zu übernehmen, was in ihren rechtlichen Rahmen passt.

**International ist Asbest aber nicht nur ein Versicherungsthema, sondern nach wie vor auch ein Thema der Prävention. Gerade erst war der kanadische Asbestexport wieder in den Schlagzeilen. Welche Chancen sehen Sie dafür, dass sich hier etwas ändert?**

*Breuer:* International ist es in der Tat so, dass die Diskussion um Asbestproduktion und -verarbeitung noch nicht zu Ende ist. Es ist ein heikles Thema, das mitunter infam gehandhabt wird. Kanada hat zum Beispiel ein Verarbeitungsverbot von Asbest, aber kein Produktionsverbot. Die sagen: Die Produktion ist ungefährlich. Wir schaffen das mit allen Vorkehrungsmaßnahmen – zumal der Abbau in menschenleeren Regionen stattfindet. Gefährlich ist der Verarbeitungsprozess, aber den machen wir nicht. Und es gibt Länder,

die haben Produktionsverbote, aber kein Verarbeitungsverbot – wie Ägypten. Und komischerweise – oder besser tragischerweise – spielen diese Länder zusammen.

**Die Produzenten rechtfertigen das immer wieder damit, dass sie „ungefährlichen Asbest“ – Weißasbest – abbauen.**

*Tannapfel:* Die Gefährlichkeit von Weißasbest ist da. Er ist krebserregend. Vielleicht ist er nicht so gefährlich wie Blauasbest, dazu wissen wir noch zu wenig. Aber der unterschiedliche Erkenntnisstand rechtfertigt in keinem Fall die Verwendung.

*Breuer:* Wir müssen international weiter an der banalen Aussage arbeiten, dass es keinen ungefährlichen Asbest gibt, egal welcher Art. Wir werden immer noch mit Aussagen konfrontiert, die interessengesteuert, nämlich rücksichtslos profitorientiert sind. Ein Beispiel dafür ist die Pro Asbestliga, die behauptet, Asbest sei sogar gesundheitsförderlich. Dagegen müssen wir immer wieder die Kraft der besseren wissenschaftlichen Erkenntnis ins Feld führen und darauf hinweisen, dass Asbest sich nicht rechnet – erst recht nicht vor dem Hintergrund des damit verbundenen menschlichen Leids.

**Wir danken für das Gespräch. ●**

Das Interview führte Natalie Peine, Redaktion DGUV Forum.



Foto: Thomas Rohrbach/DGUV

## Demographische Entwicklung

# Den Wandel strategisch gestalten



Schon in wenigen Jahren werden die Auswirkungen des demographischen Wandels deutlich spürbar sein. Die Baby-Boomer-Generation kommt in die Jahre. Um die Herausforderungen für die sozialen Sicherungssysteme zu bewältigen, bedarf es mehr, als Beschäftigungsoptionen für Ältere zu finden.

### 2012: Europäisches Jahr des „Aktiven Alterns“

Die Europäische Union sieht sich mit einer signifikanten Bevölkerungsalterung konfrontiert. Eurostat hat errechnet, dass in 50 Jahren auf jede Person über 65 Jahre zwei Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren kommen werden. Dieses Verhältnis, auch als „Altenquotient“ bezeichnet, liegt heute in Europa bei 1:4, in Deutschland schon bei 1:3. Die Gruppe der Erwerbsfähigen verringert sich ständig, während der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung weiterhin zunimmt. Mit der Generation der Baby-Boomer, die in der Folge

des wirtschaftlichen Aufschwungs nach dem Zweiten Weltkrieg als geburtenstarke Jahrgänge geboren wurden, wird sich diese Situation zuspitzen. Auf den Punkt gebracht, hat aus heutiger Sicht die Baby-Boomer-Generation im Zuge von Wirtschaftswachstum, Wohlstand und Selbstverwirklichung es selbst versäumt, sich zu reproduzieren, um auf diese Weise, wie die Generationen zuvor, durch ihren Nachwuchs Altersvorsorge zu treffen. Selbst wenn heute eine Trendwende eintreten würde – was optimistisch aus dem sanften Anstieg der Geburtenrate erwartet wird –, wird sich diese Situation nicht mehr abwenden lassen.

Prognosen gehen davon aus, dass bereits ab 2015 bis zum Jahr 2035 markante gesellschaftliche Veränderungen zu erwarten sind. Die EU-Kommission befasst sich seit Jahren mit den Fragen, die sich aus den Folgen des demographischen Wandels ergeben.<sup>1</sup> Doch angesichts der bevorstehenden Situation drängt sie das Europäische Parlament und den Rat zu dem Beschluss, das Jahr 2012 zum Jahr des „Aktiven Alterns“ auszurufen.<sup>2</sup> Auf diese Weise erhofft sie sich, schon 2011 öffentliche Behörden, Sozialpartner und Organisationen der Zivilgesellschaft auf allen Ebenen dazu zu ermutigen und dabei zu unterstützen, sich selbst zu spezifischen



Zielen im Bereich des aktiven Alterns zu verpflichten. „Bessere Möglichkeiten und Arbeitsbedingungen sollen geschaffen werden, damit sich ältere Arbeitnehmer in den Arbeitsmarkt einbringen können ...“ (Beschlussvorschlag, Artikel 2). 2012 soll dann die schrittweise Umsetzung der 2011 eingegangenen Verpflichtungen erfolgen, die mit entsprechender medialer Unterstützung der Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit dienen wird.

### Ruhestand als Lebensphase vor dem Alter

Dabei ist die gestiegene Lebenserwartung an sich ein Erfolg, der nicht nur dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist, sondern historisch betrachtet das Ergebnis von Wohlstand und konfliktarmen Zeiten widerspiegelt. Dieser Tatsache ist es zu verdanken, dass in unserer Gesellschaft der Lebensabschnitt, der mit „Ruhestand“ bezeichnet wird, wegen der verbesserten Lebensbedingungen positiv eingeschätzt wird. Ruhestand wird noch nicht mit Alter gleichgesetzt. Nach einem ausgefüllten Arbeitsleben besitzt diese Lebensphase hohe Attraktivität, vorausgesetzt, der erarbeitete Lebensstandard kann bis ins Alter beibehalten werden. Welche Bedeutung diese Lebensphase für die heutigen Gesellschaften hat, erkennt man nicht zuletzt an der heftigen Reaktion auf die verlängerten Lebensarbeitszeiten und den späteren Einstieg in das Rentenalter. Ein früher, wenn nicht sogar vorzeitiger Ausstieg aus dem Erwerbsleben galt lange Zeit als eine Errungenschaft der Wohlstandsgesellschaft.

Nur bestimmte Berufsgruppen, meist mit akademischer Ausbildung wie Mediziner, Juristen, Wissenschaftler und Architekten, bilden seit jeher eine Ausnahme. Wenn der Beruf als Berufung und Lebensinhalt empfunden wird, so werden gesetzte Altersgrenzen zur Beendigung der beruflichen Tätigkeit abgelehnt. Ist die Versetzung in den Ruhestand rechtlich unausweichlich, wird dies durch Auf-

nahme einer selbstständigen Tätigkeit alternativ kompensiert. Diese individuelle Lösung wird immer wieder beispielhaft angeführt, um davon zu überzeugen, dass eine langfristige berufliche Tätigkeit über das sechzigste Lebensjahr hinaus bis ins Alter Sinn spendend und zufriedenstellend ausgeführt werden kann, vorausgesetzt, die gesundheitlichen Voraussetzungen sind gegeben.

Zahlenmäßig schlägt sich dieses

Altersmodell aber nicht nennenswert nieder: Allein in Deutschland mit einer Population von 82 Millionen Menschen umfasst die Gruppe der 50- bis 60-Jährigen derzeit 16,5 Millionen Menschen – bei steigender Tendenz bis 2020 auf 19,5 Millionen. In diesen Größenordnungen bedarf es anderer strategischer Maßnahmen, um eine Trendwende in der Akzeptanz eines längeren Arbeitslebens bei den Beschäftigten zu erreichen; ebenso wie bei denjenigen, die dieser Altersgruppe Beschäftigungsoptionen bis ins Alter anbieten könnten. Es zeichnet sich zumindest ein Trend ab, länger in Beschäftigung zu bleiben, denn der durchschnittliche Ruhestandsbeginn hat sich um ungefähr zwei Jahre nach hinten verschoben. Doch nur 50 Prozent aller, die sich im Ruhestand befinden, sind regulär wegen des Alters aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Immerhin jeder Fünfte ging gesundheitsbedingt sehr viel früher, nämlich mit 55 Jahren, in Rente, und die Übrigen nutzen Vorruhestandsregelungen.<sup>3</sup>

Dass die finanziellen Voraussetzungen nicht länger gegeben sind, einen vorzeitigen oder vorgezogenen Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu rechtfertigen, sofern er durch die sozialen Sicherungssysteme abgedeckt werden soll, müssen die Beschäftigten, aber auch die Unter-

nehmen einsehen. Ökonomische Zielvorstellungen von stetiger Umsatzsteigerung und Gewinnmaximierung mit Erfüllung der Renditeerwartung der Investoren hatten zur Folge, dass insbesondere bei dem Innovationskapital „Human Resources“ in Europa gespart wurde. Nach wie

vor bestätigten Berechnungen, dass die industriellen Arbeitskosten im internationalen Vergleich Europa zu einem teuren Standort machen. Wenngleich Deutschland im

europäischen Vergleich von 2000 bis 2009 die beste Kostendisziplin aufweist, bleibt Westdeutschland einer der teuersten Industriestandorte weltweit, obwohl einer der kostenstabilsten.<sup>4,5</sup> ▶

### \*

1 Mitteilung der Kommission: Grünbuch „Angesichts des demographischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen“, KOM (2005) 94 endgültig.

Entschließung des Europäischen Parlaments vom 21. Februar 2008 zu der demographischen Zukunft Europas (2007/2156 (INI)).

Grünbuch „Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme“, KOM/2010/365 endgültig.

2 Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über das Europäische Jahr für aktives Altern, KOM (2010) 462 endgültig, COD 2010/0242.

3 Wingerter, C.: Später in den Ruhestand? STATmagazin, Arbeitsmarkt, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010.

4 Schröder, C.: Industrielle Arbeitskosten im internationalen Vergleich. In: IW-Trends 3/2010.

5 Schröder, C.: Produktivität und Lohnstückkosten der Industrie im internationalen Vergleich. In: IW-Trends 4/2010.

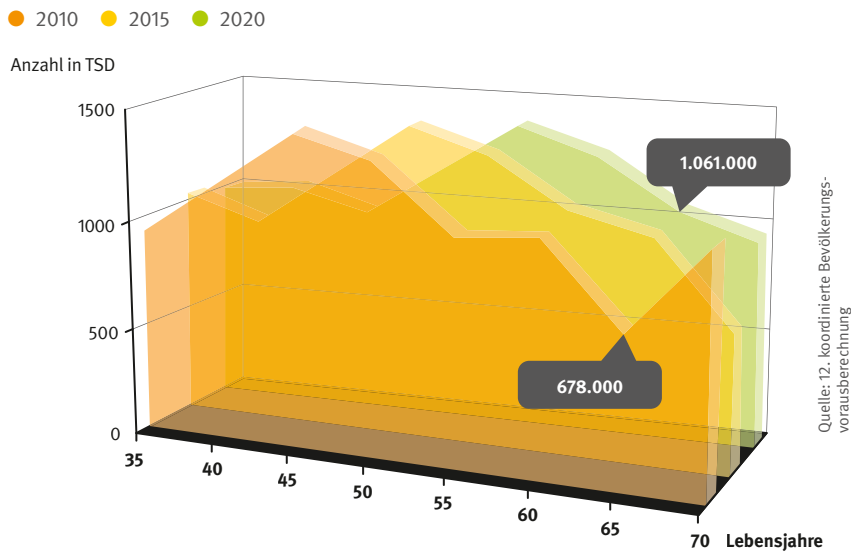


Abbildung 1: Altersstruktur der deutschen Bevölkerung 2010 – 2020

Die Bemühungen, qualifiziertes Personal trotz der angespannten wirtschaftlichen Situation nach der Finanzkrise zu halten, schlagen sich natürlich in den neuesten Berechnungen nieder. Abbau von Zeitguthaben auf Zeitkonten bei gleichem Gehalt oder Remanenzkosten der zwar öffentlich geförderten Kurzarbeit verzerren diese positive Bilanz der ersten Jahre im neuen Jahrtausend, indem sie den bisherigen prozentualen Anstieg der Arbeitskosten von 2,2 Prozent pro Jahr auf 5,1 Prozent im Berechnungszeitraum 2008/2009 mehr als verdoppelten. Andererseits scheinen im internationalen Vergleich die deutschen Unternehmen am stärksten aus der Wirtschaftskrise hervorgegangen zu sein.

### Zuwachs an niedrig entlohnten Tätigkeiten

Diese wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben den Arbeitsmarkt erheblich beeinflusst. Globale Märkte mit Verlagerung von Produktionsstandorten ins Ausland, wirtschaftliche Konkurrenzsituationen innerhalb der EU durch die Erweiterung in den osteuropäischen Raum, Einflussnahme neuer Wirtschaftsmächte auf den europäischen Binnenmarkt und/oder die Wirtschaftskrise in der Folge der Finanzkrise 2007/2008 haben letztlich dazu geführt, dass sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse rückläufig sind. Seit Anfang der 90er Jahre hatte sich die Anzahl dieser Arbeitsplätze dezimiert.

Erst 2006 kam die Meldung, dass der Trend gebrochen sei und die Marke von 27,34 Millionen in etwa wieder die Größenordnung von 1997 erreicht hat. Dass diese Größenordnung zu Beginn des neuen Jahrtausends schon einmal geringfügig höher lag, mag zur Beurteilung der Trendwende nicht entscheidend sein. Wichtiger scheint jedoch der Hinweis, dass sich diese Trendwende durch die erhebliche Zunahme an Teilzeitjobs erklärt, die aber in der Gesamtsumme der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse nicht getrennt von den Vollzeitjobs ausgewiesen werden. Immerhin war der Anstieg um insgesamt 1,4 Millionen neuer Stellen zur Hälfte durch neue Teilzeitjobs begründet. Bis zum Herbst 2008 war ein

deutlicher Aufschwung am Arbeitsmarkt spürbar, der durch die Wirtschaftskrise jäh gestoppt wurde.<sup>6</sup>

Wenngleich durch konzertierte Aktionen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und öffentlicher Hand die Beschäftigungssituation trotz Krise stabilisiert werden konnte, sind in der Art der bestehenden Beschäftigungsverhältnisse nunmehr qualitative Einbußen hinzunehmen. Die strukturellen Veränderungen am Arbeitsmarkt haben einen Zuwachs atypischer Beschäftigungsformen und niedrig entlohnter Tätigkeiten zulasten stabiler sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen begünstigt.<sup>7</sup>

In der Bevölkerung entwickelt sich dadurch ein kritischeres Bewusstsein für die Zusammenhänge, die sich einerseits aus der Beschäftigungslage ergeben und andererseits aus den sozialen Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft, die durch das Steueraufkommen und die Sozialabgaben aufgebracht werden müssen. Mittlerweile hat sich auch in der öffentlichen Diskussion niedergeschlagen, dass eine langfristige Beschäftigung bis zum Erreichen des Regelrentenalters – ob nun mit 65 oder demnächst mit 67 Jahren – nur möglich ist, wenn entsprechende Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Dabei haben sich die Regierungen der europäischen Länder, so auch die deutsche Bundesregierung, aktiv bemüht, bei den Beschäftigten die Einsicht in das Erforderliche zu erreichen.

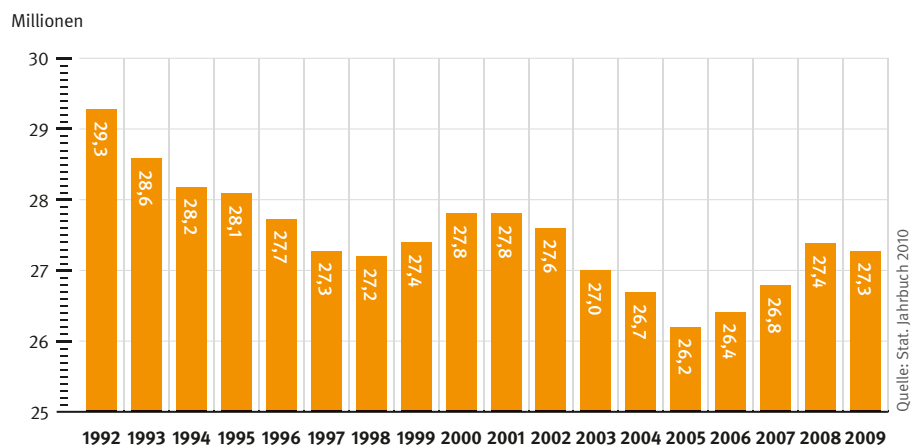


Abbildung 2: Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse



**„Ruhestand wird noch nicht mit Alter gleichgesetzt. Nach einem ausgefüllten Arbeitsleben besitzt diese Lebensphase hohe Attraktivität, vorausgesetzt, der erarbeitete Lebensstandard kann bis ins Alter beibehalten werden.“**

Wie die Beschäftigungsvoraussetzungen in Produktion und Dienstleistung oder dem öffentlichen Sektor gestaltet werden könnten, ist in zahlreichen wissenschaftlichen Studien analysiert, bewertet und beispielhaft dargelegt worden. Publikationen, Veranstaltungen, Workshops, Medien und Internet haben diese Erkenntnisse der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. So ist es gelungen, dass der Begriff des demographischen Wandels in der Bevölkerung bekannt wurde. Die Umsetzung der Erkenntnisse hat man jedoch etwas verschämt dem freien Spiel der – ökonomischen – Kräfte überlassen. Dabei wurde schon früh deutlich, dass die Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten keinerlei Bedeutung für Industrie und Produktion besitzen. Mit einer Ausnahme: Die Ruheständler wurden als eigene Kundenklientel, die sogenannten „Silver

Ager“, entdeckt. Neue Marktstrategien wurden entwickelt, die ihren Fokus auf die Bedürfnisse einer vermögenden, aber nicht jugendlichen Kundengruppe richten. Auch wenn die Zeit nach Lösungen drängt, sollte man seitens der Bundesregierung prüfen, ob man nicht ebenso wie die EU-Kommission ein eigenes Beratergremium einrichtet, das den Handlungsbedarf auf die gesellschaftliche Bedeutung dieser Entwicklung hin prüft und der Regierung Vorschläge für geeignete politische Strategien unterbreitet.

#### **Appelle versus Strategien**

Dass der demographische Wandel gesellschaftsrelevante Fragen aufwirft, die sich nicht über marktwirtschaftliche Denksätze und ökonomische Argumentation lösen lassen, ist mittlerweile offenkundig. Dabei hat Deutschland zweifelsfrei in den letzten zehn Jahren in beispielhafter

Weise das Thema des demographischen Wandels durch bundesweite wie regionale Initiativen und Aktionen ins öffentliche Gespräch gebracht, Diskussionen angestoßen, Beispiele aus Unternehmen aufgezeigt und Beratung und Unterstützung in vielfältiger Weise angeboten. Allerdings haben sich die angesprochenen Maßnahmen darauf konzentriert, die wesentlichen Voraussetzungen zur langfristigen Beschäftigung auf der individuellen Ebene des Beschäftigten zu suchen. ▶

★

- 6 *Arbeitsmarkt 2009, Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit, 58. Jahrgang, Sondernummer 2.*
- 7 *Walwei, U.: Folgen der Finanzkrise: Wie robust ist der deutsche Arbeitsmarkt? In: Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, Jg. 19 (2010), H. 2/3, S. 116 – 131.*



Eine stabile Arbeitsfähigkeit gilt als beste Voraussetzung für eine langfristige Beschäftigung. Sie zu entwickeln, wird in die Selbstverantwortung des Einzelnen gelegt. Besondere Bedeutung hat dabei die Förderung des gesundheitsgerechten Verhaltens erlangt, da diese Botschaften auf den Trend der Gesundheitsförderung aufsetzen und nahezu in jede Altersgruppe und jede Schicht der Bevölkerung wertfrei zu vermitteln sind. Doch auch diese Förderung zeigt eine gewisse Endlichkeit in ihrer Wirkung.<sup>8</sup>

Der biologische Alterungsprozess, so weisen es alle Krankheitsartenstatistiken aus, geht zwangsläufig mit einer Einschränkung der Gesundheit einher und muss daher als gegeben angesehen werden. Aber die Motivation und die Flexibilität, die Einsatzbereitschaft und das Engagement, Erfahrungswerte und Solidarität haben sich als eigenständige Werte erwiesen, die neben einer erforderlichen zeitgemäß angepassten Qualifikation bei Arbeitnehmern nachgefragt werden. Dabei ist hervorzuheben, dass sich diese Fähigkeiten erst mit dem Alterungsprozess entwickeln. Wenn ältere Beschäftigte noch aktiv im Beschäftigungsverhältnis stehen, werden ihnen gerade diese Eigenschaften als wesentliches Merkmal im Vergleich zu Jüngeren zugeschrieben.

Sind sie jedoch beschäftigungslos am Arbeitsmarkt auf der Suche nach einer neuen Tätigkeit, scheinen diese Fähigkeiten nichts zur Profilierung beizutragen, weil die Komponente des biologischen Alters überdimensional negativ bewertet wird.

Im November 2010 kam die Bundesregierung ihrer Verpflichtung gemäß § 154 Absatz 4 SGB VI nach, ab dem Jahr 2010 durch regelmäßige Berichterstattung den gesetzgebenden Körperschaften „... alle vier Jahre über die Entwicklung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer zu berichten und eine Einschätzung darüber abzugeben, ob die Anhebung der Regelaltersgrenze unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arbeitsmarktlage sowie der wirtschaftlichen und sozialen Situation älterer Arbeitnehmer weiterhin vertretbar erscheint...“. In ihrem 1. Bericht zur Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre zieht sie eine positive Bilanz und berichtet, dass die von ihr ergriffenen Initiativen und Maßnahmen zur Entwicklung der Arbeitsmarktlage erfolgreich waren.<sup>9</sup> Im Vergleich zum Beginn des Jahrtausends konnte die Erwerbsquote der 60- bis 64-Jährigen von 21 auf 41 Prozent nahezu verdoppelt werden. Auch hat sich der Anteil der über 55-Jährigen unter den Arbeitslosen seit 2008 deutlich reduziert und lag auch 2009 im Jahresdurchschnitt 15 Prozent niedriger als noch 2005.



Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung trägt dazu bei, die Arbeitsfähigkeit nicht nur der älteren Arbeitnehmer zu erhalten. Hier ein Musterarbeitsplatz „Montage“ im Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG).



- 8 Spindler, M.: *Vom Recht auf Gesundheit zur Pflicht zum gesunden Alter(n)*. In: *Gesundheitswesen* 2010, 72, S. 135–139.
- 9 „*Aufbruch in die altersgerechte Arbeitswelt*“, Bericht der Bundesregierung gemäß § 154 Abs. 4 SGB VI, November 2010.
- 10 Kistler, E., Trischler, F.: *12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – kein tragfähiges Argument für die Rente – Teil II*. In: *Gute Arbeit* 7/8/2010.

Wenngleich diese Angaben den Eindruck einer Trendwende vermitteln, so bleiben doch auch nach der Lektüre des Berichts und seiner Empfehlungen Fragen offen. Im Vergleich zum Vorschlag der EU-Kommission vermisst man eine kritische Auseinandersetzung mit den Bevölkerungsprognosen und die Übertragbarkeit der bisher ergriffenen Maßnahmen zur Lösung der Frage, wie sich die Situation in den kommenden 20 Jahren angesichts des Alterungsprozesses der geburtenstarken Jahrgänge entwickeln wird. In Zeitreihen von 2000 bis 2009 wird zwar eine Reihe von Angaben über die Daten des Arbeitsmarktes als Absolutangaben vorgelegt, doch werden diese noch nicht in einen Zusammenhang mit den sich ändernden Größenordnungen der zugrunde liegenden Gesamtheit der Altersjahrgänge gebracht. Doch diese Relationen sind wesentlich zur Einschätzung der weiteren Entwicklung. Der Bericht selber bleibt also ein Appell, der sich mit seinen Empfehlungen zur Personalpolitik, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation an die Unternehmen richtet und mit seinen Empfehlungen zu gesundheitsgerechtem Verhalten und einer kontinuierlichen beruflichen Qualifizierung an die Arbeitnehmer.

**„Des Pudels Kern“**

Doch das trifft nicht „des Pudels Kern“: Vielmehr wird sich die Bundesregierung ebenso wie die EU-Kommission intensiv mit der Frage befassen müssen, wie sie den stetigen Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse stoppen kann, um die Herausforderungen, die sich wegen des Alterungsprozesses der Baby-Boomer-Generation für die sozialen Sicherungssysteme ergeben werden, zu bewältigen.<sup>10</sup>

**„Primär sollte man bei allen zukünftigen Maßnahmen den Fokus auf die Gruppe der Erwerbspersonen zwischen 30 und 50 Jahren richten. Ihre Arbeitsfähigkeit sollte gezielt durch Präventionsmaßnahmen gefördert werden, um sie langfristig zu erhalten.“**

Zweifelsfrei waren dabei die bislang ergriffenen, wenngleich bei der Bevölkerung unpopulären Maßnahmen zur Rente mit 67 ein erster Schritt. Doch weitere Schritte werden folgen müssen. Derartige gesellschaftsrelevante Probleme lassen sich nicht länger durch die ökonomische Betrachtung der Erfordernisse am Markt und das daraus resultierende Arbeitsangebot lösen. Dies lässt sich klar durch die Zunahme an atypischen Beschäftigungsformen und prekären Arbeitsverhältnissen belegen, die längst nicht mehr im ursprünglichen Sinne zur Entlastung des Arbeitsmarktes beitragen, sondern sich ins Gegenteil verkehrt haben. Angesichts der Zahlen des Statistischen Bundesamtes erscheint es beinahe zynisch, obwohl es nicht so gemeint ist, wenn man öffentlich darüber nachdenkt, die Zuverdienstmöglichkeiten für Rentner und Pensionäre anzuheben. An welche Möglichkeiten dabei gedacht wird, über welchen Zeitraum der eigentlich in den Ruhestand Versetzte diese Möglichkeit bis ins Alter ausschöpfen kann und wie sich dieser „Arbeitsmarkt“ mit seiner Nachfrage gegenüber den übrigen Erwerbspersonen darstellt, müsste einer intensiven Betrachtung unterzogen werden, bevor man mit ähnlichen Lösungen wie den Ein-Euro-Jobs das Gegenteil dessen bewirkt, was man bezweckt.

Es bleibt somit zwischenzeitlich keine andere Wahl, als in der gegenwärtigen Situation die bestehenden Bedingungen zu optimieren. Anders als es der Bericht der Bundesregierung vermittelt, wird man aber die Lösung nicht allein in den Beschäftigungsoptionen für die Älteren jenseits der 55 beziehungsweise 60 Jahre finden. Mit Blick auf die Gesamtpopulation erscheinen zwei Dinge zwingend geboten: Erstens muss man jungen Menschen bessere Chancen verschaffen, im Arbeitsmarkt durch solide Beschäftigungsverhältnisse Fuß zu fassen. Und zweitens muss man für die Menschen mittleren

Alters, die als Eltern in Verantwortung für ihre Kinder und zugleich als Kinder in Verantwortung ihren alten Eltern gegenüber die größte soziale Bürde schultern, die Bedingungen des Arbeitslebens verbessern und erleichtern. Diese Generation bedarf der besonderen Aufmerksamkeit.

Primär sollte man bei allen zukünftigen Maßnahmen den Fokus auf diese Gruppe der Erwerbspersonen zwischen 30 und 50 Jahren richten. Ihre Arbeitsfähigkeit sollte gezielt durch Präventionsmaßnahmen gefördert werden, um sie langfristig zu erhalten. Dabei geht es nicht allein um gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen. Die Arbeitsanforderungen müssen auch unter dem Blickwinkel der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben einschließlich Familie und Freizeit gestaltet sein, was durch geeignete Arbeitszeitmodelle und entsprechende Anforderungen an die Arbeitsorganisation erreicht werden kann. Solche Maßnahmen können wirksame Instrumente sein, um psychische Belastungen abzubauen, die bei Doppelbelastungen in Beruf und Familie auftreten können. Wesentlich ist auch die Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen, die sich mit den Anforderungen des Berufs und des privaten Lebens finanziell und zeitlich in Einklang bringen lassen. Die Erfüllung dieser Ansprüche kann aber nicht allein eine Initiative der Unternehmen sein. Flankierende Maßnahmen des Arbeitsrechts und des Arbeitsschutzes könnten dazu beitragen, dass der Transfer der Erkenntnisse in die betriebliche Praxis gefördert und die Umsetzung unterstützt wird.

#### **Hilfestellung der Unfallversicherung**

Mit ihrem Präventionsangebot zur modernen Gestaltung der Arbeit kann die gesetzliche Unfallversicherung den Unternehmen konkrete Hilfestellung anbieten. Sie verfügt über ein umfassendes Beratungsangebot zur alter(n)sgerichteten

Gestaltung der Arbeit, das zudem den Anforderungen der verschiedenen Branchen angepasst werden kann. Ein neuer Arbeitskreis der Unfallversicherungsträger, der sich mit den Folgen des demographischen Wandels auseinandersetzen wird, ist eingerichtet und wird den Erfahrungsaustausch untereinander befördern, damit weitere praktische Lösungsansätze für die Unternehmen erarbeitet werden. Die gesetzliche Unfallversicherung wird sich jedenfalls mit dem eingeschlagenen Weg leicht tun, sich ganz im Sinne des Beschlussvorschlages der EU-Kommission für das Jahr 2012 eigene Ziele für das „Aktive Altern“ zu setzen. Vielleicht macht dieses Beispiel Schule und weitere Partner schließen sich den Aktionen an, um sich gemeinsam der gesellschaftlichen Entwicklung verantwortungsvoll zu stellen. Erst wenn die Standortfrage für die Wirtschaft auch die Frage der sozialen Verantwortung für die Gesellschaft am Standort mit einschließt, werden die erforderlichen Voraussetzungen am Arbeitsmarkt durch ein ausreichendes Angebot an Arbeit geschaffen werden. ●

#### **Autorin**



Foto: DGUV

#### **Dr. Edith Perlebach**

Leiterin des Referats Gesellschaftlicher Wandel und Demographie, Stabsbereich Prävention, DGUV  
E-Mail: edith.perlebach@dguv.de

## Zwischenbilanz der Präventionskampagne

# „Risiko raus!“ in den Köpfen – Kampagnenaktivitäten und Medienresonanz 2010



Seit über einem Jahr wirbt die aktuelle Präventionskampagne der gesetzlichen Unfallversicherung für mehr Sicherheit beim Fahren und Transportieren. Die Analyse der Kampagnenpräsenz und der Medienresonanz zeigt, dass „Risiko raus!“ ankommt.

**M**it dem Ziel, das Unfallrisiko durch unüberlegtes, kopfloses Handeln beim innerbetrieblichen Transport und Verkehr sowie im Straßenverkehr zu reduzieren, startete zu Beginn des Jahres 2010 die zweijährige Präventionskampagne „Risiko raus!“. Sie richtet sich hauptsächlich an Unternehmen und ihre Beschäftigten sowie Schülerinnen und Schüler, deren Eltern, Lehrer und Lehrerinnen.

### Evaluation der Kampagne

Um die Wirkung der Kampagne zu erfassen, wurde ein umfassendes Evaluationskonzept entwickelt. Darin wird berücksichtigt, dass Präventionskampagnen auf mehreren Wirkungsebenen Einfluss nehmen. Die angestrebten Veränderungen in den kampagnenrelevanten Zielgruppen und Betrieben kommen schrittweise über mehrere Stufen zustande. Veränderungen

der Einstellung, des Wissens und schließlich der Verhältnisse und des Verhaltens können dabei nur durch eine grundlegende Voraussetzung erreicht werden: Die Kampagne und ihre Botschaften müssen öffentlich gemacht und verbreitet werden, damit sie von den Zielgruppen wahrgenommen werden können. Auf den ersten beiden Evaluationsebenen werden daher die Kampagnenpräsenz und die Medienresonanz ermittelt. Zur Bestimmung der Kampagnenpräsenz in der Öffentlichkeit werden die verschiedenen Kampagnenaktivitäten und -maßnahmen durch die Träger der Kampagne kontinuierlich dokumentiert sowie deren Reichweite ermittelt.

Mit Hilfe der Medienresonanzanalyse kann man Aussagen über die Verbreitung und Wahrnehmung der Kampagne „Risiko raus!“ durch die Medien treffen.

Die Medienresonanzanalyse stellt eine zentrale sozialwissenschaftliche, meist computergestützte, inhaltsanalytische Methode dar, mit deren Hilfe Medien wie Texte, Audiobeiträge, Spots oder Bildmaterial systematisch hinsichtlich qualitativer und quantitativer Merkmale untersucht werden können. So kann beispielsweise ermittelt werden, inwiefern Medien – also Presse, Funk und Fernsehen sowie Onlinemedien – auf eine Aktion, eine Kampagne oder Ereignisse reagieren und diese darstellen. Mit den so gewonnenen Daten lässt sich aufzeigen,

wie häufig die Zielgruppen Gelegenheit dazu hatten, etwas über beziehungsweise durch die Präventionskampagne zu erfahren. Unterschieden werden hierbei zum einen Meldungen über die Präventionskampagne, welche von der Presse eigenständig veröffentlicht werden (das sogenannte Presse-Echo), sowie Meldungen, die Träger und Kooperationspartner der Kampagne in ihren eigenen Medien veröffentlichen. Diese wurden hinsichtlich quantitativer Merkmale (zum Beispiel Auflagenhöhe, Region) bewertet. Mehr als ein Jahr ist seit dem Kampagnenstart vergangen. Zeit für eine Zwischenbilanz:

### Ergebnisse zur Kampagnenpräsenz

Die Dokumentation aller Kampagnenmaßnahmen zeigt deutlich, dass die Präventionskampagne in den Betrieben angekommen ist: So wurden 2010 von den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen zirka 42.000 Aktionen mit fast 36.000 Beratungen/Begehungen in den Betrieben, über 4.800 Schulungen/Seminare zur Kampagne beziehungsweise mit „Risiko raus!“-Bausteinen und fast 700 Gesundheits- und Aktionstage/Events in Betrieben durchgeführt. Allein mit diesen betrieblichen Maßnahmen konnten zirka 750.000 Beschäftigte unmittelbar an ihrem Arbeitsplatz angesprochen werden. Zusammen mit weiteren öffentlichen Aktionen wurden knapp 1,3 Millionen Menschen direkt erreicht. Darüber hinaus war „Risiko raus!“ auf etwa 130 Messveranstaltungen präsent.

### \* ---

- 1 *Besuche: Anzahl der Seitenaufrufe der Profelseite. Mehrfachkontakte möglich, insofern keine Aussage über die Zahl der tatsächlichen Personen, die die Seite besucht haben.*
- 2 *Aktive User: echte Nutzer, das heißt die Zahl der Personen, die in den letzten 30 Tagen mit der Seite interagiert haben (Klick auf Foto, Video, Werbeanzeige).*
- 3 *„Gefällt mir“: Zahl der „Fans“, die ihr Profil mit der „Risiko raus!“-Seite verlinkt haben.*



## Ergebnisse der Medienresonanzanalyse

Zur Verbreitung der Kampagne wurde ein Kommunikationskonzept entwickelt, bei dem schwerpunktmäßig auf Print-, Online- und Radiobeiträge gesetzt wird, da die Zielgruppen so am besten erreicht werden können. Im ersten Kampagnenjahr wurden zu „Risiko raus!“ insgesamt 1617 Beiträge in den Medien veröffentlicht, davon erschienen 465 bundesweit. 1142 Beiträge wurden in den Printmedien abgedruckt, 353 Beiträge sind online erschienen und 117 Mal wurde im Hörfunk ein Beitrag zur Kampagne ausgestrahlt. Im Fernsehen wurde bisher 5 Mal über die Kampagne berichtet. Allein die Printmedien, welche sich aus Tageszeitungen, Anzeigenblättern, Fachzeitschriften, Publikumszeitungen und Wochenzeitungen zusammensetzen, erreichten eine Gesamtauflage von knapp 40 Millionen Exemplaren, woraus sich mehr als 87 Millionen Leserkontakte ableiten lassen. Der Anzeigenäquivalenzwert von 753 Printmeldungen, für die dieser Wert ermittelt werden konnte, liegt bei 4,23 Millionen Euro. Der Anzeigenäquivalenzwert bezeichnet die Höhe der fiktiv berechneten Kosten für Anzeigen, wenn diese in gleicher Größe und Platzierung wie die redaktionellen Beiträge geschaltet worden wären. Hinzu kommen weitere 383 Beiträge der beteiligten Träger und Verbände sowie der Kooperationspartner der Kampagne in eigenen Mitteilungsblättern

und Onlinemedien, welche über laufende Aktionen, Materialien zum Download und Wissenswertes zum Thema informierten. So gab es beispielsweise Pressemitteilungen und Veröffentlichungen zu den Themen „So wird Ladung sicher verstaut“, „Mit Action gegen Unfälle – Aktionstage „Risiko raus!“ und „Tipps für einen sicheren Schulweg mit dem Fahrrad“.

### „Risiko raus!“ auf Facebook

Auch die seit April 2010 bestehende Profilseite „Risiko raus!“ auf Facebook, dem größten sozialen Online-Netzwerk, gewinnt zunehmend an Beachtung: Im letzten Jahr wurden mehr als 25.000 Besuche auf der Seite registriert, darüber hinaus wurden bis zu 2937 aktive User, bezogen auf einen 30-Tage-Zeitraum, gezählt.<sup>1,2</sup> 773 der Nutzer, denen der Inhalt der Profilseite gefällt, nutzten die Möglichkeit, ihr Interesse direkt über den „Gefällt mir“-Button zum Ausdruck zu bringen.<sup>3</sup> Wer den „Gefällt mir“-Button anklickt, verbreitet den Link auch über seine eigene Facebook-Profilseite.

Eine hohe Kampagnenpräsenz in der Öffentlichkeit sowie eine große Medienresonanz sind Voraussetzungen, damit die Kampagne „Risiko raus!“, ihre Kernbotschaften und die dahinterstehenden Akteure von den Zielgruppen wahrgenommen werden können. Die Evaluation zeigt, dass dies für die Kampagne „Risiko raus!“

gelingt. Zum einen hat 2010 bereits eine Vielzahl betrieblicher, regionaler und bundesweiter Aktionen zur Kampagne stattgefunden. Zum anderen greifen die Medien das Kampagnenthema gern und in großer Zahl auf. Dass sie dies noch häufiger als bei der Vorgängerkampagne „Deine Haut – die wichtigsten 2 m<sup>2</sup> deines Lebens“ (Abbildung 1) tun, zeigt die weitere Professionalisierung der Kampagnenaktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung. ●

### Autoren

#### Anna-Maria Hessenmöller,

Referentin im Bereich „Evaluation von Präventionsmaßnahmen“, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)  
E-Mail: anna-maria.hessenmoeller@dguv.de

#### Christine Nitzsche,

Technische Assistentin im Bereich „Verkehrssicherheit, speziell Verkehrspsychologie“, IAG  
E-Mail: christine.nitzsche@dguv.de

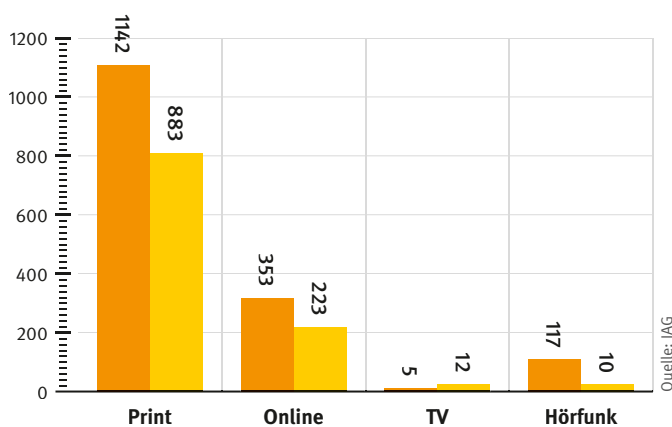
#### Simon Renner,

Referent im Bereich „Verkehrssicherheit, speziell Verkehrspsychologie“, IAG  
E-Mail: simon.renner@dguv.de

#### Esin Taşkan-Karamürsel,

Referentin im Bereich „Evaluation von Präventionsmaßnahmen“, IAG  
E-Mail: esin.taskan@dguv.de

● „Risiko raus!“ (N = 1617) ● „Haut“ (N = 1128)



**Abbildung 1:** Presse-Echo 2010 der Kampagne „Risiko raus!“ im Vergleich zum ersten Kampagnenjahr der Vorgängerkampagne „Haut“.

„Eine hohe Präsenz in der Öffentlichkeit sowie eine große Medienresonanz sind Voraussetzungen, damit die Kampagne ‚Risiko raus!‘ wahrgenommen werden kann. Die Evaluation zeigt, dass dies für die Kampagne ‚Risiko raus!‘ gelingt.“

## Übergangsgeld

# Eine einheitliche Leistung der Rehabilitationsträger?

Das Übergangsgeld ist eine ergänzende Leistung zur beruflichen Rehabilitation. Die Praxis der Rehabilitationsträger zeigt, dass trotz einheitlicher Berechnungsgrundsätze in vergleichbaren Fällen häufig unterschiedlich hohe Leistungen erbracht werden.

Die Autoren nehmen dies zum Anlass, sich eingehend mit den Bestimmungen zur Höhe und Berechnung des Übergangsgeldes (§§ 46 ff. SGB IX) zu befassen.<sup>1</sup> Im Ergebnis schlagen sie eine trägerübergreifende, einheitliche Regelung vor, nach der in jedem Einzelfall die Sonderfallprüfung nach § 48 SGB IX vorzunehmen wäre. Ein Diskussionsbeitrag zu einem Thema, mit dem sich in Kürze die Gremien der DGUV befassen.

## 1 Hintergrund

Übergangsgeld wird erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, um den Ausfall an Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen zu kompensieren beziehungsweise um Versicherte, die vor der Maßnahme kein Einkommen hatten, wirtschaftlich abzusichern.<sup>2</sup> Die gesetzliche Unfallversicherung (UV), die gesetzliche Rentenversicherung (RV)<sup>3</sup> sowie die Arbeitsförderung erbringen Übergangsgeld nach Maßgabe der für sie geltenden speziellen Gesetze (SGB VII, SGB VI, SGB III), die hinsichtlich der Höhe und Berechnung des Übergangsgeldes jeweils auf die §§ 46 ff. SGB IX verweisen.

Mit den §§ 46 ff. SGB IX wurden zum 1. Juli 2001 die Bestimmungen zur Höhe und Berechnung des Übergangsgeldes für alle Rehabilitationsträger vereinheitlicht.<sup>4</sup> Dem Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 15. November 2007<sup>5</sup> ist jedoch zu entnehmen, dass es trotz der einheitlichen Berechnungsgrundsätze bei gleichgelagerten Fällen zu unterschiedlich hohen Leistungen und damit zu finanziellen Nachteilen für Versicherte kommt.

Der Entscheidung des Sozialgerichts Lüneburg lag die Übergangsgeldberechnung eines Unfallversicherungsträgers auf der Grundlage des von der Klägerin tatsächlich erzielten Arbeitsentgelts zugrunde. In dem maßgeblichen auf drei Monate ausgedehnten Bemessungszeitraum hatte die Klägerin Arbeitsentgelt erzielt; im letzten Kalendermonat allerdings nur aus einer Teilzeitbeschäftigung.

Den Antrag der Klägerin, das Übergangsgeld gemäß § 48 SGB IX aus einem tariflichen Entgelt zu berechnen, lehnte der beklagte Unfallversicherungsträger unter Hinweis auf den aus § 49 SGB IX abgeleiteten Kontinuitätsgrundsatz ab: Da die Übergangsgeldzahlung sich nahtlos an die Verletztengeldzahlung anschließt, sei die Anwendung von § 48 SGB IX ausgeschlossen und somit das der Verletztengeldzahlung zugrunde gelegte Arbeitsentgelt zu berücksichtigen.

Nach Auffassung des Gerichts hingegen hätte der Unfallversicherungsträger eine zusätzliche Berechnung des Übergangsgeldes nach § 48 SGB IX durchführen und das sich nach der Vergleichsberechnung ergebende höhere Übergangsgeld auszahlen müssen. Zwar richte sich die Bemessung des Übergangsgeldes nach §§ 46, 47 SGB IX grundsätzlich nach dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt. Nach § 48 SGB IX aber solle die Bemessungsgrundlage mindestens 65 Prozent des auf ein Jahr bezogenen tariflichen beziehungsweise am Wohnsitz des Leistungsempfängers geltenden ortsüblichen Arbeitsentgelts betragen. Dies gelte insbesondere dann, wenn die Berechnung nach den §§ 46, 47 SGB IX zu einem geringeren Be-

trag führe oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nicht erzielt worden sei. Ziel des § 48 SGB IX sei es, während einer

★

- 1 *Der Beitrag fußt auf einer im Rahmen des Wahlpflichtfachs „Übergangsgeld“ durchgeführten Untersuchung der Autoren in Zusammenarbeit mit Studierenden der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg im Sommersemester 2010. Beteiligt waren: B. Dresken, K. Eichler, A. Erdmann, V. Erlenbruch, S. Golchert, A. Gurnik, A. Heisterkamp, J. Kern, D. Lentz, F. Oestreicher, B. Putschke, P. Stein und M. Strathe. Die Untersuchung ist bei den Autoren erhältlich.*
- 2 *Vgl. Bereiter-Hahn/Mertens, SGB VII, § 49 SGB VII Rn 3.*
- 3 *Die RV zahlt darüber hinaus nach § 20 SGB VI Übergangsgeld auch an Versicherte, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder sonstige Leistungen erhalten.*
- 4 *Zur geschichtlichen Entwicklung der beruflichen Rehabilitation vgl. z. B. Welti, F.: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen, 2005, S. 183 ff.*
- 5 *SG Lüneburg, Urte. v. 15.11.2007 – AZ: S 2 U 185/03.*
- 6 *Vgl. Erstkommentierung des Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch – (SGB IX), Anm. zu § 48, Kapitel 6, S. 138.*
- 7 *Vgl. Römer in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 50 Rz 5.*
- 8 *Vgl. Schütze in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 48 Rz 3,4.*
- 9 *Vgl. Schütze in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 48 Rz 4.*
- 10 *Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Anhang zu § 50 SGB VII – § 46 SGB IX, Rn 2, 2.1.*
- 11 *Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Anhang zu § 50 SGB VII – § 48 SGB IX, Rn 4.*



Leistung zur Teilhabe den Lebensunterhalt sicherzustellen.

Dies gelte auch für denjenigen, dessen Übergangsgeld – wie im Falle der Klägerin – nach § 49 SGB IX berechnet werde, so dass unter Beachtung des Gleichheitssatzes (Art. 3 Grundgesetz) auch in den Fällen des § 49 SGB IX eine Vergleichsberechnung nach § 48 SGB IX zu erfolgen habe. Ein sachlicher Grund, die Verletztengeldbezieher beziehungsweise die anderen in § 49 SGB IX genannten Personen gegenüber allen anderen Übergangsgeldbeziehern schlechter zu stellen, sei nicht ersichtlich.

Mit Blick auf die unterschiedlichen Verfahrensweisen der verschiedenen Sozialversicherungsträger regte das Gericht an, dass sich die Spitzenverbände auf eine einheitliche Regelung verständigen.

## 2 Problemstellung

Im Folgenden werden Vorgehensweisen bei der Berechnung des Übergangsgeldes untersucht und ein Vorschlag zur einheitlichen Berechnung entwickelt. In der Pra-

xis ergeben sich zwei grundlegende Problembereiche:

1. Ist die Prüfung, ob ein Sonderfall gemäß § 48 Satz 1 Nr. 1–3 SGB IX vorliegt, in jedem Fall vorzunehmen?
2. Welche Berechnungsgrundlage wird dem Übergangsgeld zugrunde gelegt, wenn der Versicherte unmittelbar vor einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt oder -einkommen und keine der in § 49 SGB IX genannten Entgeltersatzleistungen bezogen hat?

## 3 Berechnung des Übergangsgeldes: Verfahrensweisen

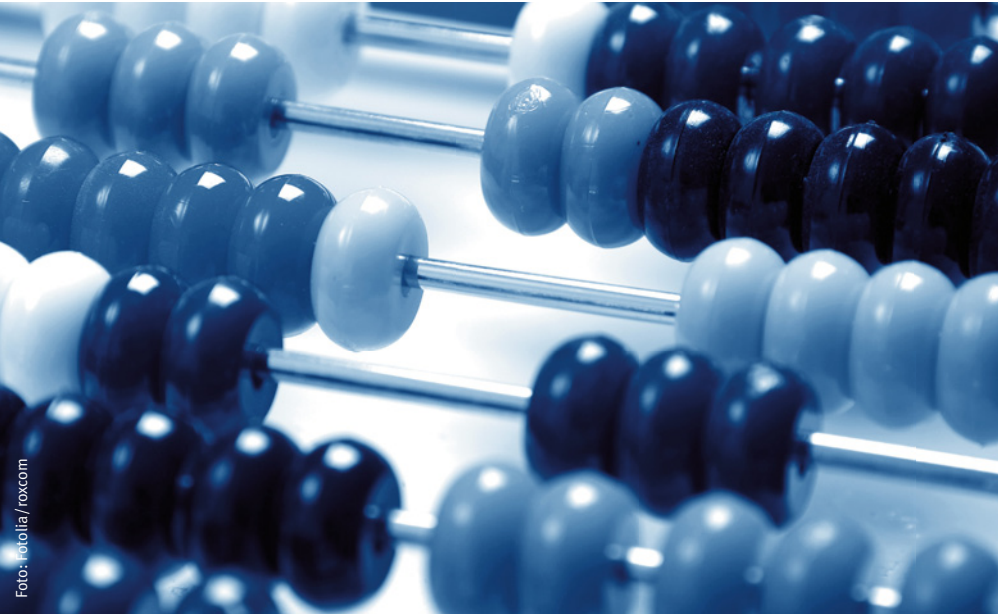
### 3.1 Literatur

Zu der Frage, wann eine Sonderfallprüfung vorzunehmen ist, gibt es in der Literatur im Wesentlichen zwei Auffassungen: In der Erstkommentierung des Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX)<sup>6</sup> wird die Ansicht vertreten, dass in jedem Fall, in dem ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht, eine Berechnung nach § 48 SGB IX aus dem tariflichen oder ortsüb-

lichen Arbeitsentgelt vorzunehmen ist. Nur so könne ermittelt werden, ob diese Berechnung zu einem für den Leistungsempfänger günstigeren Ergebnis führt. Dem entspricht die Auffassung von Römer<sup>7</sup> und Schütze<sup>8</sup>. § 48 SGB IX lege fest, dass von der Regelberechnung nach § 47 SGB IX beim Vorliegen der in der Vorschrift genannten drei Sonderfälle abgewichen werden soll. Ein Sonderfall ist nach Schütze dann gegeben, wenn eine Vergleichsberechnung zu einem für den Versicherten günstigeren Ergebnis führt.<sup>9</sup>

Bereiter-Hahn/Mehrtens<sup>10</sup> hingegen sind der Meinung, dass die Prüfung, ob ein Sonderfall nach § 48 S. 1 Nr. 1–3 SGB IX vorliegt, nur dann vorzunehmen ist, wenn der Kontinuitätsgrundsatz aus § 49 SGB IX nicht greift. Insbesondere der Günstigkeitsvergleich zwischen der Übergangsgeldberechnung nach §§ 46, 47 SGB IX einerseits und dem fiktiven Entgelt aus § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX andererseits sei nicht in jedem Fall, sondern entsprechend der Überschrift nur in „Sonderfällen“ durchzuführen.<sup>11</sup>





Unterschiedlich wird auch die Frage beantwortet, welche Berechnungsgrundlage maßgeblich ist, wenn der Versicherte unmittelbar vor einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt oder -einkommen und keine in § 49 SGB IX genannte Entgeltersatzleistung bezogen hat.

Für diejenigen, die vor dem Versicherungsfall ausschließlich Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen haben, befürwortet Römer<sup>12</sup> mangels ausdrücklicher gesetzlicher Regelung eine entsprechende Anwendung des § 49 SGB IX, wonach das der Berechnung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegende Arbeitsentgelt maßgeblich sei. Habe der Betroffene zuvor Arbeitslosengeld II erhalten, sei nach § 48 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX zu verfahren.

Schütze<sup>13</sup> hingegen empfiehlt in diesen Fällen die Anwendung der Nr. 2 des § 48 SGB IX. Ein Sonderfall liege dann vor, wenn kein Arbeitsentgelt oder -einkommen erzielt worden sei. Das betreffe zum einen die Fälle, in denen der Leistungsempfänger zu keinem Zeitpunkt beruflich tätig geworden ist, und zum anderen die Fälle, in denen kein nach § 47 Abs. 1 SGB IX berücksichtigungsfähiges Arbeitsent-

gelt vorliege. Damit lassen sich die Fälle, in denen Versicherte vor der Maßnahme Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erhalten haben, unter § 48 S. 1 Nr. 2 SGB IX subsumieren. Das heißt, es liegt ein Sonderfall mit der Konsequenz vor, dass das tarifliche oder ortsübliche Arbeitsentgelt zugrunde zu legen ist.

Nach Bereiter-Hahn/Mehrtens<sup>14</sup> hingegen gilt § 48 S. 1 Nr. 2 SGB IX im Wesentlichen nur in den Fällen, in denen der Versicherte noch nie erwerbstätig war. Für Leistungsempfänger, die vor dem Versicherungsfall ausschließlich Arbeitslosengeld bezogen, nicht aber Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben, sei § 50 in Verbindung mit § 47 Abs. 2 SGB VII maßgeblich.<sup>15</sup>

### 3.2 Gesetzliche Rentenversicherung

Nach dem Gemeinsamen Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld regelt § 48 SGB IX die Ermittlung der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ist bei jeder Berechnung anzuwenden.<sup>16</sup>

Liegt der letzte Tag des Bemessungszeitraums innerhalb der Drei-Jahres-Frist, sind zwei Berechnungen durchzuführen: zum einen die Berechnung aus

dem tatsächlich erzielten Entgelt, zum anderen aus dem tariflichen/ortsüblichen Arbeitsentgelt. Der höhere Betrag ist maßgebend. Liegt der letzte Tag des Bemessungszeitraums außerhalb der Drei-Jahres-Frist, wird die Berechnungsgrundlage nur aus dem tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelt ermittelt.<sup>17</sup>

Die Regelung des § 48 S. 1 Nr. 2 SGB IX hat in der Rentenversicherung keine Bedeutung.<sup>18</sup> War der Versicherte unmittelbar vor der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben arbeitslos, ist die Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld das Arbeitsentgelt, das der Arbeitslosengeldberechnung zugrunde gelegt wurde, sofern dieser Bemessungszeitraum innerhalb der Drei-Jahres-Frist liegt.<sup>19</sup>

#### \*

<sup>12</sup> Vgl. Römer in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 50 Rz 10.

<sup>13</sup> Vgl. Schütze in Hauck/Noftz, SGB IX, K § 48 Rz 5.

<sup>14</sup> Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Anhang zu § 50 SGB VII – § 48 SGB IX, Rn 5.

<sup>15</sup> Vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, § 50, Rn 3.4.

<sup>16</sup> *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld (Stand 01/2010), im Internet abrufbar unter: [www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/de/Inhalt/04\\_Formulare\\_Publikationen/05\\_fachmitteilungen\\_rundschreiben/gemeinsame\\_rundschreiben\\_uebergangsgeld.html?nn=38808](http://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/de/Inhalt/04_Formulare_Publikationen/05_fachmitteilungen_rundschreiben/gemeinsame_rundschreiben_uebergangsgeld.html?nn=38808), V. 3., S. 80.*

<sup>17</sup> Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld.*

<sup>18</sup> Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld.*

<sup>19</sup> Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld, V. 2., Beispiel 3, S. 79.*

<sup>20</sup> Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld, V. 3, S. 80.*

<sup>21</sup> Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld, V. 2., Beispiel 4, S. 79.*

### 3.3 Die häufigsten Fälle im Einzelnen

Die vier in der Praxis häufigsten Fälle werden im Folgenden unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Auffassungen überprüft. Den Fallgestaltungen ist gemeinsam, dass ein Versicherungsfall (VF) der Unfallversicherung eine medizinische Rehabilitation und eine sich daran nahtlos anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) auslöst.

#### Fall 1

In diesem Fall hat der Versicherte vor dem Versicherungsfall Arbeitsentgelt erzielt. Die medizinische Rehabilitation mit Bezug von Verletztengeld (VG) endete zum 30. September. Ab dem 1. Oktober schloss sich unmittelbar die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Anspruch auf Übergangsgeld (ÜG) an.

Hier erfolgt eine Regelberechnung des Übergangsgeldes nach den §§ 46, 47 SGB IX aus dem unmittelbar vor dem Versicherungsfall erzielten Arbeitsentgelt (letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum = Bemessungszeitraum). Eine zusätzliche Prüfung, ob ein Sonderfall gemäß § 48 SGB IX vorliegt – mit der möglichen Konsequenz, dass das Übergangsgeld nach dem tariflichen beziehungsweise ortsüblichen Arbeitsentgelt zu berechnen ist –, wird nur vereinzelt durchgeführt.

In der Rentenversicherung<sup>20</sup> wird zusätzlich überprüft, ob ein Sonderfall nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX vorliegt. Das für den Versicherten günstigere Ergebnis wird ausgezahlt.

#### Fall 2

Dieser Fall unterscheidet sich von dem ersten darin, dass das Ende des maßgeblichen Bemessungszeitraums bei Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben länger als drei Jahre zurückliegt. Hier lassen sich drei Lösungsmöglichkeiten identifizieren. Erstens: Regelberechnung nach §§ 46, 47 SGB IX aus dem unmittelbar vor dem Versicherungsfall erzielten Arbeitsentgelt ohne Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX. Zweitens: Regelberechnung nach §§ 46, 47 SGB IX aus dem unmittelbar vor dem Versicherungsfall erzielten Arbeitsentgelt mit Sonderfallprüfung. Und drittens: Berechnung des Übergangsgeldes ohne

Abbildung 1: Fall 1

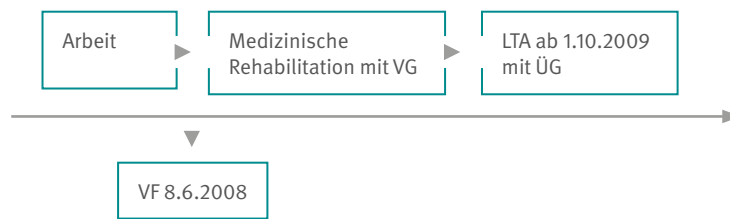


Abbildung 2: Fall 2

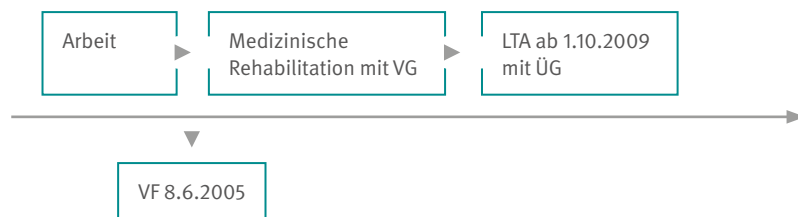
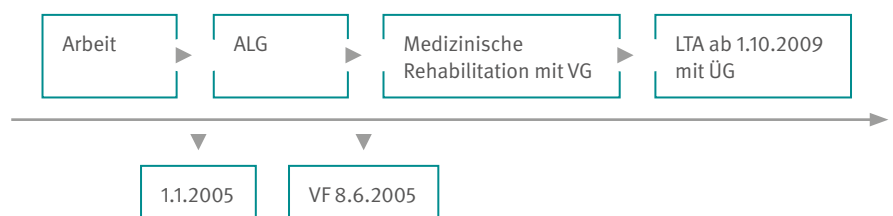


Abbildung 3: Fall 3



Abbildung 4: Fall 4



vorherige Regelberechnung sofort nach § 48 S. 1 Nr. 3 SGB IX. Den dritten Weg geht auch die Rentenversicherung.<sup>21</sup>

#### Fall 3

In diesem Fall hat der Versicherte unmittelbar vor dem Versicherungsfall Arbeitslosengeld (ALG) bezogen. An die medizinische Rehabilitation schließt sich direkt die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Folgende Lösungen sind denkbar:

1. Regelberechnung (§§ 46, 47 SGB IX) aus dem vor der Arbeitslosigkeit erzielten Arbeitsentgelt ohne zusätzliche Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX

2. Regelberechnung (§§ 46, 47 SGB IX) aus dem vor der Arbeitslosigkeit erzielten Arbeitsentgelt mit zusätzlicher Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX
3. Regelberechnung auf Grundlage des vor dem Versicherungsfall bezogenen Arbeitslosengeldes ohne zusätzliche Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX, wobei das kalendertägliche Arbeitslosengeld (§ 50 2. Halbsatz in Verbindung mit § 47 Abs. 2 SGB VII) Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld ist
4. Regelberechnung wie bei 3., jedoch mit zusätzlicher Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX. ▶

**Tabelle 1:** Ergebnisübersicht der kalendertäglichen Übergangsgelder (ÜG)

Berechnung des ÜG nach ...		Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
Lösung 1	§§ 46, 47 SGB IX § 48 SGB IX	28,95 Euro –	28,95 Euro –	28,95 Euro –	– 36,83 Euro
Lösung 2	§§ 46, 47 SGB IX § 48 SGB IX	28,95 Euro 36,83 Euro	– 36,83 Euro	– 36,83 Euro	28,95 Euro –
Lösung 3	§§ 46, 47 SGB IX § 48 SGB IX	– 36,83 Euro	– –	17,78 Euro –	17,78 Euro –
Lösung 4	§§ 46, 47 SGB IX § 48 SGB IX	– –	– –	– 36,83 Euro	– 36,83 Euro
Lösung RV	§§ 46, 47 SGB IX § 48 SGB IX	36,83 Euro –	36,83 Euro –	36,83 Euro –	36,83 Euro –

**Erläuterungen zur Tabelle:**

- 17,78 Euro – Ergebnis der Regelberechnung nach den §§ 46, 47 SGB IX aus dem Arbeitslosengeld I in Höhe von 784,20 Euro monatlich.
- 28,95 Euro – Ergebnis der Regelberechnung nach den §§ 46, 47 SGB IX aus dem Arbeitsentgelt in Höhe von 2.000 Euro brutto/1.300 Euro netto monatlich.
- 36,83 Euro – Ergebnis der Berechnung nach § 48 SGB IX aus dem tariflichen Arbeitsentgelt in Höhe von 2.500 Euro brutto monatlich
- Gegebenenfalls erforderliche Anpassungen nach § 50 SGB IX wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: Adelberg/Köllner

Die Vorgehensweise der Rentenversicherung<sup>22</sup> entspricht Lösung 4.

**Fall 4**

Fall 4 unterscheidet sich von Fall 3 darin, dass zwischen Versicherungsfall und Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mehr als drei Jahre liegen. Folgende Lösungen werden praktiziert:

1. Ausschließliche Berechnung des Übergangsgeldes gemäß § 48 S. 1 Nr. 3 SGB IX (Sonderfallberechnung), ohne dass zuvor eine Regelberechnung durchgeführt wurde
2. Regelberechnung (§§ 46, 47 SGB IX) aus dem vor der Arbeitslosigkeit erzielten Arbeitsentgelt ohne zusätzliche Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX
3. Regelberechnung auf Grundlage des vor dem Versicherungsfall bezogenen Arbeitslosengeldes ohne zusätzliche Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX
4. Regelberechnung aus dem Arbeitslosengeld mit zusätzlicher Sonderfallprüfung nach § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX.

Die Vorgehensweise der Rentenversicherung<sup>23</sup> entspricht Lösung 1.

**3.4 Auswirkungen der Verfahrensweisen**

Die Zahlen in der Tabelle zeigen die Auswirkungen der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Berechnung des Übergangsgeldes. In den Fällen 1 und 2 wird bei der Regelberechnung davon ausgegan-

gen, dass der ledige und kinderlose Versicherte im Bemessungszeitraum vor dem Versicherungsfall in 168 Stunden bei einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden ein Arbeitsentgelt in Höhe von 2.000 Euro brutto/1.300 Euro netto erzielt hat. In den Fällen 3 und 4 hat der ledige und kinderlose Versicherte unmittelbar vor dem Versicherungsfall Arbeitslosengeld in Höhe von 784,20 Euro monatlich bezogen (berechnet mit Hilfe eines Onlinerechners der Arbeitsagentur<sup>24</sup> aus 2.000 Euro brutto/1.300 Euro netto).

Der Übergangsgeldberechnung nach § 48 SGB IX wurde ein tarifliches Arbeitsentgelt von monatlich 2.500 Euro brutto zugrunde gelegt. Einmal- oder Sonderzahlungen sieht der Tarifvertrag nicht vor.

Besonders deutlich werden die Unterschiede, wenn man die kalendertäglichen Ergebnisse auf einen monatlichen Bezugszeitraum hochrechnet: Im günstigsten Fall stehen dem Versicherten 1.104,90 Euro monatlich zur Verfügung (36,83 Euro x 30 Tage), im ungünstigsten Fall 533,40 Euro (17,78 Euro x 30 Tage).

**4 Auslegung**

Der uneinheitliche Umgang mit § 48 SGB IX führt – wie dargelegt – zu deutlichen Unterschieden in der Höhe des Über-

gangsgeldes. Wie ist § 48 SGB IX nun auszulegen?

Ihrem Wortlaut nach sieht die Vorschrift eine Berechnung des Übergangsgeldes nach dem tariflichen oder ortsüblichen

**„Ziel der Neuregelung sollte nicht eine Verwaltungsvereinfachung, sondern die Sicherung der Existenzgrundlage der Rehabilitanden sein.“**

Arbeitsentgelt bei Vorliegen besonderer Situationen vor. Diese besonderen Situationen sind gegeben, wenn die Berechnung nach §§ 46, 47 SGB IX zu

einem geringeren Betrag führt, wenn Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen nicht erzielt wurde oder der letzte Tag des Bemessungszeitraums länger als drei Jahre zurückliegt. Dazu passt der Wortlaut der Überschrift „Berechnung in Sonderfällen“. Er lässt in jedem Übergangsgeldfall die Prüfung zu, ob ein Sonderfall vorliegt.

Auch die Entwicklung der Vorschrift stützt diese Ansicht. § 14 des Rehabilitations-Angleichungs-Gesetzes (RehaAnglG) aus dem Jahr 1974<sup>25</sup> regelte als Vorläufervorschrift die „anderweitige Berechnung“ des Übergangsgeldes, wenn

1. der letzte Tag des Bemessungszeitraums zu Beginn der Maßnahme länger als drei Jahre zurückliegt oder
2. kein Entgelt nach § 13 Abs. 6 erzielt worden ist oder
3. es unbillig hart wäre, das (im Bemessungszeitraum erzielte<sup>26</sup>) Entgelt nach § 13 Abs. 6 der Bemessung des Übergangsgeldes zugrunde zu legen.





Die Härtefallklausel des § 14 S. 1 Nr. 3 RehaAnglG wurde schließlich durch die Vergleichsberechnung in § 48 S. 1 Nr. 1 SGB IX ersetzt. Damit wurde seit der Einführung des RehaAnglG im Jahr 1974 kontinuierlich an der anderweitigen Berechnung in Sondersituationen festgehalten.

Gesetzessystematisch betrachtet stellt sich das Verhältnis der §§ 46, 47 zu § 48 SGB IX als ein Regel-Ausnahme-Verhältnis dar. Grundsätzlich richtet sich die Berechnung des Übergangsgeldes nach dem tatsächlichen im Bemessungszeitraum erzielten Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen. § 48 SGB IX sieht demgegenüber 65 Prozent des auf ein Jahr bezogenen tariflichen beziehungsweise am Wohnsitz des Leistungsempfängers ortsüblichen Arbeitsentgelts als Bemessungsgrundlage vor, insbesondere in Fällen, in denen das nach §§ 46, 47 SGB IX berechnete Übergangsgeld geringer ist oder gar kein Arbeitsentgelt beziehungsweise Arbeitseinkommen erzielt wurde. Die Vorschrift stellt also sicher, dass das Übergangsgeld nicht nach einer geringeren als der in § 48 SGB IX vorgegebenen Bemessungsgrundlage berechnet wird.

Dem steht die Regelung des § 49 SGB IX nicht entgegen. Die Vorschrift betrifft Leistungsempfänger, die Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bezogen haben – also Leistungen, die den Entgeltausfall bei bestehendem Arbeitsverhältnis kompensieren sollen. Die Vorschrift stellt klar, dass bei der Berechnung des Übergangsgeldes in diesen Fällen von dem bisher zugrunde gelegten Arbeitsentgelt auszugehen ist. Ist dieses aber geringer als die durch § 48 SGB IX beschriebene Mindestbemessungsgrundlage, so liegt wiederum ein Sonderfall mit der Folge einer Berechnung nach dem tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelt vor.

Auch der in der Gesetzesbegründung<sup>27</sup> zum Ausdruck kommende Sinn und Zweck der Vorschrift stützt diese Ausführungen. Danach regelt § 48 SGB IX die Ermittlung der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld für die Fälle, in denen eine Orientierung an den tatsächlichen Einkommensverhältnissen des Betroffenen vor Beginn der Leistung zu einer nicht angemessenen Höhe des Übergangsgeldes führt, und zwar einheitlich für alle Rehabilitationsträger. Das bedeutet gleichzeitig, dass bei Unterschreitung der in § 48 SGB IX festgelegten Bemessungsgrundlage stets eine unangemessene Höhe des Übergangsgeldes vorliegt, die den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme durch eine nicht ausreichende Versorgung infrage stellen kann.

Folge dieser Betrachtungsweise kann ein höherer Verwaltungsaufwand sein, weil zum Beispiel Tarifentgelte ermittelt werden müssen. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass das Ziel der Neuregelung nicht eine Verwaltungsvereinfachung, sondern die Sicherung der Existenzgrundlage der Rehabilitanden sein sollte. Übergangsgeldempfänger sollen während der Maßnahme nicht gezwungen sein, zu arbeiten oder ergänzende Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen.<sup>28</sup> Im Übrigen lassen sich in die Sachbearbeitung durchaus Vereinfachungselemente integrieren, etwa dergestalt, dass der Entgeltfragebogen um den Zusatz ergänzt wird, ob das gezahlte Arbeitsent-

★

- 22 Vgl. *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld*, V. 2., Beispiel 3, S. 79.
- 23 *Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld*, V Nr. 2, Beispiel 3, S. 79 sowie V Nr. 3, S. 80.
- 24 Vgl. *Arbeitsagentur (Hrsg.): Selbstberechnung Arbeitslosengeld*, [www.pub.arbeitsagentur.de/selbst.php?jahr=2009#ergebnisse](http://www.pub.arbeitsagentur.de/selbst.php?jahr=2009#ergebnisse) (5.5.2010).
- 25 *BGBI I 1981*, S. 1509, 1510.
- 26 *Anmerkung der Verfasser*.
- 27 *Bundestagsdrucksache 14/5074*, S. 110.
- 28 *SG Lüneburg*, Urt. v. 15.11.2007 – AZ: S 2 U 185/03.
- 29 *SG Lüneburg*, Urt. v. 15.11.2007 – AZ: S 2 U 185/03.
- 30 *Bundestagsdrucksache 14/5074*, S. 110.

gelt dem tariflichen entspricht. Entscheidend ist jedoch, dass mit dem Argument eines eventuell höheren Verwaltungsaufwands das gesetzgeberische Ziel, den Lebensstandard während einer Teilhabemaßnahme zu sichern, nicht unterlaufen werden darf.

Diese Auffassung vermeidet auch eine Ungleichbehandlung von Personen, deren Übergangsgeld nach §§ 46, 47 SGB IX, und solchen, deren Übergangsgeld nach § 49 SGB IX berechnet wird. Selbst wenn durch § 49 SGB IX eine Verwaltungsvereinfachung beabsichtigt sein sollte, so ist dies kein ausreichender sachlicher Grund für die Ungleichbehandlung der Versicherten.<sup>29</sup> Die Auswirkungen dieser Ansicht entsprechen schließlich dem erklärten Zweck des Gesetzes, einerseits den Lebensunterhalt des Leistungsempfängers sicherzustellen und andererseits eine für alle Rehabilitationsträger einheitlich geltende Regelung zu schaffen.<sup>30</sup>

## 5 Ergebnisse

- § 48 SGB IX definiert einzelne Fallgestaltungen, bei denen sich die Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes an tariflichen oder ortsüblichen Gegebenheiten orientiert. ▶



„Bei Unterschreitung der in § 48 SGB IX festgelegten Bemessungsgrundlage liegt stets eine unangemessene Höhe des Übergangsgeldes vor, die den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme durch eine nicht ausreichende Versorgung infrage stellen kann.“

- Die Prüfung, ob eine Fallgestaltung im Sinne der Nrn. 1–3 des § 48 SGB IX vorliegt, hat in jedem Fall stattzufinden. Damit wird gewährleistet, dass das Übergangsgeld seiner unterhaltssichernden Funktion während einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gerecht wird.
- § 49 SGB IX stellt klar, dass beim Bezug von Entgeltersatzleistungen bei bestehendem Arbeitsverhältnis auf das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung abzustellen ist. Eine Anwendung in Fällen, in denen Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erzielt wird, ist nicht möglich.
- Die Regelberechnung nach §§ 46 und 47 SGB IX setzt voraus, dass der Versicherte Arbeitsentgelt oder -einkommen erzielt hat. Dies ist der Fall, wenn die Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes nach § 47 Abs. 1 bis 4 SGB IX zu bestimmen ist oder der Versicherte vor dem Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eine in

§ 49 SGB IX genannte Entgeltersatzleistung bezogen hat, die aus Arbeitsentgelt oder -einkommen berechnet wurde.

- Hat der Versicherte vor der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben eine andere als in § 47 Abs. 2 und 3 SGB IX oder § 49 SGB IX bezeichnete Entgeltersatzleistung bezogen (zum Beispiel Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II), so ist eine Berechnung nach den §§ 46, 47 SGB IX nicht möglich. Es handelt sich vielmehr um einen Sonderfall gemäß § 48 S. 1 Nr. 2 SGB IX.

6 Lösungen für die Praxis

Auf Grundlage der geschilderten Ergebnisse werden für die unter Punkt 3.3 beschriebenen Fälle folgende Lösungen vorgeschlagen:

**Fall 1:** Regelberechnung mit zusätzlicher Prüfung, ob ein Sonderfall nach § 48 Nr. 1 SGB IX vorliegt

**Fall 2:** ausschließlich Sonderberechnung nach § 48 Nr. 3 SGB IX

**Fall 3:** ausschließlich Sonderberechnung nach § 48 Nr. 2 SGB IX

**Fall 4:** ausschließlich Sonderberechnung nach § 48 Nr. 2 SGB IX. ●

Autoren



Foto: Privat

Christine Adelberg

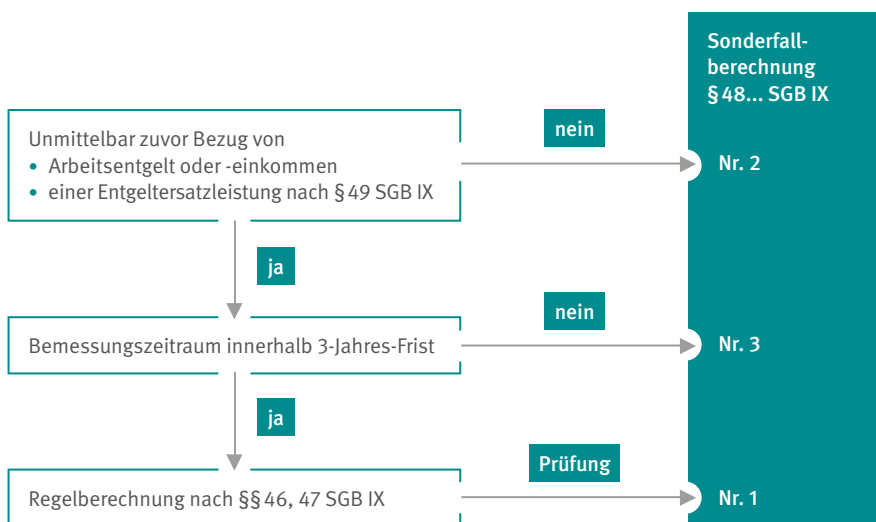
Dozentin, DGUV Akademie Bad Hersfeld/Hennef, Campus Hennef, Lehrbeauftragte an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Sozialversicherung  
E-Mail: christine.adelberg@dguv.de



Foto: Privat

Andreas Köllner

Stellvertretender Geschäftsführer, BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe, BV Dortmund, Lehrbeauftragter an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Sozialversicherung  
E-Mail: andreas.koellner@bgn.de



Quelle: Adelberg/Köllner

Abbildung 5: Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – Übergangsgeldberechnung

## Arbeitsunfall

**Steht bei einer vom Arbeitgeber als Fortbildungsveranstaltung bezeichneten Unternehmung nicht die Wissensvermittlung im Vordergrund, sondern wird überwiegend privaten Unternehmungen nachgegangen, besteht kein Versicherungsschutz.**

§ (Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 19.11.2010 – L 8 U 2983/10 –, UV-Recht Aktuell 021/2010, S. 1361–1367)

Streitig war die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Der Kläger, Bankkaufmann, hatte sich bei einem Kart-Rennen verletzt. Das Rennen war (Haupt-)Bestandteil einer von einem Kooperationspartner des Arbeitgebers durchgeführten Informationsveranstaltung. Die Teilnahme des Klägers an der Veranstaltung wurde als Arbeitszeit bewertet und entsprechend bezahlt.

Das Landessozialgericht hat einen Arbeitsunfall verneint. Zwar stünden im inneren Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit auch Geschäfts- und Dienstreisen, die dazu bestimmt seien, den betrieblichen Interessen wesentlich zu dienen. Davon könne vorliegend aber nicht die Rede sein. Der auf das Kart-Rennen entfallende Zeitanteil sei annähernd doppelt so groß gewesen wie der für die Informationsveranstaltung, die zudem auch nur beiläufig während der Einnahme von Mahlzeiten stattgefunden habe. Der Schwerpunkt

der Veranstaltung habe damit eindeutig bei der freizeitsportlichen Betätigung des Kart-Rennens und dem geselligen Zusammensein bei den vorgesehenen Mahlzeiten gelegen, was den privaten Belangen der Teilnehmer zuzurechnen sei.

Eine Veranstaltung, bei denen den Teilnehmern nur die Gelegenheit geboten werde, nebenbei über betriebliche Belange zu sprechen, stehe nicht im inneren Zusammenhang mit der betrieblichen Tätigkeit. Dass die Veranstaltung auch zur Verbesserung der Beziehungen zwischen den beiden Unternehmen habe beitragen sollen, begründe wegen des überwiegend verfolgten privaten Zwecks den Versicherungsschutz ebenso wenig.

Da das Kart-Rennen im Übrigen keinerlei Bezug zu den betrieblichen Angelegenheiten gehabt und nur der Unterhaltung und Geselligkeit gedient habe, sei die Teilnahme daran eigenwirtschaftlich und unversichert. Eine irgendwie geartete Teilnahmepflicht habe nicht bestanden.

## Beitrag

**Zur Haftung eines Unternehmens des Baugewerbes für die rückständigen Beiträge einer Nachunternehmerin.**

§ (Urteil des BSG vom 20.7.2010 – B 2 U 7/10 R –, UV-Recht Aktuell 021/2010, S. 1385–1390)

Die Klägerin, ein Unternehmen des Baugewerbes, war von der beklagten BG gemäß § 150 Abs. 3 SGB VII als selbstschuldnerische Bürgin für die rückständigen Beiträge einer Nachunternehmerin herangezogen worden. Es ging um die Frage, was unter „einem“ Bauwerk i. S. des § 28e Abs. 3d SGB IV zu verstehen ist.

Das Landessozialgericht hatte bei der Bestimmung der Wertgrenze von 500.000 Euro (jetzt 275.000 Euro) die Erstellung von drei Reihenhäusern als „ein“ Bauwerk angesehen. Die drei Reihenhäuser bildeten nämlich unter funktionellen Gesichtspunkten eine Einheit. Da jedes Reihenhaus einen Auftragswert von 210.000 Euro hatte, ergab sich somit ein Gesamtwert aller in Auftrag gegebenen Bauleistungen für dieses Bauwerk von 630.000 Euro und folglich ein Überschreiten der Wertgrenze.

Das Bundessozialgericht ist der Auffassung des LSG nicht gefolgt. Die Wertgrenze von 500.000 Euro werde hier nicht erreicht, weil die Reihenhäuser nicht „ein“ Bauwerk im Sinne

der Vorschrift bildeten. Zwar sei allein aus dem Begriff „Bauwerk“ wegen der unterschiedlichen Arten der Bauausführung usw. wenig herleitbar. Jedoch habe die Formulierung „für ein Bauwerk in Auftrag gegeben“ nicht nur den Begriff Bauwerk als Bezugspunkt, sondern auch den Begriff Auftrag. Nach dem gesetzlichen Konzept sei also auf die zugrunde liegenden Rechtsbeziehungen abzustellen und nicht auf die tatsächlichen Abläufe und funktionellen Gesichtspunkte des oder der Bauwerke. Was der Hauptunternehmer dem Bauherrn nach dem jeweiligen Vertrag bauen müsse, sei das „Bauwerk“. Ob nach dem Vertrag die Errichtung zum Beispiel eines Hauses oder mehrerer Häuser geschuldet werde, sei damit grundsätzlich nicht entscheidend. In beiden Fällen liege nur „ein Werkvertrag“ i. S. des § 150 Abs. 3 SGB VII vor, der auf „ein Bauwerk“ i. S. des § 28e Abs. 3d SGB IV gerichtet sei.

Vorliegend habe es für jedes der drei Reihenhäuser einen eigenen Bauauftrag gegeben (wobei sogar die Aufträge von zwei verschiedenen Bauherren erteilt worden seien). Mithin sei die maßgebliche Wertgrenze nicht erreicht worden, sodass eine Haftung der Klägerin ausscheide.

**Kontakt:** Dr. Horst Jungfleisch, E-Mail: horst.jungfleisch@dguv.de



## Broschüre zur sicheren Betreuung von Kindern unter drei Jahren

Ab 2013 wird der Betreuungsanspruch für Kinder ab dem ersten Lebensjahr bundesweit umgesetzt. Das bedeutet für Träger und Fachkräfte in den Tageseinrichtungen eine Öffnung hin zu einem Betreuungs- und Bildungsangebot, das neue Herausforderungen beinhaltet. Mit der Broschüre „Sicher bilden und betreuen – Gestaltung von Bewegungs- und Bildungsräumen für Kinder unter drei Jahren“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen wird anhand zahlreicher Beispiele aufgezeigt, wie Räume und Spielmaterialien unter entwicklungspsychologischen und zugleich sicherheitstechnischen Aspekten gestaltet werden können. Die umfangreiche Broschüre entstand vor dem Hintergrund, dass viele Kindertageseinrichtungen aufgrund der Aufnahme von Kindern unter drei Jahren Neu- und Umbaumaßnahmen durchführen sowie Ausstattungen für diese Altersgruppe vornehmen.



Download und Bestellung unter: [www.unfallkasse-nrw.de](http://www.unfallkasse-nrw.de) > Medien > Prävention in NRW

## Versicherungsschutz während der Ausbildung im Ausland

Immer mehr junge Menschen sammeln während ihrer Ausbildung auch Berufserfahrungen im Ausland. Doch wie verhält es sich mit dem Versicherungsschutz bei Unfällen und Berufskrankheiten? Darüber informiert nun das neue Falblatt der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) „Sicher im Ausland – Auszubildende“. Es richtet sich an Azubis in betrieblichen oder schulischen Ausbildungsverhältnissen, die beispielsweise ein Auslandspraktikum planen.

Die Information fasst kurz und übersichtlich zusammen, unter welchen Bedingungen die gesetzliche Unfallversicherung bei Auslandsaufenthalten haftet und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen. Neben der Arbeit im ausländischen Betrieb können dies beispielsweise auch Betriebsbesichtigungen und Schulungen sein. Nicht gesetzlich unfallversichert sind hingegen private Ausflüge und Unternehmungen in der Freizeit.



Download und Bestellung unter: [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen)

Die Broschüre gibt außerdem weiterführende Hinweise, an wen sich Auszubildende mit speziellen Fragen wenden können. Sie kann kostenlos über die DGUV bezogen werden.



## Impressum

### DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung  
[www.dguv-forum.de](http://www.dguv-forum.de)

3. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

**Herausgeber** • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Mittelstraße 51, 10117 Berlin-Mitte, [www.dguv.de](http://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, Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur)

**Redaktionsassistentz** • Andrea Hütten, [redaktion@dguv-forum.de](mailto: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](mailto:info@universum.de), [www.universum.de](http://www.universum.de)

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

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

**Herstellung** • Harald Koch, Wiesbaden

**Druck** • ColorDruck Leimen GmbH, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen/Germany

**Grafische Konzeption und Gestaltung** • Liebchen+Liebchen GmbH, Frankfurt am Main

**Titelbild** • fotolia

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

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

**Zitierweise** • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

**ISSN** • 1867-8483

**Preise** • Im Internet unter: [www.dguv-forum.de](http://www.dguv-forum.de)

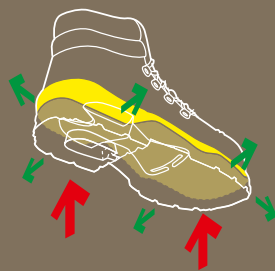
In dieser Zeitschrift beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Frauen und Männer, auch wenn dies in der Schreibweise nicht immer zum Ausdruck kommt.

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

# WO ENTLASTET MAN FUßGELENK, KNIE, HÜFTE UND RÜCKEN? UNTER DEM FUß NATÜRLICH.



1. GELENKSTÜTZE MIT  
DÄMPFUNGSELEMENT



2. PU-ZWISCHENSOHLE



3. TUNNELSYSTEM®



SAXA ESD S2



YORA ESD S2

Mit mehr als 85 Jahren Erfahrung ist Bata Industrials einer der führenden Spezialisten für bequeme Sicherheitsschuhe. Nun verfügen unsere Modelle über eine innovative 3-stufige Dämpfungskonstruktion. Nach offizieller Testmethode (EN ISO 20344) erreichen wir eine doppelt so hohe Energieaufnahme im Fersenbereich als gefordert. Dadurch neutralisieren bzw. reduzieren wir weitestgehend die Stöße und Kräfte, die auf den gesamten biomechanischen Bewegungsapparat vom Fußgelenk bis zum Halswirbel wirken. Das Ergebnis: geringere Ermüdung, weniger Beschwerden und Ausfallzeiten. Bata. The Energy Footwear.

Mehr Informationen: [www.bataindustrials.com/broschuere](http://www.bataindustrials.com/broschuere)



**Bata Industrials®**  
THE ENERGY FOOTWEAR

# DGUV Arbeit & Gesundheit

## Unsere Leser arbeiten gesünder!

Das Magazin für ein sicheres und gesundes Berufsleben greift mit spannenden Reportagen, aufschlussreichen Interviews und Berichten Themen des Arbeitsschutzes auf. Fragen der persönlichen Sicherheit und Gesundheit werden mit wissenswerten Hintergrundinformationen, praktischen Tipps und Produktinformationen fundiert beantwortet. DGUV Arbeit & Gesundheit ist der Ratgeber für sicheres und gesundes Arbeiten – für Menschen in allen Berufen.

### Das Extra für Sicherheitsbeauftragte

Auf acht Sonderseiten erhalten Sicherheitsbeauftragte zudem branchenübergreifende Informationen, die genau auf ihren Handlungsbereich zugeschnitten sind – in gewohnt abwechslungsreicher und fundierter Art.



## Kostenloses Probeheft bestellen!

!

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](mailto:vertrieb@universum.de)  
Bestellinfos: [www.universum.de/shop](http://www.universum.de/shop) Internet: [www.arbeit-und-gesundheit.de](http://www.arbeit-und-gesundheit.de)

UniversumVerlag 