

**DGUV** **Forum**

**Entwicklung der  
UN-Behindertenrechtskonvention**

**Prävention**

**Rehabilitation**

**Unfallversicherung**

DGUV-Positionspapier

Neues D-Arzt-Verfahren

E-Mail-Konvention

# Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Bewusstseinsveränderungen brauchen Zeit. Im März 2009 ist die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) in Deutschland in Kraft getreten. Inzwischen kommt sie in deutschen Institutionen an. Verantwortliche in Ministerien und Organisationen erkennen ganz konkret, was ihre praktische Umsetzung bedeutet. Denn sie ist nicht weniger als der Bruch mit einem lange eingeübten Blick: In der Vergangenheit wurden Menschen mit einer Behinderung als die „Schwächeren“ wahrgenommen, die der Fürsorge bedurften. In der UN-BRK ist Behinderung kein „Defizit“ mehr, sondern Teil menschlicher Vielfalt. Deshalb haben Menschen mit Behinderung ein Recht auf vollständige Teilhabe an der Gesellschaft.



Foto: DGUV

**„In der UN-BRK ist Behinderung kein ‚Defizit‘ mehr, sondern Teil menschlicher Vielfalt. Deshalb haben Menschen mit Behinderung ein Recht auf vollständige Teilhabe an der Gesellschaft.“**

Dieser Gedanke der Inklusion berührt die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherung in ihrem Kern. Schon lange gilt für uns der Grundsatz Rehabilitation vor Rente. Daher nehmen wir die Aufgabe ernst, die UN-BRK mit Leben zu füllen. Ebenso wie die Bundesregierung arbeiten wir an einem eigenen Aktionsplan. Wir können hier unsere Kompetenzen einbringen und eine Vorbildfunktion einnehmen. Ich denke, sie steht uns gut an.

Früher waren Behinderte vom Arbeitsmarkt faktisch oft ausgeschlossen und stießen auch in ihrer Ausbildung auf vielerlei Barrieren. Körperliche und geistige Einschränkungen waren gleichbedeutend mit Benachteiligung. Und dieses Schicksal traf einen großen Teil der Gesellschaft: Immerhin 8,7 Millionen Bürger in Deutschland haben eine anerkannte Behinderung.

Für diese Menschen ist die UN-BRK ein Paradigmenwechsel. Sie sind nicht mehr auf Wohlwollen und Wohlfahrt angewiesen, sondern haben ein Recht auf umfassende Teilhabe. Die gesetzliche Unfallversicherung will mit ihrem Aktionsplan dazu ihren Beitrag leisten. Die Palette der Aufgaben, die vor uns stehen, ist breit: von der selbstverständlichen nicht ausschließlich im Zusammenhang mit ihrer Behinderung stehenden Darstellung der betroffenen Menschen über die barrierefreie Informationsbroschüre bis hin zur Einbeziehung der Betroffenen in die Entscheidungsprozesse. Nur gemeinsam können wir dieses Projekt zum Erfolg führen, deshalb hoffe ich auf breite Unterstützung. Denn Menschenrechte sind nicht teilbar.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2 – 3
› Aktuelles ›››	4 – 9
› Titelthema ›››	10 – 15
Gleichstellung <b>Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen</b> <i>Katrin Grüber</i>	10
Interview <b>Rehabilitation weltweit voranbringen</b> <i>Joachim Breuer</i>	14
› Prävention ›››	16 – 25
Neues DGUV-Positionspapier <b>Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen</b> <i>Michael Behrens, Matthias Kluckert, Ulrich Pällmann, Harald Wellhäußer</i>	16
Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge <b>Neue Herausforderungen für die arbeitsmedizinische Vorsorge</b> <i>Rita Janning</i>	20
Kohärentes Vorschriften- und Regelwerk <b>Aus einem Guss</b> <i>Manfred Rentrop</i>	22
› Rehabilitation ›››	26 – 33
Interview <b>Qualität braucht einen Nachweis</b> <i>Tankred Haase, Gabriele Kreuzer</i>	26
Neues Therapiemodul der DGUV <b>Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation</b> <i>Axel Lohsträter, Eckehard Froese</i>	29
› Unfallversicherung ›››	34 – 39
Versicherungsschutz im Ausland <b>Gut versichert – auch in Krisengebieten</b> <i>Eva-Marie Höffer</i>	34
Informationsmanagement <b>Eine Konvention zur Eindämmung der E-Mail-Flut</b> <i>Dirk Windemuth</i>	36
› Aus der Rechtsprechung ›››	40
› Personalia ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42



## Zahl der Arbeits- und Wegeunfälle gestiegen

Die Zahl der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle ist im Jahr 2010 angestiegen. Das geht aus den jetzt veröffentlichten, vorläufigen Zahlen von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hervor.

Danach gab es 964.144 gemeldete Arbeitsunfälle und damit 8,8 Prozent mehr als im Jahr davor. Die Zahl der Wegeunfälle stieg um 25,5 Prozent auf 224.110. Weniger stark ausgeprägt sind die Steigerungen in der Schülerunfallversicherung für Kindergartenkinder, Schüler und Studenten. Hier gab es 2010 eine Steigerung um 3,6 Prozent auf 1.295.734 meldepflichtige Schulunfälle. Die Schulwegunfälle stiegen um sieben Prozent auf 123.665. Erklären lassen sich die gestiegenen Zahlen vor allem mit der wirtschaftlichen Entwicklung und den Witterungsverhältnissen im vergangenen Jahr. „Es ist ein typischer

Reflex, dass bei anziehender Konjunktur und Beschäftigung auch die absolute Zahl der Arbeitsunfälle zunimmt“, sagt DGVU-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer. Das müsse jedoch nicht unbedingt bedeuten, dass auch das relative Unfallrisiko steige. Eine klare Aussage hierzu kann im Sommer gemacht werden, wenn die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden vorliegt.



[www.dguv.de](http://www.dguv.de) › Webcode: d39569

## Gesunde Schule, gute Bildung: 40 Jahre Schülerunfallversicherung

Unfallversicherungsschutz für Kinder, Schüler und Studierende: Das gibt es jetzt schon seit 40 Jahren. Bei einer Feierstunde im März blickten die Teilnehmer des Dresdner Forums Prävention und Vertreter der Unfallkassen daher auf die Erfolge und Leistungen dieses Zweigs der gesetzlichen Unfallversicherung zurück.

Am 1. April 1971 trat das Gesetz über die Schülerunfallversicherung in Kraft. Dadurch erweiterte sich der Kreis der Versicherten von einem Tag auf den anderen um 10 Millionen junge Menschen. Die Unfallversicherungsträger rekrutierten in kurzer Zeit neues Personal, informierten die Öffentlichkeit und bauten Prävention und Rehabilitation aus. „Rückblickend kann ich für diese Arbeit nur meine Anerkennung aussprechen“, so Dr. Hans-Joachim Wolff, Vorstandsvorsitzender der DGVU, in seiner Festrede. Weiter betonte er: „Die gesetzliche Unfallversicherung trägt dazu bei, die Bildung in Deutschland nicht nur sicher und gesund, sondern vor allem auch gut zu machen.“

Inzwischen gewährt die Schülerunfallversicherung über 17 Millionen Kindern, Schülern und Studierenden Schutz in Betreuungseinrichtungen und auf den notwendigen Wegen.

Die Unfallzahlen sind im Vergleich zu den siebziger Jahren deutlich zurück-



Im Rahmen des Dresdner Forums Prävention würdigte Dr. Hans-Joachim Wolff, Vorstandsvorsitzender der DGVU, das 40-jährige Jubiläum der Schülerunfallversicherung.

gegangen. Mit ihrer Präventionsarbeit legt die gesetzliche Unfallversicherung bereits in Kindergärten und Schulen

den Grundstein für ein lebenslanges Bewusstsein für Sicherheit und Gesundheit.

## EU-Studie: Arbeitsbedingter Stress nimmt zu

Arbeitsbedingter Stress hat in den letzten zehn Jahren in vielen Staaten der Europäischen Union (EU) zugenommen. Das geht aus einem Bericht hervor, den László Andor, EU-Kommissar für Beschäftigung, Soziales und Integration, vor kurzem vorgestellt hat.

Der Bericht bildet gleichzeitig die Ergebnisse einer Vereinbarung ab, die europäische Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen 2004 geschlossen hatten, um ein Minimum an Schutz vor Stress am Arbeitsplatz zu gewährleisten. Während es nun in 19 Mitgliedstaaten der Europäi-

schen Union Rechtsvorschriften oder verbindliche Tarifvereinbarungen zur Stressreduzierung gibt, hat sich die eigentliche Situation nur in wenigen Ländern verbessert. In Deutschland stagniert das Stresslevel, dem Bericht zufolge, seit 2005 auf hohem Niveau.

Dabei machen die unmittelbar von Stress am Arbeitsplatz verursachten Kosten nach Schätzungen der Kommission EU-weit vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus. Etwa 50 bis 60 Prozent aller Ausfälle werden in Studien mit Stress in Verbindung gebracht.

László Andor: „Wir wissen, dass die Sozialpartner oft diejenigen sind, die in diesem Bereich am meisten bewirken können. Ich möchte die Arbeitgeber und Arbeitnehmer auffordern, ihre konstruktive Arbeit fortzusetzen und sich mit den Mängeln vor allem in den Ländern zu befassen, in denen gemeinsame Maßnahmen bisher nur in begrenztem Umfang durchgeführt wurden.“



[http://ec.europa.eu/deutschland/press/pr\\_releases/9767\\_de.htm](http://ec.europa.eu/deutschland/press/pr_releases/9767_de.htm)

## Fukushima: Verstärkte Kontrollen im Frachtverkehr

Nach Ansicht von Fachleuten besteht derzeit keine unmittelbare Gefahr durch strahlenbelastete Schiffe oder Güter, die aus Japan kommen oder die dortigen Gewässer befahren haben.

Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) hat die für den Seetransport relevanten Informationen in seinem Internetportal „Frachtcontainer“ zusammengefasst. Fracht, die vor dem 15. März auf den Weg gebracht wurde, gilt generell als nicht belastet. Für später ausgeführte Waren gelten inzwischen strengere Vorschriften, die ein Risiko ausschließen sollen.

Auch das Risiko durch Verschleppung radioaktiver Partikel durch die Schiffe und Container wird als relativ gering angesehen. Um Gefährdungen restlos auszuschließen, werden in den deutschen Überseehäfen Kontrollen vorgenommen.

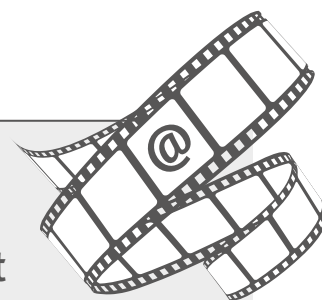
Lebensmittel werden nur in geringem Maße aus Japan in die EU exportiert. Aus den betroffenen japanischen Regionen dürfen sie in Deutschland nur noch eingeführt werden, wenn sie in Japan kontrolliert und zertifiziert wurden. Einen Teil der Warensendungen unterziehen die Überwachungsbehörden der EU-Mitgliedstaaten aber einer weiteren Kontrolle.

Arbeitnehmer können sich bei Verdacht auf eine radioaktive Belastung während eines Japan-Aufenthalts auf Kosten des Arbeitgebers in den Strahlenschutzzentren der Unfallversicherungsträger untersuchen lassen.



[www.dguv.de](http://www.dguv.de) > Webcode: d113821  
[www.bgetem.de/rsz](http://www.bgetem.de/rsz)

## Internetportal für Arbeitsschutzfilme erfolgreich gestartet



Das Film-Portal für Videos rund um das Thema Arbeitsschutz [www.arbeitsschutzfilm.de](http://www.arbeitsschutzfilm.de) verzeichnet ein erfolgreiches erstes Quartal. Das im Oktober 2010 gestartete Projekt wurde inzwischen mehr als 20.000-mal angeklickt. Die Zahl der verfügbaren Filme ist auf 212 angewachsen und umfasst aktuell 38 Fachkategorien.

**Am meisten nachgefragt:** Filme zum Brandschutz und zur Bildschirmarbeit, da diese Themen alle Branchen und Betriebe betreffen. Auf geringeres Interesse stoßen derzeit hingegen noch Filme zu Aspekten der Gesundheitsförderung wie Ernährung, Bewegung und Suchtproblemen. Vor allem kleine und mittlere Betriebe mit begrenzten eigenen Mitteln nutzen das komfortable Portal, um die Mitarbeiter auf das Thema Sicherheit im Betrieb aufmerksam zu machen sowie zur Unterweisung.

Die unabhängige Mediathek für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bietet einen Überblick über fast alle von der gesetzlichen Unfallversicherung und weiteren Institutionen angebotenen Arbeitsschutzclips – geordnet nach Branchen und Gefahren, kostenlos und für jeden verfügbar. Die DGUV unterstützt den Fachbeirat des Projekts und hilft bei der Weiterentwicklung der Mediathek.

## Neue Maßnahme gegen resistente Bakterien in Krankenhäusern angeregt

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) setzt sich dafür ein, Patienten in Zukunft besser vor resistenten Krankenhauskeimen zu schützen. Der sogenannte Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) soll dafür einen separaten Kode im ICD-10-Katalog der Krankheiten bekommen. Ist er erst einmal kodiert, könnten Ärzte zukünftig zwischen Kolonisation und Infektion von Patienten vor oder während eines Krankenhausaufenthalts unterscheiden. Damit ließen sich einerseits Hygienemaßnahmen effektiv beurteilen und andererseits durch rechtzeitige Präventionsmaßnahmen ein besserer Schutz der Patienten erreichen. Experten gehen davon aus, dass es jährlich etwa

130.000 Fälle von MRSA-Infektionen in Krankenhäusern gibt. Für ihre Behandlung stehen aufgrund der Resistenzen gegen viele Antibiotika nur noch wenige Wirkstoffe zur Verfügung.

Die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken haben sich 2010 der IQM angeschlossen, um gemeinsam mit zahlreichen anderen Krankenhausträgern für eine kontinuierliche Verbesserung und Sicherung der Qualität in der Medizin zu sorgen.



[www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)

**IQM**

INITIATIVE  
QUALITÄTSMEDIZIN

Quelle: IQM

## Bundesweiter Verkehrssicherheitstag mit dem DVR und „Risiko raus!“

Unter dem Motto „Gemeinsam für mehr Sicherheit“ findet am 18. Juni 2011 zum siebten Mal der „Tag der Verkehrssicherheit“ statt. Organisator ist der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR), der damit das Thema Unfallprävention auf breiter Ebene präsentieren möchte, um die Unfallzahlen im Straßenverkehr zu senken.

Weil jeder dazu beitragen kann, ruft der DVR alle interessierten Organisationen, Institutionen, Kommunen und Unternehmen auf, sich mit Veranstaltungen und Aktionen am Tag der Verkehrssicherheit zu beteiligen. Schirmherr der Aktion ist Bundesverkehrsminister Dr. Peter Ramsauer.

Bereits am 21. Mai präsentiert sich die Präventionskampagne „Risiko raus!“ von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf dem Münchner Odeonsplatz mit einem bunten Programm und vielen Aktionen. Das zentrale Thema der Veranstaltung lautet: Wie lassen sich Risiken beim Fahren und Transportieren vermeiden? Zusätzlich informiert die Kampagne zu verschiedensten Bereichen – vom „toten Winkel“ über den richtigen Kindersitz für das Auto und das sichere Fahrrad bis hin zum Fahrerassistenzsystem für den Pkw. Vorführungen, Mitmachaktionen und Fahrtrainings ermöglichen es den Besucherinnen und Besuchern, ihre Kompetenzen ausgiebig zu testen. Auf einer zentralen Bühne gibt es zudem Livemusik und Unterhaltung.

Partner des Verkehrssicherheitstags 2011 sind diesmal die Polizei, der DVR und Vertreter der Automobilindustrie.



[www.tag-der-verkehrssicherheit.de](http://www.tag-der-verkehrssicherheit.de)  
[www.risiko-raus.de](http://www.risiko-raus.de)



Streitschlichterseminar mit Referenten

## Unfallkasse wappnet Pädagogen für Konflikte an Schulen

Streitigkeiten zwischen Schülern schlichten, bevor es zum Gewaltausbruch kommt: Das ist das Ziel von Schülerstreitschlichtern. Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP) reagiert auf den zunehmenden Beratungsbedarf an den Schulen mit einem Seminarangebot, bei dem sich Pädagogen zu Anleitern ausbilden lassen können. Sie sollen anschließend Jugendliche zu Streitschlichtern ausbilden können, damit diese bei Konflikten ihrer Mitschüler vermitteln.

„Das Kernkonzept bilden metaphorische Übungen“, erklärt Sonja Wittmann, Arbeitspsychologin der UK RLP. „Durch diese werden Regeln, Ablauf sowie die professionelle neutrale Haltung, die in der Streitschlichtung notwendig sind, erfahren und gemeinsam analysiert. Im nächsten Schritt übertragen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Erlernte auf die Situation im eigenen Schulalltag.“ In ihren Rückmeldungen bescheinigten 85 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

dass sie die Seminarinhalte in ihre praktische Arbeit übernehmen können und Schülerstreitschlichterprojekte auf den Weg bringen. Der drei Module umfassenden Ausbildung bei der Unfallkasse in Andernach folgen später Supervisionstermine, bei denen sich alle Beteiligten über ihre Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung des Schülerstreitschlichterprojektes austauschen.



[www.ukrlp.de](http://www.ukrlp.de)

## Mehr Minijobber bei der gesetzlichen Unfallversicherung angemeldet

Immer mehr Minijobber in Privathaushalten und im Gewerbe sind regulär gesetzlich unfallversichert. Das ergibt sich aus den Zahlen der Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See für das vierte Quartal 2010. Die Zahl der in Privathaushalten gemeldeten Versicherten stieg um fast 12 Prozent auf rund 222.000. Im Bereich der gewerblichen Minijobs gab es zum Stichtag rund 6,8 Millionen geringfügig entlohnte Beschäftigte und damit rund 0,6 Prozent mehr als im Vergleichszeitraum. Die Branchen mit den

meisten Minijobbern sind der Einzelhandel, die Gastronomie, die Gebäudebetreuung sowie der Garten- und Landschaftsbau. **Hintergrund:** Auch Minijobber müssen zur gesetzlichen Unfallversicherung angemeldet werden. Bei Einkünften von bis zu 400 Euro übernimmt die Knappschaft die Anmeldung. Bei höherem Einkommen muss der Beschäftigte beim zuständigen Träger der Unfallversicherung direkt angemeldet werden.



[www.minijob-zentrale.de](http://www.minijob-zentrale.de)

## Gesetzliche Unfallversicherung schützt auch im dualen Studium

Studierende in dualen Studiengängen sind sowohl während des schulischen als auch während des praktischen Teils ihrer Ausbildung durch die gesetzliche Unfallversicherung bei Arbeits- und Wegeunfällen geschützt. Darauf weist die DGUV vor dem Hintergrund der jüngeren Rechtsprechung hin. Während der theoretischen Ausbildung an Hochschulen und Fachhochschulen sind die Unfallkassen zuständig, im praktischen Teil ist es in der Regel der Versicherungsträger des Betriebs. Arbeitgeber müssen Studierende also während dieser Phasen anmelden und Beiträge entrichten. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (B 12 R 4/08 R)

kann aber dann nicht von einem Beschäftigungsverhältnis ausgegangen werden, wenn die Hochschule die betrieblichen Praxisphasen weitgehend inhaltlich bestimmt und ausgestaltet.



[www.dguv.de](http://www.dguv.de) › Webcode: d112799

## „Risiko raus!“-Schülerwettbewerb: Exklusives Konzert der Band „Madsen“ zu gewinnen

Die gesetzliche Unfallversicherung hat den Schülerwettbewerb „Nachsitzen mit Madsen“ gestartet. Sie ruft bundesweit Jugendliche auf, kreative Beiträge rund um das Thema Sicherheit im Straßenverkehr zu entwickeln und im Internet zu veröffentlichen.

Damit wollen die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen im Rahmen ihrer Kampagne „Risiko raus!“ Schülerinnen und Schüler für die Gefahren im Straßenverkehr sensibilisieren. Denn noch immer verunglücken im Jahr mehr als 55.000 von ihnen auf dem Schulweg.

„Der Wunsch, Grenzen auszutesten, gehört zum Erwachsenwerden dazu“, sagt dazu Dr. Walter Eichendorf, stellvertre-

tender Hauptgeschäftsführer der DGUV und Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrats. „Gedanken über mögliche Risiken rücken dabei häufig in den Hintergrund. Mit dem Wettbewerb wollen wir dieses Nachdenken fördern.“ Zu gewinnen gibt es ein exklusives Konzert mit der Band „Madsen“. Mitmachen können sowohl einzelne Jugendliche als auch Klassen oder AGs einer Schule. Bei Art und Inhalt des Wettbewerbsbeitrags sind

die Schüler vollkommen frei. „Egal ob Video-Clip oder Handy-Foto, Skizze oder Rap-Song: Kreativität und Aussagekraft stehen bei der Bewertung klar im Mittelpunkt“, so Eichendorf. Einsendeschluss ist der 23. Mai 2011.



[www.schuelervz.net/nachsitzenmitmadsen](http://www.schuelervz.net/nachsitzenmitmadsen)





# Ihre Gesundheit. Ihre Rente. Ihre Wahl.

Tun Sie etwas für Ihre Absicherung von morgen. Nutzen auch Sie Ihre Stimme und entscheiden Sie mit bei Rente und Gesundheit. Ihre Wahlunterlagen finden Sie in Ihrem Briefkasten. Einfach aufmachen, ankreuzen, abschicken. Ihre Stimme muss bis zum 1. Juni eintreffen. [www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de)



**Sozialwahl 2011**

**Zukunft wählen.**



Thomas Gerber (44),  
Ingenieur

Ulrike Gaede (29),  
Grafikdesignerin

Christian Arndt (38),  
Anlagenmonteur

Patricia Lie (50),  
Verwaltungsangestellte

Mario Kaltenecker (37),  
Bankkaufmann

Jutta Bagdahn (62),  
Kulturwissenschaftlerin

## Gleichstellung

# Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Seitdem die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im März 2009 in Kraft getreten ist, hat das Thema Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen viel Rückenwind bekommen. Im folgenden Beitrag wird die Konvention vorgestellt und eingeordnet.



Foto: Fotolia/goodluz

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) wurde im Dezember 2006 von der UN-Generalversammlung verabschiedet. Die Bundesregierung verknüpfte die Verabschiedung des Übereinkommens mit einer Denkschrift.<sup>1</sup> In dieser wies sie darauf hin, dass die gesetzliche Unfallversicherung eine besondere Verantwortung für die soziale und gesundheitliche Sicherung trägt. Der Bundestag

verabschiedete das Gesetz zu dem Übereinkommen einschließlich des Fakultativprotokolls mit der Zustimmung des Bundesrates im Dezember 2008.<sup>2</sup> Seit dem 26. März 2009 ist die Konvention in Deutschland geltendes Recht. Damit hat sich Deutschland verpflichtet, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten.

### Politik der Menschenrechte

Mit der BRK werden erstmals die Menschenrechte und Grundfreiheiten bestehender Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbindlich konkretisiert und spezifiziert. Die BRK steht in der Tradition anderer „Gruppenkonventionen“ wie der Frauen- und der Kinderrechtskonvention und enthält keine „Sonderrechte“ für Menschen

mit Behinderungen.<sup>3</sup> Ihr Ziel ist die volle gesellschaftliche Teilhabe und Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft, verbunden mit der Achtung ihrer Autonomie und der sozialen Wertschätzung.<sup>4</sup> In den fünfzig Artikeln wird detailliert aufgeführt, was notwendig ist, um dieses Ziel zu erreichen. Dies betrifft unterschiedlichste Bereiche, wie die Themen Arbeiten, Wohnen, Gesundheit und Rehabilitation.

Immer wieder wird auf den durch die UN-Konvention ausgelösten Paradigmenwechsel hingewiesen. So formuliert Degener, dass eine Politik der Menschenrechte eine Politik der Wohltätigkeit ablöse.<sup>5</sup> Dies ist einerseits richtig. Andererseits sollte aber berücksichtigt werden, dass es schon einen Paradigmenwechsel gegeben hat, beispielsweise durch das SGB IX, das ausdrücklich das Ziel enthält, die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern.<sup>6</sup> Bei der Verabschiedung wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Fürsorge nun der Vergangenheit angehöre.

An den Stellen, an denen dies umgesetzt wurde, ist der Veränderungsbedarf geringer beziehungsweise nicht vorhanden. Gleichwohl ist von einer neuen Qualität zu sprechen, wenn die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Grundlage und zum Maßstab politischen Handelns – in allen Politikbereichen – werden.<sup>7</sup>

### Partizipation und Disability Mainstreaming

Politik für Menschen mit Behinderungen kann nur gelingen, wenn es auch eine Politik von Menschen mit Behinderungen ist, das heißt, wenn diese selbst mitwirken und das Motto „Nichts über uns – Nichts ohne uns“ zur gelebten Praxis wird. Die Konvention verpflichtet daher die Staaten, die unterschiedlichen Perspektiven behinderter Menschen einzubeziehen, indem betroffene Menschen und die sie vertretenden Verbände in politische Prozesse eingebunden sind. Dies gilt beispielsweise für Programme und Aktionen, die zur Umsetzung der UN-BRK beitragen (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK).<sup>8</sup> Der Erarbeitungsprozess der UN-BRK war dafür ein wichtiges Vor-

bild. Auf internationaler Ebene wurden die konkreten Diskriminierungserfahrungen zusammengetragen und unter der Berücksichtigung unterschiedlicher Situationen in allgemein gültige Regeln formuliert. Häfner spricht von einer „Beispiellose(n) Beteiligung der Zivilgesellschaft“.<sup>9</sup> Der Text der UN-Konvention zeigt, wie sich Perspektiven durch die Teilnahme von Menschen mit Behinderung an Prozessen verändern.

Es gibt nach wie vor viele konkrete Entscheidungsprozesse und Planungen, bei denen Menschen mit Behinderungen nicht eingebunden sind, obwohl sie davon betroffen sind. Dies gilt auch für Gesetzesvorhaben. Außerdem wird ihre Perspektive nicht berücksichtigt. Das Thema Behinderung wird nach wie vor von vielen so verstanden, als seien dafür allein die Sozialpolitiker zuständig. Haack, der frühere Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, hat dagegen folgende Meinung vertreten: „Jedwedes politisches und gesellschaftliches Handeln soll danach befragt werden, in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen beiträgt oder sie verhindert.“<sup>10</sup>

Damit hat Haack das Prinzip des „Disability Mainstreaming“ beschrieben. Der Begriff lehnt sich implizit und explizit an den Begriff Gender Mainstreaming an. Wie Gender Mainstreaming eignet sich auch der Begriff Disability Mainstreaming nicht für eine Übersetzung ins Deutsche.

Gemeint ist damit, dass das Thema Behinderung vom Rand in die Mitte der Gesellschaft gerückt und überall verankert werden soll. Auch die Konvention enthält zumindest in der englischen Fassung ausdrücklich einen Verweis auf Disability Mainstreaming. Es erscheint sinnvoll, bei der Umsetzung der BRK das Prinzip Disability Mainstreaming anzuwenden.

### Universal Design

Mit Disability Mainstreaming ist der Anspruch verbunden, nach Möglichkeit Sonderprogramme zu vermeiden. Die frühere britische Regierung hat erläutert, was dies für die Planung und Umsetzung zukünftiger

Regierungsprogramme bedeutet. Sie müssten gleichzeitig zwei Ansprüchen genügen: den Bedürfnissen von Menschen mit und den Bedürfnissen von Menschen ohne Behinderungen. Nur für Menschen mit komplexeren Bedürfnissen kann und sollte es zusätzliche auf sie zugeschnittene Angebote geben, wenn dies notwendig ist.<sup>11</sup> ▶

### \*

- 1 Vgl. BR-Drs. 760/08 vom 17.10.2008, S. 43, Bundesregierung (2008) Denkschrift zu dem Übereinkommen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- 2 Siehe BT-Drs. 16/10808 und Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember, 2008.
- 3 Schmahl, S.: Menschen mit Behinderungen im Spiegel des internationalen Menschenrechtsschutzes, Archiv des Völkerrechts 45, S. 517–540, 2007.
- 4 Graumann, S.: IMEW konkret 11, Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2008.
- 5 Degener, T.: Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen, Vereinte Nationen 3/2006, S. 104–110, 2006.
- 6 Bundesregierung, 2008.
- 7 Aichele, V.: Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2010, [www.das-parlament.de/2010/23/Beilage/003.html](http://www.das-parlament.de/2010/23/Beilage/003.html)
- 8 Aichele, V.: Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, 2010, [www.das-parlament.de/2010/23/Beilage/003.html](http://www.das-parlament.de/2010/23/Beilage/003.html)
- 9 Häfner, S.: Die UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen – Handlungsbedarf für Deutschland? – Eine Einführung, 2007, [www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/stellungnahmen/wirkung-un-konvention.pdf](http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/stellungnahmen/wirkung-un-konvention.pdf)
- 10 Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 ist nicht Vergangenheit. Grundsatzrede des Behindertenbeauftragten auf der Bilanzveranstaltung „Teilhabe gestalten – Konsequenzen aus dem EJB“ am 18. Februar 2004 in Berlin.
- 11 [www.fco.gov.uk/Files/kfile/Mainstreaming%20Disability%20in%20Policy.pdf](http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/Mainstreaming%20Disability%20in%20Policy.pdf)

Am Beispiel von Bussen oder Straßenbahnen wird das Prinzip des Universal Design deutlich: Ein für Rollstuhlfahrer und -fahrerinnen geeigneter Bus ist für Menschen, die einen Kinderwagen schieben, und für Menschen mit Gehbeeinträchtigungen von Vorteil – für alle ist es bequemer –, und die Einstiegzeiten verkürzen sich. Auch von einem Fahrkartenautomaten, der leicht zu bedienen ist, profitieren nicht nur Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern alle.

### Definition von Behinderung

Bei dem Erarbeitungsprozess der BRK wurde intensiv darüber nachgedacht, wie Behinderung so definiert werden könne, dass der Begriff nicht diskriminiert. Definitionen des Begriffs Behinderung stehen in einem Wechselverhältnis zu Maßnahmen, die Menschen mit Behinderungen entweder unterstützen oder sie diskriminieren. Es macht einen Unterschied, ob der Anspruch erhoben wird, der Mensch mit Behinderung möge sich ändern, weil er ein Defizit habe und von der Norm abweiche, oder ob der Anspruch an die Gesellschaft und den Staat erhoben wird, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass körperliche oder andere Beeinträchtigungen

nach Möglichkeit keine Rolle spielen bei der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Wenn in Gesetztexten Behinderung definiert wird, dann ist der Vergleichsmaßstab häufig der „normale Mensch“.

Die UN-Konvention hat einen anderen Zugang. Bereits in der Präambel stellt sie klar, warum es notwendig ist, eine dynamische, nicht abschließende Definition zu wählen, denn die Vorstellung davon, was Behinderung sei, ändert sich im Laufe der Zeit immer wieder. Sie vermeidet einerseits die Stigmatisierung, indem sie ohne einen Vergleich zur Norm auskommt, und sie beschreibt keinen linearen Zusammenhang zwischen der Behinderung und der eingeschränkten Teilhabe, sondern versucht stattdessen, der Komplexität gerecht zu werden.

### Der Artikel 1 lautet:

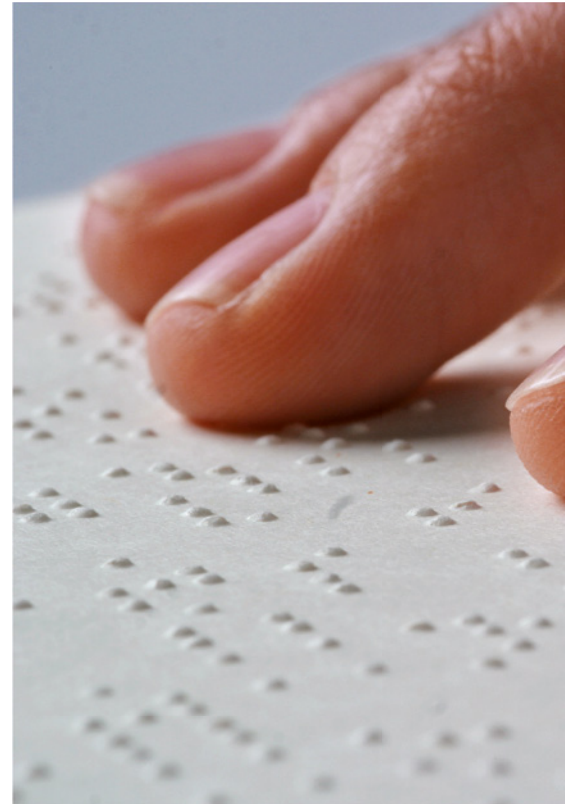
„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in der Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

### Aktionsplan zur UN-Behindertenrechtskonvention

Seit März 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland geltendes Recht. Die gesetzliche Unfallversicherung prüft deshalb, ob und wie ein eigener Aktionsplan zur BRK aussehen kann. Der Vorstand der DGUV wird im Mai darüber entscheiden. Dies passt zur Vorgehensweise der Bundesregierung, die ihrerseits einen Nationalen Aktionsplan in der Kabinettsitzung im Frühjahr verabschieden will.

Zum Februar 2011 hatte die DGUV bereits Vertreter unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen nach Dresden gebeten, um über den ersten Entwurf des Aktionsplans zu diskutieren: Neben den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung waren vor allem Interessenvertreter von Menschen mit Behinderungen eingeladen. Diese hatten bereits vorher ihre Ideen eingereicht.

Aus diesen Rückmeldungen wurden fünf Handlungsfelder identifiziert, die die Ziele der BRK beschreiben: Bewusstseinsbildung, Barrierefreiheit, Partizipation, Individualisierung und Vielfalt sowie Lebensräume und Inklusion. Hinter diesen Maßnahmen steht das seit 2009 geltende Recht auf Inklusion, das Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen soll und eingeklagt werden kann.



Die Konvention verzichtet auf eine abschließende Definition und betont, dass sich der Begriff Behinderung ständig weiterentwickelt. Der umfassende Begriff schließt auch Kranke, Pflegebedürftige, Frührentner und alte Menschen ein.<sup>12</sup> Die Definition lenkt den Blick auf die Barrieren, die – in Wechselwirkung mit Beeinträchtigungen – Teilhabemöglichkeiten einschränken. Diese Barrieren können physisch sein, auf der kommunikativen Ebene oder in der Einstellung von Menschen ohne Behinderung liegen.<sup>13</sup> Kurth macht auf die Konsequenzen einer solchen Sichtweise aufmerksam:

„Wenn Behinderung als Prozess in Interaktion mit gesellschaftlichen Bedingungen gefasst wird, so steht ungleich stärker als bisher der Abbau der Barrieren, Ausbau der Instrumente zur Ermöglichung von Teilhabe und Befähigung – kurzum: das Ziel der Inklusion im Mittelpunkt.“<sup>14</sup>

Bielefeldt, der frühere Leiter des Institutes für Menschenrechte, attestiert der Konvention ein großes Innovationspotenzial und weist auf einen anderen Aspekt hin:

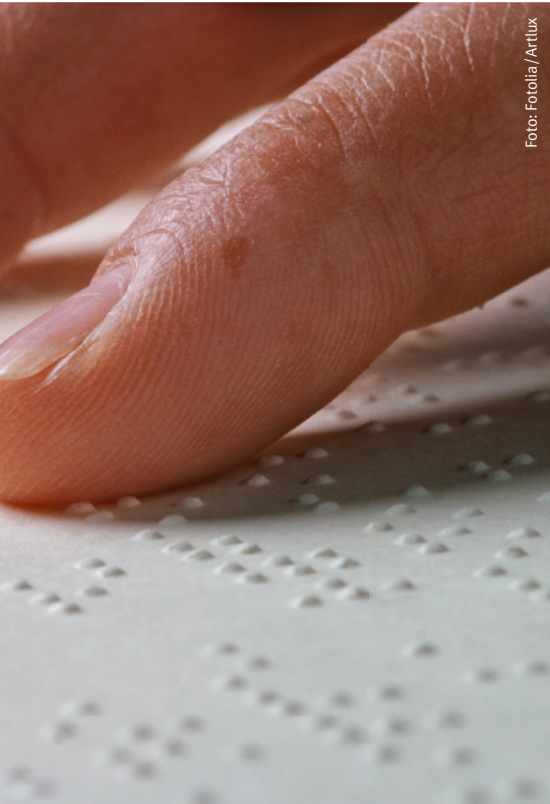


Foto: Fotolia / Artlurx

## ★

- 12** Schmidt-Ohlemann, M.: *Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, Fachtagung Berlin 14. und 15. Januar 2010, *Die Wirkung der BRK auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven*, NETZWERK ARTIKEL 3, IMEW und DGRW.
- 13** Grüber, K.: *Das Behinderungskonzept der UN-Konvention*, *BeB Informationen* Nr. 41, S. 34–36, 2010.
- 14** Kurth, M.: *Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, 2009. Cantow, J.; Grüber, K. (Hrsg.): *Eine Welt ohne Behinderung – Vision oder Alptraum? Eine Veröffentlichung in der Reihe Expertise des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)*.
- 15** Bielefeldt, H.: *Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention*, Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin 2006.
- 16** Vgl. Radtke, P.: *Zum Bild behinderter Menschen in den Medien*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Bd. 8, S. 7–12, 2003.

„Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, in dem diese keineswegs von vorneherein negativ gesehen, sondern als normaler Bestandteil menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt wird (Diversity-Ansatz).“<sup>15</sup>

Eine solche Haltung ist nicht selbstverständlich. Kompetenzen zum Umgang mit (kultureller) Vielfalt müssen erlernt werden und insbesondere die Gelegenheit zur Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung ermöglicht werden. Die UN-Konvention hat als Leitbild eine Gesellschaft vor Augen, in der Menschen mit und ohne Behinderungen gemeinsam zur Schule gehen, arbeiten und Sport machen. Das ist mit Inklusion gemeint. Die Wirklichkeit sieht allerdings anders aus. Das Schulsystem in Deutschland ist sehr stark von getrenntem Lernen geprägt. Inklusive Schulen sind eine Ausnahme. Die Beschäftigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit einer Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt ist keine Selbstverständlichkeit.

### Barrierefreiheit und Bewusstseinsbildung

Mit dafür verantwortlich sind Barrieren. In Artikel 9 der BRK wird die Verpflichtung formuliert, Barrieren zu beseitigen, so dass ein gleichberechtigter Zugang beispielsweise zu Schulen, medizinischen Einrichtungen und Arbeitsstätten ermöglicht wird. Aber auch Information und Kommunikation sollen barrierefrei gestaltet sein. Mit den Maßnahmen soll das Ziel erreicht werden, Menschen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen.

Dabei geht es nicht nur um bauliche Barrieren, sondern auch um Barrieren in der Einstellung. Mit Artikel 8 verpflichten sich die Vertragsstaaten, in der gesamten Gesellschaft das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern; Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen zu bekämpfen und das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

Das heißt, dass Menschen mit Behinderungen selbstverständlicher als bisher im Fernsehen und in anderen Medien vorkommen, und zwar nach Möglichkeit weder als Batman noch als Bettler.<sup>16</sup>

Die Begegnung mit Menschen mit Behinderungen im Alltag ist jedoch auch im Vergleich zu Kampagnen die wichtigste Maßnahme zur Bewusstseinsbildung. Hier zeigt sich, dass die verschiedenen Ziele und Bereiche der Konvention verwoben sind. Die Erfahrung, dass ein Prozess, an dem Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam mitgewirkt haben, gut funktioniert und zu positiven Ergebnissen geführt hat, wird mehr überzeugen als ein Plakat. Es wird eine Herausforderung für die Kommunikationsexperten sein, die Normalität der Begegnung so darzustellen, dass sie nicht langweilig wirkt und trotzdem Alltag abbildet

### Fazit und Ausblick

Der Umsetzungsprozess der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen steht erst am Anfang. Dieser Prozess wird nur dann zu konkreten Ergebnissen führen, wenn es eine gute Verbindung gibt zwischen der Vision einer inklusiven Gesellschaft und den Schritten, die bei dem ansetzen, was schon gemacht wird, und die weder zu groß noch zu klein sind. Der bisherige Prozess der gesetzlichen Unfallversicherung ist dafür ein ermutigendes Beispiel. ●

### Autorin



Foto: IMEW

### Dr. Katrin Grüber

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

Rehabilitation International

# Rehabilitation weltweit voranbringen

In einer alternden Gesellschaft hat Rehabilitation die Schlüsselfunktion, Teilhabe zu ermöglichen. Das Bewusstsein dafür wächst in vielen Ländern und auch in den Gremien der EU. Um frühzeitig politische Entwicklungen beeinflussen zu können, vernetzt sich die gesetzliche Unfallversicherung daher weltweit mit Akteuren der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Engagement bei Rehabilitation International (RI). DGUV Forum sprach darüber mit DGUV-Hauptgeschäftsführer und RI-Vizepräsident Dr. Joachim Breuer.



Foto: shutterstock / Gordon Saunders

**Herr Dr. Breuer, welche Bedeutung hat die Rehabilitation heute weltweit?**

Rehabilitation wird als Teil der sozialen Sicherung in Europa – aber auch in anderen Ländern – immer wichtiger, um die Bevölkerung beschäftigungsfähig zu

halten und ihre Lebensqualität im Alter zu gewährleisten. Die entsprechenden Investitionen lohnen sich für Betriebe, Versicherungen und alle Menschen. Das Thema Rehabilitation hängt zudem eng mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) zusammen. Denn der Wiedereingliederung kommt die Schlüsselfunktion zu, die Inklusion – gewissermaßen die Leitphilosophie der UN-BRK – und damit die gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Schätzungen zufolge gibt es inzwischen mehr als 650 Millionen Menschen mit Behinderungen – eine enorme Herausforderung für alle Länder! Noch haben das nicht alle Regierungen erkannt, aber das Bewusstsein für die Bedeutung des Themas wächst schnell.

der BRK mitgearbeitet hat. Gleichwohl ist RI mehr als eine reine Interessenorganisation von Menschen mit Behinderungen. Vielmehr ist RI eine weltweite Plattform für alle Beteiligten in der Rehabilitation, ähnlich zum Beispiel wie die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation in Heidelberg ([www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)) oder die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)), in deren Vorstand die DGUV für ihre Mitglieder ebenfalls tätig ist. RI ermöglicht damit auf internationaler Ebene, dass Menschen mit Behinderungen, Vertreter von Staaten und Versicherungen, die die Rehabilitation bezahlen, und Leistungserbringer – also diejenigen, die Maßnahmen zur Rehabilitation anbieten, wie etwa Ärzte und Kliniken – sich über ihre Interessen und Aktivitäten austauschen.



Foto: T. Rohrbach / DGUV

Dr. Joachim Breuer, DGUV-Hauptgeschäftsführer und RI-Vizepräsident

**An der Erarbeitung der BRK war RI maßgeblich beteiligt. Warum engagiert sich die gesetzliche Unfallversicherung bei RI?**

Es ist richtig, dass RI in den letzten Jahren als wichtiger Partner der Vereinten Nationen schwerpunktmäßig an der Gestaltung

**Herr Dr. Breuer – Sie selbst sind als Vizepräsident Europa ebenfalls im Vorstand von RI.**

Ja. Ähnlich unserem Engagement in der IVSS und ILO, bei denen eher die Themen Prävention und Entschädigung im



### Rehabilitation International – ein weltweites Netzwerk

Die Vereinigung Rehabilitation International wurde 1922 mit dem Ziel gegründet, die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und ihren Zugang zu Heilbehandlung und Rehabilitation zu sichern. Die Organisation mit Sitz in New York hat heute mehrere hundert Mitgliedsorganisationen in über 90 Ländern. Sie gehört damit zu den wichtigsten Plattformen für den Austausch und die Vernetzung aller Akteure in der Rehabilitation: der Betroffenen, der Leistungserbringer und der Kostenträger.

#### Kontaktdaten des RI-Büros Europa:

Dr. Friedrich Mehrhoff, Telefon: +49 30 288763804,  
friedrich.mehrhoff@dguv.de, Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Vordergrund stehen, erschließt sich uns über RI weltweit das Thema Rehabilitation. Damit ist der Zugang zu den Vereinten Nationen und zur WHO verbunden.

Allerdings engagieren sich auch unsere Mitglieder direkt bei RI. So gibt es beispielsweise ein Hospitationsprogramm, das insbesondere von der Berufsgenossenschaft Handel und

Warendistribution und der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen unterstützt wurde. Drei Mitarbeiterinnen helfen seit dem 1. Oktober 2010 bis zum 30. September 2011 im Sekretariat von RI in New York mit, um ihre Erfahrungen in der Rehabilitation, insbesondere im Reha-Management, einzubringen.

**Welche Strategie verfolgt RI jetzt, da die UN-BRK verabschiedet ist?**

Nun geht es um die Umsetzung. Wir haben auf der Regionaltagung in Kopenha-

gen Ende vergangenen Jahres bewusst die Umsetzung der Konvention als Thema gesetzt, um den Dialog unter den Akteuren in der Rehabilitation zu fördern,

**„Rehabilitation International ist mehr als eine reine Interessenorganisation von Menschen mit Behinderungen. Vielmehr ist es eine weltweite Plattform für alle Beteiligten in der Rehabilitation.“**

auch mit dem Ziel einer inklusiven Arbeitswelt in Europa. 2010 haben wir außerdem die Dublin Declaration beschlossen, eine Sammlung von aktuellen Positionen und Herausforderungen, mit der wir den wachsenden Interessen an der Rehabilitation strategisch Rechnung tragen. Damit erhofft sich RI Europa neue Aufmerksamkeit sowie Partner und Mitglieder, die alle ungeachtet verschiedener Interessen das gleiche Ziel verfolgen: die Rehabilitation als eine gesellschaftliche Aufgabe zu betrachten! Innerhalb von RI hat das die Position Europas gestärkt. Ab 2012 wird dann auch der Norweger Jan Monsbakken Präsident von RI. Er löst die Neuseeländerin Anne Hawker ab.

**Sie sprachen davon, dass das Bewusstsein für die Bedeutung der Rehabilitation weltweit wächst. Welche Chancen ergeben sich daraus?**

Der erwartete Schub in Gremien der Europäischen Union und in den Ländern Europas kommt auch dem Stellenwert der Rehabilitation in Deutschland zugute. Umgekehrt bietet die Führungsrolle Deutschlands und Europas bei RI allen deutschen Partnern in der Rehabilitation, also den Versicherungsträgern, Leistungserbringern und den Menschen mit Behinderungen, eine große Chance, sich an diesem Fortschritt zu beteiligen. In Europa entstehen nach und nach Verbünde zwischen RI und Partnern, die sich der Rehabilitation widmen, wie etwa die europäischen Mediziner in der Rehabilitation sowie den Behindertenorganisationen in Europa (EDF) und den Sozialversicherungen und privaten Versicherungen, die die Rehabilitation tragen. Wer sich hierfür interessiert, kann sich direkt mit dem europäischen RI-Büro in Berlin in Verbindung setzen. ●

DGUV Forum dankt für das Gespräch.

## Neues DGUV-Positionspapier

# Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen

Das Positionspapier der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beschreibt, wie die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) unter anderem bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen ausgelegt und praktisch umgesetzt werden kann. Es stellt damit eine wichtige Information für alle am betrieblichen Gesundheitsschutz Interessierten dar und ersetzt das Positionspapier des damaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften aus dem Jahr 2006.

## Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) vom 23. Dezember 2004

Mit dem Inkrafttreten der Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen (GefStoffV) vom 23. Dezember 2004 wurden die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen neu geregelt. Im Zuge dieser Verordnung wurden Pflicht- und Angebotsuntersuchungen eingeführt und deren Anlässe festgelegt. Das den meisten Unternehmern und Arbeitsmedizinern bekannte bisherige System zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand verlor mit dem Inkrafttreten der Gefahrstoffverordnung in weiten Teilen seine Gültigkeit. Viele Abschnitte der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4) kommen daher nicht mehr zur Anwendung, die häufig genutzten und bewährten Auswahlkriterien für die arbeitsmedizinische Vorsorge (BGI 504) konnten lediglich noch als Orientierungshilfe für die Gefährdungsbeurteilung herangezogen werden. Ausgenommen waren und sind allerdings die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, heute veröffentlicht in der 5. Auflage als DGUV Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen. Diese stellen nach wie vor dem Stand der Arbeitsmedizin entsprechende Empfehlungen zu den

entsprechenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen dar.

Die rechtliche Neuordnung dieser fachlich und juristisch komplexen Thematik der arbeitsmedizinischen Vorsorge im Gefahrstoffbereich führte zu vielen offenen Fragen der Rechtsanwender in den Betrieben.

## Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 24. Dezember 2008

An Weihnachten im Jahr 2008 kam es durch das Inkrafttreten der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) abermals zu einer Neuordnung der Rechtsvorgaben zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Betroffen hiervon waren auch und gerade die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen. Obwohl die neue Verordnung hinsichtlich der gefahrstoffbezogenen Untersuchungen keine gravierenden inhaltlichen Änderungen aufwies, gab es dennoch an vielen Stellen Anlass für Verunsicherungen in Bezug auf die praktische Umsetzung der neuen Verordnung.

So fehlen zum Beispiel Hinweise zu Aufbewahrungsfristen ärztlicher Un-

terlagen. Stattdessen besteht nach § 4 Abs. 3 ArbMedVV ein Vernichtungsgebot für Vorsorgekarteien. Die Aufstellung von Regeln durch den Ausschuss für Arbeitsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales soll noch erfolgen. Auch fehlt es nach wie vor bei Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen an einer Umsetzung der EU-Richtlinie 2004/37/EG vom 29. April 2004 durch den deutschen Gesetzgeber.

Danach ist bei einer Exposition gegenüber Karzinogenen und Mutagenen eine Gesundheitsakte anzulegen und mindestens bis vierzig Jahre nach Ende der Ex-

position aufzubewahren, soweit bei einer entsprechenden Tätigkeit ein Risiko hinsichtlich der Sicherheit oder Gesundheit der Arbeitnehmer erkennbar ist (Art. 3 Abs. 2, 14 Abs. 1

und 4, 15 Abs. 1 Richtlinie 2004/37/EG). Eine entsprechende Norm ist für das deutsche Recht bislang nicht geschaffen worden. Die Empfehlung kann nach Auffassung der DGUV hier nur lauten, im Vorgriff auf eine verspätete Umsetzung des Gesetzgebers entsprechende Unterlagen bis vierzig Jahre nach Expositionsende aufzubewahren, da die ansonsten nach § 10 Abs. 3

**„Nach wie vor fehlt eine Umsetzung der EU-Richtlinie 2004/37/EG bei Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen durch den deutschen Gesetzgeber.“**





Foto: BASF SE

Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte geltende Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Ende der Behandlung in Relation zu den Latenzzeiten für die Entstehung beruflich bedingter Krebse im Zweifel unzureichend ist und bei späteren Berufskrankheitenverfahren Nachteile für die Versicherten mit sich bringen kann.

### Weitere Konsequenzen der ArbMedVV für die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte im Betrieb

Für Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner und Unternehmer gleich bedeutsam und von praktischer Relevanz ist die Tatsache, dass die Ermächtigungen, die bislang aufgrund der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A4) erforderlich waren, weggefallen sind. Wer als Betriebsärztin beziehungsweise Betriebsarzt vom Unternehmer beauftragt wird, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

aufgrund einer Exposition gegenüber Gefahrstoffen durchzuführen, muss Fachärztin oder Facharzt für Arbeitsmedizin oder Betriebsmediziner sein und über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen.

Neu ist weiterhin, dass der Arbeitgeber seine Pflicht zur Organisation nachgehender Untersuchungen für Beschäftigte, die gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen der Kategorie 1 oder 2 exponiert sind, unter bestimmten Voraussetzungen auf den Unfallversicherungsträger übertragen kann.

Einer der zentralen Punkte bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen im Rahmen der ArbMedVV aber ist die Frage nach Pflicht- oder Angebotsuntersuchungen bei Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen oder Zubereitungen der Kategorie 1 oder 2. Hier hat die ArbMedVV

überwiegend für eine klare und transparente Abgrenzung der Untersuchungsarten gesorgt. Die Frage, ob eine Pflichtuntersuchung durchzuführen ist oder ob der Arbeitgeber lediglich eine Untersuchung anbieten muss, wird teilweise mit exakten Expositionsgrenzen geregelt. Nach § 5 in Verbindung mit Anhang Teil 1 (1) werden Pflichtuntersuchungen gefordert, wenn Tätigkeiten mit Exposition gegenüber den dort genannten Gefahrstoffen vorliegen und der Arbeitsplatzgrenzwert (AGW) nicht eingehalten wird. In Teil 1 Abs. 1 des Anhangs zur ArbMedVV wurde damit als Unterscheidungskriterium die Einhaltung eines Arbeitsplatzgrenzwertes im Sinne der Gefahrstoffverordnung gewählt. Diese Verweisung erscheint vor dem Hintergrund der bislang überwiegend fehlenden AGW für die dort aufgeführten Stoffe problematisch. Nach dem Wortlaut der ArbMedVV ist die Überschreitung eines AGW zwingende Voraussetzung für die Rechtsfolge einer Pflichtuntersuchung.

Offen ist daher, ob bis zur Festlegung von AGW bei diesen Noxen Pflicht- oder Angebotsuntersuchungen durchzuführen beziehungsweise anzubieten sind. Zwar besteht das Problem nur begrenzt, da ein großer Teil der in Teil 1 Abs. 1 des Anhangs aufgeführten Stoffe hautresorptiv ist und in diesen Fällen auch ohne AGW eine Pflichtuntersuchung durchzuführen ist. Angesichts der Verordnungsbegründung zur ArbMedVV, die Pflichtuntersuchungen nur bei besonders hohem Gefährdungspotential für die Beschäftigten als gerechtfertigt, aber auch erforderlich ansieht, erscheint es aber für die nicht hautresorptiven Stoffe nicht vertretbar, bei vorhandener Exposition so lange lediglich Untersuchungen anzubieten, bis in aus heutiger Sicht unbestimmbarer Zeit AGW normiert worden sind, die als Kriterium für eine Abgrenzung von Pflicht- und Angebotsuntersuchungen dienen können. Anderenfalls würde die Verordnung bezüglich der Pflichtuntersuchungen in Teil 1 Abs. 1 des Anhangs von Anfang an und bis auf Weiteres teilweise unanwendbar sein und somit leerlaufen. Dieses Ergebnis würde dem gesetzgeberischen Ziel der ArbMedVV widersprechen, Beschäftigte vor Gesundheitsgefahren und Schädigungen durch gefährliche Arbeitsstoffe und ▶

## Positionspapier der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden oder erbgutverändernden Gefahrstoffen

Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) regelt umfassend und abschließend die arbeitsmedizinische Vorsorge in Deutschland. Die DGUV bezieht in diesem Papier zu Kernpunkten der Verordnung und deren praktischer Umsetzung in den Betrieben Position.

### Untersuchungsanlässe

In der ArbMedVV sind Anlässe für Pflicht-, Angebots- und Wunscherhebungen genannt.

Laut Verordnung sind Pflichtuntersuchungen zu veranlassen, wenn bei Tätigkeiten mit den im Anhang Teil 1 Abs. 1 des Anhangs zur ArbMedVV genannten Gefahrstoffen der Arbeitsplatzgrenzwert (AGW) nicht eingehalten wird oder, soweit sie hautresorptiv sind, eine Gesundheitsgefährdung durch direkten Hautkontakt besteht.

Aus wissenschaftlichen Gründen lassen sich für krebserzeugende oder erbgutverändernde Stoffe und Zubereitungen keine AGW ableiten.

Für Stoffe aus der Liste im Anhang Teil 1 Abs. 1 des Anhangs, für die es keinen AGW gibt, ist nach fachlicher Auffassung der DGUV bei Tätigkeiten mit Exposition so zu verfahren, als ob der AGW nicht eingehalten ist, das heißt es sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen. Andernfalls würde ein bedeutsamer Teil der Verordnung ins Leere laufen. Denn gerade solche Untersuchungsanlässe, die ein hohes Gefährdungspotential beinhalten, beispielsweise Tätigkeiten mit Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen und Zubereitungen der Kategorie 1 oder 2 im Sinne der Gefahrstoffverordnung, sollen zu Pflichtuntersuchungen führen. Bei Tätigkeiten mit Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen oder Zubereitungen

der Kategorie 1 oder 2 sind immer, wenn die Stoffe nicht im Anhang Teil 1 Abs. 1 des Anhangs gelistet sind, Vorsorgeuntersuchungen anzubieten.

### Kriterien zur Auswahl des zu untersuchenden Personenkollektivs

Um den Unternehmen eine Hilfestellung zu geben, wie sie den Anforderungen der ArbMedVV entsprechen können, wurden die „Handlungsanleitungen für die arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGI/GUV-I 504) erarbeitet. Sie enthalten Hinweise für die Gefährdungsbeurteilung und die Auswahl des Personenkreises für die arbeitsmedizinische Vorsorge und treten an die Stelle der bisherigen Auswahlkriterien. Insbesondere werden dort auch bei krebserzeugenden Gefahrstoffen die Tätigkeiten aufgelistet, bei denen aus fachlicher Ansicht der DGUV Pflichtuntersuchungen zwingend erforderlich und daher geboten sind.

Die BGI/GUV-I 504 stehen zum Download unter [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen) zur Verfügung.

### Untersuchungsumfang bei Pflicht- und Angebotsuntersuchungen

Für die Festlegung der Zeitabstände der regelmäßigen Untersuchungen können die in den DGUV Grundsätzen empfohlenen Fristen herangezogen werden. Die DGUV Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen stellen eine Empfehlung für Betriebsärzte dar und bilden keine autonome Rechtsnorm. Orientiert man sich in seinem ärztlichen Handeln nach diesen Grundsätzen, kann davon ausgegangen werden, dass die allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen Regeln angewendet wurden. Gleichwohl kann von diesen Empfehlungen abgewichen werden, wenn eine arbeitsmedizinische Beurteilung im Sinne des § 6 Abs. 3 der ArbMedVV auch auf andere Weise erstellt werden kann. Es verbleibt in der Entscheidung des Arztes, ob bei ver-

änderten beziehungsweise reduzierten Untersuchungsumfängen eine arbeitsmedizinische Beurteilung nach den geltenden Kriterien noch möglich ist.

Die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt berät im Rahmen seiner fachlichen Kompetenz den Beschäftigten in Bezug auf einen der tatsächlichen Gefährdung angepassten Untersuchungsumfang. Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung und Kenntnisse des Arbeitsplatzes sind hierfür heranzuziehen.

### Ärztliche Bescheinigung

Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach den DGUV Grundsätzen stellen den Stand der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse dar, die die Erstellung von Befunden und deren Beurteilung nach einheitlichen hohen Standards zulassen. Der Arzt beurteilt, ob keine gesundheitlichen Bedenken hinsichtlich der Ausübung bestimmter Tätigkeiten bestehen und zieht für dieses ärztliche Gutachten Mittel heran, die er für diese Aussage benötigt.

Im Falle einer durchgeführten Pflichtuntersuchung ist dem Arbeitgeber eine Kopie der Bescheinigung des Untersuchungsergebnisses auszuhändigen. Im Falle einer Angebotsuntersuchung darf das Untersuchungsergebnis durch den Betriebsarzt nicht an den Arbeitgeber weitergeleitet werden, es sei denn der Proband willigt ausdrücklich in die Weitergabe ein.

Ergeben sich aus der betriebsärztlichen Tätigkeit jedoch Hinweise, die eine Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung zur Verbesserung des Arbeitsschutzes notwendig machen, hat der Betriebsarzt dies dem Arbeitgeber mitzuteilen. Dies muss unter Wahrung schutzwürdiger Belange des Untersuchten geschehen, ohne dass das Untersuchungsergebnis an den Arbeitgeber weitergegeben wird.

Zubereitungen zu schützen, da gerade die Exposition gegenüber krebserzeugenden Stoffen der Kategorie 1 oder 2 eine besondere Gesundheitsgefährdung darstellt. Für derartige Expositionen künftig nur noch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anbieten zu müssen, würde eine sachlich nicht zu rechtfertigende Absenkung des Schutzniveaus bedeuten. Diese in der ArbMedVV angelegte Ungeheimtheit wird noch deutlicher, wenn man bedenkt, dass die ArbMedVV auf der anderen Seite bei einer Lärmexposition über 85 dB(A) Pflichtuntersuchungen normiert.

Bis zur Festsetzung der AGW gebieten es nach fachlicher Auffassung der DGUV damit die Logik und insbesondere auch der Stand der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse, dass Pflichtuntersuchungen bei den in Teil 1 Abs. 1 des Anhangs zur ArbMedVV genannten nicht hautresorptiven Stoffen bereits bei Überschreiten der – soweit bezifferbar – ubiquitären Belastung durchzuführen sind und im Ergebnis so zu verfahren ist, als ob der AGW nicht eingehalten wird. Dass eine solche Notlösung aufgrund der damit verbundenen Konsequenzen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber nur vorübergehend tragfähig ist, bedarf keiner näheren Erläuterung. Aus diesem Grund wirken die Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung im Ausschuss für Arbeitsmedizin konsequent darauf hin, dass durch eine klarstellende Änderung der ArbMedVV die Untersuchungsanlässe für Pflichtuntersuchungen für die im Anhang der Verordnung namentlich genannten Stoffe präzisiert werden. Ziel ist eine Lösung, die praxisnah und eindeutig die Arbeitsmedizin im Betrieb unterstützt.

### Wie unterstützt die DGUV die Verantwortlichen bei der Umsetzung der ArbMedVV?

Für Unternehmer, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte hat die DGUV in Nachfolge zu den ehemaligen „Auswahlkriterien“ sogenannte „Handlungsanleitungen für

die arbeitsmedizinische Vorsorge“ zu nahezu allen Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen entwickelt und unter der Bezeichnung BGI 504 veröffentlicht. In diesen Handlungsanleitungen werden Expositionsbedingungen beschrieben, aufgrund derer Pflichtuntersuchungen aus fachlicher Sicht erforderlich werden. Weiterhin sind Expositionsbedingungen beschrieben, die zu Angebotsuntersuchungen führen oder bei denen keine arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen notwendig sind. Das Prinzip dieser Handlungsanleitungen kann Grundlage für eine Präzisierung der Untersuchungsanlässe durch den AfAMed sein. Die Nutzung der Inhalte der Bekanntmachung 910 des Ausschusses für Gefahrstoffe (AGS) „Risikowerte und Exposition-Risiko-Beziehungen für Tätigkeiten mit krebserzeugenden Gefahrstoffen“ wäre aus Sicht der DGUV ein weiterer gangbarer Weg zur Darstellung der Untersuchungsanlässe.

Auch die DGUV Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (bisher: Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen) werden ständig weiterentwickelt, um auch in Zukunft den Betriebsmedizinern weiterhin verlässliche Empfehlungen zum Untersuchungsinstrumentarium, die dem Stand der Arbeitsmedizin entsprechen, an die Hand zu geben.

Die DGUV entwickelt und veröffentlicht weiterhin Leitfäden für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie andere Beratungsprodukte, die den in den Betrieben tätigen Ärztinnen und Ärzten helfen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz voranzubringen.

Die DGUV ist mit Fachleuten im staatlichen Ausschuss für Arbeitsmedizin und seinen Arbeitskreisen vertreten und wird die Entwicklung von Regeln oder Empfehlungen unterstützen sowie dazu bei-

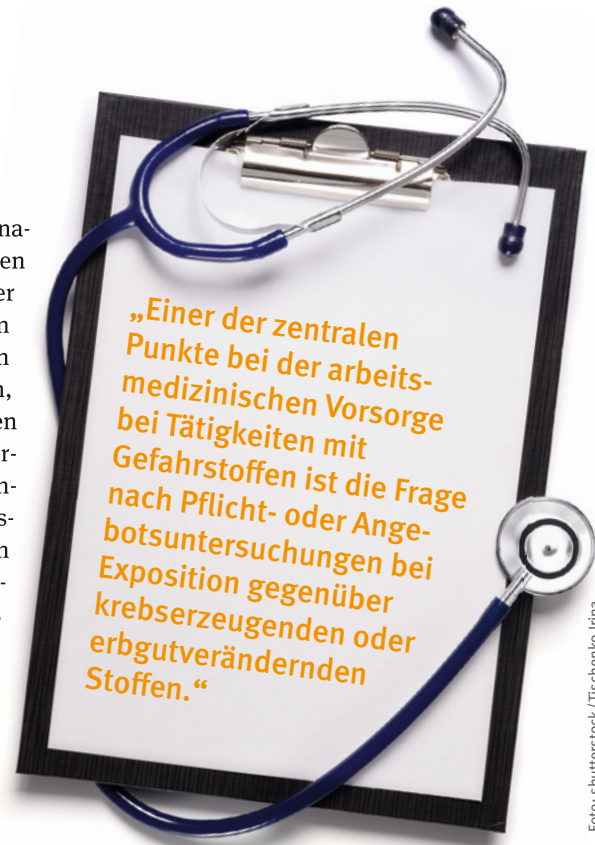


Foto: shutterstock/Tischenko Irina

tragen, offene Fragen bei der Anwendung beziehungsweise der Umsetzung der Verordnungsinhalte zu klären. ●

### Autoren

#### Ass. jur. Michael Behrens,

Stv. Bezirksdirektor der Bezirksdirektion Köln, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)  
E-Mail: michael.behrens@bgrci.de

#### Dr. med. Matthias Kluckert,

Leiter Fachbereich Arbeitsmedizin Prävention, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)  
E-Mail: matthias.kluckert@bgrci.de

#### Dr. med. Ulrich Pällmann,

Leiter des Referates „Arbeitsmedizinische Vorsorge“, Abteilung Sicherheit und Gesundheit der DGUV  
E-Mail: ulrich.paellmann@dguv.de

#### Dr. med. Harald Wellhäußer,

Stv. Leiter des Geschäftsbereichs Prävention, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)  
E-Mail: harald.wellhaeusser@bgrci.de

## Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

# Neue Herausforderungen für die arbeitsmedizinische Vorsorge

Ende 2008 ist die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in Kraft getreten. Sie schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine zukunftsweisende arbeitsmedizinische Vorsorge.

**D**ie neue Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) hat die bis dahin in verschiedenen Verordnungen zum Arbeitsschutzgesetz und im Unfallverhütungsrecht geregelten Vorschriften zu arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zusammengefasst. Wunschuntersuchungen wurden in den Kanon der Vorsorgeuntersuchungen integriert.

Wichtige Grundsätze der ArbMedVV sind: Arbeitsmedizinische Vorsorge darf technische und organisatorische Arbeitsschutzmaßnahmen nicht ersetzen, kann sie aber wirksam ergänzen. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen dürfen nicht ohne vorherige Kenntnis der Arbeitsplatzverhältnisse durchgeführt werden; Erkenntnisse aus den Vorsorgeuntersuchungen müssen für Verbesserungen beim betrieblichen Arbeitsschutz genutzt werden. Hier sind Arbeitgeber und Ärzte in der Pflicht. Außerdem sollen Vorsorgeuntersuchungen nicht zusammen mit Eignungsuntersuchungen durchgeführt werden. Diese Trennung sichert Persönlichkeits- und Datenschutzrechte der Beschäftigten und ist Grundlage für das bei der Vorsorge notwendige Vertrauen zum Arzt.

### **Pflicht-, Angebots- und Wunschuntersuchungen**

Die ArbMedVV unterscheidet Pflichtuntersuchungen, Angebotsuntersuchungen und Wunschuntersuchungen. Pflichtuntersuchungen muss der Arbeitgeber bei bestimmten besonders gefährdenden Tätigkeiten veranlassen; Angebotsuntersuchungen muss er bei bestimmten gefährdenden Tätigkeiten anbieten. Im Anhang



Foto: AOK-Mediendienst/Jochem Tack

der ArbMedVV sind die entsprechenden Tätigkeiten abschließend genannt. Daneben hat jeder Beschäftigte nach § 11 ArbSchG ein Recht auf eine arbeitsmedizinische Wunschuntersuchung. § 11 ArbSchG fungiert als Auffangtatbestand.

Bei Vorsorgeuntersuchungen werden dem Arzt persönliche Angelegenheiten anvertraut und Daten preisgegeben. Besonders sensibel sind Pflichtuntersuchungen. Denn sie sind Tätigkeitsvoraussetzung und der Arbeitgeber wird über das Untersuchungsergebnis informiert. Pflichtuntersuchungen greifen massiv in Verfassungsrechte der Beschäftigten ein. Betroffen sind das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Form des informationellen Selbstbestimmungsrechts und das Recht auf Berufsausübung. Bei Pflichtuntersuchungen werden regelmäßig auch körper-

liche und klinische Untersuchungen vorgenommen. Berührt sind dann zusätzlich das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Nichtwissen.

Grundrechtseingriffe bedürfen einer demokratisch legitimierten gesetzlichen Grundlage, die hinreichend bestimmt und verhältnismäßig sein muss. Folglich müssen Pflichtuntersuchungen in der Verordnung selbst geregelt sein. Sie können nicht allein aus der Gefährdungsbeurteilung abgeleitet werden. Auch sind Informationsschriften (zum Beispiel BGI/GUV-I 504) und Empfehlungen der Unfallversicherungsträger, wie zum Beispiel die sogenannten G-Grundsätze, keine ausreichende Rechtsgrundlage für Pflichtuntersuchungen. G-Grundsätze sind rechtlich unverbindliche Empfehlungen an den untersuchenden Arzt.

### Ausschuss für Arbeitsmedizin beim BMAS

Der Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) wurde eingerichtet, um die arbeitsmedizinische Vorsorge und die sonstigen arbeitsmedizinischen Präventionsmaßnahmen entlang der Bedürfnisse unserer Arbeitswelt konkret auszugestalten. Der Ausschuss ist mit hochrangigen Vertretern der Sozialpartner, der Länder, der Unfallversicherung und der Wissenschaft besetzt. Er erarbeitet Regeln und Empfehlungen, die sich mit klassischen und neuen Gesundheitsfragen in der Arbeitswelt beschäftigen. Die Liste der Tätigkeiten, die Pflicht- und Angebotsuntersuchungen auslösen, muss auf Aktualität überprüft werden. Hier berät der AfAMed das BMAS zum Änderungsbedarf der Verordnung. Des Weiteren erarbeitet der AfAMed Regeln zur Konkretisierung der schlank gehaltenen Verordnung. Regeln staatlicher Ausschüsse, die das BMAS veröffentlicht, haben Vermutungswirkung. Hält der Arbeitgeber die staatlichen Regeln ein, muss er keine Beanstandungen durch die Aufsichtsbehörden befürchten.

### Aktuelles Thema im AfAMed: Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Tätigkeiten mit krebserzeugenden Stoffen

In Deutschland sind traditionell Pflichtuntersuchungen vorgeschrieben, wenn bei Tätigkeiten mit bestimmten Gefahrstoffen oder sonstigen Expositionen Grenzwerte überschritten werden; Hautresorption ist ein weiteres Merkmal, das Pflichtuntersuchungen auslöst. Die ArbMedVV enthält eine Liste von Gefahrstoffen, die der damaligen Gefahrstoffverordnung entnommen wurde. In der Liste sind auch einige krebserzeugende Stoffe enthalten. Da für krebserzeugende Stoffe keine Arbeitsplatzgrenzwerte aufgestellt wurden, läuft der Tatbestand der Pflichtuntersuchung für nicht hautresorptive krebserzeugende Stoffe derzeit ins Leere. Dies bedeutet aber nicht, dass arbeitsmedizinische Vorsorge in diesen Fällen nicht stattfinden müsste. Denn bei allen (nicht nur den in der Liste

genannten) Tätigkeiten mit krebserzeugenden Stoffen der Kategorie 1 oder 2 muss der Arbeitgeber Angebotsuntersuchungen anbieten. Das Unterbreiten des Angebots ist für den Arbeitgeber verpflichtend. Zuwiderhandlungen sind bußgeldbeziehungsweise strafbewehrt.

Tätigkeiten mit krebserzeugenden Stoffen sind zweifellos besonders gefährdende Tätigkeiten. Deshalb müssen alle erforderlichen Maßnahmen zur Risikominimierung getroffen werden. Dem dient das vom Ausschuss für Gefahrstoffe entwickelte Risikoakzeptanzkonzept, das derzeit allerdings

**„Arbeitsmedizinische Vorsorge darf technische und organisatorische Arbeitsschutzmaßnahmen nicht ersetzen, kann sie aber wirksam ergänzen.“**

erst erprobt wird. Pflichtuntersuchungen können daher nicht darauf gestützt werden. Derzeit wird im AfAMed die Einführung einer individuellen arbeitsmedizinischen Pflichtberatung diskutiert. Der Vorschlag berücksichtigt, dass Krebserkrankungen oft erst nach längeren Latenzzeiten durch körperliche und klinische Untersuchungen diagnostizierbar sind. Andererseits ist eine frühzeitige Aufklärung und Beratung über individuelle Risiken aus ärztlicher Sicht dringend geboten. Wenn ein Biomonitoring möglich ist, so soll es im Rahmen der Pflichtberatung angeboten werden. Die Mehrheit im AfAMed begrüßt das Modell grundsätzlich, sieht aber noch rechtlichen und tatsächlichen Klärungsbedarf.

### Neue Herausforderungen an die Arbeitsmedizin

Die moderne Arbeitswelt und die demografische Entwicklung in den Betrieben stellen die Arbeitsmedizin vor neue Herausforderungen. Neue Technologien, neue Arbeitsformen und Arbeitsverdichtung bringen neue Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit mit sich. Sie äußern sich zum Beispiel in Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen, auch wenn diese nicht immer nur berufsbedingt sind. Arbeitsmedizinisches Wissen muss frühzeitig in die Gefährdungsbeurteilung und in die kollektive Unterweisung der Beschäftig-

ten eingebracht werden. Auch die arbeitsmedizinische Vorsorge muss sich den Veränderungen stellen. Das Instrument der Wunschuntersuchung schafft dafür einen flexiblen Rahmen. Regeln und Empfehlungen des AfAMed werden das Gesundheitsbewusstsein in den Betrieben stärken. Aktuell stehen Empfehlungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zum Thema Psychische Gesundheit auf der Agenda des AfAMed.

### Individuelle Gesundheits-Checks im Betrieb

Die ArbMedVV stellt klar: Auch allgemeine Gesundheitsvorsorge ist in den Betrieben möglich, zum Beispiel in Form allgemeiner Gesundheits-Checks. Längere Lebensarbeitszeiten sind nicht nur für die Betriebe, sondern für jeden Einzelnen eine besondere Herausforderung. Jeder Mensch ist mit individuellen gesundheitlichen Veranlagungen und Ressourcen ausgestattet und hat Gewohnheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken können. Die individuelle Aufklärung und Beratung zu Gesundheitsfragen kann einen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leisten. Beachtet werden muss, dass die zusätzliche Gesundheitsvorsorge für alle Beteiligten freiwillig ist und dass die ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt gilt. ●

#### Autorin



Foto: Privat

#### Rita Janning

Leiterin des Referats Arbeitsschutzrecht, Arbeitsmedizin, Prävention nach dem SGB VII, Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
E-Mail: rita.janning@bmas.bund.de

Kohärentes Vorschriften- und Regelwerk

# Aus einem Guss

Ziel der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie ist nicht zuletzt auch ein transparentes, überschaubares und damit anwenderfreundliches Vorschriften- und Regelwerk im Arbeitsschutz. Zentrale Zielsetzung ist die Vermeidung von Doppelregelungen zu gleichen Sachverhalten.



## Zielbeschreibung

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen setzen EU-Arbeitsschutzrichtlinien nach Artikel 137 EG-Vertrag inhaltsgleich in nationales Recht um. Es handelt sich um schutzzielorientierte Grundvorschriften. Der Detaillierungsgrad ist gegenüber früheren Vorschriften deutlich zurückgeführt worden. Auch die Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger (UVT) wurden schutzzielorientiert entwickelt. Ihre Bestimmungen werden durch UVT-Regeln konkretisiert und erläutert. Teilweise existieren noch Durchführungsanweisungen zu Unfallverhütungsvorschriften. Vor diesem Hintergrund be-

nötigen die betriebliche Praxis und die Aufsichtsdienste der Länder und Unfallversicherungsträger verstärkt Hilfestellung unterhalb der Ebene von Rechtsvorschriften einerseits zur Anwendung solcher Vorschriften und andererseits zur Wahrnehmung ihrer Beratungs- und Überwachungsaufgabe.

Erforderlich ist ein ineinandergreifendes System von staatlichen Arbeitsschutzvorschriften, Unfallverhütungsvorschriften und von nicht verbindlichen Regeln – kurz ein kohärentes Vorschriften- und

Regelwerk im Arbeitsschutz. Die Herstellung eines derartigen Vorschriften- und Regelwerks aus einem Guss ist als Kernbestandteil der Gemeinsamen Deut-

schen Arbeitsschutzstrategie (GDA) mit dem Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) als dauerhafte rechtliche Verpflichtung für die GDA-Träger festgeschrieben worden. In diesem Zusammenhang wurden inzwischen neben den gesetzlichen Festlegungen auch diesbezügliche Leitlinien unter den Beteiligten im Arbeitsschutz abgestimmt.

**„Bei der Erstellung einer staatlichen Regel bezieht den Sachverstand auch der Fachbereiche und Sachgebiete der Unfallversicherungsträger mit ein.“**



Foto: shutterstock/Kuzma

ArbSchG vorrangige Instrumente des Arbeitsschutzhandelns sind.

Auch hinsichtlich der Unfallverhütungsvorschriften wird der Vorrang staatlichen Rechts anerkannt, denn die Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ stellt durch die Inbezugnahme staatlichen Rechts in § 2 Abs. 2 sicher, dass sich die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger auch auf staatliche Arbeitsschutzvorschriften stützen kann. Das hierdurch entwickelte Modell (BGV A1-Modell) der Bezugnahme auf staatliches Arbeitsschutzrecht entfaltet Vorbildfunktion für die Bedarfsprüfung, Aktualisierung und Überarbeitung des gesamten Vorschriftenwerks der Unfallversicherungsträger.

Die Kriterien zur Bedarfsprüfung sind durch das UVMG nunmehr im neuen § 15 SGB VII aufgeführt und in der Arbeitsskizze zum Leitlinienpapier „Neuordnung des Vorschriften- und Regelwerkes im Arbeitsschutz“ (Entwurf 3/2011) präzisiert. Die Arbeitsskizze soll weiterentwickelt und unter den Beteiligten abgestimmt werden und letztlich das Leitlinienpapier von 2003 ersetzen.

### Unfallverhütungsvorschriften

§ 15 SGB VII hält den Rechtsetzungsauftrag der Unfallversicherungsträger zwar noch aufrecht, knüpft ihn aber an restriktive Voraussetzungen. Als Genehmigungsvoraussetzungen sind zu beachten:

1. Das Regelungsinstrument „Unfallverhütungsvorschrift“ muss zur Prävention geeignet sein (§ 15 Abs. 1). Kann die vorgesehene UVV den Zweck erreichen?
2. Das Regelungsinstrument „Unfallverhütungsvorschrift“ muss zur Prävention erforderlich sein (§ 15 Abs. 1). Kann der beabsichtigte Zweck nicht durch ein ebenso wirksames, aber in seinen Effekten milderes Mittel erreicht werden?
3. Es fehlen staatliche Arbeitsschutzvorschriften, die über den Anwendungsbereich einer in Aussicht genommenen Unfallverhütungsvorschrift bereits eine Regelung treffen (§ 15 Abs. 1). Überlässt zum Beispiel das staatliche Recht den Unfallversicherungsträgern die Konkretisierung?

Ferner sind die bisher im Genehmigungsverfahren im Einzelnen nicht festgelegten Genehmigungsvoraussetzungen für Unfallverhütungsvorschriften als solche nunmehr ebenfalls im § 15 SGB VII festgelegt. Danach haben die Unfallversicherungsträger im Genehmigungsantrag insbesondere anzugeben, dass

1. eine Regelung der in den Vorschriften vorgesehenen Maßnahmen in staatlichen Arbeitsschutzvorschriften nicht zweckmäßig ist,
2. das mit den Vorschriften angestrebte Präventionsziel ausnahmsweise nicht durch Regeln erreicht wird, die von einem gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 des ArbSchG eingerichteten Ausschuss ermittelt werden,
3. die oben genannten Voraussetzungen in einem formalisierten Verfahren vom Unfallversicherungsträger unter Mitwirkung der DGUV nachvollziehbar dargelegt und mit Bund und Ländern abgestimmt wurden (Bedarfsprüfung).

Die Genehmigungsvoraussetzungen verdeutlichen, dass es in Bereichen, für die es staatliche Ausschüsse gibt, für Unfallverhütungsvorschriften grundsätzlich keinen Raum mehr gibt. Für eine Unfallverhütungsvorschrift kann allerdings sprechen, dass eine bestimmte, eng begrenzte branchenspezifische Gefährdungslage besteht, die für eine Festlegung von Schutzmaßnahmen im staatlichen Vorschriften- und Regelwerk zu speziell wäre.

Bestehende Unfallverhütungsvorschriften, die den neuen Genehmigungsvoraussetzungen des SGB VII nicht entsprechen, sollten zeitnah überprüft werden, ob sie anzupassen oder außer Kraft zu setzen sind.

### Konzept Regeln

Technische Regeln sind Regeln, die von in Rechtsverordnungen vorgesehenen Ausschüssen erarbeitet, verabschiedet und vom BMAS veröffentlicht werden. Sie sind Empfehlungen pluralistisch besetzter und rechtlich verankerter Fachgremien als Einrichtungen im Geschäftsbereich des BMAS. ▶

### Eckpunkte

Bereits im Thesenpapier „Grundsätze zur Neuordnung des Arbeitsschutzrechts“ (BArbBl. 10/1999, S. 46) und im „Leitlinienpapier zur künftigen Gestaltung des Vorschriften- und Regelwerkes im Arbeitsschutz“ (BArbBl. 6/2003, S. 48) haben sich alle Beteiligten im Arbeitsschutz, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Länder, die Sozialpartner, die Unfallversicherungsträger und führende Wirtschaftsverbände, darauf verständigt, dass EU-Richtlinien im Arbeitsschutz grundsätzlich durch staatliches Recht umgesetzt werden. Darüber hinaus besteht Übereinstimmung darin, dass staatliche Vorschriften sowie das Regelwerk staatlicher Ausschüsse nach § 18 Abs. 2 Nr. 5

Aufgabe der Ausschüsse ist es insbesondere, Regeln zu ermitteln, wie die in einer Verordnung enthaltenen Anforderungen erfüllt werden können. Sie geben Hinweise zum Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene und zu sonstigen arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen. Staatliche Regeln entfalten Vermutungswirkung, wenn sie die Anforderungen der Arbeitsschutzverordnungen

in einer Weise konkretisieren, dass der Anwender die ihm obliegenden Pflichten rechtssicher erfüllen kann. Der Arbeitgeber kann bei

Anwendung der ermittelten Regeln von der Erfüllung der Anforderungen der Vorschriften ausgehen (verordnungsrechtliche Vermutungswirkung).

Das staatliche Regelwerk soll auf der Grundlage eines gefährdungsbezogenen Ansatzes und soweit möglich nach einer einheitlichen Struktur branchenneutral entwickelt werden. Die Technischen Regeln beziehen sich grundsätzlich auf den jeweiligen Anwendungsbereich der staatlichen Verordnung. In Einzelfällen sind auch übergreifende Regeln möglich (zum

Beispiel Technische Regeln für Gefahrstoffe mit einem Kapitel zur arbeitsmedizinischen Prävention). Staatliche Regeln sollen dem Normadressaten anwendungsbezogene Lösungswege für die betriebliche Praxis aufzeigen. Die Festlegungen sind so konkret zu beschreiben, dass die Rechtsfolge, die Vermutungswirkung der Regel, eine sichere Grundlage findet.

**„Das Kombinationsmodell stellt sicher, dass Branchenregeln der Unfallversicherungsträger die staatlichen Regeln ergänzen.“**

UVT-Regeln stellen bereichs-, arbeitsverfahrens- oder arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen zusammen. Sie erläutern, mit wel-

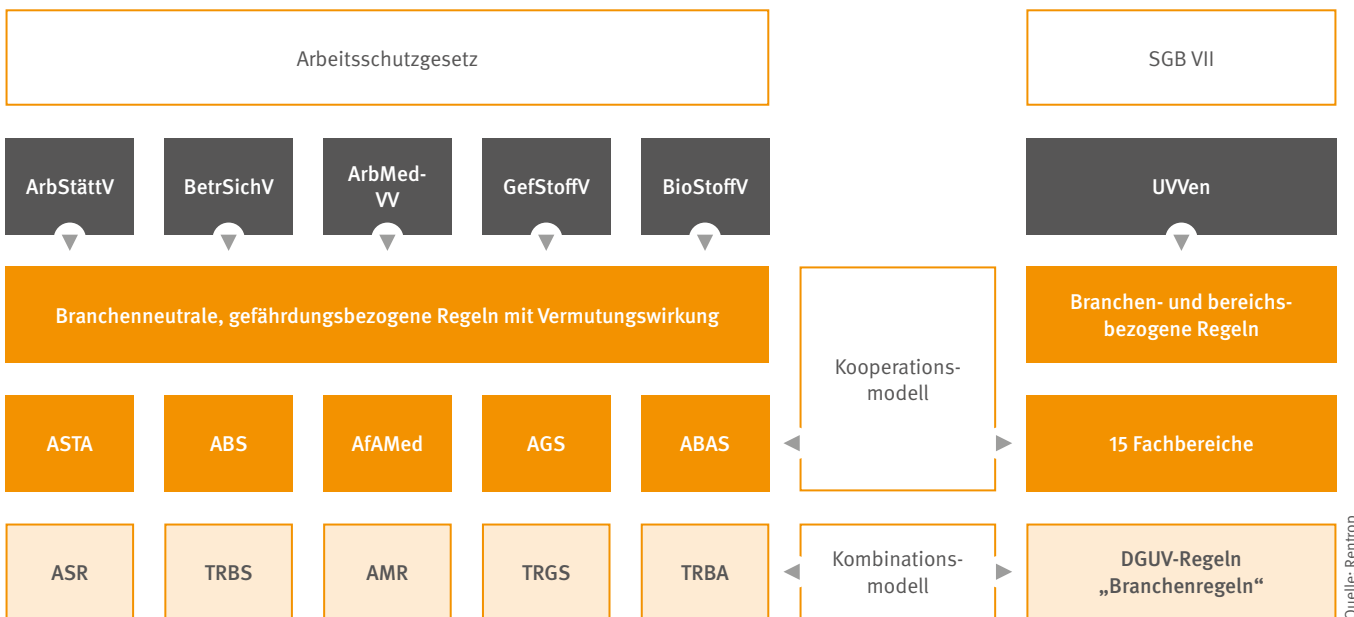
chen konkreten Maßnahmen Pflichten aus dem Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger erfüllt werden können. UVT-Regeln sind fachliche Empfehlungen zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit bezogen auf konkrete betriebliche Abläufe oder Einsatzbereiche (Branchen-/Betriebsarten-/Bereichsorientierung). Sie haben einen hohen Praxisbezug und Erkenntniswert und können deshalb von den beteiligten Kreisen als geeignete Richtschnur für das betriebliche Präventionshandeln herangezogen werden.

Das UVT-Regelwerk soll auf der Grundlage eines branchen-/bereichsbezogenen Ansatzes und soweit möglich nach einer einheitlichen Struktur erarbeitet werden. Eine Vermutungswirkung erwächst aus UVT-Regeln nicht. Dies ist in die Vorbemerkung der UVT-Regeln aufzunehmen. UVT-Regeln werden unter Beteiligung der betroffenen Kreise und der Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger von Fachbereichen und Sachgebieten der DGUV erarbeitet. Dies geschieht in der Verfahrensherrschaft der Unfallversicherungsträger in einem festgelegten, qualitätsgesicherten Verfahren.

**Kohärenz**

Die Wirkungsfelder von staatlichen Regeln und UVT-Regeln sind inhaltlich und verfahrensmäßig so aufeinander abzustimmen, dass ein sich ergänzendes und in sich stimmiges Gesamtgefüge entsteht, das sich nahtlos in das Gesamtsystem eines kohärenten Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz einfügt. Zentrale Zielsetzung ist die Vermeidung von Doppelregelungen zum gleichen Sachverhalt.

Die angestrebte Kohärenz wird durch zwei Instrumente erreicht, die die Arbeitsskizze zum Leitlinienpapier „Neuordnung



Quelle: Rentrop

Abbildung 1: Kohärentes Vorschriften- und Regelwerk im Arbeitsschutz





„Die Wirkungsfelder von staatlichen Regeln und UVT-Regeln sind inhaltlich und verfahrensmäßig so aufeinander abzustimmen, dass ein sich ergänzendes und in sich stimmiges Gesamtgefüge entsteht (...).“

des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz“ (Entwurf 3/2011) mit den Begriffen Kooperations- und Kombinationsmodell beschreibt. Alle Beteiligten im Arbeitsschutz, das BMAS, die Länder, die Sozialpartner, die Unfallversicherungsträger und führende Wirtschaftsverbände, haben sich auf diese Kohärenzinstrumente verständigt.

### Kooperationsmodell

Bei der Erstellung einer staatlichen Regel bezieht der staatliche Ausschuss den Sachverstand auch der Fachbereiche und Sachgebiete der Unfallversicherungsträger mit ein. Das Kooperationsmodell stellt sicher, dass Inhalte von UVT-Regeln sowie Ergebnisse und Erkenntnisse der Fachbereiche und Sachgebiete der Unfallversicherungsträger, die in den Anwendungsbereich einer staatlichen Verordnung passen, in geeigneter Weise Eingang in das Regelwerk der Ausschüsse nach §18 Abs. 2 Nr. 5 ArbSchG finden. Übernimmt ein Ausschuss eine UVT-Regel ganz oder teilweise, so werden in diesem Fall die Urheberschaft der den Arbeiten zugrunde liegenden UVT-Regel und die inhaltliche Mitgestaltung durch den jeweiligen Fachbereich der Unfallversicherungsträger in der staatlichen Regel deutlich hervorgehoben. Die UVT-Regel wird zur Vermeidung von Doppelregelungen hinsichtlich der übernommenen Teile zurückgezogen. Darüber hinaus findet eine bedeutende Kooperation durch Beteiligung von mehr als 70 Experten der Unfallversicherungsträger in den staatlichen Ausschüssen statt.

### Kombinationsmodell

Das Kombinationsmodell stellt sicher, dass Branchenregeln der Unfallversicherungsträger die staatlichen Regeln ergänzen. Branchenregeln verbinden die gefährdungsorientierten staatlichen Regeln der verschiedenen staatlichen Ausschüsse in geeigneter Weise mit gefährdungsübergreifenden, branchenbeziehungsweise bereichsspezifischen Inhalten. Sie führen die verschiedenen gefährdungsbezogenen Regelungsinhalte der staatlichen Ausschüsse sowie zum Beispiel DIN-Normen, VDE-Richtlinien und Regeln anderer Regelsetzer branchen- oder bereichsbezogen zusammen und ergänzen sie bedarfsgerecht durch Erfahrungswissen aus der Beratung und Überwachung der Betriebe. Sie beziehen gegebenenfalls auch Aspekte der Arbeitshygiene und der Gesundheitsförderung mit ein. Branchenregeln bieten den jeweiligen Bereichen ein Gesamtkompendium zu den jeweils anzutreffenden Präventionsthemen. Sie sind für die konkrete Nutzung in den Betrieben und Bildungseinrichtungen aufbereitet. Die Inhalte stellen keine Doppelregelungen zum staatlichen Regelwerk dar, sie müssen deshalb auch nicht wie beim Kooperationsmodell zurückgezogen werden.

Die widerspruchsfreie Ergänzung des Regelwerks staatlicher Ausschüsse durch Branchenregeln der Unfallversicherungsträger lässt ein kohärentes und in sich stimmiges Gesamtgefüge eines Regelwerks im Arbeitsschutz entstehen.

### Gegenseitige Information

Der gegenseitigen Information über geplante Regelvorhaben (zum Beispiel durch Projektbeschreibungen) kommt eine große Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des kohärenten Regelwerks zu – unbürokratisch und auf Vertrauen basierend sollte es sein. Am geeignetsten erscheint die gegenseitige Mitwirkung in den einschlägigen Gremien, um frühzeitig von den geplanten Regelvorhaben zu erfahren. Die Unfallversicherungsträger sind in allen staatlichen Ausschüssen vertreten. Den Ländern sollte es möglich sein, Vertreter in die 15 neuen Fachbereiche zu entsenden. ●

### Autor



Foto: Privat

### Manfred Rentrop

Leiter der Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV  
E-Mail: manfred.rentrop@dguv.de

Das neue D-Arzt-Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

# Qualität braucht einen Nachweis

DGUV Forum sprach mit Gabriele Kreutzer, Geschäftsstellenleiterin des Landesverbandes Nordost der DGUV, und Dr. Tankred Haase, geschäftsführender Arzt des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte, über das neue Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) und dessen Auswirkungen.

**Frau Kreutzer, was ist der Hintergrund des neuen D-Arzt-Verfahrens? Was hat die DGUV dazu motiviert?**

*Kreutzer:* Das bewährte D-Arzt-Verfahren war ein wenig in die Jahre gekommen und bedurfte einer Auffrischung. Die Rahmenbedingungen haben sich geändert, beispielsweise im Vertragsarztrecht. Neben dem niedergelassenen Durchgangsarzt, der allein in seiner Praxis tätig ist, gibt es inzwischen immer mehr Gemeinschaftspraxen und Ärzte in Anstellungsverhältnissen. Hinzu kommt die Veränderung bei der Aus- und Weiterbildung der Ärzte. Und heute gehört es zum allgemeinen Standard, Kriterien und Maßnahmen der Qualitätssicherung zu etablieren. Im alten D-Arzt-Verfahren war dieses Thema noch nicht im Fokus.

**Frau Kreutzer, die Qualitätsansprüche an die Mediziner, die am D-Arzt-Verfahren teilnehmen wollen, haben sich erhöht. Hatten Sie in der Vergangenheit den Eindruck, dass die D-Ärzte zu wenig spezifisches Wissen für die Unfallversicherung mitbrachten?**

*Kreutzer:* Nein, gar nicht. Es reicht aber nicht, Qualität zu vermuten. Sie muss nachgewiesen werden, denn in der gesetzlichen Unfallversicherung müssen Kosten und Nutzen der Heilbehandlung transparent sein. Auch in der Vergangenheit wurden den D-Ärzten bereits unfallchirurgische Fortbildungsveranstaltungen von den Landesverbänden der DGUV



Foto: DGUV

Gabriele Kreutzer, Geschäftsstellenleiterin des Landesverbandes Nordost der DGUV

angeboten. Ich denke hier insbesondere an die Unfallmedizinischen Tagungen oder auch an die regelmäßigen D-Arzt-Weiterbildungen in den Unfallkliniken.

Zukünftig wird nun von allen D-Ärzten gefordert, dass sie in einem Fünf-Jahres-Zeitraum an Fortbildungen in den Bereichen Reha-Management und Reha-Medizin, im Begutachtungswesen, in

der Kindertraumatologie sowie an zwei Unfallmedizinischen Tagungen teilnehmen.

**Frau Kreutzer, welche Anforderungen werden jetzt konkret an die Ärzte gestellt?**

*Kreutzer:* Wir haben jetzt eine stufenweise Beteiligung im Durchgangsarztverfahren. Grundvoraussetzung ist, dass der Durchgangsarzt zum Führen der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie berechtigt ist. Weiterhin muss er nach der Facharztanerkennung mindestens ein Jahr ärztlicher Tätigkeit in einer Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassenen Krankenhauses nachweisen. Der Durchgangsarzt in einer Klinik muss darüber hinaus

über die Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie verfügen. Diese Anforderung gilt auch für niedergelassene Ärzte, die ambulante Operationen durchführen. Ärzte mit der Facharztbezeichnung Chirurgie und der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie werden dem neuen Facharzt gleichgestellt. Neben diesen fachlichen Anforderungen an den Arzt werden natürlich auch weiterhin entsprechende medizinische Assistenz- und Fachkräfte sowie die erforderlichen apparativen, technischen und baulichen Ausstattungen gefordert.

Vielleicht darf ich an dieser Stelle auch anmerken, dass von den Ärzten nicht immer nur mehr verlangt wird, sondern es zumindest auch einen Punkt gibt, in dem ihr Leben nun leichter wird: Die unfallärztliche Bereitschaft wird künftig nur noch in der Zeit von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr und mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelungen zu gewährleisten sein. Der ungeliebte Samstagsdienst, der auch sicherlich nicht mehr zeitgemäß war, ist damit entfallen.



Foto: Privat

Dr. Tankred Haase, Geschäftsführender Arzt des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte

**Herr Dr. Haase, wie schätzen Sie die Veränderungen im System ein, insbesondere die gestiegenen Qualitätsanforderungen?**

*Haase:* Die Einführung des neuen, gemeinsamen Facharztes Orthopädie/Unfallchirurgie hat eine Situation geschaffen, auf die die DGUV reagieren musste. Wenn Kollegen jetzt nach ihrer Facharztweiterbildung ein Jahr lang in einem

VAV-Krankenhaus arbeiten müssen, dann bedeutet das: Sie eignen sich profunde Kenntnisse in der Behandlung von Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung an. Diese Kollegen sind im Rahmen der neuen D-Arzt-Zulassung jetzt berechtigt, in der ambulanten durchgangsärztlichen Versorgung tätig zu werden und darüber hinaus eine eingeschränkte ambulante operative Versorgung vorzunehmen. Mit der Einführung einer Weiterbildungspflicht und einer jährlichen Mindestfallzahl von 250 Patienten ist sichergestellt, dass die D-Ärzte sich auf dem aktuellen Wissensstand befinden und über eine ausreichende Routine im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren verfügen.

**Herr Dr. Haase, wie ist die Stimmung in Ihrem Verband?**

*Haase:* Der Bundesverband der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte e. V. war von Anfang an intensiv in die Ausarbeitung des neuen Ärztevertrages einbezogen. Dieser wurde im Konsens mit unserem Verband erstellt und wir sehen darin die Interessen der D-Ärzte in einem hohen Maße gesichert.

**Frau Kreutzer, den H-Arzt wird es bald nicht mehr geben. Warum ist er überflüssig geworden?**

*Kreutzer:* Die heute beteiligten H-Ärzte können zunächst weiterhin für fünf Jahre für die Unfallversicherungsträger tätig sein. Danach besteht für sie die Möglichkeit, am D-Arzt-Verfahren teilzunehmen, sofern sie die Anforderungen erfüllen. Damit scheidet ein Teil der H-Ärzte tatsächlich aus der Beteiligung an den Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung aus. Wir gehen davon aus, dass wir damit auch eine Qualitätssteigerung erreichen. Klare und transparente Strukturen sind ein zusätzlicher positiver Effekt.

**Herr Dr. Haase, wie reagieren Ihre Kollegen, die bislang als H-Arzt tätig waren, darauf? Werden sie zu den D-Ärzten wechseln?**

*Haase:* In der Vergangenheit war die Aufgliederung der ambulanten Heilbehandlung in D- und H-Ärzte für die Patienten oft schwer zu durchschauen. Diese Unsicherheit wird jetzt mit der Abschaffung der H-Ärzte überwunden. Wir erreichen so eine Vereinheitlichung des Heilverfahrens und eine deutliche Anhebung der Qualität. Die bisher als H-Arzt tätigen Kollegen können, sofern sie eine Mindestfallzahl von 250 BG-Fällen pro Jahr nachweisen und die räumlichen und personellen Voraussetzungen einer D-Arzt-Praxis erfüllen, als D-Ärzte zugelassen werden. Dieser „Aufstieg“ zum D-Arzt stellt sicherlich einen erheblichen Vorteil für die ehemaligen H-Ärzte, aber auch für das Heilverfahren insgesamt dar.

Negativ betroffen sind lediglich die H-Ärzte, die die Mindestfallzahl nicht errei-

chen oder deren Praxen die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Dass diese Kollegen potenziell unzufrieden sind, ist zwar vordergründig verständlich, bei genauer Betrachtung darf man aber konstatieren, dass nicht einmal ein berufsgenossenschaftlicher Behandlungsfall pro Tag keine wesentliche wirtschaftliche Größe darstellen kann.

**Herr Dr. Haase, vorgesehen ist auch eine Anhebung der Mindestfallzahlen. Damit ein Mediziner als D-Arzt zugelassen wird, muss er jetzt 250 anstatt wie bislang 150 BG-Fälle vorweisen. Das wird voraussichtlich zu einer Reduktion der Praxen führen. Wie schätzen Sie die Lage ein?**

*Haase:* Qualität ist sicher in einem gewissen Maße auch mit einer entsprechenden Häufigkeit der durchzuführenden Tätigkeit verbunden. ▶



Foto: Fotolia/Kurhan



**„Die ständige Verbesserung der Qualität der D-ärztlichen Versorgung sowie die Vermittlung der hohen Qualität des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens gegenüber der Öffentlichkeit werden ein wesentliches Element in der Zukunft darstellen.“**

Durchschnittlich jeden Tag einen BG-Patienten zu behandeln, stellt nach meinem Dafürhalten das Minimum dar, um den Anforderungen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens gerecht zu werden. Insbesondere ist dem nicht unerheblichen logistischen und administrativen Aufwand Rechnung zu tragen. Bei einer nur sporadischen Tätigkeit im berufsgenossenschaftlichen Bereich drohen Fehler und Unsicherheiten. Sicherlich wird es zu einer Reduktion von Praxen kommen.

**Frau Kreutzer, warum war es Ihnen wichtig, auf dieses Mittel zurückzugreifen?**

*Kreutzer:* Die Zahl der Arbeitsunfälle ist in den zurückliegenden Jahren erheblich gesunken. Diese uneingeschränkt positive Entwicklung ist zum einen auf gute Präventionsarbeit, aber auch auf Veränderungen in der Arbeitswelt hin zu weniger gefährlichen Tätigkeiten zurückzuführen. Wenn man nun davon ausgeht, dass die Qualität der Behandlung durch ständige Übung hochgehalten wird, so muss man zu einer Konzentration der Versorgung gelangen. Wenn ich also bei sinkenden Fallzahlen die Qualität durch Mindestfallzahlen sichern will, ist die logische Konsequenz daraus eine Reduktion der Zahl der Arztpraxen.

**Frau Kreutzer, wie wollen Sie sicherstellen, dass trotzdem eine flächendeckende Versorgung der Versicherten gewährleistet wird?**

*Kreutzer:* Hier sprechen Sie ein Thema an, das auf den ersten Blick vielleicht Anlass zur Sorge geben könnte. Aber seien Sie versichert, dass die flächendeckende Versorgung der Versicherten uns sehr wichtig ist. Sie ist gefährdet, wenn sich das Verhältnis von Durchgangärzten zu Versicherten in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt schlechter als 1: 30.000 darstellt oder in einer Region innerhalb von 30 Minuten kein Durchgangsarzt zu erreichen ist. Statistiker haben hierzu Karten entwickelt, die uns in die Lage ver-

setzen, die Situation zu analysieren. Es wird sichergestellt, dass keine „weißen Flecken“ entstehen. Es bleibt dann eben auch mal ein D-Arzt beteiligt, der die Mindestfallzahl nicht erreicht.

**Herr Dr. Haase, ab diesem Jahr wird es ein wissenschaftliches Projekt geben, in dem die Qualität der D-Arzt-Berichte und die Zufriedenheit der Patienten evaluiert werden sollen. Empfinden Sie das als Hilfestellung oder als unnötige Kontrolle?**

*Haase:* Qualität kann nur dann nachgewiesen werden, wenn sie auch kontrolliert wird. Ich glaube, dass kein gewissenhaft tätiger D-Arzt Probleme mit der Evaluation seiner D-Berichte hat. Ich sehe vielmehr in einer solch wissenschaftlichen Aufarbeitung eine Hilfestellung, die uns darin unterstützt, die Qualität unserer Arbeit zu verbessern. Die Evaluation der Zufriedenheit der Patienten stellt allerdings eine große Herausforderung für die wissenschaftlichen Begleiter des Projektes dar. Wir alle wissen, dass Patientenzufriedenheit nicht unbedingt etwas mit einer guten, zeitgemäßen medizinischen Versorgung zu tun haben muss. Ich möchte in diesem Zusammenhang an ein Projekt erinnern, bei dem die Qualität der stationären Rehabilitation in einem Landesverband kontrolliert wurde. Eines der wesentlichen Ergebnisse bestand darin, dass die Kliniken die besten Reha-Ergebnisse erzielten, die das beste Essen serviert hatten. Ich bin deshalb sehr gespannt auf die Ergebnisse; das Thema Patientenzufriedenheit liegt uns schon seit vielen Jahren am Herzen.

**Herr Dr. Haase, wie hat sich die Arbeit als D-Arzt in den letzten Jahren verändert? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?**

*Haase:* Die ständige Verbesserung der Qualität der D-ärztlichen Versorgung sowie die Vermittlung der hohen Qualität des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens gegenüber der Öffentlichkeit

werden ein wesentliches Element in der Zukunft darstellen. Wir alle, die wir daran beteiligt sind, teilen die Überzeugung, dass die gesetzliche Unfallversicherung die am besten funktionierende Säule im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems ist. Die Weiterentwicklung von Standards, die Vermittlung der Leistungsfähigkeit des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens sowie die Intensivierung der Kommunikation zwischen Ärzten und Verwaltung sind wesentliche Eckpunkte für die Zukunft.

Einen Wermutstropfen gibt es allerdings: Es ist in den letzten Jahren zu einer deutlichen, teilweise quälenden Vermehrung von bürokratischen Prozessen gekommen. Die Versuche, zu vereinheitlichen, zu evaluieren, zu zertifizieren und möglichst zu standardisieren, haben in einigen Bereichen zu einer nicht unerheblichen Mehrbelastung im nichtärztlichen Bereich geführt. Insbesondere wirtschaftliche Zwänge seitens der Verwaltungen haben in Einzelfällen zu unangenehmen Auseinandersetzungen geführt.

**Frau Kreutzer, wird sich die Arbeit des Landesverbandes ebenfalls mit dem neuen D-Arzt-Verfahren verändern?**

*Kreutzer:* Ja, ich glaube schon, dass sich die Arbeit des Landesverbandes mit dem neuen D-Arzt-Verfahren ändern wird. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des D-Arzt-Verfahrens sollen gesichert werden. Das bedeutet, dass von den Landesverbänden entsprechende Angebote, zum Beispiel bei Weiterbildungsveranstaltungen, gemacht werden müssen. All das müssen wir dokumentieren und den D-Ärzten auch zurückspiegeln. Ich gehe davon aus, dass dies zu einer Intensivierung der auch heute schon guten Zusammenarbeit zwischen D-Ärzten und Landesverbänden führen wird. ●

DGUV Forum dankt für das Gespräch.

## Neues Therapiemodul der DGUV

# Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)

Im Interesse der zügigen und nachhaltigen Rückkehr in die Arbeitswelt verfolgen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung das Ziel, die Rehabilitation an den Anforderungen des Arbeitsplatzes auszurichten. Im Frühjahr 2011 haben die Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beschlossen, die Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) als standardisiertes Therapiemodul zu etablieren.

**I**m Folgenden werden der Hintergrund für die Entwicklung des neuen Therapiemoduls, das manualisierte Gesamtkonzept der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation sowie ihre Anwendung dargestellt.

## Hintergrund

In den vergangenen Jahren haben sich – orientiert am Rehabilitationsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung – unterschiedliche Leistungsangebote der arbeitsplatz- oder berufsorientierten medizinischen Rehabilitation entwickelt. Diese Angebote zeichnen sich bei Einigkeit im Ziel durch das Fehlen diagnostischer und therapeutischer Standards sowie einer systematischen Qualitätssicherung aus.



Fotos: Wolf/Dieter Müller, Bad Liebenstein

Im Rahmen der ABMR trainieren die Patienten arbeitsrelevante Bewegungsmuster.



Ausstattung einer ABMR-Einrichtung für arbeitsplatzbezogene Übungen

Während einige Anbieter die Nachbildung von Arbeitsplätzen (zum Beispiel des Dachdeckers, Maurers, Kassierers oder Lkw-Fahrers) oder die Kooperation mit Betrieben und Ausbildungszentren in den Vordergrund stellen, betonen andere die Simulation der Arbeitsplatzanforderungen unter Einsatz spezifischer Test- und Trainingssysteme. Bei diesen Angeboten erfolgt bisher weder die Erhebung des funktionellen Arbeitsplatzanforderungsprofils noch die Erhebung des Fähigkeitsprofils des Rehabilitanden nach einheitlichen Standards. Aufgrund der unterschiedlichen Anbieter sowie der Unterschiede bei den tätig werdenden Therapeuten und Medizinern gehen die Preise für diese Angebote weit auseinander.

Vor diesem Hintergrund hat die VBG nach Beratung durch ein Expertengremium aus in der arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation erfahrenen Medizinern und Therapeuten Standards für ein systematisches diagnostisches und therapeutisches Vorgehen sowie Qualitätsanforderungen für die Therapieeinrichtungen formuliert. In einem Pilotverfahren mit dem Namen „Arbeitsplatzorientierte Muskuloskeletale Rehabilitation (AOMR)“ wurden diese Standards ab 2009 mit speziell für diese Therapie zugelassenen Einrichtungen erprobt. In dieser Pilotphase wurde der Preis für die Therapie im Einvernehmen mit den Projektpartnern bewusst unterhalb aller anderen bekannten Angebote festgelegt. ▶

### Ergebnisse des Pilotverfahrens

Die VBG hat zur Validierung der AOMR eine prospektive Beobachtungsstudie in zwei Bundesländern durchgeführt. Die AOMR erwies sich als erfolgreiche spezifische Therapieform, die eine schnellstmögliche Rückkehr an den Arbeitsplatz befördert.

Insgesamt wurden 42 AOMR-Verfahren eingeleitet, davon 22 ambulant und 20 stationär. In vier Verfahren zeigte sich im Verlauf der Therapie die Notwendigkeit weiterer Behandlung bis hin zu Revisionseingriffen. In drei Verfahren stellte sich nach wenigen Tagen heraus, dass die Patienten ihren Beruf auch ohne weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen ausüben konnten.

In den insgesamt 35 planmäßig zu Ende geführten AOMR-Verfahren wurde unmittelbar nach Abschluss der Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit für die jeweils zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit erreicht. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug bei den ambulanten Verfahren 188,3 Tage und bei den stationären 214,9. Die unterschiedliche Dauer ist den Schweregraden der Diagnosen geschuldet. Eine ausführlichere und detailliertere Darstellung der Ergebnisse dieser prospektiven Beobachtungsstudie wird in Kürze gesondert in einer Fachzeitschrift für medizinische Rehabilitation publiziert.

Die Zielrichtung und die guten Erfahrungen der VBG mit der standardisierten arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation fanden schnell das Interesse der anderen Unfallversicherungsträger. Bereits im Jahr 2010 begannen in der Arbeitsgruppe BGSW/EAP/Heilmittel der DGUV sowie im Arbeitskreis Heilbehandlung und medizinische Rehabilitation Beratungen zur Etablierung der ABMR. Diese intensiven konzeptionellen Arbeiten fanden im Frühjahr dieses Jahres im GFK-Ausschuss Rehabilitation und in der GFK der DGUV mit der Beschlussfassung zur Einführung der ABMR ihren Abschluss.

### Charakteristika der ABMR

Die ABMR zeichnet sich dadurch aus, dass während der medizinischen Rehabilitation nicht nur Funktions- und Strukturstörungen beseitigt oder kompensiert werden, sondern auch zielgerichtet die konkret benötigten arbeitsrelevanten Aktivitäten in die Therapie integriert werden. Dies geschieht mit Hilfe einer spezifischen Arbeitsorientierung der Therapie. So wird eine ausreichende funktionelle Belastbarkeit für die möglichst unmittelbar anschließende

Arbeitsfähigkeit im Sinne einer vollschichtigen Rückkehr an den Arbeitsplatz erreicht.

Wesentlicher Bestandteil der ABMR sind die Erhebung

und Dokumentation einer detaillierten funktionellen Tätigkeitsanalyse sowie die Erstellung eines Patientenfähigkeitsprofils mittels einer FCE-Analyse (Functional Capacity Evaluation) der kritischen Arbeitsplatzanforderungen. Dieser Profilvergleich ermöglicht die Identifizierung der körperlichen Defizite und einer auf die Beseitigung der Defizite ausgerichtete Therapie.

### Therapieelemente der ABMR

Neben den bislang angewandten Therapieelementen in den bekannten multimodalen Komplextherapien der DGUV, der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP), kommen bei der ABMR zusätzlich folgende arbeitsplatzbezogene Therapieelemente zum Einsatz:

- Ergotherapie (Schwerpunkt Arbeitstherapie)
- Workhardening
- Arbeitssimulationstraining (durch ein speziell geschultes Team aus der Krankengymnastik, Medizinischen Trainingstherapie und Ergotherapie)
- Praxistraining.

Mit diesen Therapieelementen setzen die Rehabilitanden die physischen Behandlungsfortschritte aus der Krankengymnastik, Physikalischen Therapie und Medizinischen Trainingstherapie in Übungen um, die den Anforderungen der beruflichen

Tätigkeit entsprechen. Im Bedarfsfall kann bei Patienten mit psychischen Auffälligkeiten ein Psychologe hinzugezogen werden.

### Zielgruppen der ABMR und ihre Indikation

Die ABMR ist als Modul der komplextherapeutischen Behandlung mit dem Schwerpunkt auf arbeitsplatzbezogenen Therapieformen in der Regel für Verletzungen vorgesehen, die nach dem Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der DGUV“ dem Reha-Management der Unfallversicherungsträger vorbehalten sind. Insbesondere ist die ABMR indiziert bei:

- Menschen, die körperlich arbeiten, oder
- Menschen mit spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen (einseitig monoton und/oder koordinativ beanspruchende Tätigkeiten) im Bereich der verletzten Körperregion (zum Beispiel Uhrmacher, Schreibkraft etc.)

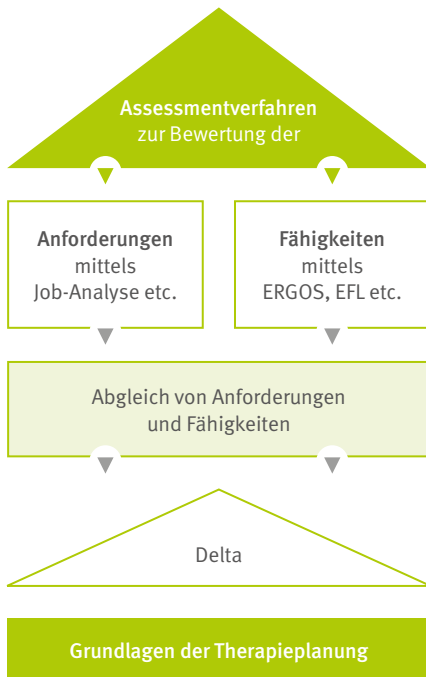
und

- Erst-Arbeitsunfähigkeits-Prognose von über 112 Tagen (16 Wochen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie Alter, Begleiterkrankungen etc. oder
- Fällen mit zeitlicher Überschreitung der Erst-Arbeitsunfähigkeits-Prognose oder
- Fällen, die die speziellen Kriterien zur Fallauswahl des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ (Ziffer 2.1) erfüllen.

Bei dieser Auflistung ist zu beachten, dass von den dargestellten alternativen Aufzählungen jeweils ein Merkmal kumulativ vorliegen muss. Keine Indikation zu einer ABMR besteht in der Regel bei Menschen, die weder körperlich beanspruchenden noch spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen im Bereich der verletzten Körperregion ausgesetzt sind.

### Voraussetzungen und Grundsätze der Therapie

Erste Voraussetzung für die ABMR ist die ausreichende medizinische Grundbelastbarkeit des Patienten, um die körperlich beanspruchenden Therapiebestandteile ausführen zu können. Diese Grundbelastbarkeit muss vor der ABMR in den herkömmlichen Formen der Komplextherapie erreicht werden.



**Abbildung 1:** Festlegung des Rehabilitationsbedarfs (nach Susan Riedel, 2009)

Zusätzliche Voraussetzung für den Beginn der ABMR ist die individuell gestellte Prognose, dass die Arbeitsfähigkeit innerhalb der nächsten vier Wochen erreicht wird. Diese Anforderung unterstreicht den Charakter der ABMR als gezieltes Instrument zur Vorbereitung der unmittelbar anschließenden Rückkehr an den Arbeitsplatz.

In Fällen, die absehbar zur ABMR führen, empfiehlt es sich, die zuvor notwendigen therapeutischen Maßnahmen (insbesondere die BGSW/EAP) schon in einer zugelassenen ABMR-Einrichtung durchzuführen. So können arbeitsplatzbezogene Therapieformen rechtzeitig und nahtlos in die medizinische Rehabilitation integriert werden. Die Therapie selbst beschränkt sich nicht nur auf die verletzte Körperstruktur, sondern bezieht den gesamten Körper und den Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung seines ursprünglichen Fitnesszustands ein. Die Notwendigkeit einer solchen Ganzkörpertherapie ist eine der wesentlichen Erkenntnisse der aus der Rehabilitation von Leistungssportlern hervorgegangenen Besonders indizierten Therapie (BiTh), der Vorläuferin der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie.

### Ablauf und Behandlungsinhalte

Ein Kernpunkt der ABMR ist – wie beschrieben – der Abgleich des erhobenen Tätigkeitsprofils und des hieran orientierten Patientenfähigkeitsprofils. Er führt zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs. Bei Bedarf verfolgt die Therapie durch das Erlernen und Einüben von geeigneten alternativen Bewegungsabläufen auch das Ziel, ein verbleibendes Defizit zu kompensieren und so trotz Einschränkung die Leistungsfähigkeit für den Arbeitsplatz zu erreichen. Der Ablauf im Einzelnen:

#### 1. Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

- a) Auswertung der aktuellen Befundberichte und des vom Unfallversicherungsträger entsprechend den Eckpunkten und dem Handlungsleitfaden zum Reha-Management der DGUV zur Verfügung gestellten Tätigkeitsprofils.
- b) Feststellung der Grundbelastbarkeit für die Durchführung der ABMR durch den für die ABMR qualifizierten leitenden Arzt der Einrichtung.
- c) Erhebung und Dokumentation einer detaillierten, standardisierten funktionellen Tätigkeitsanalyse, um die kritischen Belastungselemente des jeweiligen Arbeitsplatzes zu identifizieren. Hierfür kommen das Instrument Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeit (IMBA)<sup>2</sup> oder die Funktionelle Jobanalyse aus der Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) infrage.
- d) Anfertigung und Dokumentation eines Patientenfähigkeitsprofils durch ein Screening der kritischen Arbeitsplatzanforderungen mittels eines FCE-Systems. Hierfür kommen zum Beispiel die Systeme EFL und ERGOS<sup>3,4,5</sup> infrage.
- e) Abgleich des Patientenfähigkeitsprofils mit dem erhobenen Tätigkeitsprofil und Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs.
- f) Festlegung der notwendigen Therapieinhalte und Aufstellung des Therapieplans durch das Reha-Team im Konsens mit dem Versicherten. Hier geht es um die mengenmäßig individuelle Zusammenstellung der Therapieelemente der herkömmlichen Komplextherapien und der spezifischen Therapieelemente der ABMR (Abbildung 1 veranschaulicht diesen Prozess).

#### 2. Durchführung der Therapie

Die therapeutischen Maßnahmen sind gemäß Vorgabe des leitenden Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten mindestens an fünf Tagen pro Woche durchzuführen. Zu Beginn liegt die tägliche Therapiedauer bei drei Stunden. Sie wird mit zunehmender Dauer in ständiger ärztlicher Verantwortung in Abstimmung mit den Therapeuten kontinuierlich gesteigert und intensitätsbezogen bis zu sechs Stunden pro Tag angepasst.

#### 3. Abschluss der Therapie

Nach Beendigung der Behandlung erfolgen ein Abschlusstest und ein erneuter Abgleich zwischen dem Arbeitsplatzanforderungs- und dem aktuellen Fähigkeitsprofil. Das Ergebnis einschließlich einer Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ist zu dokumentieren.

#### 4. Praxistraining

In Abhängigkeit von den Erfordernissen des Einzelfalls erfolgt ein Praxistraining unter realen Arbeitsbedingungen. Dieses kann je nach Bedarf und Einschätzung entweder am Arbeitsplatz des Versicherten ▶

\*

- 1 *Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden, DGUV-RS 519/2010.*
- 2 *Schian, H.-M.; Kaiser, H.: Profilvergleichssysteme und leistungsdiagnostische, EDV-gestützte Technologie – Ihr Einsatz zur Verbesserung der Beantwortung sozialmedizinischer Fragestellungen und Begutachtungen sowie der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen. In: Rehabilitation 2000, S. 56–64.*
- 3 *Kaiser, H.; Kersting, M.: Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. In: Rehabilitation 2000, S. 175–184.*
- 4 *Isernhagen, S. J.: Functional Capacity Evaluation. In: Isernhagen, S. J. (ed.): Work Injury: Management and prevention, Aspen Publishers, Gaithersburg 1988, S. 139–174.*
- 5 *Kaiser, H.; Kersting, M.; Schian, H.-M.; Jacobs, A.; Kasprowski, D.: Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. In: Rehabilitation 2000, S. 297–306.*

**Versicherungsfall:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Unfalltag \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Aktenzeichen UVT \_\_\_\_\_

**Ende der ABMR am:**

Funktionelles Tätigkeitsprofil (maximale Anforderungen am Arbeitsplatz)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht in kg	Wiederholungszahl	Zeit	Ergonomische Besonderheiten

Patientenfähigkeitsprofil (aktuelle Leistungsfähigkeit der/des Versicherten)

Kritische Arbeitsplatzanforderung	Gewicht in kg	Wiederholungszahl	Zeit	Fehlende motorische Fähigkeiten, ergonomische Einschränkungen

Arbeitsfähigkeit erreicht:  ja  nein  
 Begründung, wenn nicht erreicht sowie Vorschlag für weitere Maßnahmen \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Funktion \_\_\_\_\_

„Die ABMR zeichnet sich dadurch aus, dass während der medizinischen Rehabilitation (...) die konkret benötigten arbeitsrelevanten Aktivitäten in die Therapie integriert werden.“

wird der Reha-Manager den Versicherten in der Regel in eine ABMR-Einrichtung lenken müssen. Sobald die Grundbelastbarkeit des Patienten erreicht ist, wird der Antrag zur Genehmigung der ABMR nach den üblichen Regelungen der DGUV an den Unfallversicherungsträger übermittelt, der die ABMR binnen 24 Stunden bewilligt oder ablehnt. Der Zeitraum der Erstgenehmigung der ABMR beträgt grundsätzlich zwei Wochen. Sollte die ABMR bereits im Rahmen der Rehaplanung nach Ziffer 3 des Handlungsleitfadens „Das Reha-Management der DGUV“ geplant und vereinbart werden, kann die Genehmigung unbürokratisch erfolgen.

Die Entscheidung über eine Verlängerung der ABMR um weitere zwei Wochen erfolgt auf Grundlage der Einschätzung des leitenden Arztes der ABMR-Einrichtung oder des D-Arztes, und zwar in der Regel in der Fallkonferenz anhand dokumentierter Befunde und im Beisein des Reha-Managers. Darüber hinausgehende Verlängerungen werden nur auf der Grundlage eines erneuten, dokumentierten Abgleichs zwischen der Tätigkeitsanalyse und dem aktuellen Fähigkeitsprofil entschieden.

Abbildung 2: Muster eines Abschlussberichts ABMR

oder in Einrichtungen mit starkem Bezug zur realen Arbeitswelt erfolgen (zum Beispiel in Bildungszentren der Handwerkskammern/Innungen, Kooperationsbetrieben, Lehrwerkstätten, sonstigen Bildungseinrichtungen). Entscheidend für die Auswahl des jeweiligen externen Kooperationspartners ist das Konzept des Leistungserbringers beziehungsweise der Anspruch des Leistungsträgers. Näheres bedarf der konkreten Planung im Einzelfall unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.

**Das Verfahren**

Die ABMR ist eine Therapieform im Rahmen der medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage des SGB VII und des SGB IX und bedarf der konsequenten Steuerung im Reha-Management des Unfallversicherungsträgers. Die Rehabilitation beginnt mit herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen im Heilverfahren der Unfallversicherung. Ist die Notwendigkeit einer anschließenden ABMR absehbar, sollte die Rehabilitation möglichst in einer ABMR-Einrichtung stattfinden. Zu diesem Zweck

**Berichtswesen**

Ein systematisierter Aufnahme- und ein ebensolcher Entlassungsbericht stellen die Kernpunkte des Berichtswesens in der ABMR dar. Entscheidend hierbei ist das nachvollziehbar dokumentierte Ergebnis des Vergleichs von Arbeitsplatzanforderungs- und Fähigkeitsprofil einschließlich der daraus abgeleiteten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Ein Muster für einen Entlassungsbericht zeigt die Abbildung 2. Der Aufnahmebericht sieht entsprechend aus.



### Zulassungsvoraussetzungen für die Therapieeinrichtungen

Aufgrund der Spezifika des Therapieverfahrens und der zu behandelnden Verletzungsmuster sind die Anforderungen an die Therapieeinrichtung hoch. Sie gehen über die bisherigen Anforderungen an eine multimodale Komplextherapie hinaus.

#### 1. Grundanforderungen

Die Therapieeinrichtungen müssen vorweisen:

- für die ambulante ABMR die EAP-Zulassung
- für die stationäre ABMR die BGSW-Zulassung.

#### 2. Zusätzliche personelle Anforderungen

Der für die ABMR qualifizierte (leitende) Arzt ist:

- Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie. Der jeweilige Facharzt muss die Zusatzqualifikation auf dem Gebiet der Physikalischen Therapie vorweisen (entweder die Facharztbezeichnung oder die Zusatzweiterbildung oder mindestens die absolvierten Module A, B, E und F aus der Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie), oder
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Nachweis unfallchirurgischer Tätigkeit nach der Approbation von mindestens zwei Jahren in einer Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassenen Krankenhauses.

Der in die Therapie zu integrierende Ergotherapeut muss nachweisbar Erfahrungen in der Arbeitstherapie orthopädisch-traumatologischer Verletzungen sowie in der Hilfsmittelversorgung haben.

#### 3. Zusätzliche apparative und räumliche Ausstattung:

Für die Therapien, insbesondere die arbeitsbezogene Ergotherapie, die Screening-Tests und das Arbeitsplatzsimula-

tionstraining, muss ein Raum mit einer Fläche von mindestens 50 Quadratmetern zur Verfügung stehen. Außerdem muss die notwendige apparative Ausstattung (Vorrichtung für Überkopfarbeit, Regalsystem, Aufstellleiter etc.) vorhanden sein. Für das Praxistraining ist der Nachweis entsprechender Kooperationspartner, zum Beispiel in Form von Verträgen/Vereinbarungen, erforderlich.

#### 4. Nachweis der Expertise zur Erhebung des Arbeitsplatzanforderungsprofils

Diese Expertise kann durch die EFL-Anwenderlizenz nachgewiesen werden, da diese das Modul der funktionellen Jobanalyse einschließt. Als Alternative hierzu ist eine IMBA-Lizenz zu fordern.

#### 5. Zusätzliche FCE-Systemanforderungen

Insbesondere zur Anfertigung des Patientenfähigkeitsprofils und des Profilvergleiches ist ein Functional-Capacity-Evaluation-System erforderlich. In Deutschland haben sich als Systeme beziehungsweise Testverfahren die Verfahren EFL nach Isernhagen und ERGOS etabliert.<sup>3,4,5</sup> Wohl aus pragmatischen Gründen und wegen der leichteren Kontrolle der Fortschritte im Arbeitstraining hat das EFL-Verfahren in Deutschland bisher die weiteste Verbreitung gefunden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die anderen Systeme als Test- und Therapiesysteme weniger geeignet wären.

Bei Anwendung des EFL-Systems nach Isernhagen ist der Nachweis der Lizenz und vollständigen Ausbildung durch Aufnahme in die EFL-Anwenderliste erforderlich. Bei Einsatz anderer FCE-Systeme wie ERGOS ist die ausreichende Sachkunde durch aussagefähige Belege beziehungsweise durch die Lizenz nachzuweisen.

#### 6. Anforderungen für das Praxistraining

Das im Einzelfall erforderliche Praxistraining wird in der Verantwortung der zugelassenen ABMR-Einrichtung durchgeführt. Diese Einrichtung stellt die Eignung der externen Kooperationspartner sowie die therapeutische Begleitung am Ort des Praxistrainings sicher.

### Vergütung

Die Tagessätze der ambulant und stationär durchgeführten ABMR standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Hier wird kurzfristig eine Regelung durch die DGUV erfolgen.

### Qualitätssicherung

Im Rahmen der notwendigen Qualitätssicherung haben sich die zur ABMR zugelassenen Einrichtungen an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Unfallversicherungsträger zu beteiligen. Die Ausgestaltung hierzu hat im Rahmen des Gesamtkonzeptes der Qualitätssicherung der Unfallversicherungsträger zu erfolgen. ●

#### Autoren



Foto: Privat

#### Dr. Axel Lohsträter

Reha-Koordinator der Bezirksverwaltung Erfurt der VBG  
E-Mail: axel.lohstraeter@vbg.de



Foto: VBG

#### Eckehard Froese

Stabsleiter Rehabilitation der VBG  
E-Mail: eckehard.froese@vbg.de

## Versicherungsschutz im Ausland

# Gut versichert – auch in Krisengebieten

Gerade in der letzten Zeit haben sich durch Naturkatastrophen sowie politische Veränderungen in verschiedenen Ländern die Bedingungen für dortige Aufenthalte geändert. Die Anfragen von Unternehmen und Beschäftigten, inwiefern Mitarbeiter bei Auslandsaufenthalten dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegen, nehmen aufgrund dessen zu.

**M**it der Globalisierung und den damit verbundenen Verflechtungen der Weltwirtschaft haben Auslandstätigkeiten von Beschäftigten zugenommen. Ob Montagearbeiten, Dolmetscher- oder Journalistentätigkeit, Aufbau einer Niederlassung, Durchführung von Bauprojekten – die Fälle sind vielgestaltig. Auch Schüler, Studenten und Auszubildende absolvieren zunehmend einen Teil ihrer Schul-, Studien- oder Ausbildungszeit im Ausland. Auslandseinsätze finden zudem im Rahmen ziviler und humanitärer Hilfsaktionen statt, beispielsweise durch Entwicklungshelfer, Teilnehmer an Freiwilligendiensten, ehrenamtliche Helfer oder Angehörige der Feuerwehren sowie des Technischen Hilfswerks.

Bei geplanten Aufenthalten in Katastrophengebieten oder Krisengebieten, wie in Afghanistan oder im Irak, liegt die mit dem Auslandseinsatz einhergehende Gefahr auf der Hand. Ereignisse wie in Japan zeigen, dass

eine Katastrophe sich auch während eines Auslandsaufenthalts ereignen kann.

### Wie weit reicht der Arm der Unfallversicherung?

Im deutschen Sozialversicherungsrecht gilt der Territorialitätsgrundsatz (§§ 3 SGB IV, 30 SGB I). Danach beziehen sich die Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich auf inländische Sachverhalte. Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten kann aber abweichend von diesem Grundsatz aufgrund spezieller Vorschriften (Ausstrahlung gemäß § 4 SGB IV sofern nicht Vorschriften des zwischen- oder überstaatlichen Rechts greifen, § 6 SGB IV) weiterhin deutsches Sozialversicherungsrecht Anwendung finden. Entsendet ein Unternehmen einen Beschäftigten im Rahmen eines inländischen Beschäftigungsverhältnisses vorübergehend ins Ausland, so unterliegt dieser auch während der Entsendung den Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung. Um

\*

- 1 Übersicht in „Richtlinien zur versicherungsrechtlichen Beurteilung von Arbeitnehmern bei Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) und Einstrahlung (§ 5 SGB IV)“, Textsammlung Aichberger Anhang 4/30.
- 2 Checkliste zum Einsatz in Krisengebieten der VGB.
- 3 Pressemitteilung DGUV vom 18.3.2011, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) › webcode: d113337
- 4 *Schwerdtfeger in Lauterbach: Unfallversicherung Band 1, § 8 Rdnr. 146, 147, Bereiter-Hahn/Mehrtens: Gesetzliche Unfallversicherung, § 8 Rdnr. 7.15.7.*
- 5 Pressemitteilung VBG vom 15.3.2011, Webcode › PRE231633
- 6 „Haftungsfragen im Zusammenhang mit der gesetzlichen Unfallversicherung“, DGUV.
- 7 Flyer „Sicher im Ausland“ jeweils für Schüler/Studierende sowie für Auszubildende, DGUV.
- 8 Siehe auch *Schwerdtfeger in Lauterbach: Unfallversicherung Band 1, vor § 2 Rdnr. 52.*



von einer Entsendung ausgehen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein,<sup>1</sup> diese prüft der zuständige Unfallversicherungsträger.

Bei manchen Beschäftigten sind die Voraussetzungen einer Entsendung nicht erfüllt, beispielsweise weil ihr Einsatz zeitlich zu unbestimmt ist, ihre Tätigkeit wirtschaftlich dem ausländischen Tochterunternehmen zuzurechnen ist oder ihr Arbeitsvertrag in Deutschland ruht. Dann finden die Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung keine Anwendung. Sofern die Personen im Zusammenhang mit einer Beschäftigung bei einem inländischen Unternehmen im Ausland tätig sind, können diese auf Antrag über eine Auslandsversicherung versichert werden.

Dies ist bei den Unfallversicherungsträgern möglich, die eine derartige Einrichtung unterhalten (§140 SGB VII).

### Umfang des Versicherungsschutzes

Finden die Unfallversicherungsvorschriften Anwendung, so gilt dies sowohl in Bezug auf Prävention als auch auf Sach- und Geldleistungen nach Eintritt eines Arbeitsunfalls. Bei einem geplanten Einsatz in einem Krisengebiet kann der Unternehmer mit Unterstützung des Unfallversicherungsträgers präventive Maßnahmen ergreifen, etwa indem er die Tauglichkeit und Belastbarkeit des Beschäftigten vor dem Aufenthalt in einem Krisengebiet prüft.<sup>2</sup> Ereignet sich eine Katastrophe erst während des Aufenthalts, stellen sich Fragen etwa dazu, welche Untersuchungen bei Mitarbeitern durchzuführen sind. Auch hier können sich Unternehmen an ihren Unfallversicherungsträger wenden.<sup>3</sup>

Tritt im Ausland ein Unfall im Zusammenhang mit der Beschäftigung oder auf dem Weg zur Arbeit ein, so erbringt die gesetzliche Unfallversicherung die Leistungen angepasst an den Umstand, dass der Unfall sich im Ausland ereignet hat. In Europa sowie im Verhältnis zu einigen Ländern, mit denen Abkommen der sozialen Sicherheit bestehen, können im Ausland Sachleistungen durch den dort zuständigen Träger in Anspruch genommen werden. Bestehen derartige Regelungen nicht – dies gilt im Verhältnis zu den meisten Staaten weltweit –, wird mit dem Unfallversicherungsträger die weitere Verfahrensweise abgestimmt. Einige Unfallversicherungsträger haben für Arbeitsunfälle im Ausland spezielle Notfalldienstleistungen eingerichtet und bedienen sich zum Teil international tätiger Hilfsdienste wie dem International SOS oder ADAC.

Vom Unfallversicherungsschutz können auch Gefahren erfasst sein, die im beruflichen Auslandsaufenthalt begründet liegen.<sup>4</sup> Dies bedeutet für Aufenthalte in Katastrophen- oder Krisengebieten, dass auch Unfälle, die aufgrund eines Erdbebens oder politischer Instabilität verursacht sind, als Ausfluss einer besonderen, mit der beruflichen Tätigkeit im Ausland in Zusammenhang stehenden Gefahr mitversichert sind. So können bei Auslands-

einsätzen speziell in Krisengebieten Mitarbeiter auch außerhalb der Arbeitszeit versichert sein.<sup>5</sup>

### Haftung bei besonderen Gefahren

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind Unternehmen von der Haftung befreit, es sei denn, der Unternehmer führt den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbei (§§104 Abs. 1, 110 Abs. 1 SGB VII). Dies gilt auch in Bezug auf Beschäftigungen im Ausland.<sup>6</sup> Die Entsendung in ein Krisengebiet zwecks dortiger beruflicher Tätigkeit, humanitärer Einsätze oder der Verbleib nach einer Katastrophe erfüllen für sich genommen kein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten. Mitarbeiter werden nicht gezielt in Krisengebiete geschickt oder verbleiben dort, um einen Unfall zu erleiden. Der Unternehmer dürfte im Gegenteil eher versuchen, alle möglichen Maßnahmen zu treffen, um den Eintritt eines Arbeitsunfalls zu vermeiden.

### Schüler, Studierende, Auszubildende

Schüler und Studenten sind während eines Auslandsaufenthalts versichert, wenn dieser im organisatorischen Verantwortungsbereich der Schule oder Hochschule liegt. Auszubildende können entweder über den Ausbildungsbetrieb entsendet sein oder aber über die Berufsschule versichert, wenn diese den Auslandsaufenthalt plant und durchführt.<sup>7</sup>

### Humanitäre Einsätze

Entwicklungshelfer, Teilnehmer bestimmter Freiwilligendienste, Katastrophenhelfer des Technischen Hilfswerks sowie Angehörige der Feuerwehren sind bei Auslandseinsätzen über spezielle gesetzliche Regelungen oder entsprechend den Regeln der Entsendung versichert.

### Hilfe bei Unglücksfällen

Auch Personen, die im Ausland bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten, sind über die gesetzliche Unfallversicherung versichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben (§2 Abs. 3 Satz 5 SGB VII i.V.m. §2 Abs. 1 Nr. 13 SGB VII).<sup>8</sup> Damit ist versichert, wer etwa während eines Erdbebens in Japan Hilfe leistet, unabhängig davon, ob der Aufenthalt beruflich oder privat bedingt ist. ●

### Autorin



Foto: Privat

### Eva-Marie Höffer

Leiterin des Referats Internationales Sozialrecht/Europarecht, DGUV  
E-Mail: eva-marie.hoeffler@dguv.de

**Japan-Spenden-Hotline:**  
(gebührenfrei aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk abweichend)  
**☎ 0900 55 10 20 30**

**Charity-SMS:**  
(10 € zzgl. üblicher SMS-Gebühr, 9,83 € gehen direkt an Aktion Deutschland Hilft)  
**adh10 an 8 11 90**

**www.Aktion-Deutschland-Hilft.de**

**Aktion Deutschland Hilft**  
Das Bündnis der Hilfsorganisationen

action medeor ADRA ASB AVO International care  
help DIE JOHANNITER Malteser DER PARITÄTISCHE WorldVision

Anzeige

## Informationsmanagement

# Eine Konvention zur Eindämmung der E-Mail-Flut

Die verfügbare Menge an Informationen wächst täglich. Das Problem der Informationsbeschaffung ist dem Problem der Informationsbewältigung gewichen. Die Frage ist in der Regel nicht mehr: „Woher bekomme ich Informationen?“, sondern: „Welche der verfügbaren Informationen sind für mich relevant?“ Neben Internet und Telefon sind E-Mails das wichtigste Informations- und Kommunikationsmittel im betrieblichen Alltag.

Die Anzahl der weltweit täglich versandten E-Mails steigt weiterhin dramatisch an. Zahlen dazu werden zumeist im Internet veröffentlicht. Recherchen zeigen, dass in der Regel immer die gleichen Ursprungsquellen zitiert werden, die teilweise aber – da online und somit nur begrenzt haltbar – gar nicht mehr überprüft werden können. Es wird angenommen, dass 2006 weltweit täglich (!) 171 Milliarden E-Mails versandt wurden;<sup>1</sup> im Jahr 2000 waren es etwa acht Milliarden. Für 2008 nennt Cisco 220 Milliarden E-Mails pro Tag.<sup>2</sup> Der Anteil an Spam-Mails daran ist deutlich gestiegen und beträgt über 90, möglicherweise sogar über 97 Prozent. Dennoch verbleiben selbst bei einem Anteil von nur drei Prozent gezielt adressierter Mails 6,6 Milliarden E-Mails pro Tag,<sup>3</sup> Tendenz steigend. Ob Berechnungen zutreffen, nach denen Manager 3,5 Jahre ihrer Lebenszeit da-

mit verschwenden, irrelevante Mails zu sichten und zu löschen,<sup>4</sup> mag fraglich sein. Sie kennzeichnen aber, dass die E-Mail-Flut ein ernsthaftes betriebliches und individuelles Problem darstellt.

### Empfehlungen von geringem Nutzwert

Besonders am Arbeitsplatz gewinnt der effiziente Umgang mit E-Mails an Bedeutung, damit die Arbeit mit ihnen nicht zum „informationellen Sisyphos-Syndrom“<sup>5</sup> wird. In der Vergangenheit wurden hierfür bereits häufig Empfehlungen gegeben, die oftmals entweder sehr abstrakt („Gehen Sie verantwortungsvoll mit E-Mail-Verteilern um!“), sehr restriktiv (reduzierte Zugänglichkeit zu E-Mail-Verteilern), sehr technisch („Richten Sie sich Unterordner ein!“) oder auch sehr formal waren (sogenannte Netiquette, die an das korrekte Benehmen in der technischen Kommuni-

kation appelliert, zum Beispiel Grußformeln und Betreffzeile zu nutzen). Auch die Empfehlung, traditionelle Techniken der Stressbewältigung oder -vorbeugung anzuwenden, um diese neuen Probleme zu lösen, ist in der Literatur und im Internet zu finden. Aber gerade solche Tipps wie beispielsweise das Einrichten von Prioritäten für E-Mails haben den Mangel, dass gegebenenfalls während der Zuordnung von Prioritäten zu einzelnen E-Mails weitere Mails eintreffen, die eventuell sogar die Prioritätensetzung wieder verändern. Interessant in diesem Sinne sind auch E-Mail-Abos, die Empfehlungen zum Umgang mit der Informationsflut durch E-Mails beinhalten.

Der Nutzen all dieser Empfehlungen ist begrenzt. Dies gilt besonders für Empfehlungen, die auf der Seite der E-Mail-Empfänger ansetzen und die Frage der Bewältigung statt die der Prävention ansprechen. Empfehlungen dieser Art zielen auf die Verwaltung der Informationsmenge, nicht auf deren Vermeidung.

**„Eine E-Mail-Konvention kann nur funktionieren, wenn sie von möglichst allen davon Betroffenen akzeptiert und mitgetragen wird.“**



### Verantwortung des Absenders

Wichtiger sind grundlegende Änderungen, die auf der Seite der E-Mail-Sender ansetzen und die Anzahl der E-Mails dadurch reduzieren, dass die Verantwortung für den richtigen Umgang mit E-Mails vom Empfänger auf den Sender verlagert wird. Das Ziel von Interventionsmaßnahmen darf also nicht sein, die Bewältigung von großen Informationsmengen zu optimieren; das Ziel muss sein, die Informationsmenge zu reduzieren. Das fordert auch die Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz: Prävention setzt zuerst an der Quelle einer Gefährdung an (hier: der Sender). Nur dann, wenn dies nicht oder nicht ausreichend gelingt, wird an der Organisation oder bei der gefährdeten Person etwas verändert (hier: der Empfänger).

Ziel der im Folgenden dargestellten Mail-Konvention ist es, entsprechend der Maßnahmenhierarchie im Arbeitsschutz die Verantwortung für den Umgang mit E-Mails vom Empfänger auf den Sender zu verlagern. Zugleich soll die Hemmschwelle für das Absenden einer E-Mail erhöht

werden. Wenn dies gelingt, kann eine tatsächliche Reduzierung der E-Mail-Menge erreicht werden. Oberstes Ziel ist es, die Informationsmenge durch E-Mails zu reduzieren, ohne dass Inhalte vernachlässigt werden. Erhebliche betriebliche Ressourcen können gespart werden, wenn sich der Sender verpflichtet, seine Kollegen so wenig wie möglich mit Informationen zu belasten, ihnen zugleich aber alle notwendigen Informationen zu übermitteln. Regelungen dieser Art sind jedoch nur dann sinnvoll, wenn der Empfänger einer E-Mail, die den Empfehlungen nicht entspricht, Reaktionsmöglichkeiten hat. Wenn diese zur Verfügung stehen (siehe unten), können Konventionen innerhalb einer Organisation oder eines Verbundes mehrerer Organisationen getroffen werden.

### Die E-Mail-Konventionen

Auf freiwilliger Basis sollten folgende Punkte zwischen den Beschäftigten einer Organisation vereinbart werden. In der Literatur sind zahlreiche weitere Tipps zu finden.<sup>6,7</sup>

\*

- 1 Mai, J.: *Ich maile also bin ich – E-Mail-Studie 2008* (<http://karrierebibel.de/ich-maile-also-bin-ich-e-mail-studie-2008/>).
- 2 Meckel, M.: *Das Glück der Unerreichbarkeit. Wege aus der Kommunikationsfalle*, München 2009, S. 18.
- 3 *Daten auf der Basis von [www.absolit-blog.de/studien/220-milliarden-e-mails-pro-tag.html](http://www.absolit-blog.de/studien/220-milliarden-e-mails-pro-tag.html), die sich auf [www.radicati.com](http://www.radicati.com) und [www.cisco.com/en/US/prod/vpndevc/annual\\_security\\_report.html](http://www.cisco.com/en/US/prod/vpndevc/annual_security_report.html) beziehen; diese Quellen sind aber nicht mehr nachvollziehbar.*
- 4 Meckel, M.: *Das Glück der Unerreichbarkeit. Wege aus der Kommunikationsfalle*, München 2009, S. 18.
- 5 Meckel, M.: *Das Glück der Unerreichbarkeit. Wege aus der Kommunikationsfalle*, München 2009, S. 36.
- 6 Shipley, D.; Schwalbe, W.: *send. Why people email so badly and how to do it better*, New York 2008.
- 7 Weick, G.; Schur, W.: *Wenn E-Mails nerven. So bekommen Sie die Kontrolle zurück und arbeiten besser, schneller und sicherer*, Frankfurt 2008.



**„Das Ziel von Interventionsmaßnahmen darf nicht sein, die Bewältigung von großen Informationsmengen zu optimieren; das Ziel muss sein, die Informationsmenge zu reduzieren.“**

### 1. Kettenmails werden vermieden

Eine Mail wird als Kettenmail bezeichnet, wenn sich dem Adressaten ihr Inhalt nur dadurch erschließt, dass er mehr als eine in die Mail eingeschlossene Mail eines oder mehrerer anderer Adressaten durchlesen muss.

**Maßnahme:** Ist es erforderlich, eine Kettenmail zu versenden, ist der Inhalt der nachfolgenden (aneinander geketteten) Mails ausreichend zu erläutern. Die angehängten Mails sollen nur Zusatzinformationen beinhalten, die nicht für das Verständnis oder eine Entscheidung zwingend erforderlich sind.

**Ziel:** Reduzierung des Aufwands für das Verstehen der E-Mail auf Seiten der Empfänger; Erhöhung des Aufwands für das Weiterleiten der E-Mail auf der Seite des Senders.

Die Zusammenfassung von Kettenmails bedeutet für den Sender mehr, für den Leser aber weniger Aufwand. Dadurch wird sich die Anzahl der versandten E-Mails reduzieren. Wenn der Inhalt von Kettenmails an mehrere Adressaten verschickt wird, hat wieder nur eine Person Mehraufwand (der Sender), alle Empfänger haben einen deutlich geringeren Aufwand. Je nach Länge der Kettenmails nimmt der zeitliche Aufwand insgesamt bereits ab zwei Empfängern ab. Je größer die Anzahl der Empfänger, desto größer ist der Zeitvorteil für den Betrieb. Hinzu kommt, dass die Botschaft, die aus der Weiterleitung resultiert, klarer wird.

### 2. Anlagen werden erläutert

**Maßnahme:** Werden mit einer E-Mail Anlagen verschickt, ist der Inhalt jeder einzelnen Anlage kurz – in ein bis zwei Sätzen – zu skizzieren. Irrelevante Anlagen werden nicht versandt. Ausnahmen sind Anlagen, die denselben Sachverhalt betreffen (zum Beispiel mehrere Foliendatei-

en zu einer Tagung). Entscheidungen oder Freigaben, die von den Inhalten der Anlage beeinflusst werden, sind ausdrücklich zu benennen.

**Ziel:** Reduzierung der Informationsmenge je E-Mail, Erhöhung des Aufwands für das Anhängen von Anlagen, klare Informations- und Freigabeprozesse.

Anlagen, egal welcher Größe, können in Sekunden an eine E-Mail angehängt werden. Es ist einfach, vorsichtshalber eine Anlage mehr anzuhängen. Der Adressat oder die Adressaten haben das Nachsehen und müssen zumindest kurz prüfen, ob jeder einzelne Anhang wirklich von Bedeutung ist. Besonders kritisch wird es, wenn das Ausbleiben einer Reaktion auf eine E-Mail und deren Anlagen als Einverständnis oder sogar Freigabe interpretiert wird („Sollten Sie mit meiner E-Mail sowie den Anhängen nicht einverstanden sein, teilen Sie mir dies bitte bis zum... mit“). In diesem Fall bleibt dem Adressaten nur, sich alle Anhänge kritisch anzusehen. Die zeitliche und kognitive Belastung für den Empfänger ist enorm. Die klare Aussage, dass Anlagen zu erläutern sind und durch das alleinige Anhängen von Dateien keine Freigaben hervorgerufen werden, erhöht den Aufwand für den Sender.

### 3. Erläuterung der cc-Adressaten

**Maßnahme:** Allen Adressaten, die eine Mail zur Kenntnis erhalten, wird erläutert, weshalb diese Mail für sie relevant ist. Regelungen für die abteilungsinterne Kommunikation sowie bilaterale Absprachen können davon abweichen.

**Ziel:** Reduzierung der Anzahl der E-Mails.

Für den Sender ist es einfach, einen Adressaten mehr einzugeben, was manchmal die sicherere Variante ist. Der Empfänger muss prüfen, warum er eine E-Mail als Adressat oder zur Kenntnis bekommen

hat. Durch die neue Regel muss nun der Sender prüfen, warum welcher Adressat wichtig ist, und dies explizit kurz begründen. Die Ausnahmeregelungen für kleinere betriebliche Einheiten wie Abteilungen können organisatorisch sinnvoll sein. Zur Steigerung der Akzeptanz der Regel bei Vorgesetzten, die grundsätzlich über die Kommunikation ihrer Mitarbeiter informiert sein wollen, ist diese Ausnahme erforderlich.<sup>8</sup>

### 4. Mit der Kenntnisgabe einer Mail wird nicht der Informationspflicht entsprochen

**Maßnahme:** Wenn ein Kollege, Mitarbeiter oder Vorgesetzter informiert werden muss, ist dieser zu adressieren; es reicht nicht aus, ihn als Empfänger einer Kopie einzutragen.

**Ziel:** Erleichterung der Identifikation relevanter Informationen.

Der Adressat (und auch derjenige, der in Kenntnis gesetzt wird) erfährt genau, weshalb er eine E-Mail erhält, und er kann darauf reagieren. Der Empfänger muss nicht mehr befürchten, dass unter den zahlreichen E-Mails und Anhängen Informationen versteckt sind und eine ausbleibende Reaktion seinerseits als Zustimmung oder Freigabe interpretiert wird (siehe auch Regel 3). Aussagen wie „Ich habe Ihnen die Unterlagen doch zugeschickt“ sind keine Rechtfertigung mehr. Auf zustimmende Kenntnisnahme muss explizit hingewiesen werden.

### 5. Kommentarlose Weiterleitungen von E-Mails sind unerwünscht

**Maßnahme:** Die Weiterleitung von E-Mails soll eine Erläuterung beinhalten, warum diese Mail weitergeleitet wird und was vom Empfänger erwartet wird.

**Ziel:** Reduzierung der Informationsmenge durch Erhöhung des Aufwands für den

## \*

- 8 *Dass dieser Vorgesetztenwunsch nicht sinnvoll ist, ist an dieser Stelle nicht relevant.*
- 9 *Z.B. Weick, G.; Schur, W.: Wenn E-Mails nerven. So bekommen Sie die Kontrolle zurück und arbeiten besser, schneller und sicherer, Frankfurt 2008.*

Sender; klare Information, ob eine Reaktion vom Empfänger erwartet wird und welche.

Informationen können nur dann gezielt bearbeitet werden, wenn der Auftrag klar ist. Entsprechend muss aus einer E-Mail erkenntlich werden, warum der Empfänger sie bekommt und was er mit dem Inhalt tun soll. Der Aufwand für den Sender, eine Mail an einen möglicherweise größeren Adressatenkreis weiterzuleiten, wird erhöht.

**6. Kurzmitteilungen in der Betreffzeile**  
**Maßnahme:** Kurzmitteilungen können komplett in der Betreffzeile geschrieben werden (zum Beispiel „Herr X hat sich für heute krankgemeldet. EdN“). Als Zeichen, dass die E-Mail nicht geöffnet werden muss, sollte die Zeile mit EdN (Ende der Nachricht) beendet werden.

**Ziel:** Vermittlung präziser Informationen, ohne dass der Empfänger eine Mail öffnen muss.

Diese aus der Literatur<sup>9</sup> übernommene Regelung spart dem Sender Aufwand bei der Abfassung einer E-Mail (Grußformeln entfallen zum Beispiel), und der Empfänger kann die Information aufnehmen, ohne die E-Mail öffnen oder beantworten zu müssen.

**7. Umgang mit der Kennzeichnung „Hohe Priorität“**

**Maßnahme:** Die Kennzeichnung einer Mail als „wichtig“ (rotes Ausrufezeichen) soll nur in Ausnahmefällen erfolgen.

**Ziel:** Unterstützung des Empfängers bei der Prioritätensetzung.

Die Kennzeichnung einer Mail als „wichtig“ ist eine wertvolle technische Unterstützung in der E-Mail-Kommunikation. Sie kann ihre Bedeutung aber nur entfalten,

wenn damit angemessen umgegangen wird. Nicht nur, dass viele E-Mail-Nutzer dieses Hilfsmittel gar nicht einsetzen. Es gibt auch viele Personen, die eine starke Tendenz haben, alles, was aus ihrem Rechner kommt, als wichtig für sich selbst und andere zu empfinden und entsprechend zu kennzeichnen. Nur eine angemessene Dosierung hilft dem Empfänger, die Priorität richtig einzuschätzen. Dies gilt natürlich auch für die Kennzeichnung als „wenig prioritär“ oder unwichtig – in diesem Fall muss man sich allerdings fragen, warum die Mail überhaupt verschickt wird.

**8. Angabe, ob „Allen antworten“ erwünscht ist**

**Maßnahme:** Werden in Ausnahmefällen E-Mails an mehrere Adressaten geschickt, ist ausdrücklich zu vermerken, wenn Antworten an den gesamten Verteiler gesendet werden sollen. Ist dies nicht vermerkt, ist grundsätzlich nur dem Absender zu antworten.

**Ziel:** Reduzierung der Menge an E-Mails.

Wer Pech hat, gerät zu Beginn einer per E-Mail geführten Diskussion in einen Adressaten-Verteiler. Das ist besonders dann bitter, wenn die Community nach der impliziten Regel arbeitet, dass jede auch noch so unwichtige Anmerkung grundsätzlich an alle geschickt wird. Wer kennt das nicht: E-Mails, in denen einem Adressaten mitgeteilt wird, dass in einem Text ein Komma fehlt, und diese „Nachricht“ wird zugleich allen anderen, die einmal in den Verteiler gelangt sind, zur Kenntnis gegeben. Der Sender macht es sich einfach, indem er nicht prüft, wer welche Informationen benötigt. Der Empfänger (meistens gleich mehrere) hat das Nachsehen, das zumindest darin besteht, dass er eine (oder viele) für ihn sinnlose E-Mail lesen und löschen muss. Durch die Einführung der oben genannten Regel wird das E-Mail-Aufkommen erheblich reduziert.

**Einführung der Konvention**

Eine Konvention dieser Art kann nur funktionieren, wenn sie von möglichst allen davon Betroffenen akzeptiert und mitgetragen wird. Dies erfordert einerseits eine umfassende Abstimmung und andererseits eine Reaktionsmöglichkeit für Empfänger,

wenn ein Sender die Regel nicht eingehalten hat. Beides sollte bei der Einführung einer E-Mail-Konvention beachtet werden.

**Abstimmung der Konventionen**

Im Vorfeld der Einführung sollten die Regeln in bestehenden Vertretungen/Organisationseinheiten abgestimmt werden. Dazu gehören sowohl die Ebene der Leitung als auch die gesamte Belegschaft, eventuell vertreten durch die betriebliche Interessenvertretung, falls die komplette Belegschaft nicht erreicht werden kann (zum Beispiel durch Betriebsversammlungen). Die Diskussion mit dem Betriebs-/Personalrat vor der Abstimmung mit der Belegschaft ist sinnvoll. Änderungswünsche sollten dringend aufgenommen werden, ohne jedoch das Prinzip der Verantwortungsverschiebung vom Empfänger auf den Sender aufzugeben.

**Reaktionsmöglichkeiten für Empfänger**

Die Bekanntmachung der Konvention sollte durch die Betriebsleitung erfolgen, da mit der Bekanntmachung zugleich zum Ausdruck gebracht werden muss, dass es allen Empfängern von innerbetrieblichen Mails erlaubt ist, den Sender einer Mail auf das Nichteinhalten der Regeln hinzuweisen und das Aufbereiten der E-Mail – auch nachträglich – einzufordern. Diese Möglichkeit sollte unabhängig davon sein, auf welcher Ebene der betrieblichen Hierarchie Sender und Empfänger beschäftigt sind. ●

**Autor**



Foto: Floss

**Prof. Dr. Dirk Windemuth**

Leiter des Instituts für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)  
 E-Mail: dirk.windemuth@dguv.de

## Hinterbliebenenrente

**Volljährigen Waisen steht für Zeiträume zwischen zwei Ausbildungsabschnitten Waisenrente nur dann zu, wenn die Übergangszeit höchstens vier Kalendermonate dauert.**

§ (Urteil des Bundessozialgerichts vom 1.7.2010 – B 13 R 86/09 R –, UV-Recht Aktuell 005/2011, S. 275 – 287)

Streitig war vorliegend ein Anspruch des im Dezember 1985 geborenen Klägers auf Zahlung von Halbwasenrente für die Monate April bis Juli 2005, welche Teil der von Mitte März bis Ende September 2005 andauernden Übergangszeit zwischen der Beendigung seiner Gymnasialausbildung und der Aufnahme eines Hochschulstudiums sind. Das BSG hat einen solchen Anspruch nach materiellem Rentenrecht verneint. Der Kläger, der damals sein 18. Lebensjahr bereits vollendet gehabt hätte, habe im Zeitraum nach Beendigung der Gymnasialausbildung bis zur Aufnahme des Hochschulstudiums keinen der gesetzlichen Tatbestände erfüllt, die einen weiteren Bezug von Halbwasenrente ermöglichen würden. Er habe sich ab Mitte März 2005 nicht mehr in einer Schulausbildung im Sinne von § 48 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI befunden. Das BSG folgt nicht der zum Teil in der Literatur vertretenen Ansicht, Schulausbildung an allgemein- und berufsbildenden

Schulen finde in Schuljahren statt und diese endeten auch in wasenrentenrechtlicher Hinsicht stets – unabhängig davon, ob bereits zuvor die Abschlussprüfung beendet sei oder das Zeugnis ausgehändigt werde – am 31. Juli eines Jahres. Der Kläger, der am 11. März 2005 seine Gymnasialschulzeit beendet gehabt hätte, habe sich in dem daran anschließenden Zeitraum auch nicht in einer Übergangszeit gemäß § 48 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b SGB VI befunden. Der Tatbestand dieser Vorschrift sei nur erfüllt, wenn die gesamte Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten (oder gleichgestellten Zeiträumen) höchstens vier volle Kalendermonate umfasse. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Die Übergangszeit zwischen dem Ende der Gymnasialausbildung des Klägers Mitte März 2005 und dem Beginn des Hochschulstudiums im Oktober 2005 habe mehr als vier Kalendermonate betragen. Das Urteil ist zum Recht der Rentenversicherung ergangen. Wegen der Inhaltsgleichheit von § 48 Abs. 4 SGB VI und § 67 Abs. 3 SGB VII ist die Entscheidung auch für die Unfallversicherung von Interesse.

## Sozialgerichtsverfahren

**Ein Erstattungsanspruch eines privaten Krankenversicherers gegen einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit geltend zu machen.**

§ (Beschluss des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 14.9.2010 – 12 W 59/10 –, UV-Recht Aktuell 007/2011, S. 398 – 401)

Streitig war, ob ein Erstattungsanspruch eines privaten Krankenversicherers gegen eine UV-Trägerin vor den ordentlichen Gerichten oder in der Sozialgerichtsbarkeit geltend zu machen ist. Der Versicherungsnehmer der Klägerin hatte im Jahr 2006 in Italien einen Arbeitsunfall erlitten und war in der Folgezeit in Italien und Deutschland behandelt worden. Die Klägerin hatte die Behandlungskosten übernommen und beehrte nunmehr deren Erstattung durch die beklagte UV-Trägerin. Nach Ansicht des OLG Karlsruhe ist das Rechtsverhältnis der Parteien dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Die Klägerin sei der Ansicht, dass ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch ihres Versicherungsnehmers gegen die Beklagte entweder auf sie übergegangen sei oder sie eine Erstattung verlangen könne, weil sie Leistungen zugunsten des Versicherungsnehmers erbracht habe, zu denen an sich die

Beklagte verpflichtet gewesen wäre. Die Frage aber, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Versicherungsnehmer der Klägerin Ansprüche gegen die Beklagte gehabt hätte und ob sich diese Ansprüche (ausnahmsweise) nicht auf Sach-, sondern auf Geldleistungen richten würden, sei eindeutig dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Auch ein möglicher Anspruch der Klägerin aus Geschäftsführung ohne Auftrag würde dem öffentlichen Recht zuzuordnen sein, wären doch die originär von der Beklagten zu erbringenden Leistungen dem öffentlichen Recht zuzuordnen. § 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG weise den Sozialgerichten die „Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung“ zu; zu diesen würden auch Streitigkeiten gehören, in denen Dritte anstelle des Verletzten Ansprüche gegen den UV-Träger geltend machen. Das OLG hat Rechtsbeschwerde zugelassen, weil die der Entscheidung zugrunde liegende Problematik eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung habe. Die Frage der Zuständigkeit werde von den beteiligten Verkehrskreisen und der Rechtsprechung nicht einheitlich beantwortet.

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



## Neuer Vorstandsvorsitzender bei der DGUV

Auf der Sitzung des Vorstands der DGUV am 18. März 2011 ist Wolfgang Stolte von der Unfallkasse des Bundes zum neuen Vorstandsvorsitzenden der DGUV gewählt worden. Er vertritt im Kreis der vier Vorstandsvorsitzenden die Versichertenseite.

Bis 2008 war Wolfgang Stolte beim Bundesministerium der Verteidigung in Bonn beschäftigt, zuletzt als Vorsitzender des Hauptpersonalrats. Zusätzlich ist er bereits seit vielen Jahren in der Selbstverwaltung der Unfallversicherung engagiert. Von 1999 bis 2001 war Stolte Vorstandsvorsitzender der Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung. Aus ihr entstand später zusammen mit

der Ausführungsbehörde für Unfallversicherung des Bundesverkehrsministeriums die Unfallkasse des Bundes. Dort übernahm Stolte ebenfalls das Amt des Vorstandsvorsitzenden. In dieser Funktion war er auch Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Unfallkassen und nach der Fusion der Spitzenverbände der DGUV.

Wolfgang Stolte folgt Lothar Szych nach, der sein Amt nach vier erfolgreichen Jahren wegen einer anderweitigen Tätigkeit niederlegt hat.



Foto: DGUV

Wolfgang Stolte, neuer Vorstandsvorsitzender der DGUV

## Honorarprofessur für den Leiter der DGUV Akademie

Das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst hat Harald Becker von der DGUV Akademie in Bad Hersfeld die akademische Bezeichnung „Professor“ verliehen.

Seit 2007 ist Becker Direktor der Akademie der DGUV. Er lehrt bereits seit 1994 als ständiger Lehrbeauftragter an der Hochschule. Seine fachlichen Themenschwerpunkte liegen in den Bereichen Sozialversicherung, Schwerpunkt gesetzliche Unfallversicherung und Verwaltungswissenschaft. Im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ist Becker unter anderem Herausgeber und Autor des Nomos Lehr- und Praxiskommentars Sozialgesetzbuch VII, Gesetzliche Unfallversicherung.

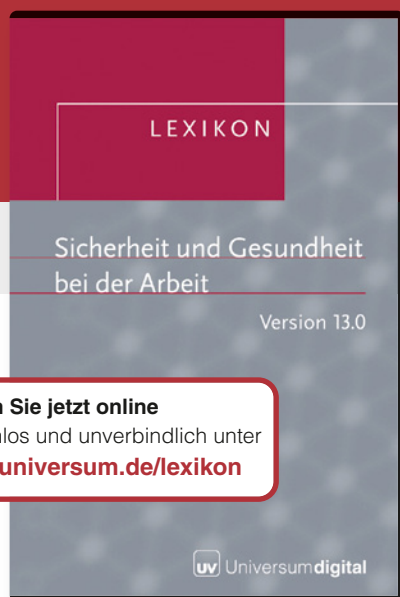
Die Ernennung erfolgte auf Vorschlag des Kuratoriums der Hochschule der DGUV in Bad Hersfeld.



Foto: Privat

Harald Becker, Leiter der DGUV Akademie und Honorarprofessor

Anzeige



Zuverlässige Antworten können nur Experten geben!

[www.universum.de/lexikon](http://www.universum.de/lexikon)

### Lexikon Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Mehr als 50 Experten aus Arbeitsschutz, Gesundheit und angrenzenden Bereichen geben Antworten in ca. 1.000 Fachartikeln. Außerdem finden Sie die Antworten in über 500 Abbildungen, Gesetzen, Verordnungen und EU-Richtlinien.

Testen Sie jetzt online  
Kostenlos und unverbindlich unter  
[www.universum.de/lexikon](http://www.universum.de/lexikon)

## Software zu Folgen von Lärm

Das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) bietet im Internet einen kostenlosen Lärmbelastungsrechner an. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in ihrer Freizeit durch MP3-Player und Diskobesuche häufig starkem Lärm aussetzen, können sich anhand der Software darstellen lassen, wo die Schwerpunkte ihrer individuellen Lärmbelastung liegen und wann sich

aus dieser Belastung möglicherweise ein Hörverlust entwickelt. Zusätzlich veranschaulichen Musik- und Sprachbeispiele, wie sich dieser Hörverlust tatsächlich einmal anhören könnte.



! **Download des Lärmbelastungsrechners unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) > Webcode: d113946**

## Werkzeug- und Informationsmappe für gesunde Büroarbeit

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) hat ihr Informationsangebot zum Arbeitsprogramm Büro überarbeitet und um weitere Materialien ergänzt: Die Werkzeug- und Informationsmappe „Gesund und erfolgreich arbeiten im Büro“

enthält neben Infoblättern, Checklisten und Postern auch zwei Broschüren: die INQA-Broschüre „Wohlbefinden im Büro“ und die Broschüre „BGI 5001: Büroarbeit – sicher, gesund und erfolgreich. Praxishilfen für die Gestaltung“ der VBG. Das Material, das als Praxishilfe für Unternehmer konzipiert wurde, kann über das GDA-Portal heruntergeladen oder per Faxabruf bestellt werden.



Quelle: GDA

! **[www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de) > GDA-Arbeitsprogramme > Büro > Informationen und Materialien für Multiplikatoren**

## Online-Ratgeber zur IT-Sicherheit

Der neue Online-Ratgeber des Netzwerks Elektronischer Geschäftsverkehr (NEG) zur IT-Sicherheit zeigt insbesondere kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) auf, wie es um deren IT-Sicherheit bestellt ist. Mit Hilfe des Ratgebers können Unternehmen anhand 12 kurzer Fragen testen, wie gut sie die Grundanforderungen an die Basissicherheit, die organisatorischen sowie die rechtlichen Anforderungen der IT-Sicherheit erfüllen. Der Ratgeber er-

möglicht den Teilnehmern, online und in wenigen Schritten eine kostenlose Einstiegsberatung zum professionellen IT-Sicherheitsmanagement und individuelle Handlungsanleitungen zur Verbesserung ihrer Sicherheitsstruktur zu erhalten.

! **Online-Ratgeber unter <http://ris.ecc-ratgeber.de>**

## 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 Doepeke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, Manfred Rentrop, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

**Redaktion** • Claus Holland (DGUV), Natalie Peine, Franz Roederer (stv. Chefredakteur), Wiesbaden

**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

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

**Titelbild** • Getty Images/George Doyle

**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.

# uvex

PROTECTING PEOPLE

## uvex silver-System



### uvex sil-Wear Einweg-Overalls

**AgPURE**  
NANOSILBER

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



### uvex silv-Air Atemschutz

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

# 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