

DGUV Forum

Die Präventionskampagne zur Rückengesundheit



Fachbereiche der DGUV
Unfallversicherung
Hauterkrankungen

Die Arbeit hat begonnen
Zuständigkeits- und Beitragsrecht
zwischen Kontinuität und Reform
Evaluation des Stufenverfahrens Haut

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

haben Sie heute schon eine Nachricht von Ihrem Rücken bekommen? Hat er sich gemeldet mit einem kleinen Stich in der Lendengegend oder einem Ziehen im Nacken? Die neue Präventionskampagne der gesetzlichen Unfallversicherung „Denk an mich. Dein Rücken“ möchte Ihnen dabei helfen, diese Kommunikation künftig schmerzfreier zu gestalten.

Nun könnte man fragen: Gibt es zu diesem Thema denn nicht schon genug Kampagnen? Aber „Denk an mich. Dein Rücken“ fängt dort erst richtig an, wo Aktionen anderer meist aufhören: bei der Änderung der Arbeitsbedingungen in Unternehmen und der Lern- und Arbeitsbedingungen in Bildungseinrichtungen. Rückenprobleme sind ganz klar ein Volksleiden, seit Jahren führen Muskel-Skelett-Erkrankungen die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage an. Auch die gesetzliche Unfallversicherung ist aber gefordert. Das betrifft nicht nur die Behandlung und Rehabilitation von Berufskrankheiten, sondern vor allem auch ihren gesetzlichen Auftrag, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren „mit allen geeigneten Mitteln“ zu verhüten.



Foto: DGUV/Stephan Floss

Aber wie sehen diese Gefahren heute überhaupt aus? Schwere körperliche Belastungen am Arbeitsplatz gehen zurück, die Rückenbeschwerden in der Bevölkerung aber nicht. Die Lösung ist einfach: Eine Unterforderung der Muskeln durch sitzende und andere bewegungsarme Tätigkeiten kann genauso zu Problemen führen wie eine Überforderung. Stress und das Gefühl von Zeitmangel tun das ihre, um die Beschwerden dann noch zu verstärken.

„Rückenprobleme sind ganz klar ein Volksleiden, seit Jahren führen Muskel-Skelett-Erkrankungen die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage an.“

Die Kampagne der gesetzlichen Unfallversicherung, die auf drei Jahre ausgelegt ist, wird deshalb versuchen, Beschäftigte und Unternehmer, Schüler, Lehrer und ehrenamtlich Tätige auf verschiedenen Ebenen anzusprechen. Die Kernbotschaft für alle

lautet: „Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund.“ Bleibt mir nur der Rat: Denken Sie täglich ein paar Minuten an Ihren Rücken und stärken Sie ihn, bevor er sich schmerzvoll in Erinnerung ruft.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

| | |
|--|---------|
| › Editorial/Inhalt ››› | 2 – 3 |
| › Aktuelles ››› | 4 – 6 |
| › Nachrichten aus Brüssel ››› | 7 |
| › Titelthema ››› | 8 – 29 |
| Start der neuen Präventionskampagne am 10. Januar erfolgt Denk an mich. Dein Rücken <i>Andreas Baader, Elke Rogosky</i> | 8 |
| „Denk an mich. Dein Rücken“ Evaluation der Präventionskampagne <i>Anne-Catrin Jacob, Annekatriin Wetzstein</i> | 12 |
| Neue Präventionskampagne Unfallversicherungsträger setzen auf bewährtes Know-how und auf Synergien <i>Stephan Brandenburg</i> | 14 |
| Rückenprävention Forschungsaktivitäten der DGUV <i>Rolf Ellegast</i> | 16 |
| Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Rückenbelastungen Das Konzept G 46 <i>Jürgen Milde</i> | 18 |
| Interview mit Renate Müller „Immer mehr Kinder klagen über Rückenschmerzen“ | 21 |
| Die Trägerkampagne der BGHM Hilfe zur Selbsthilfe <i>Edith Münch</i> | 22 |
| Die Trägerkampagne der BG RCI Das 6-Punkte-Programm <i>Helmut Nold</i> | 24 |
| Die Trägerkampagne der Unfallkasse Rheinland-Pfalz Unfallkasse setzt auf Multiplikatoren und Selbsterfahrung <i>Rike Bouvet</i> | 26 |
| Die Trägerkampagne der VBG Rundum gestärkt <i>Jasmine Kix</i> | 28 |
| › Prävention ››› | 30 – 34 |
| Aus der Forschung Netzwerk „Neuheit für Pflege“ <i>Alexandra Daldrup</i> | 30 |
| Die Fachbereiche der DGUV Die Arbeit hat begonnen <i>Jochen Appt</i> | 32 |



| | |
|---|---------|
| › Unfallversicherung ››› | 35 – 44 |
| Bewegte Zeiten Zuständigkeits- und Beitragsrecht zwischen Kontinuität und Reform <i>Michael Quabach</i> | 35 |
| 4. Kongress für Kommunikation und Medien Plädoyer für gemeinsame Werte <i>Gregor Doepke</i> | 42 |
| › Europa und Internationales ››› | 46 – 53 |
| Neuer Bericht an die EU-Kommission Was bedeutet die Europäische Berufskrankheitenliste für die Berufskrankheiten in Europa? <i>Andreas Kranig</i> | 46 |
| › Rehabilitation ››› | 54 – 64 |
| Frühintervention bei Hauterkrankungen Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern <i>Claudia Drechsel-Schlund, Stephan Brandenburg, Swen Malte John, Andreas Kranig, Wolfgang Römer</i> | 54 |
| Bessere Qualitätssicherung angestrebt Neuausrichtung der stationären Heilverfahren <i>Markus Oberscheven</i> | 60 |
| Interview „Traumanetzwerke setzen verbindliche Standards“ | 64 |
| › Aus der Rechtsprechung ››› | 65 |
| › Medien/Impressum ››› | 66 |

Gewalt gegen Rettungs- und Pflegekräfte



Die Zahl von Bedrohungen und Übergriffen gegenüber Rettungs- und Pflegekräften ist seit Jahren konstant hoch. Das geht aus einer statistischen Auswertung der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hervor. Allein im Jahr 2011 gab es 602 meldepflichtige Arbeitsunfälle durch „Gewalt, Angriff oder Bedrohung durch betriebsfremde Personen“.

Die Folgen von gewalttätigen Übergriffen seien nicht zu unterschätzen, sagte Prof. Dr. Dirk Windemuth vom Institut

für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG): „Neben körperlichen Verletzungen leiden Betroffene häufig an massiven psychischen Beeinträchtigungen und verlieren ihr Vertrauen in die soziale Umwelt. Darüber hinaus führen die krankheitsbedingten Fehlzeiten zu erheblichen betriebs- und volkswirtschaftlichen Einbußen.“

Um die Wahrscheinlichkeit eines gewalttätigen Übergriffs zu verringern, kommen verschiedene Arbeitsschutzmaßnahmen

in Betracht. Im Arbeitsumfeld helfen bauliche Maßnahmen wie Schutzwände oder Notausgänge. Auch Zugangskontrollen und Notrufsysteme können die Sicherheit erhöhen.

Für Rettungskräfte wie Notärzte oder die freiwillige Feuerwehr sind solche Maßnahmen natürlich im Einsatz keine Lösung. Allerdings könnten schon einfache Maßnahmen in der Arbeitsorganisation die tägliche Arbeit sicherer machen, so Windemuth: „Das Personal sollte umfassend informiert und qualifiziert sein, um in Krisensituationen richtig zu reagieren. So sollten potenziell gefährdete Arbeitnehmer regelmäßig in Sicherheitsfragen beraten werden und in Deeskalationsseminaren die Bewältigung schwieriger und bedrohlicher Situationen mit Kunden üben.“ Ähnliches gilt für die Pflege, wie Andreas Boldt von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) erklärt: „Gewalt und Aggression in Pflegekontexten entwickeln sich in der Regel aus der Interaktion von Pflegekraft und Betreuten. Wichtig ist deshalb eine regelmäßige innerbetriebliche Auseinandersetzung mit ihren Erscheinungsformen und Ursachen sowie mit möglichen Präventions- und Notfallmaßnahmen.“

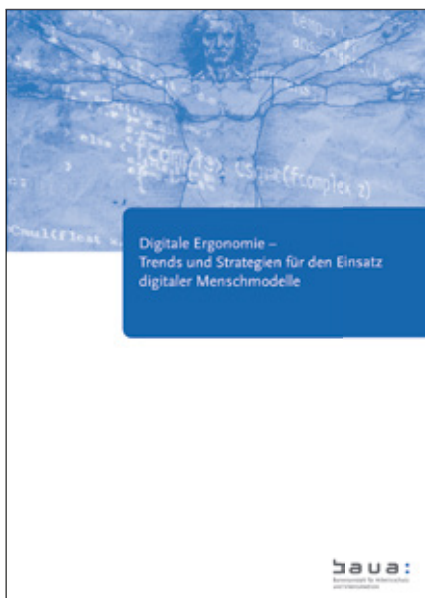
Zahl des Monats

7,5 Millionen Deutsche sind „funktionale“ Analphabeten beziehungsweise Analphabetinnen. Das bedeutet, diese Menschen können zwar einzelne Sätze schreiben oder lesen. Kurze Texte aber überfordern sie bereits. Hinzu kommen mehr als 13 Millionen Deutsche, die Texte nur langsam und fehlerhaft lesen und schreiben können. Diese Ergebnisse des Forschungsprojektes „leo. – Level-One Studie“ der Universität Hamburg haben 2011 bundesweit Aufmerksamkeit erregt. Auch für die gesetzliche Unfallversicherung sind sie relevant, denn sie machen zum Beispiel deutlich: Unterweisungen sollten in den Unternehmen nicht nur in geschriebener Standardsprache angeboten werden. Nur über bildhafte Darstellungen, Filme wie „Napó“ oder aber Texte in „Leichter Sprache“ können auch die Beschäftigten erreicht werden, die kognitive Schwierigkeiten oder Lese- und Rechtschreibschwächen haben.



BAuA-Tagungsband stellt Trends zum Einsatz digitaler Menschmodelle vor

Im Rahmen der Studie „Digitale Ergonomie 2025“ hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit Hilfe einer Expertengruppe Trends für



Quelle: BAuA

die kommenden Jahre herausgearbeitet. Die Ergebnisse standen im Mittelpunkt des Symposiums „Digitale Ergonomie – Trends und Strategien für den Einsatz digitaler Menschmodelle“, das Ende November 2012 in der BAuA Dortmund stattfand. Jetzt hat die BAuA den Tagungsband veröffentlicht.

Computerprogramme unterstützen heute Ingenieure bei der Entwicklung von Produkten und Anlagen. Mit wenigen Mausklicks verändert der Konstrukteur Eigenschaften der Maschine wie verwendete Werkstoffe oder Abmessungen. Ähnlich können rechnergestützte Methoden der Ergonomie helfen: Geeignete Modelle des Menschen simulieren beispielsweise Bewegungsabläufe und Belastungen im Computermodell schon in der Entwicklungsphase. Solche virtuellen Abbildungen im Computer decken frühzeitig Mängel in der Gestaltung auf, die dann bei der realen Umsetzung vermieden werden. Si-

chere und gebrauchstaugliche Produkte sowie die Arbeitsgestaltung lassen sich so gezielt verbessern.

Beim Symposium diskutierten mehr als 90 Teilnehmer über künftige Entwicklungen im Bereich der rechnergestützten Ergonomie. Neben der Vorstellung der wesentlichen Ergebnisse des BAuA-Forschungsprojektes „Digitale Ergonomie 2025“ präsentierten hochrangige Vertreter aus Wissenschaft und namhaften Industrieunternehmen aktuelle Schwerpunkte aus Sicht von Anbietern wie auch Anwendern.



Der Tagungsband „Digitale Ergonomie – Trends und Strategien für den Einsatz digitaler Menschmodelle“ enthält die Beiträge der Referenten und kann im PDF-Format auf der BAuA-Homepage unter der Adresse www.baua.de/publikationen heruntergeladen werden.

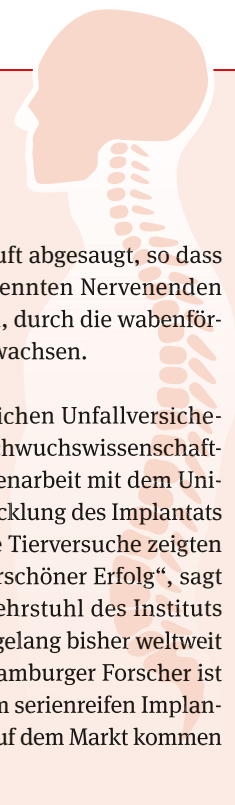
DGUV Forschung: TU Hamburg-Harburg entwickelt Verbindungselement zur Regeneration des Rückenmarks

Querschnittslähmung ist nicht heilbar – noch nicht. Aktuelle Forschungsansätze ist gemeinsam, dass sie das verletzte oder durchtrennte Rückenmark nicht ausreichend mechanisch zusammenführen und keinen gezielten Zugang zum verletzten Gewebe haben. Ein an der Technischen Universität Hamburg-Harburg (TUHH) entwickeltes System kann beides leisten. Die Idee zur Entwicklung eines mechanischen Verbindungselements zur Heilung durchtrennten Rückenmarks hatten 2007 Prof. Dr.-Ing. Jörg Müller und Prof. Dr. med. Klaus Seide vom Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Boberg.

Seitdem forscht ein Team aus Ingenieuren und Ärzten unter Leitung des Mikrosystemtechniklers Müller an diesem zukunftsweisenden Vorhaben. Im Innern des ellipsenförmigen Implantats sind viele kleine parallel angeordnete, wabenförmige Röhrchen. An einer Stelle dieses Verbindungselements befindet sich ein Schlauch. Der Clou: Während der Implan-

tion wird mit Hilfe dieses Schlauchs Luft abgesaugt, so dass ein Unterdruck entsteht, der die zertrennten Nervenenden zusammensaugt und dazu bringen soll, durch die wabenförmigen Röhrchen wieder zusammenzuwachsen.

Finanziert von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, gelang dem Team mit TUHH-Nachwuchswissenschaftler Dr. Christian Voß in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf die Entwicklung des Implantats in der jetzt vorliegenden Version. Erste Tierversuche zeigten positive Resultate. „Das ist ein wunderschöner Erfolg“, sagt Prof. Dr.-Ing. Hoc Khiem Trieu vom Lehrstuhl des Instituts für Mikrosystemtechnik. Das Ergebnis gelang bisher weltweit noch keinem Forscherteam. Ziel der Hamburger Forscher ist es, in weniger als zehn Jahren mit einem serienreifen Implantat für querschnittgelähmte Patienten auf dem Markt kommen zu können.



DVR fordert längere Lernzeiten für Fahranfänger

Auto- und Motorradfahrer zwischen 18 und 24 Jahren haben ein erhöhtes Unfallrisiko im Straßenverkehr. Die Gründe

dafür sind unter anderem mangelnde Erfahrung und mit dem Alter verbundene Verhaltensweisen. Der Deutsche Ver-

kehrssicherheitsrat (DVR) fordert deshalb ein umfassendes Konzept zur Ausbildung und Betreuung von Fahranfängern. DVR-Präsident Dr. Walter Eichendorf spricht sich in einem Gastbeitrag für den ACE Auto Club Europa für Mehrphasenmodelle aus.



„Mit dem ‚begleiteten Fahren ab 17‘ hat sich ein Erfolgsmodell etabliert, mit dem das hohe Anfängerrisiko gemindert werden kann. Aber das reicht bei weitem nicht aus“, so Eichendorf. Neben einer qualitativ hochwertigen Fahrausbildung seien verlängerte Lernzeiträume und die Förderung zur Selbstreflexion, etwa durch Feedbackfahrten zur Gefahrenwahrnehmung, denkbar. Im Jahr 2011 kamen 737 Menschen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren bei Verkehrsunfällen ums Leben. Damit gehörte rund jeder fünfte im Straßenverkehr Getötete zu dieser Altersgruppe. Insgesamt verunglückten über 74.000 junge Männer und Frauen bei Verkehrsunfällen.

Eurogip-Tagung erörtert Rehabilitation und Rückkehr in den Beruf

Wie können Menschen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit wieder in ihren Beruf zurückkehren? Wie lassen sich längere Ausfallzeiten verhindern? Welche Formen von Rehabilitation sind dafür wichtig, welche Programme des Betrieblichen Eingliederungsmanagements? Antworten auf diese Fragen sucht eine Konferenz, zu der die französische Arbeitsschutzorganisation Eurogip am 19. März nach Paris einlädt: „European conference – Keeping people at work in

Europe – Programs of rehabilitation and return-to-work“. Vertreter aus verschiedenen europäischen Ländern und Kanada werden ihre nationalen Lösungen vorstellen und sich über verschiedene politische Ansätze austauschen.

! Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.eurogip.fr



Europäischer Tag der Menschen mit Behinderungen



Foto: Shutterstock/Laese Kristensen

Seit 1993 würdigt die EU-Kommission den Europäischen Tag der Menschen mit Behinderungen mit besonderen Veranstaltungen. Auch im Jahr 2012 ist die Brüsseler Behörde ihrer Tradition treu geblieben. In enger Zu-

sammenarbeit mit dem Europäischen Behindertenforum organisierte sie am 3. Dezember eine Konferenz, auf der die aktive Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Bereichen des öffentlichen Lebens wie Politik, Medien und Sport diskutiert wurde. Bei diesen Themen war auch die gesetzliche Unfallversicherung angesprochen. Auf Einladung der EU-Kommission hat die DGUV die europäische Konferenz genutzt, um auf die Bedeutung des Sports im Bereich der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung aufmerksam zu machen. Auf besonderes Interesse sind dabei die verschiedenen Projekte der DGUV im Behindertensport gestoßen – wie die BG-Klinik-

tour, die Paralympics Zeitung und der Dokumentarfilm „GOLD – Du kannst mehr, als du denkst“.

Pünktlich zum Tag der Menschen mit Behinderungen hat die EU-Kommission zudem einen Gesetzesvorschlag zum barrierefreien Zugang zu Behördenwebseiten veröffentlicht. Mit der Einführung verbindlicher Standards möchte die Brüsseler Behörde jeden Bürger in die Lage versetzen, Webseiten öffentlicher Behörden zu nutzen. Dieser Vorschlag könnte auch für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von Interesse sein, denn im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen haben sie häufig mit Menschen zu tun, für die ein barrierefreier Informationszugang von Bedeutung ist.

EU-Richtlinie zum Schutz vor magnetischen Feldern

Die Diskussionen über die europäischen Regeln zum Schutz der Arbeitnehmer vor magnetischen Feldern sind auf der europäischen Agenda wieder in den Vordergrund gerückt. Eine bereits im Jahr 2004 verabschiedete Richtlinie dazu ist aufgrund von Problemen bei der Umsetzung nie in Kraft getreten. Die EU-Kommission hat deswegen 2011 neue Regeln vorgestellt, die an die Stelle der Richtlinie treten sollen. Kurz nachdem der Vorschlag auf dem Tisch lag, wurden Proteste aus den Mitgliedstaaten laut. Insbesondere die neu eingeführte Möglichkeit, Ausnahmen von den Arbeitnehmerschutzvorschriften zu gewähren, wurde abgelehnt. Die Mitgliedstaaten konnten sich nicht auf



Foto: Shutterstock/Olivier Le Moal

eine gemeinsame Position einigen, lediglich eine allgemeine Ausrichtung wurde erzielt. Vor allem die in dem neuen Entwurf festgelegte besondere Referenzmethode für die Expositionsberechnung wird nicht von allen Delegationen befürwortet. Begründung: Dies verhindere die Anwendung anderer Methoden, die zu weniger konserva-

tiven Ergebnissen führen. Auch der Ausschuss für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten des EU-Parlaments hat sich mit dem Thema beschäftigt. Die Abgeordneten haben sich für einen verstärkten Schutz der Arbeitnehmer ausgesprochen. Gleichzeitig sollen jedoch auch die Patienten von der medizinischen Technologie profitieren können. Wie geht

es nun weiter? Zur Verabschiedung des Richtlinienentwurfes bedarf es einer Einigung der zuständigen Gesetzgebungsorgane. Der Ministerrat und das Europäische Parlament werden sich deswegen in den kommenden Wochen zu informellen Gesprächen treffen, um eine Einigung vor der ersten Lesung zu erzielen.

Start der neuen Präventionskampagne am 10. Januar erfolgt

Denk an mich. Dein Rücken



Denk an mich
Dein Rücken

Weil die Bretter, die die Welt bedeuten, schwer zu heben sind.

www.deinruecken.de

UK|BG SVLFG KNAPPSCHAFT

Foto: Präventionskampagne: Dein Rücken / Kaj Kandler / kombinatrotweiss.de

Die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen widmen sich von 2013 bis 2015 gemeinsam mit ihren Partnern, der Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie der Knappschaft, der Prävention von Rückenbelastungen. Über zahlreiche Medien und Kanäle wird umfassend informiert, was jeder Einzelne zur eigenen Rückengesundheit beitragen kann, aber auch darüber, welche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und in der Schule einen Beitrag zu mehr Rückengesundheit leisten können.

Große Ereignisse werfen ihren Schatten voraus – so sagt man. Bereits zu Beginn der ersten Periode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) im Jahr 2008 haben die Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) entschieden, eine gemeinsame Präventionskampagne zum Thema Muskel-Skelett-Erkrankun-

gen (MSE) durchzuführen. Doch Skelett-Erkrankungen umfassen eine Vielzahl von Erkrankungen, selbst wenn man nur arbeitsbezogene MSE in den Blick nimmt. Zu viel für eine gute Kampagne, denn diese sollten möglichst monothematisch ausgerichtet werden. Daher wurde zunächst eine Literaturstudie bei der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Um-

weltmedizin (DGAUM) in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse 2009 in einer internationalen Konferenz diskutiert wurden. Konkret ging es um die Frage, welche der vielen MSE sich besonders für eine Kampagne anbieten: Welche Erkrankungen treten besonders häufig auf, sind berufsbedingt und verursachen die höchsten Kosten? Für welche dieser Erkrankungen

existieren wirksame Präventionskonzepte? Im Ergebnis wurden Erkrankungen des unteren Rückens als Kampagnenthema empfohlen. Nach eingehender Diskussion im Dresdner Forum Prävention 2010 und in den DGUV-Gremien wurde das Thema „Reduktion von Rückenbelastungen“ für die 2013 beginnende Kampagne festgelegt. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag für ein Fachkonzept. Dieses Konzept war die Basis für Ausschreibung und Vergabe eines Auftrags an eine PR-Agentur.

Kampagnenvorbereitung

Mit der Gründung eines Steuerungskreises im Mai 2011, in dem alle Unfallversicherungsträger und Partner der Kampagne vertreten sind, und der Auswahl der PR-Agentur Ketchum Pleon für die Ausgestaltung der Kampagne im Oktober 2011 war der Startschuss für die konkrete Kampagnenvorbereitung gefallen. Seitdem wird in Arbeitsgruppen und im Steuerungskreis intensiv über Aktivitäten, Angebote, Medien und Maßnahmen der Kampagne beraten und entschieden. Dort stehen vor allem die gemeinsamen Aktivitäten im Fokus, die auch als „Dachkampagne“ bezeichnet werden. Sie sollen in erster Linie

Aufmerksamkeit für die Kampagne erreichen. Alle Kampagnenträger ergänzen diese Aktivitäten um eigene branchen- oder zielgruppenspezifische Medien und Aktionen. Übrigens eines der Erfolgsrezepte der Kampagnen der gesetzlichen Unfallversicherung: mit gemeinsamen Ressourcen Aufmerksamkeit generieren, um darauf aufbauend zielgruppengerechte Angebote zu unterbreiten.

Intern vor extern – Grundsatz guter Kommunikation

Im Vorfeld der Kampagne musste dafür Sorge getragen werden, dass neben den Steuerungskreismitgliedern weitere Multiplikatoren der Kampagnenträger informiert wurden und partizipieren konnten. Das erledigten neben einem Newsletter und einer Extranet-Seite vor allem ein Workshop und der interne Kick-off. Der Workshop im August 2012 bot eine Plattform für die Kampagnenträger, um Ideen für ihre zielgruppenspezifische Kommunikation auszutauschen. Der interne Kick-off im November vergangenen Jahres präsentierte erstmals einer größeren internen Personengruppe das Erscheinungsbild sowie die Medien und Maßnahmen der Kampagne.

Diese Präventionsziele verfolgt die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“:

- Mehr Betriebe sollen Arbeitsplätze, -stätten und -abläufe ergonomisch optimieren.
- Zahl und Qualität der Gefährdungsbeurteilungen mit Schwerpunkt Rücken sollen sich erhöhen.
- Mehr Betriebe sollen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach dem Grundsatz G 46 durchführen.
- Die Präventionskultur in Unternehmen und Schulen soll verbessert werden.
- Mehr Versicherte sollen Angebote zur Prävention von Rückenbeschwerden wahrnehmen.
- Die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten soll zunehmen.
- Mehr Schulen sollen das Konzept „Gute gesunde Schule“ umsetzen.
- Unternehmen und Einrichtungen sollen konkrete Präventionsprodukte angeboten werden (Umsetzung von Forschungsergebnissen für die Praxis).

Erfolgsaussicht durch Verhältnis- und Verhaltensprävention

Sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensprävention sind in den Präventionskampagnen der gesetzlichen Unfallversicherung fest verankert. Dies ist nicht nur ein weiterer Erfolgsfaktor, sondern im Falle der Rückenprävention ein Alleinstellungsmerkmal. „Denk an mich. Dein Rücken“ fängt dort erst richtig an, wo Aktionen anderer aufhören: bei der Änderung der Arbeitsbedingungen in Unternehmen und der Lern- und Arbeitsbedingungen in Bildungseinrichtungen. Dabei wird das persönliche Verhalten Einzelner, das ebenfalls maßgeblich zur Rückengesundheit beitragen kann, nicht vernachlässigt. Durch die Präsenz in den Unternehmen ▶

Foto: Präventionskampagne Dein Rücken / Kaj Kandler/kombinatrotweiss.de





Foto: Präventionskampagne Dein Rücken/Kaj Kandler/kombinatrotweiss.de

innen und Unternehmer, Beschäftigte, Betriebsärztinnen und -ärzte, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer. Die Broschüre für Beschäftigte ist auch für Menschen mit einer Lernschwäche in sogenannter Leichter Sprache verfügbar. Mit dem Kampagnentrailer, einem Zwei-Minuten-Kurzfilm, kann Aufmerksamkeit für die Kampagne geweckt werden. Auch ein neuer Napo-Film setzt den Slogan „Denk an mich. Dein Rücken“ auf unterhaltsame Weise um. Weitere Filme sind in Planung, zum Beispiel sollen Best-Practice-Beispiele der betrieblichen Prävention in kurzen Filmsequenzen dargestellt werden. Und schließlich gibt es eine Reihe von Werbemitteln im Kampagnen-Look, die ebenfalls eine Erinnerungsfunktion haben.

und Schulen sowie durch ihre Seminarangebote haben aber auch hier die Unfallversicherungsträger die Nase vorn. Denn Berufsgenossenschaften und Unfallkassen können vor allem im direkten Dialog Überzeugungsarbeit leisten, was nachgewiesenermaßen weit wirksamer ist als über Medien vermittelte Informationen.

Das Kommunikationskonzept

Die Kommunikation der Kampagne soll weder mit erhobenem Zeigefinger daherkommen noch die Schmerzvermeidung in den Mittelpunkt stellen, denn im Idealfall sollen primärpräventive Aktivitäten schon vor dem Auftreten erster Beschwerden greifen. Daher wird mit einem Augenzwinkern der Rücken zum Protagonisten der Kampagne gemacht. Er bringt sich selbst in Erinnerung, und zwar bevor es zwickt und zwackt. Er erinnert mit dem Slogan „Denk an mich. Dein Rücken“ daran, dass wir am besten jeden Tag ein wenig für unseren Rücken tun sollten. Die Bildsprache der Motive zur Kampagne zeigt Menschen in alltäglichen Arbeits- und Schulsituationen. Das Post-it mit der Erinnerung „Denk an mich. Dein Rücken“ prangt auf ihrem Rücken. Dazu gibt es eine Headline, die die Leistung dieser Menschen wertschätzt.

Öffentliche Aufmerksamkeit

Im Zeitalter der Informationsflut gilt es zunächst, Aufmerksamkeit und Interesse bei den Zielgruppen zu wecken. Diese Aufgabe übernimmt eine intensive Presse-

und Medienarbeit. Dabei werden über Tageszeitungen, Fachzeitschriften, Hörfunksender und Online-Medien die Präventionsbotschaften in redaktionellen Beiträgen verbreitet. Zentral dabei sind die beruflichen Rückenbelastungen und deren Vermeidung oder Verminderung. Aber auch Servicetipps für Familie und Freizeit werden als Türöffner für die Kampagnenbotschaft genutzt. Darüber, inwieweit Social-Media-Kanäle sinnvoll eingesetzt werden können, wird derzeit noch intensiv beraten. Die redaktionellen Beiträge werden durch Medienkooperationen und Gewinnspiele sowie Anzeigen ergänzt.



Medien

Die Kampagnenmotive stehen als Poster im DIN-A2-Format zur Verfügung. Sie finden ihren Platz an schwarzen Brettern oder direkt am Arbeitsplatz. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Broschüren. Zielgruppen dieser kurzen Informationen im DIN-A5-Format sind Unternehmer-

Internet

Zentrale Informationsplattform ist der Internetauftritt mit allen Medien und Materialien zur Kampagne. Der Werbemittelkatalog sowie der Katalog der Veranstaltungsmodule mit Reservierungskalender sind ebenfalls dort zu finden. Das sogenannte Unternehmerportal richtet sich an alle Verantwortlichen für Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen und bietet konkrete Hinweise für die Gefährdungsbeurteilung und die betriebliche Prävention. Links auf weiterführende Informationen insbesondere einzelner UV-Träger werden nutzerfreundlich, weil thematisch gegliedert und mit einer kurzen Inhaltsbeschreibung versehen, angeboten.

Veranstaltungsmodule

Ein weiteres Herzstück der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ sind die Veranstaltungsmodule für Aktions- und Gesundheitstage in Schulen und Betrieben. Belastungen oder Präventionsmöglichkeiten werden so erfahrbar und erlebbar und daher auf besonders nachhaltige Weise vermittelt. Alle Module der DGUV werden kostenlos entliehen; für einige Module ist eine vorherige Einweisung erforderlich. Vervollständigt wird die Liste der Module durch kostenpflichtige Angebote Dritter.

Zusammenfassung

Wir alle dürfen gespannt sein, wie die Kampagne bei Unternehmerinnen und Unternehmern, Arbeitsschutzakteuren-

Diese Veranstaltungsmodule sind bei der DGUV zu entleihen:

- Ein komplett ausgestatteter Büroarbeitsplatz vermittelt die korrekte Nutzung ergonomischer Büromöbel. Wie stelle ich den Stuhl richtig ein? Ist der Abstand zum Bildschirm der richtige usw.?
- Mithilfe des vom Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) neu entwickelten CUELA-Rückenmonitors ist es möglich, Rückenbelastungen bei verschiedenen Tätigkeiten anschaulich darzustellen. Dazu können Interessierte eine mit Sensoren ausgestattete Jacke anziehen und bestimmte beispielhafte Situationen aus dem Alltag (zum Beispiel Ausladen einer Getränkebox aus dem Kofferraum, Anheben einer Last vom Boden) nachahmen. Dazu erhalten sie jeweils „online“ eine Darstellung der auftretenden Bandscheiben-Druckkräfte und erkennen sofort, welche Vorgehensweise den Rücken mehr oder weniger belastet.
- Ein Vibrationssimulator simuliert kurze Fahrten mit dem Gabelstapler, einem Ackerschlepper oder einer Baumaschine. Die Probanden erleben bei der realistischen Simulationsfahrt, welchen Unterschied es macht, ob der Sitz auf Größe und Gewicht des Fahrers richtig eingestellt wurde oder nicht.
- Das Multimedia-Quiz kann in kleineren und größeren Gruppen den Einstieg in das Thema Rückenprävention erleichtern. Leichte Multiple-Choice-Fragen werden mit Hilfe von Abstimmungsgeräten beantwortet. Bis zu vier Gruppen spielen gegeneinander. Der Moderator kann Fragen für eine bestimmte Zielgruppe auswählen oder auch eigene Fragen und Antwortoptionen generieren.
- Ein ebenfalls eher spielerisches Aufgreifen des Themas Bewegungsmangel und fehlende Koordinationsfähigkeit ist mit der Wii Fit und der Wii Balance möglich. Viel Spaß und Spannung bei und durch Bewegung vermitteln sie allemal.
- Der Alterssimulationsanzug GERT vermittelt, wie schwierig das Leben im Alter werden kann. Die Sinne sind eingeschränkt, die Bewegung ist durch Gewichte an Armen und Beinen erschwert. Jeder merkt gleich: Es macht Sinn, sich möglichst lange rückengesund, fit und beweglich zu halten.
- Zeitdruck und Stress können ebenfalls verspannte Muskeln und damit Rückenbeschwerden verursachen. Mit Biofeedback testen sie die Entspannungsfähigkeit der Probanden und geben Hinweise, wie diese verbessert werden kann.
- Mal eben aus dem Lkw oder von der Maschine gesprungen? Die auftretende Rückenbelastung ist enorm. Gemessen wird sie mit einer Sprungwaage, die direkt aufzeigt, wie hoch die Belastung bei nur einem Sprung aus dem Fahrzeug ist.
- Der sogenannte 3D-Vestibularmotorik-Koordinationsparcours hat fünf Stationen. An jeder Station können Bewegungsübungen ausgeführt werden, die mit entsprechenden Karten erläutert sind. Ziel der Übungen ist die Stabilisation, Koordination und Kräftigung des gesamten Haltungs- und Bewegungsapparates. Die Nutzung ist allein oder in der Gruppe möglich und bedarf keiner Anleitung. Unternehmen und Bildungseinrichtungen können – gegebenenfalls vor einer eigenen Anschaffung – den Parcours kostenlos testen.
- Bei der Fotoaktion werden Fotoaufsteller verliehen, die einen (weiblichen oder männlichen) sehr attraktiven Rücken – natürlich mit dem Kampagnenlogo – zeigen. Ein Foto mit dem eigenen Gesicht auf diesem Rücken schwört auf die Kampagne ein. Der Fotoaufsteller wird mit Kamera und Drucker oder ohne diese Zusatzausrüstung für Fotos mit der eigenen Kamera oder dem Handy entliehen.

und -akteurinnen, Betriebsärztinnen und -ärzten, Beschäftigten sowie Schülerinnen und Schülern ankommt. Alle Kampagnenträger und -akteure sind aufgerufen, die Kampagne mit ihrem positiven Tenor spannend und gewinnbringend für die Zielgruppen umzusetzen. Diesmal beträgt auf Wunsch vieler Unternehmen und Unfallversicherungsträger die Laufzeit drei Jahre. Eine wesentliche Voraussetzung und zugleich Ansporn, viel zu erreichen! Mehr erfahren Sie unter www.deinruecken.de ●

Autoren



Foto: DGUV

Andreas Baader

Projektleiter der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, Leiter des Referates Online-Kommunikation im Stabsbereich Kommunikation, DGUV
E-Mail: andreas.baader@dguv.de



Foto: DGUV

Elke Rogosky

Projektleiterin der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, Referat Kampagnenkoordination im Stabsbereich Prävention, DGUV
E-Mail: elke.rogosky@dguv.de

„Denk an mich. Dein Rücken“

Evaluation der Präventionskampagne

Die Evaluation der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ wird, wie schon bei der Vorgängerkampagne „Risiko raus!“, von einer AG-Evaluation durchgeführt. In dieser arbeiten Vertreterinnen und Vertreter von Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, der Kampagnenleitung und Experten zum Thema Rücken sowie Evaluatorinnen des Instituts für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) zusammen. Die AG-Evaluation greift auf bewährte Vorgehensweisen zur Kampagnenevaluation und deren Erhebungsinstrumente zurück und entwickelt die Vorgehensweise kontinuierlich weiter.

Die Evaluation erfolgt auf insgesamt neun verschiedenen Ebenen (vergleiche [Abbildung 1](#)). Ebene 0 bis 5 werden dabei aufeinander aufbauend betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Wirkung der Kampagne über mehrere Stufen zustande kommt. Die vorangegangene Stufe ist dabei die Voraussetzung für die nächsthöhere.

Neben den acht Evaluationsebenen, die auch schon bei „Risiko raus!“ verwendet wurden, nahm die AG-Evaluation für „Denk an mich. Dein Rücken“ die Konzeptevaluation, die Ebene 0, auf. Diese Ebene ist allen Evaluationsebenen vorgeschaltet, da hier ermittelt wird, inwiefern bereits vor Beginn der Kampagne Voraussetzungen für die Wirkung bei den Zielgruppen geschaffen worden sind. Dabei lassen sich interne und externe Konzeptevaluation unterscheiden. Bei Ersterer wird die Überzeugung und Akzeptanz der Kampagne bei den internen Akteuren, die maßgeblich an der Verbreitung der Kampagneninhalte beteiligt sind, ermittelt. Die externe Konzeptevaluation wird



Abbildung 1: Überblick über die neun Evaluationsebenen bei der Kampagnenevaluation von „Denk an mich. Dein Rücken“

dazu genutzt, um verschiedene Kampagnenmaßnahmen bereits im Vorfeld eines breiten Einsatzes bei den Zielgruppen zu testen. Das sind zum Beispiel Broschüren. Hier kann festgestellt werden, wie diese Medien oder Maßnahmen bei den Zielgruppen ankommen, ob sie die gewünschten Effekte haben beziehungsweise die gewünschten Ziele erreichen und wo möglicherweise noch Optimierungsbedarf besteht.

Auf den Ebenen 1 und 2 wird untersucht, ob die Kampagne in den Betrieben und in der Öffentlichkeit präsent ist. Dazu werden alle Kampagnenaktivitäten aufgelistet, die von den Trägern der Kampagne und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt werden. Dies geschieht mit einer standardisierten Excel-Tabelle, die als Dokumentationsvorlage dient. Die Ergebnisse werden quartalsweise aufbereitet. Eine Medienanalyse dokumentiert zudem alle Beiträge in den verschiedenen Medien, Zeitungen und Zeitschriften sowie Onlineartikeln. Diese Untersuchungen sind wichtig, um die Frage zu beantworten, ob die Botschaften von den Zielgruppen theoretisch überhaupt wahrgenommen werden können. Die dritte Ebene beschäftigt sich damit, ob die Kampagne von den Zielgruppen tatsächlich wahrgenommen wurde und bei ihnen bekannt ist. Außerdem wird ermittelt, wie das Thema Rücken individuell bewertet wird und wie relevant es ist. Dazu werden Befragungen direkt mit der Zielgruppe

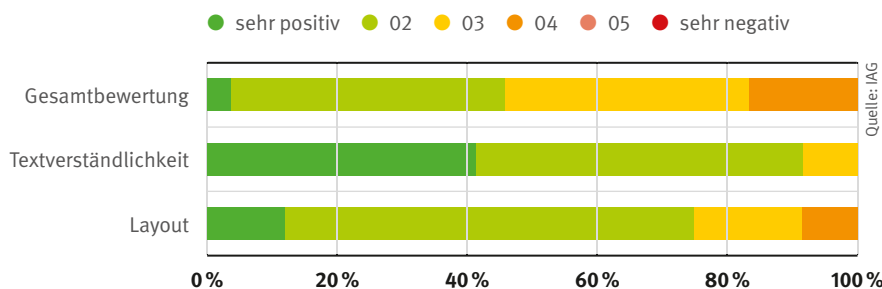


Abbildung 2: Übersicht über einige Ergebnisse des Zielgruppentests zur Unternehmerbroschüre

durchgeführt, zum Beispiel bei Gesundheits- und Aktionstagen sowie auf zentralen Veranstaltungen der Kampagne. Auf der vierten Ebene wird erfasst, inwiefern es Veränderungen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene gegeben hat. Dazu werden natürlich Daten in den Betrieben erhoben. So werden zum einen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie die Betriebsärzte als Multiplikatoren befragt. Zum anderen sollen auch Unternehmerinnen und Unternehmer sowie die Beschäftigten darüber Auskunft geben, welche Veränderungen es im Betrieb gibt und gab. Hier kommen Prä-Post-Messungen zum Einsatz, das heißt, sowohl vor als auch nach der Kampagne werden die Zielgruppen befragt.

Dabei werden unterschiedliche Methoden verwendet – Fragebögen, Papier oder Online sowie Interviews –, um festzustellen, wie und in welchem Ausmaß die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ Veränderungen in Bezug auf die Rückbelastung bewirkt. Konnte auf den ersten vier Ebenen eine Wirkung erzielt werden, dann wird es auch Effekte im Betrieb selbst geben. Das sollte sich später in den Kennzahlen widerspiegeln (Ebene 5).

„Dabei werden unterschiedliche Methoden verwendet – Fragebögen, Papier oder Online sowie Interviews –, um festzustellen, wie und in welchem Ausmaß die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ Veränderungen in Bezug auf die Rückbelastung bewirkt.“

Zusätzlich zu diesen sechs Ebenen werden auf den letzten drei Ebenen eher formale Aspekte betrachtet oder Handlungsempfehlungen festgeschrieben. Auf Ebene 6 werden im Sinne einer formativen und begleitenden Evaluation Strukturen und Prozesse betrachtet, mit denen die internen Abläufe optimiert werden können.

Die Ebene 7 fasst alle Maßnahmen zusammen, bei denen die AG-Evaluation die Trä-

ger bei der Evaluation ihrer Maßnahmen innerhalb der Kampagne unterstützt. Die Daten aus den sogenannten Trägerpartnerschaften helfen mit, weitere wichtige Erkenntnisse für die Bewertung der Kampagne zu gewinnen. Und schlussendlich wird das IAG für eine strukturierte und zeitnahe Rückmeldung aller Ergebnisse sorgen, um einen möglichst hohen Nutzen der Evaluation zu erzielen (Ebene 8).

Beispiel: Konzeptevaluation extern – der Zielgruppentest zur Unternehmerbroschüre

Ein Zielgruppentest wurde im Sommer 2012 für die Unternehmerbroschüre durchgeführt. Die Unternehmerbroschüre ist eine von sieben Broschüren, die im Rahmen der Kampagne erstellt werden und die die Zielgruppen über das Thema Rücken informieren.

Beim Zielgruppentest kam ein halbstandardisierter Interviewleitfaden zum Einsatz. Insgesamt wurden zwölf verschiedene Aspekte abgefragt. Dazu gehörten die Wahrnehmung der Kampagne, Layout und Bilder, der Aufbau der Broschüre, die Verständlichkeit, die Vermutungen zu Zielen, beabsichtigte Verhaltensänderungen und der mögliche Umgang mit der Broschüre im Betrieb.

Es wurden insgesamt 24 Personen, neun Fachkräfte für Arbeitssicherheit und 15 Unternehmer aus dem gewerblichen und öffentlichen Bereich telefonisch interviewt. Dabei zeigte sich, dass das Layout von den Befragten zu etwa 75 Prozent positiv beurteilt wurde, bei der Textverständlichkeit waren es sogar 92 Prozent. Insgesamt bewerteten knapp 50 Prozent der Interviewten die Broschüre mit „gut“ oder „sehr gut“ (siehe [Abbildung 2](#)).

Darüber hinaus wurden Hinweise und Anregungen von den Befragten eingeholt. Diese sind sehr wichtig, um die Broschüre zielgruppengerecht aufzubereiten. So wurde zum Beispiel die Ansprache von „Lieber Unternehmer“ zu „Lieber Leser“ verändert, weil die Unternehmer die Broschüre meist weitergaben. Außerdem wurden Teile der Bilder ausgetauscht. Vorher zeigten sie verstärkt Szenen aus dem Büro. Nun wurden Motive aus dem gewerbli-

chen Bereich hinzugefügt. Die Konzeptevaluation nimmt einen wichtigen Platz in der Gesamtevaluation der Kampagne ein. Im Vorfeld kann schon geklärt werden, ob Materialien oder Aktionen bei den Zielgruppen die gewünschten Effekte erzielen. Insgesamt geben die Ergebnisse der Evaluation nicht nur eine Rückmeldung über die Aktivitäten und die Wirkungen der Kampagne, sondern sie helfen bereits im Verlauf dabei, die Kampagne zu steuern. ●

Autorinnen



Foto: IAG

Anne-Catrin Jacob

Referentin für Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: anne-catrin.jacob@dguv.de



Foto: IAG

Dr. Annetkatrin Wetzstein

Leiterin des Bereichs Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: annetkatrin.wetzstein@dguv.de

Neue Präventionskampagne

Unfallversicherungsträger setzen auf bewährtes Know-how und auf Synergien

In ihrer neuen Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ greift die gesetzliche Unfallversicherung ein gesamtgesellschaftlich bedeutsames Problemfeld auf und bündelt ihr fundiertes Know-how zum Thema.

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE), zu denen unter anderem die Rückenerkrankungen gehören, stehen in den Statistiken zu Arbeitsunfähigkeitstagen an oberster Stelle. Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) beispielsweise gingen im Jahr 2010 rund 95,4 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage von Erwerbstätigen in Deutschland auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zurück. Volkswirtschaftlich ergaben sich daraus nach Schätzungen der BAuA Produktionsausfallkosten von 9,1 Milliarden Euro und ein Ausfall an Bruttowertschöpfung in Höhe von 16 Milliarden Euro. Neben diesen indirekten Kosten verursachten MSE beispielsweise im Jahr 2008 laut Statistischem Bundesamt in der Gruppe der 15- bis 65-Jährigen hierzulande nach den Erkrankungen des Verdauungssystems die zweithöchsten direkten Kosten – überwiegend für die Behandlung. 2010 schieden zudem mehr als 26.000 Menschen in Deutschland wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von MSE ganz oder teilweise vorzeitig aus dem Berufsleben aus.

Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung spielen Rückenprobleme eine große Rolle. Zunächst als Berufskrankheiten: Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand gingen im Jahr 2010 rund 6.350 Verdachtsmeldungen auf eine berufsbedingte Wirbelsäulenerkrankung ein. Diese Meldungen verteilen sich im Wesentlichen auf folgende drei Arten bandscheibenbedingter Erkrankungen:



Foto: Präventionskampagne Dein Rücken / Kai Kandler / kombinatrotweiss.de

- BK 2108 – bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung (5.114 Meldungen),
- BK 2109 – bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter (1.019 Meldungen) sowie
- BK 2110 – bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen (217 Meldungen).

Präventionsaktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Rehabilitation und Entschädigung berufsbedingter Rückenerkrankungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger

ist auf die vom Gesetzgeber in die Berufskrankheitenliste aufgenommenen Erkrankungen beschränkt. Demgegenüber erstreckt sich der Präventionsauftrag der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf jegliche Fehlbelastungen des Rückens im Berufsleben: Diese gehören zu den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die die gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 1 SGB VII ebenso mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten haben wie Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Unfallversicherungsträger unterstützen ihre Mitgliedsbetriebe auf vielfältige Weise beim Vorbeugen von Fehlbelastungen des Rückens: zum Beispiel mit Informationsmedien, Arbeitshilfen, Beratung und Seminaren. Die Angebote basieren auf einem großen Wissens- und Erfahrungsschatz, den die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen

in ihrer langjährigen Präventionsarbeit zum Thema – zum Teil gemeinsam mit weiteren Partnern – gesammelt haben.

Einzelnen Versicherten mit berufsbedingten Rückenproblemen können die gesetzlichen Unfallversicherungsträger darüber hinaus auch bereits dann helfen, wenn sich noch keine Berufskrankheit entwickelt hat: im Rahmen der Sekundären Individualprävention (SIP). Diese Möglichkeit ergibt sich aus § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). Danach haben die gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln der Gefahr entgegenzuwirken, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat in den 1990er Jahren als erster gesetzlicher Unfallversicherungsträger in Deutschland angefangen, ein solches Angebot zum Thema zu entwickeln. So entstand das BGW-Rückenkolleg, in dem betroffene Versicherte drei Wochen lang lernen und trainieren, wie sie möglichst rückengerecht arbeiten können. Bei der Umsetzung im Berufsalltag hilft anschließend eine zweitägige Arbeitsplatzbegleitung – inklusive Abschlussgespräch mit dem Arbeitgeber. Inzwischen widmen sich auch weitere Unfallversicherungsträger der Sekundären Individualprävention berufsbedingter Rückenprobleme.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Auch in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), in der sich Bund, Länder und Unfallversicherungsträger seit 2008 zusammen der Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz widmen, gehört die Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu den zentralen gemeinsamen Arbeitsschutzzielen. Im Arbeitsprogramm Pflege beispielsweise, das von 2008 bis 2012 lief und an dem die BGW maßgeblich beteiligt war, entstand das Selbstbewertungsinstrument „gesund-pflegen-online.de“. Mit diesem Online-Tool können stationäre und ambulante Pflegebetriebe sowie Kliniken am Computer ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz im Hinblick auf Rückenbeschwerden und psychische Belastungen unter die Lupe neh-

men. Sie erhalten Hinweise auf gezielte Präventionsmaßnahmen sowie einen Benchmark. Bis November 2012 hatten bereits rund 3.500 Einrichtungen „gesund-pflegen-online.de“ genutzt – etwa 14 Prozent der Altenpflegebetriebe und rund zehn Prozent der Kliniken in Deutschland.

Die Resonanz ist ausgesprochen positiv. So ist mit „gesund-pflegen-online.de“ ein neuer Weg entstanden, um Präventionsangebote in Betrieben zu platzieren. Das Instrument wird unter dem Dach der GDA im Zusammenhang mit der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ weiter angeboten. Darüber hinaus beteiligt sich die BGW in der nun folgenden zweiten GDA-Periode an einem fortführenden Arbeitsprogramm zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Ziel ist es, die Ergebnisse des Arbeitsprogramms Pflege weiterzuentwickeln und ihre Nachhaltigkeit zu sichern. Dabei sollen auch die bereits bestehenden Kooperationen der GDA-Träger fortgesetzt und um weitere Partner ergänzt werden.

Spezifika der neuen Rückenkampagne

Die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ baut auf den exemplarisch genannten und vielen weiteren Präventionsaktivitäten und -kooperationen der gesetzlichen Unfallversicherung auf. Dabei sollen durch kommunikative, inhaltliche und organisatorische Verknüpfungen Synergien entstehen und genutzt werden. Die auf drei Jahre angelegte Präventionskampagne zielt darauf ab, arbeitsbezogene Fehlbelastungen des Rückens zu reduzieren. Nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der gesetzlichen Unfallversicherung wirken hier in der Regel technisch-bauliche, organisatorische und personenbezogene Faktoren zusammen. Deshalb ist es für eine effektive Prävention wichtig, neben dem Verhalten auch die Verhältnisse zu verbessern. Dementsprechend richtet sich die Kampagne nicht nur an Versicherte, sondern ebenso an Arbeitgeber und weitere Arbeitsschutzverantwortliche in den Unternehmen sowie an Mittler wie Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und betriebliche Interessenvertretungen. Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben aufgrund ihres spezifischen Aufgabenfeldes die Möglichkeit, die verschie-

denen Zielgruppen direkt anzusprechen. Als Präventionskampagne soll „Denk an mich. Dein Rücken“ diese in erster Linie für das Problem sensibilisieren und über Lösungsansätze informieren. Anstoßen lassen sich möglicherweise erste Verhaltens- und Verhältnisänderungen. Vertieft werden müssen diese dann im Anschluss an die Kampagne in der weiteren Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger.

Der Erfolg der Kampagne lässt sich entlang einer Wirkungskette auf den Ebenen „Aufmerksamkeit“, „Akzeptanz“, „Wissen“, „Einstellung“, „Verhalten“ und „Verhältnisse“ prüfen – indem die Zielgruppen vor, während und nach der Kampagne dazu befragt werden. Nicht zu erwarten ist dagegen, dass sich durch eine Präventionskampagne kurzfristig Veränderungen in den Statistiken zu Muskel-Skelett-Erkrankungen oder auch zu den berufsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen ergeben. Dazu sind die Latenzzeiten zu lang und die Ursachen zu vielfältig. Die Zahl der (berufsbedingten) Rückenerkrankungen zu senken, stellt ein komplexes mittel- und langfristiges Aufgabenfeld dar, auf dem sich viele Akteure engagieren. Die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ wird einen Beitrag dazu leisten, dieses gesamtgesellschaftlich relevante Ziel zu erreichen – indem sie wie dargestellt darauf hinwirkt, arbeitsbezogene Fehlbelastungen des Rückens zu reduzieren. ●

Autor



Foto: BGW

Prof. Dr. Stephan Brandenburg

Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: stephan.brandenburg@bgw-online.de

Rückenprävention

Forschungsaktivitäten der DGUV

Mit verschiedenen Projekten erforscht die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), wie sich Rückenbelastungen und -beschwerden präventiv vermeiden lassen.

Arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) verursachen in Deutschland die höchsten direkten (Kosten der Krankheitsbehandlung) und indirekten (Produktivitätsausfall durch Arbeitsunfähigkeit) Kosten und sie führen seit Jahren die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) nach Diagnosegruppen an. In Berichten der Krankenkassen zählen die Diagnose „Rückenschmerz“ und weitere Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens zu den häufigsten Einzeldiagnosen bei AU-Tagen. Arbeitsmedizinische und ergonomische Forschung stellt einen wesentlichen Beitrag zur Identifizierung von Zusammenhängen zwischen beruflicher Exposition und der Entstehung arbeitsbezogener Rückenbeschwerden/-erkrankungen sowie zur Ableitung wirksamer Präventionsmaßnahmen dar.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) betreibt intensiv Forschung auf dem Gebiet der Rückenprävention, die von ihren Forschungsinstituten, auch in Kooperation mit universitären Instituten, durchgeführt wird. Dabei steht stets der Nutzen für die betriebliche Praxis im Vordergrund.

Evaluation technischer Präventionsmaßnahmen

Bevor Betriebe in ergonomische Präventionsmaßnahmen investieren, möchten sie Informationen zu deren humanitären und ökonomischen Nutzen haben. Ein Beispiel hierfür ist die Wirksamkeit von Hebehilfen für Beschäftigte, die häufig schwere Lasten handhaben müssen. Ein Tätigkeitsbereich, der diesen Belastungen durch häufiges Umsetzen von Koffern und Gepäckstücken ausgesetzt ist, ist die Gepäckabfertigung an Flughäfen. Die große Anzahl der Lastenmanipulationen und

das Gewicht der Gepäckstücke führen bei den Beschäftigten zu einer Beanspruchung des Muskel-Skelett-Systems, insbesondere des Rückens.

Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) untersuchte daher auf Initiative der Unfallkasse Hessen und eines Flughafenbetreibers die belastungsreduzierende Wirkung von Vakuumhebehilfen in der Gepäcktransferzentrale eines großen Flughafens. Dazu wurden zehn Mitarbeiter der Gepäckabfertigung mit dem speziellen CUELA-Messsystem¹, das Rückenbelastungen in Form von Körperbewegungen und gehandhabten Lasten kontinuierlich aufzeichnet, ausgestattet. Die Rückenbelastungen der Arbeitsschichten wurden sowohl an konventionellen Arbeitsplätzen (ohne Hebehilfen) als auch an ergonomisch optimierten Arbeitsplätzen (mit Vakuumhebehilfen) messtechnisch ermittelt und verglichen.

Es zeigte sich, dass die Vakuumhebehilfe das hohe Risiko der Gepäckabfertiger für die Entstehung von Rückenbeschwerden beziehungsweise -erkrankungen auf ein akzeptables Maß reduzieren kann. Die Verringerung der manuellen Umsetz- und Hebevorgänge um durchschnittlich rund 75 Prozent lässt eine nachhaltige Wirkung auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten erwarten. Die ökonomische Evaluation ergab leichte Erhöhungen der Handhabungszeiten, die jedoch für den Arbeitsablauf im Flughafen keinen wesentlichen Nachteil darstellten. Der Arbeitgeber war hiervon überzeugt, so dass der Einsatz von Hebehilfen selbstverständlich geworden ist. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hat der Arbeitgeber ein großes Interesse, seine Arbeitsplätze belastungsoptimiert zu gestalten.



Präventionsprogramme

In der Regel setzen Betriebe Präventionspakete, bestehend aus technischen, arbeitsorganisatorischen und individualpräventiven Maßnahmen, für ihre Beschäftigten um. Ein weiterer Forschungsbereich der DGUV ist daher die Entwicklung und Evaluation tätigkeitspezifischer Präventionspakete. Ein Beispiel hierfür ist das DGUV-Forschungsprojekt zur ergonomischen Gestaltung von Näharbeitsplätzen, in dem ergonomische Arbeitsplätze entwickelt und gemeinsam mit einer Handlungsanleitung, die neben technischen auch arbeitsorganisatorische und individualpräventive Maßnahmen umfasst, in Betrieben implementiert wurden. Auch hier konnten signifikante humanitäre und ökonomische Verbesserungen nachgewiesen werden. Das Arbeiten an den ergonomisch gestalteten Arbeitsplätzen war nicht nur mit geringeren Wirbelsäulenbelastungen, sondern auch mit Steigerungen der Produktivität um bis zu 15 Prozent verbunden.

Ein weiteres laufendes Forschungsprojekt der DGUV aus diesem Bereich ist die Interventionsstudie „ErgoKiTa“, in der Lösungsansätze zur Verbesserung der beruflichen und gesundheitlichen Situation des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen (Kitas) entwickelt und evaluiert werden. Erzieher und



¹ CUELA-Messsystem (Computer unterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Muskel-Skelett-Belastungen).



Abbildung 1: Präventionsprojekt ErgoKiTa zur Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen in Kindertageseinrichtungen: Messtechnische Erfassung physischer Belastungen im KiTa-Alltag mit dem CUELA-Messsystem.

Erzieherinnen erleben im Arbeitsalltag hohe Muskel-Skelett-Belastungen, beispielsweise durch Zwangshaltungen aufgrund von niedrigen Arbeitshöhen (siehe **Abbildung 1**). Die Unfallkassen und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) initiierten daher eine Interventionsstudie, die vom IFA in Kooperation mit den Universitäten Darmstadt und Frankfurt durchgeführt wird. Im Rahmen des Projekts werden physische und psychische Belastungssituationen erfasst und aufbauend hierauf Präventionsmaßnahmen abgeleitet. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird in einem weiteren Schritt in der Praxis wissenschaftlich evaluiert. Alle Erkenntnisse werden in Handlungshilfen für die Praxis Eingang finden.

Arbeitsmedizinische Vorsorge und zukünftige Forschungsschwerpunkte

Ein weiteres Instrument zur Prävention arbeitsbezogener Rückenbeschwerden und -erkrankungen ist die arbeitsmedizinische Vorsorge. Mit dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 46 „Belastungen des Muskel-Skelett-Systems“ besteht seit 2005 ein Instrument, das sekundärpräventiv unter anderem Rückenschmerzen vorbeugen soll (siehe auch den Artikel „Das Konzept 46“ auf S. 18). Eine derzeit laufende DGUV-Studie, die auf Initiative der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) von der RWTH Aachen in Kooperation mit dem IFA durchgeführt wird, überprüft die Wirksamkeit und Praktikabilität des G 46 und wird potenzielle Möglichkeiten

zur Verbesserung des Verfahrens in der praktischen Umsetzung aufzeigen.

Auch die Untersuchung von prinzipiellen Zusammenhängen bei der Entstehung arbeitsbezogener Erkrankungen gehört zum Forschungsspektrum der DGUV. Die Analyse des Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs zwischen bandscheibenbedingten Erkrankungen an der Lendenwirbelsäule (LWS) und arbeitsbezogenen physischen Belastungen ist Gegenstand der von der DGUV geförderten epidemiologischen Multi-Center-Studie DWS (Deutsche Wirbelsäulenstudie). Aktuelle Auswertungen richten den Fokus auf die Identifizierung von Schwellenwerten, ab denen berufliche physische Belastungen als relevant für das Erkrankungsrisiko anzusehen sind.

Ein Beispiel zukünftiger DGUV-Forschungsaktivitäten im Bereich der Rückenprävention ist die Weiterentwicklung und Evaluation von Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung bei physischen Arbeitsbelastungen, die gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) erfolgen wird. Ferner werden Forschungsprojekte zu kombinierten Belastungen, zum Beispiel psychischen und physischen Belastungen, sowie die Evaluation von Präventionskonzepten bei physischer Unterforderung einen weiteren Schwerpunkt bilden. ●

Autor



Dr. Rolf Ellegast

Leiter des Referates Ergonomie,
Institut für Arbeitsschutz der
DGUV (IFA)
E-Mail: rolf.ellegast@dguv.de

Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Rückenbelastungen

Das Konzept G 46

Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist zwar als wirksames Instrument der Prävention anerkannt. Ihre Möglichkeiten werden bisher jedoch nicht ausgeschöpft.

Die Evolution hat faszinierende Konstruktionen zuwege gebracht, man denke nur an Meisterwerke wie das menschliche Auge. Die Wirbelsäule hingegen war ursprünglich für den Vierfüßergang in der Horizontalen gedacht und erfuhr durch das Aufrichten in die Vertikale eine gravierende Veränderung. Es ist kein Wunder, dass dieser Entwicklungssprung Schwierigkeiten mit sich brachte, unter denen schon unsere Vorfahren zu leiden hatten. So ergab die paläopathologische Untersuchung der 1991 in den Öztaler Alpen gefundenen Gletschermumie aus der Jungsteinzeit unter anderem, dass der etwa 45 Jahre alte Mann einen Bandscheibenverschleiß der Lendenwirbelsäule aufwies. Der Rücken gehört offenbar konstruktionsbedingt zu den Schwachstellen des menschlichen Körpers und Rückenbeschwerden gehören bis zum heutigen Tage zu den „Volksleiden“.



Abbildung 2: Die drei Säulen des Vorsorgekonzepts G 46

Fehlbelastungen sind Gift für den Rücken

Wenn körperliche Arbeit ein vertretbares Ausmaß überschreitet, wird das Muskel-Skelett-System des Menschen überfordert. Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) entstehen auch außerberuflich, können jedoch durch berufliche Fehl- und Überbelastungen verstärkt werden

oder früher auftreten. Seit mehr als 80 Jahren werden bestimmte Krankheiten, die infolge „mechanischer Einwirkungen“ entstehen als Berufskrankheiten (BK) bezeichnet (Abbildung 1), darunter seit 1993 die BK 2108 „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten oder

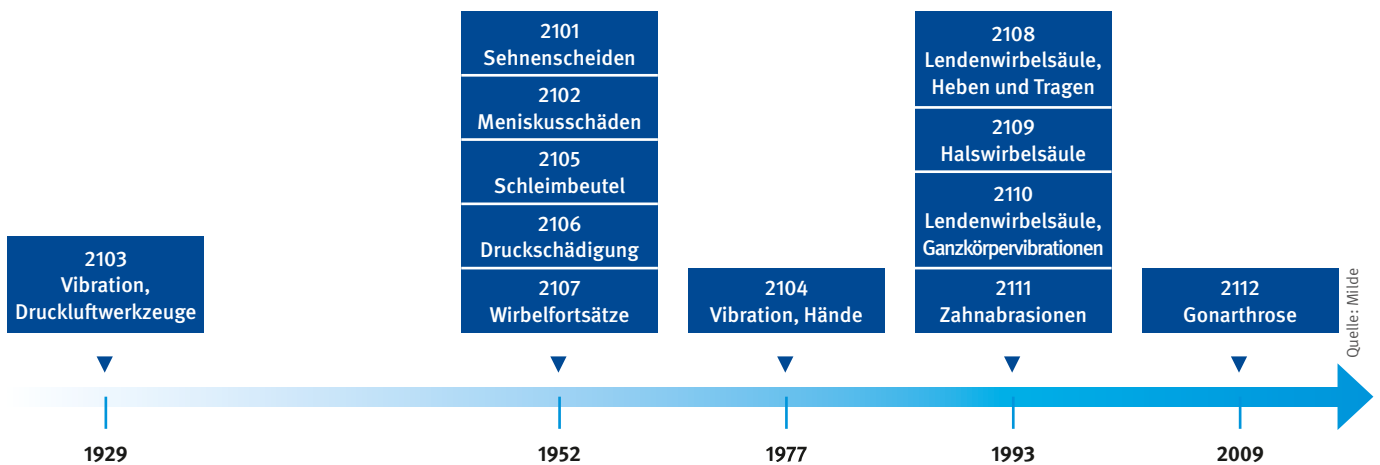


Abbildung 1: Durch mechanische Einwirkungen verursachte Krankheiten (Kurzform) und das Jahr ihrer Bezeichnung als Berufskrankheit

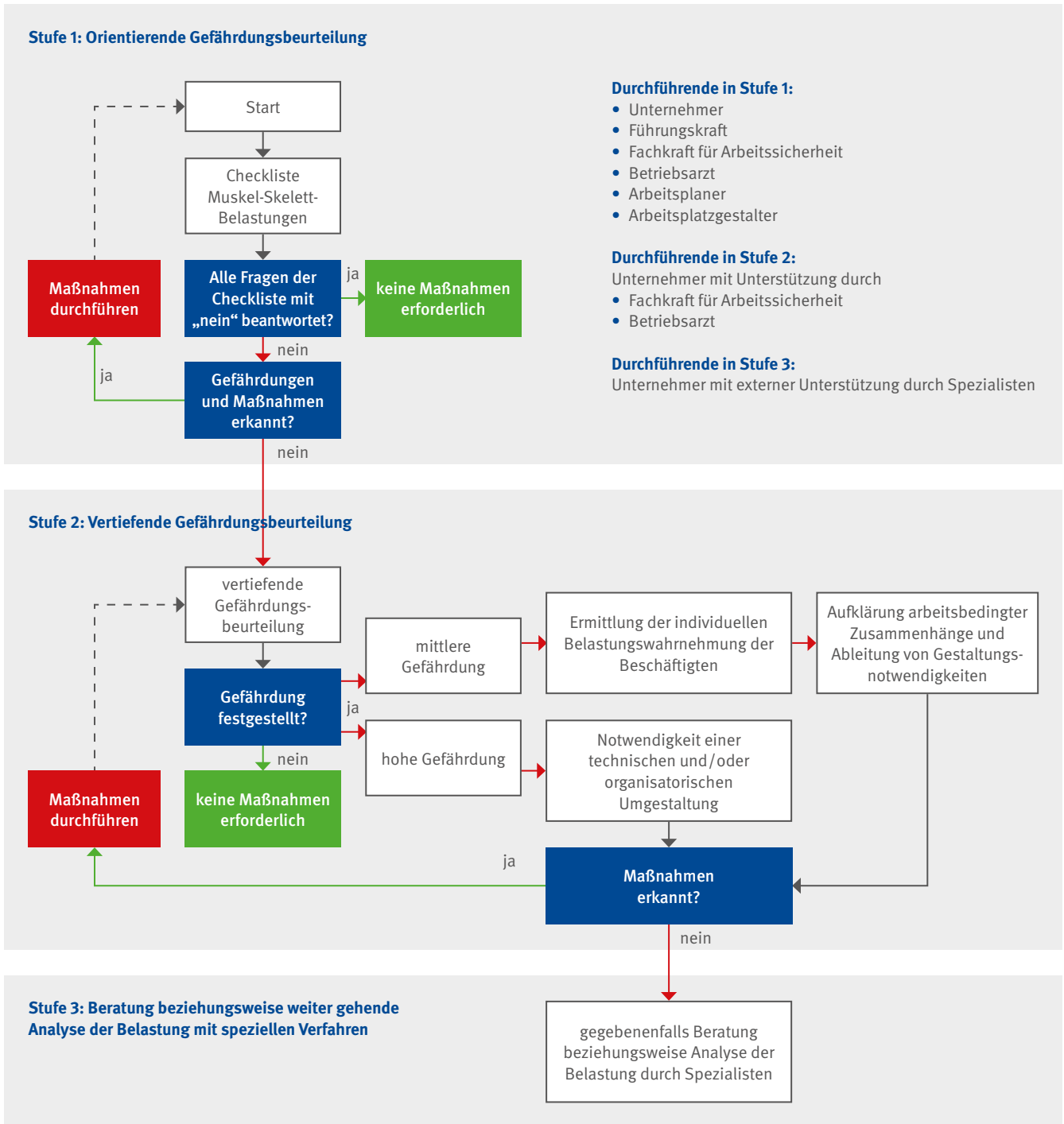


Abbildung 3: Ablaufplan „Gefährdungsbeurteilung bei Belastungen des Muskel-Skelett-Systems“ (nach Hartmann et al. 2007).³

durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung“. Obwohl in den Industrieländern die harte körperliche Arbeit tendenziell abnimmt, bleibt die Zahl der Betroffenen nach wie vor erheblich. Im Jahr 2008 verzeichnete die BK-Statistik 4.702 Leistungsfälle allein bei der BK 2108.¹ „Rückengesundheit“ spielt auch

unter anderen Gesichtspunkten eine Rolle: Angesichts alternder Belegschaften und längerer Lebensarbeitszeit geht es längst nicht mehr allein darum, eine Überstrapazierung des Rückens zu vermeiden, sondern auch darum, durch das richtige Maß an Belastung die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu fördern.

Wie stehts mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge?

Vor diesem Hintergrund mag es verwundern, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge bei MSE bisher ein Dasein als Mauerblümchen fristet. Eine maßgeschneiderte Prävention dürfte kaum machbar sein, ohne sich vorher durch ▶



- 1 *Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens BK-DOK 2008; www.dguv.de, Webcode: d8059.*
- 2 *DGUV Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen; www.dguv.de, Webcode: d17569.*
- 3 *Hartmann, B.; Ellegast, R.; Schäfer, K. et al.: Eine Checkliste zur Prüfung des Angebots arbeitsmedizinischer Vorsorge bei körperlichen Belastungen des Muskel-Skelett-Systems, ASU 9/2007, S. 499–507.*

eine körperliche Untersuchung ein Bild über die individuelle Konstitution der jeweiligen Betroffenen zu verschaffen. Wer, wenn nicht der Betriebsarzt, könnte in Kenntnis der konkreten Gefährdungen am Arbeitsplatz des Beschäftigten tätigkeitsrelevante funktionelle Defizite und Erkrankungen sowie deren Beziehung zur Arbeitsbelastung feststellen? Und ist das nicht das Fundament, um durch auf das Individuum abgestimmte Beratungs- und Präventionsangebote dessen Arbeitsfähigkeit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen? Voraussetzung ist allerdings das Vorhandensein geeigneter Instrumente zur Gefährdungsbeurteilung, Diagnosestellung und Beratung.

Das dreiteilige Vorsorgekonzept G 46

Seit 2005 gibt es unter dem Dach der bewährten DGUV-Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen² ein Konzept, das sich der Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems annimmt. Vorrangiges Ziel ist es, arbeitsbedingte funktionelle Belastungsreaktionen frühzeitig zu erkennen und geeignete Gegenmaßnahmen zu initiieren. Das Konzept ruht auf drei Säulen (Abbildung 2): einer Handlungsanleitung für die arbeitsmedizinische Vorsorge (BGI/GUV-I 504-46), dem Grundsatz G 46 „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems einschließlich Vibrationen“ und einem „Leitfaden zur Diagnostik von MSE bei arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen“. Die Gefährdungsbeurteilung ist dreistufig aufgebaut (Abbildung 3) und dient der Auswahl des zu untersuchenden Personenkreises. Die erste Stufe fußt auf einer orientierenden Beurteilung mit Hilfe einer einfachen Checkliste. Erweist sich dieser Schritt als

nicht hinreichend, folgt mit Stufe 2 eine vertiefende Gefährdungsbeurteilung unter Anwendung von Beurteilungsverfahren für den betrieblichen Praktiker. Stufe 3 ist dann einer weiter gehenden Analyse unter Einbeziehung externer Experten und spezieller Verfahren vorbehalten.

Der Vorsorgegrundsatz G 46 folgt dem bewährten Aufbau eines jeden DGUV-Grundsatzes. Als Besonderheit ist ein zusätzlicher Teil enthalten, der sich speziell mit Hand-Arm-Vibrationen beschäftigt. Kernstücke des G 46 sind zwei Anamnesebögen, je einer für Beschäftigte und Betriebsärzte. Die anschließende körperliche Basisuntersuchung beginnt mit einfachen Screening-Verfahren. Bei Auffälligkeiten erfolgt eine tiefer gehende Untersuchung. Die Befunde liefern die Basis, um die Beschäftigten kompetent zu beraten und den Arbeitgeber bei der Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen durch passgenaue Interventionen zu unterstützen.

„Mit dem (Vorsorgekonzept) G 46 kann der Betriebsarzt arbeitsbedingte funktionelle Belastungsreaktionen erkennen und frühzeitig gegensteuern.“

Der Leitfaden für den Betriebsarzt erläutert das diagnostische Vorgehen, die Untersuchungssystematik, die Bewertung der Ergebnisse und die Inhalte einer Beratung. Das Vorsorgekonzept G 46 wird in einem Forschungsvorhaben des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Aachen an 400 Beschäftigten in der Metallindustrie auf Praktikabilität und Wirksamkeit geprüft und auf Grundlage der Ergebnisse weiterentwickelt.

Den Blick voraus

Mit diesem Rüstzeug kann sich der Betriebsarzt der Rückengesundheit seiner Schützlinge annehmen und seine Schlüsselstellung in Fragen von Arbeit und Gesundheit festigen. Die Präventions-

kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ strebt an, die Verbreitung des Vorsorgekonzepts G 46 durch Informationsangebote für Betriebsärzte und ärztliche Fortbildungsveranstaltungen zu Sonderkonditionen zu fördern.

Angesichts der Dimension des MSE-Problems in der Arbeitswelt erstaunt es, dass die regulatorischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden. Die EU-Kommission brütet seit Jahren über einer Richtlinie, wobei sich Arbeitnehmer (pro) und Arbeitgeber (contra) deutlich positioniert haben und die Fronten verhärtet sind. Und national? Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Arbeitsmedizinischen Vorsorgeverordnung (ArbMedVV) heißt es zwar vielversprechend: „Durch die neue Verordnung sollen Verbesserungen in derzeit noch nicht ausreichend beachteten Bereichen, zum Beispiel Muskel-Skelett-Erkrankungen, angestoßen werden.“ In der ArbMedVV erfasst sind bisher lediglich Anlässe für Vibrationsbelastungen. Jedoch gibt es je nach Unternehmensengagement auch ohne verbindliche Rahmenbedingungen genug Spielräume, die man auf freiwilliger Basis nutzen könnte. Zeitgemäße Prävention ist längst mehr als nur die Erfüllung gesetzlicher Mindestanforderungen. ●

Autor



Foto: Privat

Dr. Jürgen Milde

Referat Medizinisch-Wissenschaftliche Kooperation, Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV
E-Mail: juergen.milde@dguv.de

Interview

„Immer mehr Kinder klagen über Rückenschmerzen“

DGUV Forum sprach mit Renate Müller, Geschäftsführerin der Unfallkasse Thüringen (UKT), über die wachsende Zahl von Rückenkrankungen und die Erwartungen der Unfallkasse Thüringen an die neue Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“

Welche Bedeutung haben Rückenbelastungen und -erkrankungen im öffentlichen Sektor?

Rückenschmerzen sind ein gesellschaftliches Problem. Daher gehen auch viele Fehlzeiten im öffentlichen Sektor auf Rückenerkrankungen zurück und verursachen hohe Kosten. Da das Durchschnittsalter der Beschäftigten zunehmen wird, wird auch die Zahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten mit zunehmendem Alter steigen. Der öffentliche Sektor ist genauso wie die Unternehmen der Wirtschaft im eigenen Interesse gefordert, Angebote für die Rückengesundheit der Mitarbeiter zu unterbreiten.

An welchen Stellen und in welchen Berufen fordern die versicherten Einrichtungen und Betriebe die Beratung der Unfallkassen zu Rückenbelastungen insbesondere an?

Die meisten Anforderungen erhalten wir aus dem Pflegebereich. Die Einrichtungen haben das Ziel, Tätigkeiten mit hohen körperlichen Belastungen gesundheitsgerecht zu gestalten.

Die Unfallkassen sind auch für die Schüler-Unfallversicherung und die Prävention in Bildungseinrichtungen zuständig. Spielen Rückenbelastungen auch für diese Versichertengruppe schon eine Rolle?

Leider ja. Immer mehr Kinder klagen über Rückenschmerzen. Die Beschwerden beginnen bei der Einschulung und sind besonders ausgeprägt im Alter zwischen elf und 14 Jahren. Häufige Ursachen für Rückenschmerzen sind: zu wenig Bewegung

in der Freizeit, dafür intensive Nutzung von Computer und Medien, zu wenige Impulse der Eltern zur motorischen Entwicklung, zu wenig Schulsportunterricht und veränderte Ernährungsgewohnheiten.

Welche Erwartungen haben speziell die Unfallkassen an die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“?

Es ist ein Thema, das von vielen Krankenkassen und Fitnessstudios fokussiert wird. Deshalb ist es gut gewählt, dass sich der Rücken in unserer Kampagne zu Wort meldet. Wir erwarten eine Sensibilisierung unserer Zielgruppen, insbesondere in Bezug auf das Bewusstsein für das richtige Maß an Belastung. Ich persönlich bin der Meinung, dass jeder Mensch ein gutes Gefühl für seinen Körper entwickeln sollte. Deshalb spielt die Verhaltensprävention eine zentrale Rolle. Fast alle Arbeitsplätze sind heute ergonomisch optimierbar und die Arbeitnehmer können mit sehr guten technischen Hilfsmitteln ausgestattet werden. Die Arbeitgeber müssen wir mit ins Boot holen. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sollten sie erkennen, dass ihre Mitarbeiter entsprechende Angebote zur Erhaltung ihrer Gesundheit benötigen.

Wie startet die Unfallkasse Thüringen die neue Kampagne?

Die UKT startet bereits im März 2013. Gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) und der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) präsentiert sich die UKT auf der Thüringer



Renate Müller,
Geschäftsführerin der
Unfallkasse Thüringen

„Ich persönlich bin der Meinung, dass jeder Mensch ein gutes Gefühl für seinen Körper entwickeln sollte. Deshalb spielt die Verhaltensprävention eine zentrale Rolle.“

Gesundheitsmesse mit einem Kooperationsstand. Neben dem Einsatz des BodyAge-Systems und der Wii mit der Physiofit-Software können die Besucher auf der Aktionsfläche den Alterssimulationsanzug ausprobieren. Im April 2013 bieten wir auf der Kinder-Kult-Messe für Schulklassen den Pedalo-Parcours an. Mit den Aktionsmodulen setzen wir auf eine starke Beteiligung der Besucher. ●

Das Interview führte Stefan Boltz.

Die Trägerkampagne der BGHM

Hilfe zur Selbsthilfe

Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund. Mit dieser Kernbotschaft startet die Berufsgenossenschaft Holz und Metall im April ihre Trägerkampagne zur Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“

Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen, oftmals als „Volkskrankheit“ bezeichnet, haben in der Arbeitswelt eine herausragende Bedeutung. In den Betrieben des Holz und Metall verarbeitenden Gewerbes sind es die Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE), die die höchsten Kosten durch Krankheitsbehandlung und Produktivitätsausfall wegen Arbeitsunfähigkeit verursachen. MSE führen seit Jahren die Statistiken der Arbeitsunfähigkeitstage an. Auch vor diesem Hintergrund ist es für die Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) eine klare Entscheidung, sich an der vierten Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ mit einer eigenen Trägerkampagne zu beteiligen. Diese startet im April 2013.

Mehrdimensionales Konzept schafft Nachhaltigkeit

„Das richtige Maß an Belastung hält den Rücken gesund“, so lautet die Kernbotschaft, die hinter dem generellen Ziel steht: Verringerung von arbeitsbezogenen Rückenbelastungen und damit Senkung der Krankheitshäufigkeit. Nachhaltig lässt sich ein solches Ziel in Betrieben allerdings nur mit einem mehrdimensionalen Konzept erreichen, in dem Verhältnis- und Verhaltensprävention sinnvoll miteinander vernetzt sind und alle beteiligten Akteure gleichermaßen einbezogen werden. Dabei unterstützt die BGHM die Holz und Metall verarbeitenden Betriebe mit zahlreichen Präventionsangeboten als „Hilfe zur Selbsthilfe“.

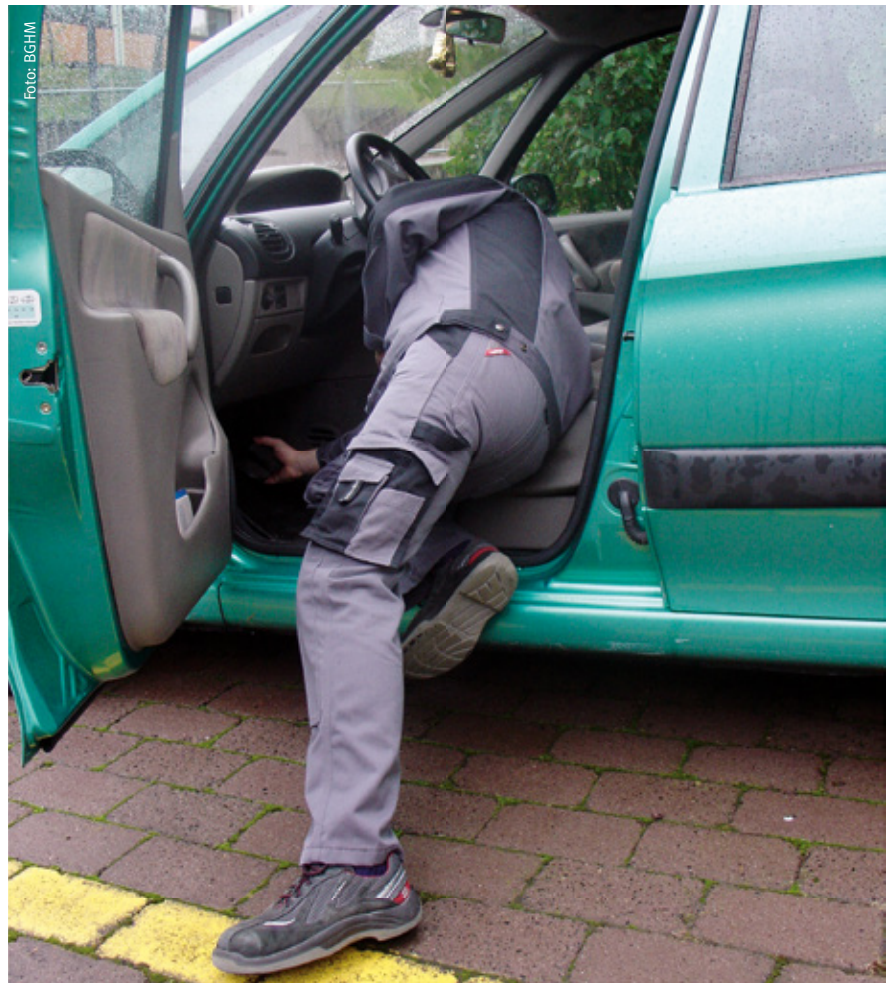
Handlungsfelder der BGHM

Die BGHM hat alle betriebsrelevanten Präventionsziele der Dachkampagne übernommen und als Zielgruppen zunächst die versicherten Beschäftigten und Unternehmer ausgewählt. Ein besonderer

Schwerpunkt der BGHM liegt allerdings auf den kleinen und mittleren Unternehmen. Diese sollen über die Arbeitgeber und deren Verbände, Innungen und Kammern erreicht werden. Aber auch die betrieblichen Arbeitsschutzexperten: Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte sowie Betriebsräte sind wichtige Multiplikatoren der Kampagne, die mit speziellen Angeboten unterstützt

werden: Handlungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung, Unterweisungsmedien, eine Sammlung von Beispielen guter Praxis, Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz sowie Anregungen zur Vorgehensweise und Implementierung sind einige Beispiele hierfür.

Alle im Dachkonzept beschriebenen physischen Belastungsfaktoren sind auch für



Zwangshaltungen sowie das Heben, Halten und Tragen von Lasten finden sich in vielen Tätigkeiten des Holz und Metall verarbeitenden Gewerbes.



Eine Hebe- und Handhabungshilfe aus dem Kfz-Bereich

die von der BGHM betreuten Betriebe von Bedeutung und somit Handlungsfelder der Präventionskampagne. Konkretisiert und erweitert wird die BGHM-Kampagne durch weitere Themen: Ergonomie bei der Fließbandarbeit, die Hand als Werkzeug sowie als Fortsetzung und Verstetigung der Kampagne „Risiko raus!“ das manuelle Handling von Transportgut. Auch der demografische Wandel ist ein Thema für die Holz und Metall verarbeitenden Betriebe und der Kampagne.

Instrumente der Prävention

Experten der BGHM beraten und unterstützen

Die unmittelbare Vermittlung der Rückenkampagne in den Betrieben erfolgt über die Präventionsexperten vor Ort. Im Rahmen ihrer Revisions- und Beratungstätigkeit informieren die Aufsichtspersonen und unterstützen die Unternehmen bei einer ersten Gefährdungsbeurteilung. Bei Bedarf können über die Aufsichtspersonen weitere Experten aus den BGHM-Kompetenzzentren hinzugezogen werden, die in den Schwerpunkten Ergonomie oder Gesundheit im Betrieb spezialisiert sind. Auch die bewährten BGHM-Tools, wie zum Beispiel die Selbstcheck-Instrumente „Gesundheit im Handwerk“ oder „Gesundheit im Mittelstand“, sind mit der Kampagne verknüpft.

Mehr Bewegung in Seminare und Verwaltung

In Bildungsstätten und Seminaren wird die Kampagne medial und inhaltlich intensiv kommuniziert. „Denk an mich. Dein Rücken“ bietet sich bei allen Seminarthemen an, aber besonders bei BGHM-Fachseminaren wie zum Beispiel Ergonomische Gestaltung von gewerblichen Arbeitsplätzen sowie Bildschirmarbeitsplätzen oder „Arbeitsgestaltung im demografischen Wandel“. Ergänzend dazu wird das Bewegungsangebot während der Seminare und darüber hinaus verstärkt. „Bewegte Pausen“ mit Anleitungen und spezielle Trainingsangebote zur Freizeitgestaltung machen den verhaltenspräventiven Teil der Kampagne erlebbar. Auch die Beschäftigten der BGHM erfahren die Trägerkampagne mit Angeboten, die im Rahmen des BGHM-Gesundheitsmanagements für Verwaltung und Außendienst erarbeitet werden. Hierdurch wird unter anderem auch die Vermittlungskompetenz für die Kampagnenthemen erhöht.

Sonderveranstaltungen der BGHM

Messen, Fachveranstaltungen oder Thementage im Rahmen von Messeauftritten werden ebenfalls als Kommunikationsplattformen für die Kampagne genutzt. Hier können die Besucher zielgruppengerecht angesprochen und sensibilisiert werden.

Besonders vielfältig kann die Kampagne aber bei Betriebsaktionen vor Ort vorgestellt werden. Die BGHM bietet Mitmachaktionen, Preisausschreiben, Exponate, Stellwände und Medien, um die Betriebe bei ihren Präventionsaktivitäten zu unterstützen. Die Aktionstage sind beispielsweise Kick-off-Veranstaltung für Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement, Gesundheitstage oder vergleichbare Veranstaltungen im Zusammenhang mit einem mehrdimensionalen Präventionskonzept.

Als Beispiele für die Sensibilisierung von Beschäftigten sind die Exponate zur computererunterstützten Berechnung der Bandscheibenbelastung, ein Alterssimulationsanzug oder HRV-Biofeedback zu nennen.

Beispiele guter Praxis und Hilfe zur Selbsthilfe

Auf allen Kanälen wird die BGHM die Medien und Angebote den Betrieben bekannt machen und dabei immer wieder Anleitungen und Unterstützung als Hilfe zur Selbsthilfe geben. Hierzu zählt auch der Sicherheitspreis der BGHM, bei dem gute Ideen und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit und der Gesundheit eingefordert und ausgezeichnet werden. Auch werden diese Einsendungen dann sukzessive in den Katalog von Beispielen guter Praxis übernommen und als Anregungen und zur Nachahmung veröffentlicht. Weitere Fachinformationen werden im Internet angeboten. Die BGHM wird sich wieder an der Berufsschulaktion „Jugend will sich erleben“ beteiligen und mit einem speziellen Unterweisungskonzept eine Unterstützung an die Ausbilder übergeben.

Ausblick und Information

Für den Erfolg einer Kampagne ist es wichtig, die Konzepte und Angebote immer weiter zu entwickeln und anzupassen und nicht als starre Vorgabe anzusehen. Insofern werden weitere Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen der dreijährigen Kampagne folgen. Diese werden im Internet, in den Veröffentlichungen und im Rahmen von Betriebsbesuchen und sonstigen Veranstaltungen vorgestellt werden. Schauen Sie immer mal wieder vorbei: www.bghm.de

Autorin



Foto: BGHM

Edith Münch

Leiterin der Abteilung Betriebliche Motivationsinstrumente, Bereich Prävention, Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)
E-Mail: edith.muench@bghm.de



Auch Sattler sind in ihrem Beruf vielfältigen Rückenbelastungen ausgesetzt.

Die Trägerkampagne der BG RCI

Das 6-Punkte-Programm

Im Februar startet die Trägerkampagne der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI). Es ist die erste Kampagne, die komplett unter dem Dach der 2010 fusionierten Branchen Bergbau, Baustoffe-Steine-Erden, Chemische Industrie, Lederindustrie, Papierherstellung und Ausrüstung sowie Zucker konzipiert und verwirklicht wird. Sie setzt auf bereits vorhandene und erprobte Produkte.

Lange und häufige Ausfalltage von Beschäftigten haben ihre Ursache oft in Rückenbeschwerden. Ungünstige Arbeitsbedingungen, das Bewegen schwerer Lasten, immer wiederkehrende gleiche Handhabungsaufgaben oder Bewegungsmangel bei lang andauerndem Stehen oder Sitzen ohne wirksame Pausen belasten das Muskel-Skelett-System. Hinzu kommt der „Stress“ aufgrund von psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren, die oft mit Rückenbeschwerden in Verbindung gebracht werden. Als besonders gravierend wird die Problematik dort angesehen, wo sich körperliche Belastungen mit einem hohen Niveau psychischer Belastungen verbinden. Arbeitsbezogene Rückenerkrankungen erfolgen zunehmend auch vor dem Hintergrund einer fortschreitend älter werdenden Belegschaft.

Konzept der Kampagne

Die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) hilft ihren Mitgliedsunternehmen im Rahmen der Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“, diesen Herausforderungen gerecht zu werden. Ziel der Kampagne ist es, die arbeitsbedingten Rückenbelastungen im Unternehmen zu erkennen und zu reduzieren, die Ursachen für Rückenbeschwerden zu beseitigen und damit die Rückengesundheit der Beschäftigten zu fördern. Das Ziel der Kampagne ist deshalb sowohl motivatorischer als auch salutogenetischer Natur und folgt der Logik einer Motivations- und Sensibilisierungsmaßnahme.

Charakteristisch für solche Maßnahmen ist die hohe Zielbindung der Akteure. In-

sofern richten sich die Maßnahmen nicht nur an die Mitgliedsunternehmen der BG RCI, sondern sie sollen die Kampagnenbotschaft von innen (BG RCI) nach außen tragen. Die BG RCI stellt somit sicher, dass die gleichen Maßnahmen und Aktionen innerhalb der Berufsgenossenschaft und in den Mitgliedsunternehmen Anwendung finden.

Die Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ ist die erste Kampagne, die komplett unter dem Dach der 2010 fusionierten Branchen Bergbau, Baustoffe-Steine-Erden, Chemische Industrie, Lederindustrie, Papierherstellung und Ausrüstung sowie Zucker konzipiert wurde und gemeinsam umgesetzt wird. Da diese Branchen jeweils auf eine lange Tradition im Bereich der Prävention von Rückenerkrankun-

gen zurückblicken können, ist es für das Kampagnenteam der BG RCI vornehmliches Ziel, den bereits vorhandenen und erprobten Produkten auch innerhalb der BG RCI zum Durchbruch zu verhelfen. Insofern konnten oftmals erfolgreich eingeführte Produkte aus Teilbranchen der BG RCI angepasst und überarbeitet werden. Diese bewährten Angebote wurden durch die Angebote der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und durch Neuentwicklungen ergänzt.

Kern des Kampagnenkonzepts

Bei den Neuentwicklungen wurde besonders auf die Gestaltung von neuen und interaktiven Medien Wert gelegt. Hierbei gilt es besonders die jugendlichen Beschäftigten im Auge zu behalten und auf die neuen Entwicklungen auf dem Informationsmarkt – Stichwort: Smartphones, Tablet-PCs – zu achten. Dies wurde durch die Produktlinie „Interaktive Medien“ gewährleistet. Dazu gehören die DVD „Fit für Job und Leben: Sonderausgabe Rückengesundheit“ und das interaktive Lernprogramm „Lollo, der gesunde Betrieb“ als „Computer-Based Training“. Im Unternehmen können diese Medien durch die Belegschaft selbstständig abgerufen werden.

Der Kern des Kampagnenkonzeptes umfasst folgende sechs Punkte:

1. Info-Box (alles, was man wissen muss, um die Kampagne zu starten)
2. Printmedien (alles, was man an Informationsbroschüren, Postern, Checklisten braucht)
3. Interaktive Medien (DVDs, Internet, Spiele, Computer-Based Training)
4. Aktionsmedien (alles was ausgeliehen werden kann, zum Beispiel Rückenmobil, Tests)
5. Seminarangebote (alles, was das Unternehmen im Kompetenz-Center „Aus- und Weiterbildung der BG RCI“ besuchen kann beziehungsweise dort speziell angeboten wird)
6. Vorträge (alles, was die Akteure für einen Vortrag, eine Präsentation etc. benötigen).

Diese sechs Bausteine können während der Kampagne bei der BG RCI abgerufen und im Unternehmen eingesetzt wer-

den. Als Ansprechpartner für die Betriebe und für die Akteure der BG RCI wurde ein Kampagnenbüro eingerichtet.

Ein weiteres Kernstück der Kampagne sind die Veranstaltungen und Beratungen, die den Interessenten angeboten werden. Eine interne Auftaktveranstaltung erfolgte bereits. Die externen Kunden werden von der BG RCI im Rahmen der bereits erfolgreich eingeführten Informations- und Motivationsveranstaltungsreihe „Forum protect“ angesprochen.

„Für die Sensibilisierung der Rückengesundheit ist es wichtig, auf rückenbelastende Tätigkeiten aufmerksam zu machen und rückenschonende Aktivitäten zu erlernen und diese in die alltäglichen Gewohnheiten übergehen zu lassen.“

Beide Veranstaltungen sind gleichwertig konzipiert. Das Konzept folgt dem Ziel: „Von individuellen Einzelmaßnahmen für handelnde Beschäftigte zu integrierten systematischen Vorgehensweisen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements“. Für die individuelle Betrachtung wurde als Keynote-Speaker Professor Dietrich Grönemeyer gewonnen. Für den integrativen systematischen Aktionsansatz trägt in allen Veranstaltungen Professor Bernhard Zimolong vor. Beide Vorträge werden durch Statements von betrieblichen Akteuren begleitet. Die einzelnen Bausteine aus dem 6-Punkte-Programm der BG RCI werden im Rahmen eines „Marktplatzes zur Rückengesundheit“ interaktiv vorgestellt. Im Hinblick auf diese Veranstaltungen ist es uns wichtig, den Zugang zu unseren Kunden nicht nur durch reine Informationsveranstaltungen, sondern auch über Theater und Musik zu bekommen. Gemäß dem Motto „Rücken hat jeder“ eignet sich dieses Thema für eine breite motivationale Vorgehensweise besonders.

Startschuss im Februar

Der offizielle Startschuss für die Kampagne der BG RCI erfolgt im Rahmen des „Forum protect“ im Februar 2013. Bereits

im Januar 2013 hat die BG RCI die Kampagne auf der Messe „Domotex“ vorgestellt. Die Präsenz auf Messen, bei denen die Mitgliedsunternehmen ausstellen, gehört bei der BG RCI zum Informationskonzept der Kampagne. Weiterhin gibt es ein breites Angebot an Unterstützung für die Mitgliedsunternehmen bei Aktionstagen, Gesundheitsaktionen und Informationsveranstaltungen.

Für die Sensibilisierung bezüglich der Rückengesundheit ist es nicht nur notwendig zu wissen, welcher Wirbel wo sitzt und warum dieser oder jener Muskel besonders viel Verspannung verursacht. Es ist vielmehr wichtig, verstärkt auf rückenbelastende Tätigkeiten aufmerksam gemacht zu werden, und ganz besonders wichtig ist es, rückenschonende Aktivitäten zu erlernen und diese in die alltäglichen Gewohnheiten übergehen zu lassen. Einzelmaßnahmen greifen dabei zu kurz. Nachhaltig positive Wirkung erreicht nur wenn es gelingt, die Rückengesundheit als Teil der Gesundheit im Unternehmen zu verstehen und sie systematisch zu gestalten.

Dabei hilft die BG RCI durch gezielte Analyse, praxisorientierte Beratung und Unterstützung beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Förderung der Rückengesundheit. ●

Autor



Dr. Helmut Nold

Leiter des Kompetenz-Centers Gesundheitsschutz, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
E-Mail: helmut.nold@bgrci.de

Die Trägerkampagne der Unfallkasse Rheinland-Pfalz

Unfallkasse setzt auf Multiplikatoren und Selbsterfahrung

„Wie bringen wir möglichst viele Versicherte dazu, sich für den eigenen Rücken stark zu machen?“ „Wie erreichen wir, dass Führungskräfte Rückgrat für die Rückengesundheit ihrer Beschäftigten zeigen?“ Mit diesen Fragen setzte sich die Unfallkasse Rheinland-Pfalz im Vorfeld der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ auseinander.

„**M**öglichst viele Menschen für ihre eigene Rückengesundheit sensibilisieren und Bewegung in die Mitgliedsbetriebe, Schulen und Kindertageseinrichtungen bringen“, so lautet das erklärte Ziel der Unfallkasse Rheinland-Pfalz bei der Umsetzung der Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“. Die Unfallkasse setzt auf Selbsterfahrung und Multiplikatorenschulung. Das abteilungsübergreifende Kampagnenteam hat ein Präventionskonzept entwickelt, das aus mehreren Modulen besteht, die sich auch für verschiedene Zielgruppen flexibel einsetzen lassen.

„Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz bringt das Thema auf mehreren Wegen in die Betriebe.“

Kooperationspartner einbinden

Dazu zählen unter anderem die Einbindung des Themas „Rücken“ bei Fachtagungen, Seminare im „Ergonomischen Klassenzimmer“ sowie die enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie dem Landesfeuerwehrverband und der Stadt Andernach, in der die Unfallkasse

ihren Verwaltungssitz hat. So erfolgt der offizielle Auftakt der Kampagne in Rheinland-Pfalz – kurz vor Frühlingsanfang – im Historischen Rathaus Andernach. Dort sollen Beschäftigte der Stadtverwaltung, weiterer Kooperationspartnerinnen und -partner sowie der Unfallkasse selbst aktiv werden. In Form eines Marktplatzes erhalten sie Informationen über die Kampagne und über praktische Möglichkeiten, dem Rücken und der eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz ohne großen Aufwand etwas Gutes zu tun.

Rückengesundheit geht alle Beschäftigten an

„Wir freuen uns, dass die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung das Thema Rückengesundheit aufgreift und praxisorientiert in unsere Betriebe bringt“, sagt Achim Hütten, Oberbürgermeister von Andernach. Der Verwaltungschef räumt der Gesundheit seiner Beschäftigten ohnehin große Bedeutung ein. „Bei uns darf sich jeder seinen Bürostuhl selbst aussuchen – innerhalb eines bestimmten Kostenrahmens. Diese Präventionsmaßnahme trägt zur Rückengesundheit der Beschäftigten bei und vermeidet Therapien und Kosten durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall“, sagt Hütten. „Rückengesundheit geht alle Beschäftigten an, und zwar in allen Tätigkeitsbereichen – sei es am Schreibtisch beziehungsweise auf dem Bürostuhl, im Bauhof oder beim Einsatz unserer Feuerwehrleute“, betont der Oberbürgermeister.

Ein Grund von vielen, warum die Unfallkasse Rheinland-Pfalz das Thema unmit-

telbar in die Betriebe bringen möchte und Multiplikatoren sensibilisiert. „Rücken“ ist zwar schon seit geraumer Zeit stets und überall ein Thema, auch in der Präventionsarbeit. Doch oft fehlt es den Beteiligten an konkretem Handwerkszeug, an Informationen und Hinweisen für den alltäglichen Gebrauch“, erläutert Beate Eggert, Geschäftsführerin der Unfallkasse Rheinland-Pfalz.

Und diese Informationen vermitteln die Präventionsexperten in Rheinland-Pfalz auf mehreren Wegen. Dabei setzen sie auch auf Selbsterfahrung: Ein zentraler Baustein bei Fachtagungen und externen Veranstaltungen – wie zum Beispiel Gesundheitstagen – wird der Einsatz des Alterssimulationsanzugs GERT (Gerontologischer Testanzug) und des Rückenschmerzsimulators ERNST sein. „Die Testpersonen sollen erfahren und darüber berichten, wie es sich anfühlt, wenn der Rücken nicht mehr mitmacht. Wir möchten bewusst Betroffenheit erzeugen und die Menschen anspornen, selbst aktiv zu werden“, erläutert Markus Schulte, Kampagnenleiter bei der Unfallkasse Rheinland-Pfalz.

„Rücken“ als Basismodul bei Fachtagungen

Passende gymnastische Übungen, Anregungen unter dem Motto „Fit am Schreibtisch“, die Darstellung des optimalen Bildschirmarbeitsplatzes sowie der Einsatz mobiler Trainingsgeräte für Koordination und Gleichgewichtssinn sollen Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer informieren und mobilisieren, selbst



Foto: UK Rheinland Pfalz

- ◀ Selbsterfahrung mithilfe des Gerontologischen Anzugs GERT: Franka Gerber, Präventionsmitarbeiterin der Unfallkasse, testet, wie es sich anfühlt.

Tagungsräumen der Unfallkasse statt. Nachmittags geht es ins „Ergonomische Klassenzimmer“ nach Andernach. Die rückengesunde Gestaltung von Klassenzimmern sowie Bewegungsförderung, dynamisches Sitzen und rückengerechtes Arbeiten in Kindertageseinrichtungen sind nur ein Ausschnitt des Themenspektrums in Sachen Rückengesundheit.

„Wir sind uns sicher, über die Kampagne einen großen Teil unserer Versicherten zu erreichen, zumal durch den demografischen Wandel viele Führungskräfte für die Gesundheit ihrer Beschäftigten und für Präventionsarbeit sensibler geworden sind“, betont Andreas Hacker, Leiter der Präventionsabteilung der Unfallkasse Rheinland-Pfalz. ●

aktiv zu werden. „Wir werden das Thema Rücken in zahlreichen Fachtagungen als Basismodul einbinden“, sagt Schulte. Der Einsatz eines durch die Unfallkasse Hessen entwickelten Informationsfilms mit verschiedenen Übungen zum Lockern, Kräftigen und Entspannen ist ebenfalls ein Baustein für Seminare und Fachtagungen.

Ein weiteres Modul wird die Schulung von Multiplikatoren sein, die Aktionen in Mitgliedsbetrieben initiieren. Auch der Landesfeuerwehrverband Rheinland-Pfalz wird mit Unterstützung der Unfallkasse seine Seminarteilnehmer für Rückengesundheit sensibilisieren. Der Landesverband will künftig bewegte

Pausen initiieren und plant weitere Präventionselemente im Seminarbereich.

Ergonomisches Klassenzimmer lädt ein

Was würde sich als Schulungsort für Lehrkräfte besser eignen als das „Ergonomische Klassenzimmer“, das in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) in der Andernacher Grundschule St. Peter entstanden ist. In dem Ende Oktober 2012 eröffneten Vorzeige-Klassenraum wird die Unfallkasse Rheinland-Pfalz Seminare für Pädagogen und auch Erzieherinnen und Erzieher durchführen. Der theoretische Teil findet morgens in den

Autorin



Foto: UK Rheinland-Pfalz

Rike Bouvet

Referatsleiterin Kommunikation, Unfallkasse Rheinland-Pfalz (UK RLP)
E-Mail: r.bouvet@ukrlp.de

Foto: Präventionskampagne: Dein Rücken / Kai Kandler/kombinatrotweiss.de

www.deinruecken.de

UK | BG SVLFG KNAPPSCHAFT

Die Trägerkampagne der VBG

Rundum gestärkt

Eine Reihe von körperlich anspruchsvollen Berufen birgt unmittelbar Risiken für das Muskel-Skelett-System. Aber auch körperlich eher einseitige Tätigkeiten verdienen ein besonderes Augenmerk im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen haben vielfältige Ursachen. Eine Reihe davon findet sich in den Arbeitsbedingungen. Ein großer Teil der Erwerbstätigen – derzeit rund acht Millionen – hebt, trägt, zieht oder schiebt bei der Arbeit schwere Lasten. Auch Arbeiten, die in gebeugter Haltung, in der Hocke oder über Kopf ausgeübt werden, kommen häufig vor, derzeit bei fünf Millionen Erwerbstätigen.

Viele Dienstleistungsberufe stellen nur einseitige Anforderungen an den Körper. Von insgesamt 42 Millionen Erwerbstätigen gehören zum Beispiel langes Stehen bei 19 Millionen und Arbeiten im Sitzen bei 18 Millionen Menschen zu den typischen Anforderungen ihres Berufs.

Es könnte die Vermutung naheliegen, dass der Rückgang schwerer körperlicher Belastungen auch zu einem Rückgang der Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen führt. Dem ist aber nicht so. Solche Erkrankungen nehmen in der Rangliste der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung stabil eine Spitzenposition ein.

Sitzende und andere bewegungsarme Tätigkeiten können zu Unterforderungen des Muskel-Skelett-Systems führen. Die meisten Bemühungen des Trainings, aber auch der Steigerung des Energieumsatzes müssen in der Freizeit erfolgen. Auch wenn immer mehr Menschen regelmäßig Sport treiben, fällt es den meisten schwer, Bewegung und Training fest in ihren Alltag zu integrieren. Dazu kommt, dass der Anteil Übergewichtiger hierzulande als hoch eingestuft wird. So sind derzeit 53 Prozent der Frauen und 67 Prozent der Männer übergewichtig.

Psychische Anforderungen gewinnen an Bedeutung

Tätigkeiten, die verstärkt und überwiegend psychische Anforderungen an die Beschäftigten stellen, nehmen zu. Angesprochen sind also neben den Sinnesorganen auch das Denken, das Lernen, das Gedächtnis, die Konzentration sowie Empfindungen.

Das ist im Grunde positiv. Psychische Arbeitsbelastung fördert die Leistungsfähigkeit, die Arbeitsfähigkeit und die Gesundheit von Erwerbstätigen. Problematisch wird es nur dann, wenn Anforderungen nicht angemessen bewältigt werden können, weil etwa die Rahmenbedingungen in der Organisation nicht optimal sind oder die Person nicht über die geeigneten Leistungsvoraussetzungen verfügt. Dann kommt es beispielsweise zu Überforderungen und im ungünstigsten Fall zu dauerhaftem, nicht zu bewältigendem Stress. Zusammenhänge zwischen Stress bei der Arbeit und gesundheitlichen Auswirkungen sind mittlerweile gut belegt. Psychische Arbeitsbelastung allein führt allerdings selten zu einer spezifischen Erkrankung. Vielmehr sollte von einem komplexen Ursachengefüge ausgegangen werden.

Unter Stress kommt es zur Muskelanspannung. Wenn wir dauernd Stress erleben, uns permanent überlastet fühlen und uns zudem nicht ausreichend erholen und bewegen, kann es kritisch werden. So kann Stress Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen verursachen, mit verursachen oder verstärken.

Schwerpunkte der VBG-Trägerkampagne

Die VBG unterstützt die Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ mit eigenen Schwerpunkten. Die Kampagne spricht sowohl Überforderungen als auch Unterforderungen des Muskel-Skelett-Systems an. Die Maßnahmen verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, auch unter Berücksichtigung psychischer Faktoren. Dabei werden die Belastungen durch Heben und Tragen schwerer Lasten im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie Bewegungsmangel und einseitige Belastungen einen Schwerpunkt bilden.

Die Ausrichtung auf diese Schwerpunkte hat sich auch in Projekten und Kampagnen der Vergangenheit bewährt, zum einen in Arbeitsprogrammen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) sowie zum anderen in der VBG-Schwerpunktaktion „Fit für den Erfolg“.

Im Rahmen der Kampagne wird die VBG verstärkt zur umfassenden Beurteilung der Arbeitsbedingungen beraten. Des Weiteren steht die Beratung zu ergonomisch optimierten Arbeitsplätzen und -abläufen, zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und zum Gesundheitsmanagement im Mittelpunkt. Gesundheitstage und Seminare zu den Schwerpunktthemen runden das Angebot ab.

Wirksame betriebliche Angebote zur Prävention von Rückenbeschwerden

Die Kombination macht's!

Für die Prävention von Muskel-Skelett-Beschwerden und -Erkrankungen ist die Kombination von technischen (Hilfsmittel, höhenverstellbare Schreibtische), organisatorischen (Veränderung der Aufgabengestaltung, Pausenregelungen) und personenbezogenen (Übungen am Arbeitsplatz, Bewegungsangebote, Stressseminare) Maßnahmen am wirksamsten.

Isolierte Lösungen (Bereitstellung von Hilfsmitteln) oder isoliert stattfindende theoretische und praktische Schulungen (Rückenschulen, Stresstrainings, ergonomische Schulungen), die rein darauf setzen, Informationen zu vermitteln, haben geringen bis keinen Einfluss auf Fehlzeiten und Beschwerden. Gewohntes Verhalten lässt sich meist nicht mit isolierten, einmaligen oder kurzzeitigen Maßnahmen verändern.

Bewegungsförderung

Angebote, die Beschäftigte dabei unterstützen, sich langfristig regelmäßig zu bewegen, zahlen sich aus. Fehlzeiten können gesenkt, die Leistungsfähigkeit gesteigert und Beschwerden reduziert werden. Hier lohnen sich Investitionen ohne Zweifel.

Bedarfsgerecht und zielorientiert

Maßnahmen nach dem Gießkannenprinzip anzubieten, zeigt selten die gewünschten Effekte. Legen Sie Ziele, gefährdete Zielgruppen und entsprechende Programminhalte fest. Dementsprechend kann es Angebote für Helfer in der Produktion geben, für Übergewichtige oder für Menschen mit chronischen Beschwerden.

Arbeitsplatzbezug

Angebote sollten einen engen Bezug zur Tätigkeit haben, direkt am Arbeitsplatz stattfinden oder sich gut in den Arbeitsalltag integrieren lassen. Dabei sollte es Spielräume geben, um individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Die Haltung des Arbeitgebers

Dass Führungskräfte in Wort und Tat für einen aktiven Lebensstil eintreten, ist für die Prävention entscheidend. Dabei sind es oft die kleinen Aktionen, die Wirkung zeigen. Nimmt der Chef auch die Treppe, wenn die Aktion „Treppe statt Aufzug“ läuft? Steht meine Führungskraft tatsächlich dahinter, wenn ich an der täglichen Bewegungspause teilnehme?

Beschäftigte beteiligen

Wirksam sind Maßnahmen außerdem, wenn sie unter Beteiligung der Beschäftigten geplant, eingeführt und durchgeführt werden. Denn meistens ist es schwierig, die gewünschten Zielgruppen überhaupt zu erreichen. Noch bevor Verhalten geändert werden kann, gilt es daher, Problembewusstsein und Offenheit für Neues zu fördern. ●



Weitere Infos: www.vbg.de/deinruecken

Autorin



Foto: Thomas Lerch

Jasmine Kix

Referentin Arbeitspsychologie,
Präventionsstab, VBG
E-Mail: jasmine.kix@vbg.de

Aus der Forschung

Netzwerk „Neuheit für Pflege“



Die Unfallkasse NRW entwickelt Netzwerke zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende unter dem Titel „Neuheit für Pflege“.

Ausgangslage

Pflegebedürftig zu werden ist ein Schicksal, das jeden von uns treffen kann. Es gibt rund 2,4 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Fast die Hälfte von ihnen wird zu Hause und ausschließlich von Angehörigen versorgt. Familien gelten somit als „größter Pflegedienst der Nation“.

Die Pflege zu Hause ist eine große Herausforderung – und doch wird sie von vielen Familien angenommen. Allein in Nordrhein-Westfalen (NRW) gibt es mehr als 500.000 Pflegebedürftige. Ohne das große Engagement der Angehörigen wäre die Versorgung von pflege- und hilfsbedürftigen Menschen kaum möglich.

Anlass, Motivation und Leitbild

Die Lebensqualität und Zufriedenheit pflegebedürftiger und behinderter Menschen hängt besonders davon ab, wie selbstständig und selbstbestimmt sie leben und dass sie am Leben der Gemein-

schaft teilnehmen können. Um dieses zu erreichen, brauchen die meisten von ihnen Unterstützung in vielen Bereichen des täglichen Lebens.

Nicht nur für den Kranken verändert sich dann das Leben, sondern auch die Lebensplanung der Angehörigen wird auf den Kopf gestellt. Pflegende Angehörige sind hierbei vielfach erheblich höheren Belastungen ausgesetzt als Pflegefachkräfte. So stehen pflegende Angehörige auch heute noch mit ihren Sorgen und Ängsten weitestgehend alleine da. Neben der fast ununterbrochenen Verfügbarkeit und der daraus entstehenden zeitlichen Überlastung resultiert eine Mehrbelastung vor allem aus der engen Bindung beziehungsweise Abhängigkeit gegenüber der pflegebedürftigen Person. Die sich hierdurch ergebenden psychischen und sozialen Stressoren, aber auch die körperlichen Beanspruchungen addieren sich zu einem umfangreichen Belastungspro-

fil. Auf langer Sicht ist mit Erschöpfungszuständen, Depressionen und einer hohen Unfallquote zu rechnen.

Zielgruppe und Zielstellung

Um die Situation der pflegenden Angehörigen zu verbessern, wurde im Rahmen eines Modellprojektes in Nordrhein-Westfalen im Dezember 2008 das erste Netzwerk zum „Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende“ kurz „Neuheit für Pflege“ initiiert. Das Ziel dieses Projektes sieht die Vernetzung, Nutzung und Erweiterung der für die Pflegebedürftigen bestehenden Strukturen und die Integration des Präventionsgedankens für pflegende Angehörige vor.

Projekt- und Finanzierungsträger

Das Projekt wurde durch eine Trägergruppe geleitet. Beteiligt waren die Städte Dortmund und Solingen, die Barmer GEK, der Ausschuss Altenhilfe der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in NRW, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und beratend die Landesstelle Pflegende Angehörige NRW. Das Projekt wurde von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) finanziell unterstützt und wissenschaftlich durch das Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke begleitet.

Kooperationspartner und Projektentwicklung

Als Erstes wurde eine bundesweite Bestandsaufnahme vorhandener Angebote durchgeführt, um aufzuzeigen, welche Angebote es generell für pflegende Angehörige gibt. Anschließend wurde in den Modellstädten analysiert:

- Welche Angebote gibt es zum Gesundheitsschutz?
- Entspricht dies dem Bedarf der Pflegenden?
- Was fehlt noch?
- Warum werden Angebote nicht angenommen?

Hierzu wurden vor Ort Kooperationspartnergruppen, bestehend aus Pflegeberatungsstellen, Seniorenbüros, ambulanten und ehrenamtlichen Diensten, Wohlfahrtsverbänden und Pflegekassen, gebildet. Diese Arbeitsgruppen schlossen sich zu einem Netzwerk zusammen und entwickelten Programme im Hinblick auf die Gesundheit der Pflegenden. Wichtig hierbei war es, dass es direkte Angebote zum Gesundheitsschutz und keine indirekten Angebote waren.

Um zielgerichtet am Bedarf entwickeln zu können, wurden in beiden Städten Fokusgruppen eingerichtet, die aus pflegenden Angehörigen bestanden. Sie hatten die Aufgabe, sich aktiv an den Ideen und Entwicklungen zu beteiligen. Ein wichtiger Baustein für die Öffentlichkeitsarbeit war die Einrichtung einer Webseite.

Portal für die pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige brauchen in erster Linie Informationen, Beratung, Entlastung und Unterstützung (direkte Angebote zum Gesundheitsschutz). Der Fokus liegt auf dem Wohlergehen der Pflegenden. Um die psychische und körperliche Gesundheit der Angehörigen zu schützen und deren Engagement zu stärken, wurde die Homepage „Neuheit für Pflege“ entwickelt.

Das Portal beinhaltet einen öffentlichen Bereich, der speziell an alle pflegenden Angehörigen gerichtet ist. Dort findet man Themen und aktuelle Informationen zum Gesundheitsschutz, zur Organisation der häuslichen Pflege sowie Informationen aus den Städten und der Unfallkasse NRW.

Um den tatsächlichen Bedarf der pflegenden Angehörigen ermitteln zu können, gibt es für die Betroffenen die Möglichkeit, eigene Wünsche zu äußern. Das Portal ist gleichzeitig ein Wegweiser zu den aktuellen Angeboten und Beratungsstellen in den jeweiligen Projektstädten. Durch die Vernetzung zu den lokalen Angeboten

und Informationen bietet die Webseite einen Zugang zu direkten Beratungspartnern und entlastenden Diensten.

Im nicht öffentlichen Bereich gibt es ein spezielles Forum für die Träger und Kooperationspartner. Es dient dazu Fachwissen aufzubauen und neue Ideen auszutauschen, sowie eine nachhaltige aktive Vernetzung der Träger und Kooperationspartner zu sichern.

Netzwerkarbeit

Die von unterschiedlichen Organisationen getragenen, an verschiedenen Fragestellungen lokal arbeitenden Einrichtungen bilden im Interesse des Gesundheitsschutzes nicht erwerbsmäßig Pflegenden ein Netz. In diesem Netz kann der Präventionsgedanke für nicht erwerbsmäßig Pflegenden durch verschiedene, innovative Methoden verwirklicht und durch die Vernetzung optimal aufeinander abgestimmt werden.

Die Vernetzungsarbeit beinhaltet:

1. Regelmäßige Treffen (der Träger sowie der Kooperationspartner) zur Abstimmung, zum Austausch, zur Reflexion und Weiterentwicklung von lokalen Programmen zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegenden
2. Unterhaltung einer Ideenbörse durch die Träger im Internet
3. Bildungsangebote wie Fachtagungen, Workshops oder Fachforen
4. Bereitstellung von Seminarangeboten für Leiterinnen und Leiter von Pflegekursen und Beratungsstellen
5. Vermitteln und/oder bereitstellen von Referentinnen und Referenten für die Beratung und Schulung von nicht erwerbsmäßig Pflegenden zu speziellen Präventionsthemen (zum Beispiel Stressbewältigung, Arbeitsorganisation)
6. Unterstützung bei Aktionen vor Ort

Durch die Beteiligung der Kommunen ist die Vernetzung mit den Pflegestützpunkten gewährleistet.

Fazit

Es ist wünschenswert, dass auch andere Kommunen und Unfallversicherungsträger einen Schwerpunkt auf die Gesundheit pflegender Angehöriger legen und sich an diesem Projekt orientieren. Es hat sich herausgestellt, dass die Netzwerkbildung durch eine trägerunabhängige Institution vorteilhaft ist.

Die Kommunen haben den Auftrag, das gesundheitliche Wohlergehen weitgehend sicherzustellen. Hochrechnungen zeigen einen deutlichen Anstieg von Menschen mit Pflegebedarf – das führt zu steigenden Ausgaben für die kommunalen Haushalte, besonders durch vollstationäre Pflege. Im Gesetz heißt es „ambulant vor stationär“. Es sollte daher alles getan werden, um die häusliche Pflege zu stützen. So rückt die Prävention prioritär in den Vordergrund. ●



Weitere Informationen zu Produkten aus dem Projekt finden Sie auf der Homepage „Neuheit für Pflege“ www.unfallkasse-nrw.de/pflegende-angehoerige

Autorin



Foto: Frank Menke

Alexandra Daldrup

Referentin Gesundheitsschutz für Pflegekräfte, Unfallkasse NRW
E-Mail: a.daldrup@unfallkasse-nrw.de

Die Fachbereiche der DGUV

Die Arbeit hat begonnen

In den vergangenen Ausgaben stellten wir den Leserinnen und Lesern die neuen Fachbereiche der DGUV vor. Zum Abschluss der Serie beleuchten wir das Selbstverständnis und die Arbeitsweisen der neuen Organisationsform sowie ihre Vernetzung im Bereich der Prävention.

Alle 15 Fachbereiche der DGUV haben ihre Arbeit aufgenommen. Sie umfassen neben den Unfallversicherungsträgern die Sozialpartner, Bund und Länder, Hersteller, Betreiber und betroffene Kreise wie zum Beispiel Verbände (siehe **Abbildung 1**).

Themen mit politischer, erheblicher finanzieller oder grundsätzlicher Bedeutung werden vom Fachbereich selbst beraten und freigegeben. Entsprechend sind in den Fachbereichen zum Beispiel die Sozialpartner feste Bestandteile.

Die Sachgebiete als spezifische Arbeitsebenen der Fachbereiche sind dagegen das Feld der fachlichen Expertenarbeit der beteiligten Unfallversicherungsträger, zu der im Bedarfsfall weitere berührte Kreise sowie Experten und Expertinnen hinzugezogen werden (siehe **Abbildung 2**).

Verbindliche Fachmeinung zu Sicherheit und Gesundheit

In den Fachbereichen fließen die präventionsrelevanten Erkenntnisse der beteiligten Institutionen und Experten zusammen und bilden damit eine hervorragende Grundlage für die Beratung und Unterstützung der DGUV und ihrer Mitglieder. Die Fachbereiche sollen dabei eine für alle Unfallversicherungsträger verbindliche, einheitliche und gesicherte Fachmeinung bilden und die fachlichen Interessen aller Unfallversicherungsträger vertreten.

In der Praxis bedeutet das: Es führt kein Weg vorbei an den Fachbereichen, wenn es um die einheitliche Fachmeinung der DGUV zu Fragen von Sicherheit und Gesundheit geht, die für mehr als einen Unfallversicherungsträger Bedeutung ha-



Quelle: Bindzius/Dreier, DGUV

Abbildung 1: Zusammensetzung der Fachbereiche

Zu den Sitzungen der Fachbereiche können erforderlichenfalls zusätzliche Vertretungen und Sachverständige eingeladen werden.

ben. Solche Fragen werden daher an den zuständigen Fachbereich zur Stellungnahme oder Erledigung gegeben.

Andererseits ist es Aufgabe der Fachbereiche, die vorhandenen, möglicherweise auch konträren Meinungen der Unfallversicherungsträger sowie interessierter Kreise und Experten aufzunehmen und im Bildungsprozess einer gemeinsamen Fachmeinung aktiv und treuhänderisch im Sinne des Grundsatzes „Einer für alle“ einzubeziehen.

Die von einem Fachbereich gebildete Fachmeinung wird je nach Sachlage gegebenenfalls von den Entscheidungsgremien der DGUV, an oberster Stelle die Mitgliederversammlung, beraten und beschlossen. Zwei Beispiele, wo die Fachmeinung der DGUV eingebracht wird, sind die staatlichen Ausschüsse und die Normungsgremien. Hier muss künftig eine

enge Zusammenarbeit der Fachbereiche mit den die DGUV vertretenden Personen in den Ausschüssen und Gremien erreicht werden.

Die Fachbereiche der DGUV sollen eine für alle Unfallversicherungsträger verbindliche, einheitliche und gesicherte Fachmeinung bilden und die fachlichen Interessen aller Unfallversicherungsträger vertreten. Dieser zentrale Grundsatz prägt die Rolle und Bedeutung der Fachbereiche ganz entscheidend, sowohl innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung als auch an den Verbindungsstellen zu anderen Akteuren im Bereich von Sicherheit und Gesundheit.

Das Rollenverständnis der Fachbereiche der DGUV

Die Fachbereiche sind Einrichtungen der DGUV, ihre Federführung liegt jedoch in der Regel jeweils bei einem einzelnen ihrer Mitglieder. Insbesondere die Leitungen der Fachbereiche gehören daher meist der Leitungsebene der Prävention einzelner Unfallversicherungsträger an, in ihrer besonderen Funktion innerhalb des Fachbereichs vertreten sie in Personalunion gleichzeitig treuhänderisch alle Mitglieder der DGUV.

Was einfach klingt, muss zur Vermeidung von Missverständnissen in der Praxis für die Beteiligten stets klar sein: Ist eine Bewertung aus Sicht eines einzelnen Unfallversicherungsträgers oder im Falle der Fachbereiche die gemeinsame Sicht aller Unfallversicherungsträger gefragt? Wer das Kompetenznetzwerk der DGUV vertritt, trägt Sorge dafür, dass unterschiedliche Sichtweisen, Bewertungen und Interessenlagen – zum Beispiel begründet durch die spezifischen Bedingungen einzelner Branchen – in eine gemeinsame Fachmeinung einfließen und gemeinsame Lösungen gefunden werden.

Die Sachgebiete arbeiten projektbezogen

Innerhalb der Sachgebiete werden vom Fachbereich in der Regel zeitlich befristete Projektgruppen aus dem Kreis der benannten Expertinnen und Experten mit einem klar definierten Auftrag eingesetzt.

Diese projektbezogene Arbeitsweise hat konkrete Auswirkungen: Sitzungen der Sachgebiete finden nur bei Bedarf und projektbezogen statt. Ebenen unterhalb der Sachgebieteebene, zum Beispiel ständige Arbeitskreise, sind nicht vorgesehen – bestehende Arbeitskreise aus früheren Strukturen werden bei Bedarf in die neue Arbeitsweise überführt. Auch der fachliche Erfahrungsaustausch in den Sachgebieten findet projektbezogen statt, zum Beispiel in Form von Fachveranstaltungen.

Der DGUV Grundsatz 401 „Fachbereiche und Sachgebiete der DGUV“¹ gibt dazu den Rahmen vor und bietet Gestaltungsspielräume. Damit die Transparenz dieser Arbeitsweise voll zum Tragen kommt, ist eine fachbereichsübergreifende Informationsplattform geplant, auf der die aktuellen und abgeschlossenen Projekte der Sachgebiete in einheitlicher Form dargestellt und schnell recherchiert werden können.

Engagement der Akteure würdigen

Die beschriebene Arbeitsweise der Sachgebiete fördert, dass die Federführung und maßgebliche Mitwirkung projektbezogen bei unterschiedlichen Mitgliedern der DGUV und beteiligter Kreise liegen kann, sowohl fachlich als auch finanziell und personell.

Ein Beispiel hierfür sind Schriften der DGUV, die im Fachbereich erarbeitet wer-

den. Für die Bereitschaft zu solchem Engagement wird es wichtig sein, dieses anzuerkennen: „Beschlissen vom Fachbereich ..., erarbeitet unter Federführung der Institution ... unter maßgeblicher Mitwirkung der Institutionen...“ – so oder ähnlich könnte zum Beispiel eine Formel im Impressum von Schriften der DGUV lauten, die die Rolle der beteiligten Institutionen würdigt und gleichzeitig den Nutzern dieser Produkte deutlich macht, dass hier eine gemeinsame Fachmeinung aller relevanten Kreise geboten wird.

Die Würdigung der Institutionen wird neben dem Mehrwert durch eine hohe Qualität und Akzeptanz für die Produkte der DGUV eine wesentliche Grundlage dafür sein, dass sich die mitwirkenden Institutionen nachhaltig in den Fachbereichen engagieren.

Jahresbericht und Internetpräsenz informieren

Der ab dem Berichtsjahr 2013 veröffentlichte Jahresbericht der Fachbereiche wird in prägnanter Form Auskunft über die Arbeit der Fachbereiche geben und die Abstimmung der Arbeiten mit denen anderer Fachgremien fördern.

Zielgruppe des Berichts wird neben den Gremien der DGUV die Fachöffentlichkeit sein, insbesondere das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die staatlichen Arbeitsschutzbehörden der Länder, die Kommission Arbeitsschutz und ▶

„Es führt kein Weg vorbei an den Fachbereichen, wenn es um die einheitliche Fachmeinung der DGUV zu Fragen von Sicherheit und Gesundheit geht, die für mehr als einen Unfallversicherungsträger Bedeutung haben.“



Quelle: Bindzius/Dreier, DGUV

Abbildung 2: Zusammensetzung der Sachgebiete

Im Bedarfsfall können Experten und weitere berührte Kreise, insbesondere aus der Selbstverwaltung oder Vertretungen der Sozialpartner, hinzugezogen werden.

„In den Fachbereichen fließen die präventionsrelevanten Erkenntnisse der beteiligten Institutionen und Experten zusammen und bilden damit eine hervorragende Grundlage für die Beratung und Unterstützung der DGUV und ihrer Mitglieder.“



- 1 DGUV: DGUV Grundsatz 401 „Fachbereiche und Sachgebiete der DGUV – Organisation und Aufgaben“, Berlin 2011.
- 2 DGUV: Fachbereiche der DGUV, www.dguv.de/inhalt/praevention/fachbereiche, 12/2012.
- 3 Nationale Arbeitsschutzkonferenz: Leitlinienpapier zur Neuordnung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz, 2011.

Normung (KAN), die Verbände der Krankenkassen und andere auf Bundesebene tätige Spitzenverbände mit Berührung zu Sicherheit und Gesundheit.

Ausführliche Darstellungen besonderer Projekte, Aktivitäten und Produkte der Fachbereiche erfolgen zum Beispiel im Rahmen der Internetauftritte. Für alle Fachbereiche stehen bereits heute Basisinformationen und Angaben zu Ansprechstellen im Internet bereit.² Einige Fachbereiche haben darüber hinaus bereits Internetportale aufgebaut. Eine europäische, webbasierte Internetplattform mit dem Arbeitstitel „Präventionsforum+“ ist angekündigt. Sie soll auf einer öffentlichen Plattform eine für den Bereich der Prävention spezialisierte Suchmaschine anbieten und in einem geschlossenen Bereich Werkzeuge für die standortübergreifende Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Fachbereichen bieten. Auch die angesprochene Projektdatenbank könnte hier ihre Plattform finden.

Zentrale Koordinierungsinstrumente etabliert

Für einen intensiven Erfahrungsaustausch innerhalb des Kompetenznetzwerkes haben sich zwei zentrale Elemente etabliert: Im Koordinierungskreis Fachbereiche beraten die Fachbereichsleitungen insbesondere Vorschläge für Beschlüsse und Entscheidungen zur Vorlage an die Präventionsleiterkonferenz.

Diese Vorschläge betreffen das gemeinsame Vorgehen sowie Themen der Fachbereiche grundsätzlicher Art. Das zweite Element des Erfahrungsaustausches ist die Jahrestagung der Fachbereiche und Sachgebiete, die sich an deren Leitungen sowie an die Vertretungen der DGUV wendet. Die Jahrestagung informiert über Beschlüsse der Gremien sowie über Entwicklungen in Bereichen, die die Arbeit in den Fachbereichen betreffen, zum Beispiel in den staatlichen Ausschüssen, im Vorschriften- und Regelwerk der DGUV, in der Öffentlichkeitsarbeit sowie in der Forschung und Normung.

Die Fachbereiche und das Vorschriften- und Regelwerk

Im Vorschriften- und Regelwerk der DGUV stehen große Veränderungen an. Die Änderung des §15 Sozialgesetzbuch VII und in Folge das im Jahr 2011 gemeinsam von Bund, Ländern und DGUV unterzeichnete Leitlinienpapier zur Neuordnung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz setzen neue Rahmenbedingungen.³

Die Umsetzung wird wesentlich von den Fachbereichen erarbeitet und damit die Fachbereiche und deren zuständige Sachgebiete in den kommenden Jahren intensiv beschäftigen. Alle bestehenden Schriften des Vorschriften- und Regelwerks der DGUV werden zudem voraussichtlich Ende 2013 in ein neues Nummerierungssystem überführt, welches die Art der Schrift und den bei Fragen der fachlichen Auslegung und Erläuterung zuständigen Fachbereich schon aus der Nummer erkennen lässt.

Betroffen sind – neben zahlreichen Vorschriften – circa 170 Regeln und etwa 1.000 Informationen und Grundsätze der DGUV. In einem ersten Schritt werden zurzeit alle Bestandsschriften des

Vorschriften- und Regelwerks je einem Sachgebiet zugeordnet. Anschließend wird geprüft, ob die Schrift auch im künftigen Vorschriften- und Regelwerk der DGUV geführt werden soll oder zum Beispiel als Informationsschriften einzelner Träger im Rahmen von deren Selbstständigkeit.

Das Produktportfolio des künftigen Vorschriften- und Regelwerkes der DGUV beinhaltet wie bisher Vorschriften, Regeln, Informationen und Grundsätze. Neu ist unter anderem, dass im Gegensatz zu bisherigen BG- und GUV-Informationen die künftigen DGUV-Informationen stets vom zuständigen Sachgebiet erarbeitet beziehungsweise geprüft und vom Fachbereich beschlossen werden. Es gilt auch hier der Grundsatz „Einer für alle“, im Interesse einer aktuellen, einheitlichen Fachmeinung bei der Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit für die Versicherten in den Betrieben und Einrichtungen. ●

Autor



Foto: Privat

Dr. Jochen Appt

Stellvertretender Leiter der Abteilung Sicherheit und Gesundheit, DGUV
E-Mail: jochen.appt@dguv.de

Bewegte Zeiten

Zuständigkeits- und Beitragsrecht zwischen Kontinuität und Reform

Gesellschaft, Politik und Technologie unterliegen einem schnellen und durchgreifenden Wandel. Die gesetzliche Unfallversicherung kann sich dem nicht entziehen.

Zusammenfassung

Die Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Dr. Ursula von der Leyen, hat die gesetzliche Unfallversicherung anlässlich ihres 125-jährigen Bestehens im Jahr 2010 als die „große Stille“ bezeichnet. Doch ist es heute gar nicht mehr so still um diesen Zweig der Sozialversicherung. Ihre Besonderheiten erscheinen inzwischen manchen eher skurril; deren Hintergründe sind vielfach nicht (mehr) bekannt.

Nicht zuletzt deshalb treten Fragen der Zuständigkeit von Unfallversicherungsträgern für bestimmte Unternehmen beziehungsweise Unternehmensarten, die Trägerstruktur und die Beitragsgestaltung der gesetzlichen Unfallversicherung immer häufiger in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Der Artikel beleuchtet die Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Zuständigkeits- und Beitragsrecht etwas näher. Der Verfasser erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Dies greift indes zu kurz und ist allenfalls Ausdruck eines bestimmten Zeitgeistes, nicht jedoch eines rationalen Vergleichs.

Was bewegt aktuell die Welt der gesetzlichen Unfallversicherung außerhalb der Aufgabenfelder Prävention, Rehabilitation und Entschädigung?

Zunächst einmal: Sehr viel. Im Folgenden sollen vier Bereiche dargestellt werden, in denen insbesondere die Gesetzgebung, aber auch Vorfeldaktivitäten die gesetzliche Unfallversicherung verändert haben beziehungsweise noch verändern werden. Dies erfolgt zwar in unterschiedlichem Ausmaß, erfordert aber in allen Fällen erhebliche Anpassungsmaßnahmen.

1 Einleitung

Welcher Unfallversicherungsträger ist für welche Unternehmensarten zuständig? Wie werden Beiträge erhoben und geprüft? Welche Auswirkungen haben die Quantensprünge in der Informations- und Kommunikationstechnologie auf Träger und Verband? Können wir die zunehmend europarechtlich geprägte Gesetzgebung angemessen umsetzen?

Die Liste derartiger Fragen ließe sich fast beliebig fortsetzen. Dahinter steht aber letztlich immer eine Kernfrage: Wie wirken sich einschneidende Veränderungen der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Umstände auf die gesetzliche Unfallversicherung aus?

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Solche Veränderungen gab es seit Anbeginn der Unfallversicherung am Ende des 19. Jahrhunderts. Und doch hat sich etwas verändert. Es ist das Tempo, in dem

bisherige Grundsätze und bestehende Strukturen hinterfragt und auch verändert werden.

Natürlich steht die gesetzliche Unfallversicherung nicht unter „Denkmalschutz“ – und das ist sicher auch gut so. Denn gerade im Bereich der Sozialversicherung ist die Anpassung an veränderte Umstände notwendig, um den dynamischen Begriff des Sozialstaates mit passenden, zielgenauen Inhalten zu füllen.

Umgekehrt weisen die Regelungen zur Umsetzung des Sozialstaatsgebotes keine Angaben zur Mindesthaltbarkeit auf, deren Ablauf zwangsläufig zur „Entsorgung“ führt. Bewährtes wird nicht dadurch schlecht, dass es bereits seit längerer Zeit besteht. Ein geflügeltes Wort lautet: Das Bessere ist der Feind des Guten. Manchmal kann man sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, dass die Adjektive „neu“ und „besser“ synonym gebraucht werden.

2 Organisation

Werfen wir einen Blick zurück in die jüngere Vergangenheit. Vor wenigen Jahrzehnten war die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland ein in jeder Hinsicht vielschichtiges Wesen. Ihr gewerblicher, öffentlicher und landwirtschaftlicher Zweig bestand jeweils aus einer Vielzahl eigenständiger Unfallversicherungsträger.

Noch vor etwas mehr als acht Jahren betreuten 35 Berufsgenossenschaften die verschiedenen Branchen der gewerblichen Wirtschaft. Die damit verbundene Spezialisierung, insbesondere im Hinblick auf eine zielgenaue Unfallverhütung, müssen die inzwischen nur noch neun gewerblichen Berufsgenossenschaften jetzt durch andere Maßnahmen sicherstellen. Begleitet wurde diese Entwicklung von einer gesetzlichen Vorgabe.¹ ▶

KONTINUITÄT

In einem ähnlichen Konzentrationsprozess befinden sich die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Gab es Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts noch 52 öffentliche Träger, so hat sich deren Zahl bis zum Jahresbeginn 2012 auf 26 halbiert. Sämtliche Eigenunfallversicherungsträger größerer Kommunen, viele kommunale Träger und nicht zuletzt eine ganze Reihe von Feuerwehr-Unfallkassen wurden in größere Einheiten integriert.

Die noch bestehenden drei bundesunmittelbaren Unfallkassen sollen durch die Fusion zweier Träger² und die Vereinigung des dritten Trägers mit einer gewerblichen Berufsgenossenschaft³ bis 2016 auf eine reduziert werden. Auch hier hatte der Gesetzgeber konkrete Zielzahlen für die zukünftige Organisationsstruktur aufgestellt.⁴

Nachdem das Ziel für die gewerblichen Berufsgenossenschaften zwischenzeitlich

erreicht wurde und das für die bundesunmittelbaren Unfallkassen in Sichtweite gekommen ist, steht zu erwarten, dass die Vereinigungen der landesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand jetzt verstärkt in den Fokus des Bundesgesetzgebers geraten.

Die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist seit Jahresbeginn gemeinsam mit der landwirtschaftlichen Alterssicherung, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Pflegeversicherung in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau aufgegangen.⁵ Eigenständige landwirtschaftliche Unfallversicherungsträger (1990 gab es insgesamt 20, zuletzt noch neun) bestehen nicht mehr. Hierbei spielen naturgemäß die Besonderheiten der eigenständigen landwirtschaftlichen Sozialversicherung eine bestimmende Rolle.

Der Prozess der Trägerfusionen (siehe [Abbildung 1](#)) in der gesetzlichen Unfallversicherung ist nicht rückholbar. Er zeichnet die Konzentrationsprozesse nach, die in anderen Bereichen wie der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung seit Jahren stattfinden.

Allerdings wird man fragen müssen, ob und wann das „Ende der Fahnenstange“ erreicht ist. Denn letztlich geht es darum, Bürgernähe und Verwaltungseffizienz in Einklang zu bringen. Und eine Verwaltung, die sich ob ihrer schier Größe in erheblichem Maße mit sich selbst beschäftigt, kann nicht das Ziel sein. Insbesondere dann nicht, wenn Menschen mit ihren individuellen Schicksalen im Vordergrund stehen sollen und nicht Versicherungsnummern. Es widerspräche auch dem Gedanken der Selbstverwaltung, wenn in dieser immer weniger Branchen und Gewerbebezüge vertreten sind.

„Innerhalb von gut 20 Jahren hat sich die Zahl der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch Fusionen und andere Zusammenschlüsse um zwei Drittel verringert.“

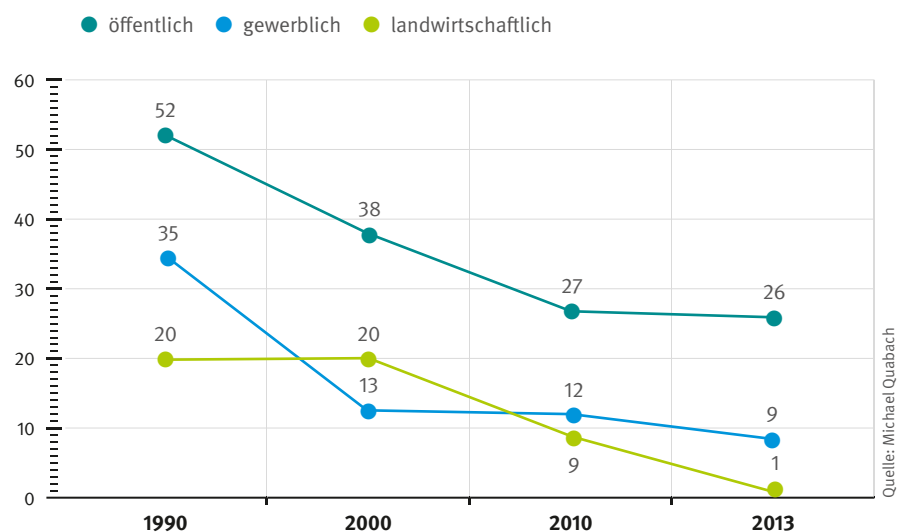


Abbildung 1: Die Zahl der Unfallversicherungsträger hat sich durch Fusionen seit 1990 erheblich verringert.

REFORM



3 Zuständigkeit

Wer kennt sie nicht, die Bürokratenwitze, die unweigerlich darin münden, dass Vertreterinnen oder Vertreter der Bürokratie ihre Zuständigkeit in Abrede stellen und die Ratsuchenden allein im Gestrüpp der Verwaltung herumirren lassen. Böse Zungen behaupten, auch die Zuständigkeiten der Unfallversicherungsträger für Unternehmen oder Versicherte glichen einem Labyrinth.

Doch verkennt diese Ansicht zwei wesentliche Punkte. Zum einen den Umstand, dass die Zuständigkeiten in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle absolut problemlos erkennbar und benennbar sind. Wo dies ausnahmsweise nicht der Fall ist, steckt dahinter oftmals ein „Luxusproblem“. Die gesetzliche Unfallversicherung hat nämlich zum anderen im Laufe ihrer Existenz fast alle Lebensbereiche und -situationen durchdrungen.

Auch wenn die klassische „Beschäftigtenversicherung“ weiterhin zahlenmäßig deutlich überwiegt, so steht heute eine Vielzahl von Tätigkeiten für oder zugunsten Dritter unter Versicherungsschutz, ohne dass diese erwerbsmäßig ausgeübt werden. Der Gesetzgeber hat den Kreis der gegen Arbeitsunfall und Berufskrankheiten versicherten Personen bewusst und gezielt ausgeweitet. Damit trug er sozial- wie gesellschaftspolitischen Erwägungen Rechnung. Dies zeigt sich auch darin, dass seit einigen Jahren nahezu jedes größere Gesetzgebungsvorhaben mit Bezug zur Unfallversicherung einen erweiterten oder erstmaligen Versicherungsschutz für bestimmte Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen oder Teilnehmer an Freiwilligendiensten enthält.⁶ Dies ist zu begrüßen.

Allerdings führt das Nebeneinander unterschiedlicher Anknüpfungspunkte für den Versicherungsschutz immer wieder dazu, dass Zuständigkeiten zwischen den jeweils einschlägigen Trägern abzugrenzen sind. Hierfür steht aber zumeist nur das gesetzliche Instrumentarium zur Verfügung, das auf den „Normalfall“ der Beschäftigung abstellt und andere Konstellationen nicht immer zureichend erfasst.

„Das Konzept der Selbstverwaltung zur Ablösung des Moratoriums hat Eingang in das SGB VII gefunden.“

Daneben erfordert die wirtschaftliche Entwicklung eine regelmäßige Anpassung der Strukturen der Unfallversicherung. So entstand mit der Privatisierung von Teilen der öffentlichen Verwaltung die Frage, unter welchen Bedingungen die rechtliche Verselbstständigung von bisherigen Verwaltungsbestandteilen die Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand aufhebt und zugleich die der (gewerblichen) Berufsgenossenschaften begründet.

Der Gesetzgeber hat sich mit dieser Frage über lange Zeit schwergetan. Folge war ein Zustand, der weder als rechtssicher noch als systematisch begründet zu bezeichnen war. Nach jahrelanger „Lähmung“, zuletzt in Form des sogenannten „Moratoriums“, konnte hier erst zu Beginn dieses Jahres ein großer Schritt in Richtung auf Rechtssicherheit und Praktikabilität getan werden.

Formell wurde der „gordische Knoten“ durch das Zweite Gesetz zur Änderung

des Siebten Buches Sozialgesetzbuch vom 5. Dezember 2012⁷ durchschlagen. Doch wurde das Schwert – um im Bild zu bleiben – nicht allein von der Hand der Legislative geführt. Vielmehr war es das (sogar gesetzlich eingeforderte⁸) Konzept der Selbstverwaltung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), das als eine von allen Seiten akzeptierte dauerhafte Abgrenzung der Zuständigkeiten Eingang in das Siebte Buch Sozialgesetzbuch gefunden hat.

Natürlich ist die Selbstverwaltung kein Ersatzgesetzgeber. Aber sie verfügt über eine große Sachnähe und bündelt seit jeher widerstreitende Interessen. Um zu einem Interessenausgleich zu kommen, bedarf es stets eines gegenseitigen Grundvertrauens. Hier hat nicht zuletzt die 2007 durch freiwilligen Zusammenschluss entstandene DGUV als gemeinsamer Spitzenverband der öffentlichen und gewerblichen Unfallversicherungsträger ein erhebliches Potenzial erschlossen, das es zu nutzen gilt. Denn letztlich sollte nicht von Bedeutung sein, wer einen Vorschlag macht, sondern ob dieser ein Problem nachhaltig löst oder nicht.

Im konkreten Fall liefern die Mitglieder der DGUV nicht nur den Lösungsansatz, sondern gestalten zusätzlich dessen Umsetzung aktiv mit. Zuletzt wurden die notwendigen Schritte zu einer einheitlichen Ausgestaltung des Umsetzungsprozesses erörtert. Wie dies zu gewährleisten ist, war eines der Hauptthemen des letzten „Berliner Herbstes“. Zu dieser Veranstaltung treffen sich alljährlich leitende Beschäftigte der öffentlichen und gewerblichen Unfallversicherungsträger, um sich über aktuelle und wichtige Fragen der Zuständigkeit und des Beitragswesens auszutauschen. ▶

In der Folge dieser Veranstaltung haben die Träger vereinbart, die durch die Rechtsänderungen notwendigen Wechsel der Versicherungsträger („Überweisungen“) zu einem einheitlichen Zeitpunkt wirksam werden zu lassen.

Ebenfalls einen großen Stellenwert beim Berliner Herbst 2012 hatte die Ausweitung des Versicherungsschutzes für ehrenamtlich Tätige. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regten hierzu zwei begleitende Maßnahmen an. So solle der jetzt an einer Vielzahl von Stellen im Gesetz verankerte Versicherungsschutz für ehrenamtlich tätige Personen in einer möglichst einheitlichen Regelung zusammengefasst werden. Auf diese Weise ließen sich auch Lücken beim Versicherungsschutz schließen.

Sinnvoll sei weiterhin, nicht nur den Versicherungsschutz in das Gesetz aufzunehmen, sondern zugleich eine ausdrückliche Regelung zum zuständigen Unfallversicherungsträger zu treffen.

4 Andere Rechtskreise

Bedeutsame Auswirkungen auf das Wirken der gesetzlichen Unfallversicherung gehen auch von anderen Rechtskreisen beziehungsweise -materien aus. Prominentestes Beispiel ist das europäische Recht. Kein Rechtsgebiet, das nicht in erheblichem Maße von den europäischen Rechtsgrundlagen sowie der Rechtsetzung und Rechtsprechung in Europa geprägt ist. Und doch muss immer wieder auf die Folgen für die deutsche gesetzliche Unfallversicherung hingewiesen werden. Ein Dauerbrenner ist dabei die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vom 29. April 2004⁹, deren Inhalte seit Jahren bekannt, aber erst zum 1. Mai 2010 umfassend in Geltung getreten sind.¹⁰

Die Verordnung sieht unter anderem vor, dass versicherte Tätigkeiten in mehreren Mitgliedsstaaten der Union regelmäßig nur dem Sozialversicherungsrecht eines einzigen Staates unterliegen sollen.

Ist ein inländischer Versicherungsträger für ein Unternehmen im Ausland zuständig, erwachsen daraus erhebliche Konsequenzen. Im Extremfall haben Unterneh-

men und Versicherungsträger überhaupt keine Kenntnis von ihrer Verbindung. Und wenn doch, so ist es auch in einem Europa ohne Schlagbäume nicht immer leicht, grenzüberschreitende Beziehungen zu gestalten. Unterschiedliche Rechtssysteme machen die Überwindung territorialer Grenzen nicht immer leicht. Dies gilt im besonderen Maße, wenn Pflichten durchzusetzen sind. Das Einholen von notwendigen Informationen, die Einhaltung der Schutzpflichten der Unternehmen und nicht zuletzt der Beitragseinzug stellen hier regelmäßig Hürden dar, die zwar nicht unüberwindbar, aber oftmals nur mit einigem Aufwand zu nehmen sind.

„Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erfordert die Überwindung territorialer Grenzen – aber viele Fragen sind noch offen.“

Auch die gesetzliche Unfallversicherung steht dabei vor nicht unerheblichen Problemen. Und nicht allen Akteuren sind diese Schwierigkeiten ausreichend bewusst. Auch beim Berliner Herbst 2012 (siehe oben) wurde wieder deutlich, dass hier ein erheblicher Nachholbedarf an Wissenstransfer besteht. Der oft strapazierte „Mut zur Lücke“ ist hier kein tragfähiges Werkzeug zur Gestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen den Unfallversicherungsträgern und den nicht im Inland ansässigen Unternehmen.

Außerdem steht an einigen Punkten noch die Klärung grundsätzlicher Fragen der Gesetzesauslegung im Spannungsfeld zwischen nationalem und supranationalem Recht an.

So beschäftigt sich beispielsweise der Ausschuss „Rechtsfragen“ der Geschäftsführerkonferenz der DGUV aktuell mit der Frage, ob die innerstaatlichen Zuständigkeitsabgrenzungen für Unternehmen mit Beteiligung der öffentlichen Hand auch auf Unternehmen im Ausland Anwendung finden. Dabei ist zu klären, ob das vorbestehende nationale Zuständigkeits-

recht die sich aus dem Europarecht ergebenden Zuständigkeiten für Unternehmen im Ausland (ausreichend) erfasst oder hier eine Gesetzeslücke besteht.

Doch ist es nicht allein die Entwicklung europäischen Rechts, die es zu beachten gilt. Auch innerstaatlich stellen Gesetzesänderungen immer wieder besondere Herausforderungen für die Arbeit der Unfallversicherungsträger dar. Dies gilt in besonderem Maße für die Vollstreckung offener Beitragsansprüche.

Deutliche Veränderungen der Zivilprozessordnung, der Abgabenordnung und weiterer begleitender Gesetze enthält das Gesetz zur Reform der Sachaufklärung in der Zwangsvollstreckung vom 29. Juli 2009.¹¹ Es ist in seinen wesentlichen Teilen zum Jahresbeginn in Kraft getreten.

Das Gesetz soll unter anderem die Vollstreckung von Forderungen erleichtern. Es enthält Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Aufenthaltsortes des Schuldners sowie ein erweitertes Auskunftrecht gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung (Feststellung des derzeitigen Arbeitgebers), dem Bundeszentralamt für Steuern (Feststellung von Konten) und dem Kraftfahrt-Bundesamt (Feststellung der Haltereigenschaft).

Zukünftig werden elektronische Schuldner- und Vermögensverzeichnisse bei den zentralen Vollstreckungsgerichten der Bundesländer geführt. Die Abgabe einer Vermögensauskunft erfolgt nunmehr durch den Gerichtsvollzieher und ersetzt die bisherige eidesstattliche Versicherung. Der Gerichtsvollzieher wiederum soll verstärkte Maßnahmen zur gütlichen Einigung wie weitere Zahlungsfristen oder Ratenzahlungen mit den Schuldnerinnen beziehungsweise Schuldnern vereinbaren. Im Rahmen der Vollstreckungshandlungen sind nunmehr einheitliche Vollstreckungsformulare zu verwenden.

Die Reformen in der Zwangsvollstreckung spiegeln sich auch im Verwaltungsvollstreckungsrecht wider und haben insbesondere die Neufassung von § 284 der Abgabenordnung (AO) beeinflusst.

Die Unfallversicherungsträger haben die Auswirkungen der Gesetzesnovelle auf ihre Vollstreckungspraxis sorgfältig zu prüfen. Neue Ermittlungs- und Erkenntnismöglichkeiten sind in das Verwaltungshandeln zu integrieren. Zugleich muss geprüft werden, ob die bisherige Verwaltungspraxis angepasst beziehungsweise verändert werden muss. Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand stehen hier vor Veränderungen, deren Bedeutung nicht unterschätzt werden darf. Deshalb wurde die Zwangsvollstreckung wiederholt beim Berliner Herbst thematisiert.

Doch damit nicht genug. Der Bundestag berät derzeit einen Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verkürzung des Restschuldbefreiungsverfahrens und zur Stärkung der Gläubigerrechte¹², der ebenfalls die Verfolgung von Beitragsforderungen der Unfallversicherungsträger berührt.

5 Rahmenbedingungen

Die gesetzliche Unfallversicherung schafft sich ihre Arbeitsbedingungen nicht selbst. Die technologische Entwicklung prägt deren Arbeitsweise wesentlich. Und der Gesetzgeber bestimmt die Grenzen eigenen Handelns sowie die Kooperation mit anderen Institutionen.

Wie einschneidend das gesetzgeberische Wirken sein kann, erfahren die Mitglieder der DGUV am Beispiel der Betriebsprüfungen und des Lohnnachweises. Beides sind Punkte, die ihnen bis vor wenigen Jahren ausnahmslos zugeord-

net waren. Aufgaben, die exemplarisch für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung im Vergleich mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung standen.

Besonderheiten, die nunmehr kompatibel sein sollen mit den Maßstäben des Gesamtsozialversicherungsbeitrages. In der Folge haben die Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand einen Großteil ihrer Kompetenzen bei der Überprüfung ihrer Beitragsgrundlagen verloren. Dies erschwert zugleich die Feststellung der Grundlagen für die Erstellung und Überprüfung der Gehaltstarife.

Die Ziele des Gesetzgebers sollen an dieser Stelle aber nicht im Fokus stehen. Sie sind – ungeachtet eigener Bewertungen – zu akzeptieren. Hilfreich erscheint es demgegenüber, konkrete Probleme bei der Umsetzung zu benennen und auf Lösungen hinzuwirken, die die gesetzgeberische Intention mit den Erfordernissen der Unfallversicherung möglichst weitgehend in Einklang bringen.

Hierfür gibt es zumindest einige positive Ansätze. So wird der Wegfall der Lohnnachweise durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch¹³ um zwei Jahre hinausgeschoben. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Qualität der Entgeltdaten, die auf Grundlage der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV) erhoben werden, den Ansprü-

chen an ein erprobtes, sicheres Meldeverfahren gegnügt.

Im Zuge des beabsichtigten Gesetzes zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz – BUK-NOG) steht überdies zu erwarten, dass der flächendeckende Prüfungsturnus für bestimmte Unternehmen durch eine Stichprobenerhebung ersetzt wird. Auf diese Weise werden Prüfungen vermieden, deren Kosten in keinem vernünftigen Verhältnis zu den zu erwartenden Ergebnissen stehen.

Wenn konkrete Anhaltspunkte vorliegen, dass Arbeitsentgelte vom Unternehmer nicht der richtigen Gefahrklasse zugeordnet wurden, sollen die Unfallversicherungsträger die Prüfung bei Eilbedürftigkeit selbst durchführen können.

Bewegung gibt es auch bei der Entlastung der Arbeitgeber von Meldepflichten. Nachdem das Projekt ELENA (Elektronischer Entgelt-Nachweis) von den Bundesministerien für Wirtschaft und Technologie sowie Arbeit und Soziales im Jahr 2011 wegen datenschutzrechtlicher Bedenken eingestellt worden war, ist im Februar 2012 mit „OMS“ ein neues „Großbuchstaben-Projekt“ gestartet: Die drei Buchstaben bezeichnen das „Optimierte Meldeverfahren in der sozialen Sicherung“. Gegenstand des vom Arbeitsministerium betriebenen Projekts ist die Untersuchung von Möglichkeiten zur Optimierung der bestehenden elektronischen Arbeitgebermeldepflichten. ▶

„Betriebsprüfungen und Lohnnachweise der gesetzlichen Unfallversicherung waren lange Ausweis ihrer Besonderheit – heute gilt es, die gesetzliche Intention mit den Erfordernissen der Unfallversicherung möglichst weitgehend in Einklang zu bringen.“



Die operative Umsetzung obliegt der Informationstechnischen Servicegesellschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG). Im Herbst 2012 wurde mit der Vorlage einer Ist-Beschreibung¹⁴ die erste Teilaufgabe abgeschlossen. Nächste Zwischenetappe des auf zwei Jahre angelegten Projekts wird die Vorlage eines Teilberichts zur Darstellung des Erfüllungsaufwandes sein.

Da auch verschiedene Meldeverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst werden, beteiligt sich diese an den Projektgremien zu OMS. Von besonderer Bedeutung ist dabei das DEÜV-Verfahren (siehe oben), aber auch die Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes nach §§ 81 ff. SGB VII.

Die Vertreter der DGUV haben im Zusammenhang mit dem DEÜV-Verfahren einen integrierten Beitragsgrundlagennachweis vorgeschlagen. Auf diesem Weg sollen die Entgelte der Beschäftigten als jährliche Summenmeldung vom Arbeitgeber unmittelbar an die Unfallversicherungsträger übermittelt werden. Ob dieser Ansatz im Rahmen des Projekts aufgegriffen

wird, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Demgegenüber sind Tendenzen erkennbar, nach denen die Arbeitgebermeldungen an eine einzige zentrale Stelle übermittelt werden sollen, die dann wiederum deren Weiterverteilung beziehungsweise Zusammenfassung durchführt.

6 Neue Kommunikationstechnologien

Angesichts der sich rasant entwickelnden elektronischen Kommunikationsmedien stellen sich der Verwaltung neue Aufgaben. Auch der Bereich der öffentlichen Verwaltung ist dabei keine „analoge Insel“. Der Gesetzgeber – national wie supranational (EU) – hat sich seit einigen Jahren intensiv der Eröffnung neuer, medienbruchfrei auszugestaltender Kommunikationswege zwischen Bürger und Verwaltung zugewandt. Die gesetzliche Unfallversicherung ist ebenfalls gefordert, ihre Kommunikationsstrukturen, aber auch ihre Verwaltungsstrukturen insgesamt an diesen Prozess anzupassen. Ein kleines Beispiel: Derzeit wird ein eGovernment-Gesetz vorbereitet, das unter anderem Regelungen zur De-Mail enthält. Ziel ist es, diese als weiteren

Kommunikationskanal neben der E-Mail einzuführen und die (Bundes-)Behörden zu einem entsprechenden „Multikanalansatz“ zu verpflichten.

Einen informativen Überblick zur Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) in den letzten 20 Jahren mit entsprechenden Bezügen zur öffentlichen Verwaltung im Allgemeinen und zur gesetzlichen Unfallversicherung im Besonderen vermittelt ein Vortrag, der im Rahmen des Berliner Herbstes 2012 unter dem Titel „eGovernment – quo vadis“ gehalten wurde. Die begleitende elektronische Präsentation kann bei der DGUV¹⁵ abgerufen werden.

Die elektronische Datenweiterleitung kann im Bereich der „Massenverwaltung“ naturgemäß die größte Effizienz entwickeln. Ein hierzu prädestinierter Bereich ist die Verarbeitung von Gewerbeanzeigen. Jährlich versenden die (kommunalen) Gewerbemeldebehörden mehr als 1,7 Millionen Gewerbeanzeigen an eine Vielzahl anderer Behörden und Einrichtungen, unter anderem an die gesetzliche Unfallversicherung.

*

1 Vgl. § 222 SGB VII, eingefügt durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) vom 30.10.2008, BGBl I 2008, 2130 ff.

2 Unfallkasse des Bundes und Eisenbahn-Unfallkasse.

3 Unfallkasse Post und Telekom und Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft.

4 Vgl. §§ 223, 224 SGB VII, eingefügt durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) vom 30.10.2008, BGBl I 2008, 2130 ff.

5 Vgl. LSV-Neuordnungsgesetz – LSV-NOK vom 12.4.2012, BGBl I 2008, 579 ff.

6 Vgl. die Änderungen zu § 2 Abs. 1 Nr. 10, 3 Abs. 1 Nr. 4, 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII durch das Gesetz zur Verbesserung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes bürgerschaftlich Engagierter und weiterer

Personen vom 9.12.2004, BGBl 2004, 3299, zu § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB VII durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz – UVMG) vom 30.10.2008, BGBl I 2008, 3130, zu § 2 Abs. 1a SGB VII durch das Gesetz zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 21.12.2008, BGBl I 2008, 2940, zu § 2 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe b SGB VII durch das Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, zur Errichtung einer Versorgungsausgleichskasse und anderer Gesetze vom 15.7.2009, BGBl I 2009, 1993 sowie zu § 2 Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe c SGB VII durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28.4.2011, BGBl I 2011, 687.

7 BGBl I 2012, 2447 f.

8 Vgl. die Ergänzung des § 218d SGB VII durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22.12.2011, BGBl I 2011, 3057 ff.

9 Amtsblatt der Europäischen Union (ABl) L 166/1 ff vom 30.4.2004, vgl. auch Verordnung (EU) Nr. 465/2012, ABl L 149/4 ff vom 8.6.2012.

10 Vgl. Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vom 16.9.2009, ABl L 284/1 ff.

11 BGBl I 2009, 2258.

12 BT-Drs. 17/11268 vom 31.10.2012.

13 BGBl I 2012, 2447 f.

14 Vgl. DGUV-Rundschreiben 0429/2012 vom 1.10.2012.

15 udo.hardenberg@dguv.de

16 RL 2006/123/EG, ABl L 376/36 vom 27.12.2006.

„Die DGUV hat den Bundesländern ein einheitliches Datenübertragungsformat vorgestellt. Die darauf basierende Einführung des ‚Elektronischen Datenaustauschs Gewerbeanzeige‘ (EDA GWA) ist nahezu problemlos erfolgt. Eine überaus lohnende Investition für die Länder, die DGUV und ihre Mitglieder.“

Die Anzeigen werden zu diesem Zweck bislang (mehrfach) ausgedruckt und den Adressaten auf dem Postweg übermittelt. Der damit verbundene Aufwand für Sender wie Empfänger ist enorm.

Und doch hat erst die Europäische Dienstleistungsrichtlinie vom 12. Dezember 2006¹⁶ dafür gesorgt, dass insbesondere in den Bundesländern ein Bewusstsein dafür entstanden ist, dass derartige Prozesse sinnvollerweise in elektronischer Form – also medienbruchfrei – erfolgen sollten.

Nachdem die Frist zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht gegen Ende des Jahres 2009 abgelaufen war, kam urplötzlich Bewegung in die Angelegenheit.

Allerdings mit der bedeutenden Einschränkung, dass die zuständigen Bundesländer zunächst kleinteilige Lösungen auf der Ebene einzelner Kommunen oder allenfalls einzelner Länder favorisierten.

Dies hätte dazu geführt, dass die bundesweiten Adressaten der Gewerbemeldungen – wie die DGUV als „Sammelstelle“ für die Unfallversicherung – gezwungen gewesen wären, mit tausenden Akteuren Vereinbarungen zu treffen, dabei eine große Vielzahl verschiedener Datenübertragungsformate zu akzeptieren und für die eigenen Zwecke aufwendig zu adaptieren. Es bedarf keiner großen Fachkenntnis oder Fantasie, um sich auszumalen, dass dieser Weg einen erheblichen Teil der positiven Effekte einer elektronischen Datenübertragung wieder zunichtegemacht hätte.

Die DGUV und ihre Mitglieder haben daher von Beginn an auf einen einheitlichen und anerkannten Übertragungsweg gesetzt. Hierzu wurde den Ländern Anfang

2011 ein einheitliches Datenübertragungsformat auf der Basis von DatML/RAW vorgestellt. Dieses ist auf der Grundlage von Vorarbeiten mit einzelnen Bundesländern und im Rahmen eines einheitlichen Standards des Statistischen Bundesamtes entstanden.

Nachdem der Vorschlag für den „Elektronischen Datenaustausch Gewerbeanzeige“ (EDA GWA) bei den Ländern große Zustimmung erfahren hatte, wurde mit dem Freistaat Bayern ein Pilotprojekt vereinbart. Seit dem 3. September 2012 übersendet das Land der DGUV sämtliche Gewerbeanzeigen im neuen Format. Diese werden mit Hilfe von EDA GWA elektronisch an die zuständigen Unfallversicherungsträger weitergeleitet und dort medienbruchfrei in deren elektronische Prozesse und Verfahren integriert.

Die Einführung von EDA GWA ist nahezu problemlos erfolgt. Vor diesem Hintergrund haben sich nunmehr die Gespräche mit weiteren Bundesländern intensiviert. Es ist davon auszugehen, dass sich im Laufe des Jahres 2013 weitere Bundesländer für das neue Format zur Übertragung von Gewerbemeldungen entscheiden werden.

Den erforderlichen Investitionen in die technische Infrastruktur der betroffenen Gewerbebehörden stehen dabei massive Einsparungen durch den Wegfall der bisherigen „analogen Infrastruktur“ (Papier-, Druck- und Portokosten, personeller Aufwand etc.) gegenüber. Unter dem Strich eine überaus lohnende Investition – was natürlich auch für die DGUV und ihre Mitglieder gilt.

Um die Vorteile einer elektronischen Weiterleitung der Gewerbeanzeigen schon umfassend nutzen zu können, bevor die

Länder sich flächendeckend an EDA GWA beteiligen, plant die DGUV ab 1. April 2013 eine Interimslösung. Ab diesem Zeitpunkt sollen alle noch in Papierform eingehenden Gewerbeanzeigen eingescannt und so für die Weiterleitung an die Träger im Rahmen von EDA GWA aufbereitet werden. Diese Verfahrensweise wird dann durch die Beteiligung weiterer Länder an EDA GWA sukzessive an Bedeutung verlieren.

7 Fazit

Die Welt – auch die der Unfallversicherung – bewegt sich schneller. Beweglichkeit ist auch da gefordert, wo früher andere Tugenden gefragt waren. Aber wenn Bewegung kein Ziel hat, dann läuft man Gefahr, nur um sich selbst zu kreisen. Die Unfallversicherung kann immer noch die „große Stille“ sein – wenn sie ihren Herausforderungen ohne Knirschen begegnet. Wer „wie geschmiert“ funktioniert, braucht kein großes Getöse. ●

Autor



Foto: Privat

Michael Quabach

Leiter des Bereichs Versicherungsrecht, DGUV

E-Mail: michael.quabach@dguv.de

4. Kongress für Kommunikation und Medien

Plädoyer für gemeinsame Werte

Die gesetzliche Unfallversicherung braucht gemeinsame Werte als Grundlage einer gemeinsamen Identität. Auf dem 4. Kongress für Kommunikation und Medien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) fiel der Startschuss für ihre Entwicklung.

Was verbindet Berufsgenossenschaften und Unfallkassen? Zum gegenwärtigen Zeitpunkt müsste die Antwort vermutlich lauten: die Aufgaben Prävention, Rehabilitation und Entschädigung nach dem SGB VII, die Selbstverwaltung aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern, das gemeinsame Handeln an vielen Stellen, das Corporate

Design und ihr Verband, die DGUV. Man könnte sicher noch vieles mehr nennen. Aber weder intern noch in der Öffentlichkeit gibt es ein wirklich klares Bild davon, wofür die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung als Gruppe eigentlich stehen. Das Erscheinungsbild ist inzwischen zwar fast vollständig vereinheitlicht. Die Identität, die mit diesem Er-

scheinungsbild transportiert werden soll, ist allerdings immer noch vage. Zwar haben verschiedene Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bereits Leitbilder für ihre Arbeit erlassen – eine übergreifende Vorstellung davon, was die gesetzliche Unfallversicherung ausmacht, ist jedoch bislang nicht formuliert worden. ▶

Entwurf:

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unsere Grundwerte

Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und ihr Spitzenverband DGUV bilden die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland. Wir sind ein wichtiger Teil der Sozialversicherung für 75 Millionen Versicherte und 4 Millionen Unternehmen der Privatwirtschaft und des Öffentlichen Dienstes. Unser gesetzlicher Auftrag ist es, Prävention, Rehabilitation und Entschädigung zu leisten.

Wir versichern Menschen

Wir bieten Beschäftigten, Unternehmen, Studierenden, Schülerinnen und Schülern, Kindern in Tageseinrichtungen und ehrenamtlich Engagierten einen umfassenden Versicherungsschutz. Wir versichern sie gegen die Folgen von Arbeitsunfällen, Unfällen in Bildungseinrichtungen, Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten.

Wir schützen Menschen

Wir wollen, dass niemand durch einen Unfall verletzt oder getötet wird. Unser Ziel ist es, dass die Menschen sicher und gesund lernen und arbeiten können.

Wir kümmern uns um die Prävention aller arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Wir beraten Unternehmen und Versicherte zu allen Fragen der Sicherheit und der Gesundheit bei der Arbeit. Wir qualifizieren und unterstützen Führungskräfte und alle, die für den Arbeitsschutz verantwortlich sind.

Wir helfen Menschen

Wir ermöglichen Menschen, die Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten erleiden, eine umfassende Heilbehandlung und bestmögliche Rehabilitation. Dafür setzen wir alle geeigneten Mittel ein. Schon wenn die Entstehung einer Berufskrankheit erkannt wird, ergreifen wir umfassende Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit.

Wir wollen, dass Menschen mit Behinderungen in Würde und selbstbestimmt leben, lernen und arbeiten können. Wir setzen uns für den Abbau aller Barrieren ein, die ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft verwehren.

Wir entschädigen Verletzte, Erkrankte und ihre Angehörige durch finanzielle Leistungen.

Wir sind Partner für Versicherte und Unternehmen

Wir sind unserem gesetzlichen Auftrag verpflichtet und arbeiten nach den Prinzipien einer Solidargemeinschaft.

Wir verstehen Versicherte und Unternehmen als unsere Kunden und sind ihnen verlässliche Partner.

Wir schaffen Sicherheit für Unternehmen

Wir übernehmen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Haftung des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten und stellen auch Beschäftigte untereinander von der Haftung frei. So leisten wir einen wesentlichen Beitrag zum sozialen Frieden und stärken den Wirtschaftsstandort Deutschland.

„Werte schaffen eine gemeinsame Basis, um über Konflikte zu sprechen.“

Professor Armin Nassehi
auf dem 4. Kongress für
Kommunikation und Medien
der DGUV.



Foto: Stephan Floss Fotografie

Wir gestalten Zukunft

Wir erforschen die Ursachen von Gefährdungen und entwickeln wirksame neue Präventionsansätze. Wir forschen für den Fortschritt in der Rehabilitation.

Neue gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen integrieren wir in unser Handeln und erarbeiten geeignete Lösungen für die Versicherten und die Unternehmen.

Wir arbeiten wirtschaftlich

Wir überprüfen kontinuierlich die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit aller Verfahrensweisen und optimieren stetig unsere Abläufe. Wir handeln wirtschaftlich, qualitätsgesichert und verantwortungsbewusst im Interesse des größtmöglichen Nutzens für unsere Kunden.

Wir bringen uns ein

Wir kooperieren in wichtigen Fragen mit nationalen, europäischen und internationalen Akteuren und leisten einen Beitrag zur Humanisierung der Arbeit in der Welt. Dabei profitieren wir von Erkenntnissen und Erfahrungen aus anderen Ländern.

Wir machen unser Handeln transparent

Wir kommunizieren offen und verantwortungsvoll mit Versicherten, Unternehmen und Gesellschaft. Wir entscheiden nachvollziehbar und verständlich.

Wir leben Demokratie

Wir erfüllen unseren gesetzlichen Auftrag in paritätischer Selbstverwaltung durch gewählte Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten. Demokratische Entscheidungen sind die Grundlagen unseres Handelns. Damit garantieren wir die notwendige Nähe zu unseren Versicherten und Unternehmen.

Wir sichern Kompetenz und gute Arbeitsbedingungen

Wir sorgen für die fachliche und soziale Kompetenz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch kontinuierliche Qualifizierung und Weiterbildung.

Wir kümmern uns um die Gesundheit und die Zufriedenheit unserer eigenen Beschäftigten. Gute Arbeitsbedingungen sichern unsere Leistungsfähigkeit.

Wir setzen auf Chancengleichheit

Wir schaffen gleiche Chancen und Arbeitsbedingungen unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter und sexueller Identität. Wir fördern die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen und sichern ihnen eine uneingeschränkte Teilhabe am Arbeitsleben.

Wir sind ein Team

Wir arbeiten als Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Spitzenverband DGUV eng und partnerschaftlich zusammen und pflegen eine offene interne Kommunikation. Unser Umgang ist geprägt von Respekt, Fairness und Kollegialität.

Wir sprechen in grundlegenden Fragen mit einer Stimme und sind als Einheit erkennbar.

„In einer Welt, in der Kommunikation zunehmend vernetzt und dynamisch abläuft, ist eine gemeinsame Identität die Voraussetzung, um den Dialog mit verschiedenen Zielgruppen erfolgreich zu gestalten.“

Den Anstoß für die Entwicklung einer solchen Identität gibt die Debatte über gemeinsame Werte, die vor mehr als einem Jahr begonnen und auf dem 4. Kongress für Kommunikation und Medien der DGUV im November 2012 in Dresden der internen Öffentlichkeit aus Vertretern der Selbstverwaltung und hauptamtlichen Führungskräften vorgestellt wurde. Während des Kongresses wurde ein im vergangenen Jahr von der Geschäftsführerkonferenz und dem DGUV-Vorstand verabschiedeter Entwurf für gemeinsame Grundwerte vorgestellt (siehe [Kasten](#)), der in den kommenden Monaten mit den Selbstverwaltungen und Belegschaften der einzelnen Träger diskutiert werden soll. Ziel ist, so die am Ende des Kongresses verlesene 4. Dresdner Erklärung zur Kommunikation der gesetzlichen Unfallversicherung, die gemeinsamen Werte in einem offenen Prozess unter größtmöglicher Beteiligung herauszuarbeiten.

Dass Werte eine zentrale Rolle für die Gemeinschaft spielen, unterstrich die DGUV-Vorstandsvorsitzende Marina Schröder in ihrem Vortrag: „Diese Wertediskussion hilft, Unfallkassen und Berufsgenossenschaften zueinanderzubringen und Gemeinschaft zwischen Verwaltung und Selbstverwaltung zu stiften.“ Diesen Aspekt betonte auch der Pressesprecher der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM), Christian Sprotte: „Grundwerte können uns dabei helfen, die Gesamtstory der Unfallversicherung in die Köpfe der Mitarbeiter zu bringen.“

Das klingt zunächst abstrakt, hat aber handfeste Konsequenzen für die alltägliche Arbeit. Professor Armin Nassehi von der Ludwig-Maximilians-Universität München ist davon überzeugt, dass es nicht sinnlos ist, über Werte zu sprechen. Der Soziologe forscht seit Jahren zu Werten

und Wertekommunikation. „Werte bleiben unsichtbar, wenn alles funktioniert.“ Diskutiert werde darüber, wenn gegen Werte verstoßen werde oder sich etwas verändere. „Werte sind nicht dazu da, Konflikte wegzudiskutieren. Sie schaffen aber eine gemeinsame Basis, um über Konflikte zu sprechen“, sagte Nassehi. Auf dieser Basis gelinge es Organisationen, Auseinandersetzungen kreativ und produktiv umzusetzen.

Sprotte sieht den Vorteil von gemeinsamen Werten auch in einem besseren Zusammenhalt. Immer wieder tauchten Situationen auf, in denen sich die Unfallversicherungsträger nicht auseinandertreiben lassen dürften. Der Fall Envio führe zum Beispiel vor Augen, wie abgestimmtes Verhalten und eine einheitliche Kommunikation insgesamt zu einem gelungenen Management einer kritischen Situation beitragen könnten.

Doch wie kann man Werte sichtbar machen? Hier könne die gesetzliche Unfallversicherung vom Fußball lernen, meinte der Präsident von Borussia Dortmund, Dr. Reinhard Rauball. „Es geht darum, die eigenen Kernkompetenzen zu identifizieren“, sagte er. Daraus habe sein Verein eine Identität entwickelt, die auf Ambition, Echtheit, Bindungskraft und Verwurzelung in der Region fuße.

Auf die Risiken von Wertekommunikation wies die Geschäftsführerin der Unfallkasse Rheinland-Pfalz, Beate Eggert, hin: „Wo Werte ausformuliert sind, binden sie die Führungskräfte. Sie müssen die Werte authentisch vorleben, sonst kann es Probleme geben.“ Nassehi unterstützte das, als er sagte: „Werte müssen in operativ Mögliches umgesetzt werden.“ Das setze auch entsprechendes Führungsverhalten voraus. „Werte müssen organisatorisch und ökonomisch gelebt werden können.“

Wenig Konfliktpotenzial sah der Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Prof. Stephan Brandenburg, dagegen an anderer Stelle – nämlich bei der Frage, ob gemeinsame Grundwerte möglicherweise Leitlinien einzelner Träger widersprechen. „Das Unternehmensleitbild der BGW ist zwar völlig anders strukturiert. Dennoch wird es im vorliegenden Entwurf für gemeinsame Grundwerte abgebildet.“ Insgesamt sah er in der nun beginnenden Debatte eine Chance, auch die individuelle Weiterentwicklung von Leitbildern zu befördern.

Nicht zuletzt plädierte DGUV-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer während des Medienkongresses entschieden für gemeinsame Werte. In einer Welt, in der Kommunikation zunehmend vernetzt und dynamisch ablaufe, sei eine gemeinsame Identität die Voraussetzung, um den Dialog mit verschiedenen Zielgruppen erfolgreich zu gestalten. ●

Autor



Foto: DGUV

Gregor Doepeke

Leiter Kommunikation der DGUV
E-Mail: gregor.doepeke@dguv.de

„42,195
Kilometer
synchron.“



HENRY WANYOIKE



KIRSTEN BRUHN

„GOLD ist, wenn du nicht träumst,
sondern deinen Traum lebst.“



KURT FEARNLEY

 **63** Internationale
Filmfestspiele
Berlin
Berlinale Special

GOLD

DU KANNST MEHR ALS DU DENKST

Ein Film über die Bedeutung des Sports - insbesondere als Motor für eine erfolgreiche Inklusion und Rehabilitation.

 /GOLD.derFilm

Trailer unter:



NFP MARKETING & DISTRIBUTION PRÄSENTIERT EINE PRODUKTION DER PARAPICTURES FILM PRODUCTION EIN FILM VON MICHAEL HAMMON KAMERA MARCUS WINTERBAUER MICHAEL HAMMON EDITORIN KATJA DRINGENBERG
TOMMEISTER JÖRN MARTENS ANDRÉ ZACHER SCORE BASS MUSIKPRODUKTION MUSIK SUPPLIES PIA HOFFMANN DRAMATURGISCHE BERATUNG WOLFGANG LATTEYER SOUNDESIGNER CHRISTIAN CONRAD MISCHTUNNENLEITER RICHARD BOROWSKI PRODUKTIONSLEITUNG SABINA DOERR
LINE PRODUCER TINA MERSMANN PRODUCER RONALD KRUSCHAK AUTOREN RONALD KRUSCHAK MARC BRASSE ANDREAS E SCHNEIDER PRODUZENTEN ANDREAS E SCHNEIDER & HENDRIK FLÜGGE REGIE MICHAEL HAMMON
FANDBEREITUNG UND GEFÖRDERT DURCH DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG FILMFÖRDERUNG HAMBURG SCHLESWIG-HOLSTEIN DEUTSCHER FILMFÖRDERFONDS

parapictures film production

 Arbeitsgemeinschaft
Inklusionsförderung

 Deutscher
Filmförderfonds

 DGUV

www.GOLD.derFilm.de

Lufthansa Group

 BARMER
GEK

 WASSERBROOK PICTURES

 NFP

 **KANNST
MEHR ALS
DU DENKST.**

AB 28. FEBRUAR 2013 IM KINO

Neuer Bericht an die EU-Kommission

Was bedeutet die Europäische Berufskrankheitenliste für die Berufskrankheiten in Europa?

Die EU-Kommission hat 2010 eine Studie in Auftrag gegeben. Sie soll die aktuelle Situation der Berufskrankheiten (BK)-Systeme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und den Ländern der EFTA/EEA analysieren und darstellen. Besonders geht es um die Bedeutung der Europäischen BK-Liste (Empfehlung der EU-Kommission 2003/670/EC – im Folgenden „Empfehlung“) für die BK-Systeme in den einzelnen Staaten Europas. Die Studie soll die hierfür relevanten Aspekte herausarbeiten, länderübergreifend Daten und Informationen zusammenstellen und Hinweise für die weitere Entwicklung geben. Sie wurde im Mai 2012 abgeschlossen und der EU-Kommission übergeben. Die EU-Kommission wird sie voraussichtlich demnächst in englischer Sprache elektronisch publizieren.

1. Das Projektteam

Unter Leitung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (www.gvg.org) wirkten im Projektteam Institutionen aus Frankreich (Eurogip, www.eurogip.fr), den Niederlanden (Niederländisches Zentrum für Berufskrankheiten – NCVB, www.occupationaldiseases.nl) und Polen (Nofer Institute of Occupational Medicine www.imp.lodz.pl) mit. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) sowie die Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte waren durch je einen Vertreter im Projektteam vertreten, ebenso auch Experten aus Belgien und Großbritannien.

Damit waren unterschiedliche europäische Unfallversicherungssysteme beteiligt. Das Spektrum der im Projektteam vertretenen Professionen reichte von Arbeitsmedizinern über Präventionsexperten und Sozialwissenschaftler bis hin zu Juristen. Damit war eine gute Basis geschaffen, den unterschiedlichen Aspekten eines internationalen Vergleichs bei einer interdisziplinär geprägten Thematik gerecht zu werden.

2. Der Projektverlauf

Inhaltlich richtete sich das Projekt am Auftrag der Gemeinschaftsstrategie 2007 bis 2012 für Gesundheit und Sicherheit am

Arbeitsplatz zur „Verbesserung der Qualität und Produktivität der Arbeit“ (Communication COM (2007) 62 final of 21st February 2007) aus: die Empfehlung der Kommission 2003/670/EC zu evaluieren. Das Projekt lief im Wesentlichen in drei Abschnitten von Herbst 2010 bis Mitte 2012 ab:

- **Vorbereitungsphase:**
Hier wurde insbesondere eine Literaturstudie erstellt und Vorgaben und Anleitungen für die nationalen Berichtersteller aus den europäischen Staaten ausgearbeitet.
- **Datensammlung:**
Es wurden in den europäischen Staaten kompetente und unabhängige Experten mit der Berichterstattung über die jeweiligen nationalen BK-Systeme beauftragt. Bis auf Luxemburg konnten von allen vorgesehenen europäischen Staaten insgesamt 29 Nationalberichte eingeholt werden.
- **Auswertung, Analyse und Erstellung des Abschlussberichts:**
In der abschließenden Phase wurden die Nationalberichte in mehreren Schritten ausgewertet und die Ergebnisse im Abschlussbericht zusam-



mengeführt. Darin wurden Schlussfolgerungen zu den im Projektauftrag gestellten Fragen gezogen und Vorschläge für die weitere Entwicklung formuliert.

3. Umfang der Studie

Im Vergleich zu früheren Studien des Europäischen Forums Unfallversicherung (vgl. Kranig, BG 5/2002; BG 12/2005; DGUV-Forum 4/2012) wurden alle im Zuge der Ost- und Süderweiterung der EU hinzugekommenen Staaten, aber auch Großbritannien und Irland sowie die Staaten der EFTA/EEA einbezogen. Die Vielfalt der in der jetzt vorliegenden Studie anzusprechenden Fragen und die Beschränkung des Umfangs der Nationalberichte führen dazu, dass die Studie in einigen Themengebieten nur Überblickscharakter haben kann.

4. Ausgangspunkt der Evaluation: Die Ziele der Empfehlung der EU-Kommission 2003/670/EC

Die Empfehlung der EU-Kommission von 2003 geht in ihren Inhalten und Zielen ein ganzes Stück über die – zweigeteilte – Liste von Berufskrankheiten hinaus: In ihrem Artikel 1 formuliert die Empfehlung der EU-Kommission zehn Ziele (siehe [Tabelle 1](#)). Mit der jetzt vorgelegten Studie war zu evaluieren, ob und inwieweit diese Ziele in den seitdem vergangenen Jahren (2003 bis 2010) erreicht wurden und welche Schlüsse sich für weitere Strategien der EU ableiten lassen.

Die Empfehlung der EU-Kommission geht von einem weiten Grundverständnis aus, das natürlich die Eckpfeiler der Prävention, Behandlung und Rehabilitation so-

wie Entschädigung von Berufskrankheiten umfasst. Es bezieht aber auch alle Rahmenbedingungen ein, die für die umfassende Weiterentwicklung und Verbesserung der BK-Systeme wichtig sind, wie

- die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu erforschen,
- die Voraussetzungen für bessere Erkenntnisse durch Optimierung der Meldeverfahren und der statistischen Erfassung zu schaffen oder
- die Kenntnisse und die Aufmerksamkeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen zu verbessern.

Ziel der Studie ist es mithin zu evaluieren, ob und inwieweit dieser umfassende Ansatz der Empfehlung der EU-Kommission in den Mitgliedstaaten (und den Staaten der EFTA/EEA) seit Inkrafttreten der Empfehlung umgesetzt wurde – und soweit das nicht der Fall ist, welche Ursachen dafür verantwortlich sind und welche Ansätze zur Optimierung sich der EU (und damit ihren Mitgliedstaaten) bieten.

Mit diesem umfassenden Ansatz steht die Empfehlung der EU-Kommission im Kontext der Strategien der EU für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Sie sind nach wie vor geprägt von der Rahmenrichtlinie (89/391/EEC), die zwar mehr als zwanzig Jahre alt ist, aber nichts von ihrer wegweisenden Bedeutung verloren hat. Sie betont die sozialen Faktoren und die Arbeitsumgebung ebenso wie die Gesundheitsüberwachung. Sie wurde seitdem durch zahlreiche spezifische Richtlinien konkretisiert (vgl. den aktuellen und umfassenden Überblick bei Kranig/Timm in Hauck/Noftz, SGB VII, § 14). ▶

„Die Studie soll evaluieren, ob und inwieweit der umfassende Ansatz der Empfehlung der EU-Kommission seit Inkrafttreten der Empfehlung umgesetzt wurde.“



Foto: EU-Kommission / Georges Boulougouris

Tabelle 1: Zehn Ziele der Empfehlung der EU-Kommission von 2003

| | |
|---|--|
| Anerkennung von Listen-Berufskrankheiten | Annex I der Empfehlung der EU-Kommission, die eigentliche Europäische BK-Liste, soll in das nationale Recht der Mitgliedstaaten überführt werden, das sich mit der Entschädigung und Prävention von Berufskrankheiten befasst. |
| Entschädigung weiterer Erkrankungen als Berufskrankheiten | Die Staaten sollen in ihr nationales Recht den Anspruch der Beschäftigten auf Entschädigung solcher Erkrankungen aufnehmen, deren Verursachung durch die Arbeit nachgewiesen werden kann, insbesondere solche, die in Annex II der Empfehlung der EU-Kommission aufgeführt sind. |
| Prävention | Die Staaten sollen effektive Präventionsmaßnahmen gegen die in der europäischen BK-Liste (Annex I) aufgeführten Berufskrankheiten entwickeln und verbessern, die alle Beteiligten einbeziehen. |
| Setzung von Zielen | Die Staaten sollen quantifizierte Ziele formulieren, um die Zahl („den Anteil“) von anerkannten Berufskrankheiten zu reduzieren, insbesondere solcher Erkrankungen, die in Annex I der Empfehlung aufgeführt sind. |
| Meldung und Erfassung von Berufskrankheiten | Die Staaten sollen sicherstellen, dass alle Fälle von Berufskrankheiten (Annex I der Empfehlung) gemeldet und statistisch erfasst werden; dabei sollen Informationen über die Krankheitsursachen, die medizinischen Diagnosen und das Geschlecht der Betroffenen statistisch ausgewiesen sein. |
| Epidemiologische Erkenntnisse | Die Staaten sollen Informationssysteme schaffen, um die epidemiologischen Erkenntnisse über solche arbeitsbedingten Erkrankungen zu erfassen, insbesondere Erkrankungen, die in Annex II der Empfehlung aufgeführt sind. |
| Forschung | Die Staaten sollen die Forschung vorantreiben über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, insbesondere entsprechend Annex II der Empfehlung der EU-Kommission, und darüber hinaus über solche psychosozialer Natur. |
| Diagnostik von Berufskrankheiten | Die Staaten sollen gewährleisten, dass Hilfen zur Diagnostik von Berufskrankheiten, die auf nationaler Ebene gelten, weit verbreitet und ausgetauscht werden. |
| Statistische Erfassung von Berufskrankheiten | Die Staaten sollen statistische und epidemiologische Daten über die auf nationaler Ebene anerkannten Berufskrankheiten zur Verfügung stellen. |
| Schärfung der Aufmerksamkeit für Berufskrankheiten | Die Staaten sollen für eine aktive Rolle der nationalen Gesundheitssysteme bei der Prävention von Berufskrankheiten sorgen, insbesondere indem die Aufmerksamkeit für dieses Thema beim Personal des medizinischen Sektors erhöht wird und die entsprechenden Kenntnisse sowie die Diagnostik verbessert werden. |

Die Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz von 2007 (vergleiche oben) und vor allem die einzelnen, auf bestimmte Gefährdungsarten bezogenen Richtlinien der EU sind – dies muss konstatiert werden – für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren die entscheidende europarechtliche Grundlage für die Präventionsarbeit in den Mitgliedstaaten. Die Empfehlung der EU-Kommission 2003/670/EC thematisiert die Prävention von Berufskrank-

heiten, hat insofern aber gegenüber den genannten Richtlinien der EU nur sekundäre Bedeutung. Zum einen hat sie nur Empfehlungscharakter, während die Richtlinien von den Mitgliedstaaten verbindlich umzusetzen sind. Zum anderen nennt sie für die Prävention nur abstrakte Ziele, während die Richtlinien hier wesentlich konkreter und handlungsorientiert sind. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Studie vor allem die fünf Ziele, die sich aus der **Tabelle 2** ergeben.

5. Überblick über den Abschlussbericht der Studie

Die Studie gliedert sich in neun Kapitel. Sie behandeln insbesondere die wesentlichen Entwicklungen von 2003 bis 2010, den Entscheidungsprozess zur Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die nationalen Listen, eine Analyse der nationalen BK-Listen im Vergleich zur Empfehlung, die Ansichten der Stakeholder, eine Auswahl von „Good Practice“-Beispielen zur BK-Prävention, das Problem neuer arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Möglichkeiten zur Identifikation neuer Berufskrankheiten, eine Analyse und Kritik der Empfehlung sowie Optionen für eine Weiterentwicklung des BK-Systems und eine Zusammenfassung von Empfehlungen für die Politik.

In den Anhängen des Abschlussberichts finden sich:

- Tabellen mit Ländervergleichen
- ein Literaturreview
- der Fragebogen für die nationalen Berichtersteller
- die Liste der teilnehmenden Experten sowie
- weitere relevante Dokumente
- und vor allem die Nationalberichte mit deren Anhängen; zu den Anhängen gehören fast durchgängig englische Übersetzungen der nationalen BK-Listen; sie sind, soweit ersichtlich, hier erstmals gesammelt verfügbar.

6. Schlaglichter auf wesentliche inhaltliche Aussagen

Aus der Vielzahl wichtiger und interessanter Informationen, die die Studie in den Kapiteln 2 bis 7 liefert, können nur einige wenige exemplarisch herausgegriffen werden. Hierzu werden im Folgenden vor allem die jedes einzelne Kapitel abschließenden „Conclusions“ herangezogen.

6.1 Entwicklungen der Jahre 2003 bis 2010

Die nationalen Systeme zur BK-Entschädigung unterscheiden sich erheblich. Dies gilt besonders für die Meldung und die statistische Erfassung von Berufskrankheiten. Dagegen ist die Heterogenität im Bereich der Prävention geringer.

Der Überblick über die aktuellen Veränderungen im BK-Bereich zeigt eine Vielfalt von Aktivitäten. Dies gilt besonders für die Staaten, die der EU erst seit kurzem angehören. Für viele dieser Länder waren die beiden europäischen BK-Listen offensichtlich wertvolle Vorlagen bei der Ausgestaltung des nationalen BK-Rechts. Die BK-Systeme anderer Staaten scheinen sich dagegen nicht auf ein gemeinsames europäisches System hin zu entwickeln. Unabhängig vom Zeitpunkt der Entstehung und von der Effizienz der nationalen Systeme sind alle Staaten mit ähnlichen Problemen konfrontiert, wie zum Beispiel:

- Defizite bei den BK-Meldungen („under-reporting“)
- geringe Vertrautheit der Beteiligten des Gesundheitssystems mit der BK-Problematik
- Problem der multifaktorell verursachten (auch: psychischen) Erkrankungen
- Schwierigkeit der Aufdeckung neuer arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

6.2 Die Entscheidungsprozesse zur Aufnahme neuer Berufskrankheiten und zur Revision der BK-Listen

Die Entscheidungsprozesse zur Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die nationalen BK-Listen ähneln sich, es gibt aber auch einige Unterschiede. In den meisten Ländern wird die Aufnahme neuer Berufskrankheiten durch spezielle Gremien vorbereitet, die Entscheidung treffen die Regierungen oder die Parlamente. Diese Gremien sind nur in einem Teil der Länder Expertengremien mit wissenschaftlicher Prägung – wie der deutsche Ärztliche Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). In einigen anderen Ländern sind diese Gremien stärker sozialpolitisch geprägt. In den meisten Staaten finden sich wissenschaftliche Materialien, die den neuen Berufskrankheiten zugrunde liegen.

Um die Vergleichbarkeit der nationalen Listen staatenübergreifend zu verbessern und die nationalen Entscheidungsprozesse effizienter zu gestalten, schlägt die Studie vor zu prüfen, ob auf der Ebene der EU ein wissenschaftliches Komitee für

Berufskrankheiten (SCOD) geschaffen werden soll – ähnlich wie das Scientific Committee on Occupational Exposure Limits (SCOEL) für die Festsetzung von Expositionsgrenzwerten. Ein anderes Mittel zur Verbesserung der Koordination sieht die Studie darin, die Mitgliedstaaten zu verpflichten, Informationen über die von ihnen angewandten Kriterien (wie die Evidenzbasierung der Erkenntnisse) auszutauschen.

„Um die Vergleichbarkeit der nationalen Listen staatenübergreifend zu verbessern und die nationalen Entscheidungsprozesse effizienter zu gestalten, schlägt die Studie vor zu prüfen, ob auf der Ebene der EU ein wissenschaftliches Komitee für Berufskrankheiten (SCOD) geschaffen werden soll.“

Beide Vorschläge zur verbesserten Koordination könnten dazu beitragen, die nationalen BK-Systeme einander anzunähern und damit die auf den Diskrepanzen der nationalen BK-Systeme beruhenden Probleme von Arbeitsmigranten innerhalb

Europas zu erleichtern. Die Studie weist auch darauf hin, die noch etwas unterschiedlichen Ansätze der EU und der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in Zukunft anzunähern. Auch die ILO hat eine Empfehlung für die Gestaltung von BK-Listen herausgegeben und erst jüngst wieder überarbeitet. Sie geht zum Teil über die Empfehlung der EU-Kommission hinaus.

6.3 Analyse der nationalen BK-Listen und der Europäischen BK-Liste

26 der 29 an der Studie teilnehmenden Staaten sind der Empfehlung der EU-Kommission gefolgt und haben nationale BK-Listen eingeführt. Island und die Niederlande haben keine BK-Liste und kein spezifisches System der BK-Entschädigung. Schweden hat ein „offenes“ BK-System ohne Liste, das heißt, prinzipiell alle Erkrankungen kommen als BK in Betracht, wenn sie wesentlich arbeitsbedingt sind und zu einer relevanten Minderung der Erwerbsfähigkeit führen. Drei der Staaten, die eine BK-Liste haben, kennen dennoch kein spezifisches BK-Entschädigungssystem. Die eine Hälfte der Staaten (13), die eine BK-Liste haben, hat die Liste um eine gesetzliche Klausel ergänzt, die es zulässt, auch solche Erkrankungen wie Berufskrankheiten zu behandeln, die nicht in der Liste aufgeführt sind ▶

| | |
|---|--|
| Evaluation der Wirksamkeit der Empfehlung der EU-Kommission | In welchem Maß hat die Empfehlung die nationalen Systeme dazu gebracht, die Probleme im BK-Bereich zu bewältigen? |
| Entscheidungsfindung der europäischen Staaten zur Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die nationalen Listen | Auf welchen Wegen entscheiden die Mitgliedstaaten über die Aufnahme neuer Berufskrankheiten in ihre nationalen Listen? Welche Stakeholder wirken daran mit, welche Kriterien gelten und in welchen Verfahren läuft der Prozess ab? |
| Positionen der Stakeholder | Wie denken die relevanten nationalen Stakeholder (insbesondere Sozialpartner, Sozialversicherung, Wissenschaftler) über das BK-System und was schlagen sie zu seiner Weiterentwicklung vor. |
| „Good Practices“ in der Prävention | Welche Beispiele guter Präventionsarbeit können zwischen den Mitgliedstaaten ausgetauscht werden? |
| Vorschläge zur Weiterentwicklung | Wie kann das derzeitige europäische BK-System sinnvoll weiterentwickelt werden? Das Für und Wider der Vorschläge ist zu diskutieren. |

„Die Studie sieht keine realistischen Möglichkeiten, Inhalte, Aufbau und Struktur sowie Bezeichnungen der erheblich divergierenden nationalen BK-Systeme und BK-Listen zu vereinheitlichen. Schrittweise könnten sie sich aber aufeinander zu bewegen.“

(„Ergänzungs- oder Öffnungsklauseln, vergleiche in Deutschland § 9 Abs. 2 SGB VII). Die andere Hälfte der Staaten (ebenfalls 13) kennt keine solche Klausel – neue Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen können prinzipiell nur durch Ergänzung der Liste umgesetzt werden. In einigen der Länder ohne Ergänzungsklausel übernehmen abstrakte („offene“) Formulierungen von einzelnen Listenpositionen für Teilbereiche die Funktion, neuen Erkenntnissen Rechnung zu tragen. Die Studie diskutiert die Vor- und Nachteile der verschiedenen Ansätze und zeigt, dass durch die Kombination einer Liste mit möglichst klaren Definitionen (Vorteile: Rechtssicherheit, Reduzierung von Meldedefiziten) und einer Öffnung durch eine Ergänzungsklausel (Vorteil: Offenheit für neue Erkenntnisse) vorteilhafte Ergebnisse erzielt werden können. Trotz der unterschiedlichen Fassung und Struktur der nationalen Listen ist Annex I der Empfehlung der EU-Kommission in den meisten Staaten fast vollständig ins nationale Recht inkludiert. Dagegen gibt es hinsichtlich der in Annex II erfassten weiteren Erkrankungen erhebliche Unterschiede. Dies gilt umso mehr für einige weder in Annex I noch in II aufgeführten Erkrankungen, wie insbesondere multifaktorelle Krankheiten des Muskel-Skelett-Apparats oder der Psyche. So sind Wirbelsäulenerkrankungen, Knie- und Hüftgelenksarthrose, Carpaltunnelsyndrom oder arbeitsbedingte psychische Erkrankungen nur in einem Teil der nationalen BK-Listen aufgeführt und auch nicht in allen Staaten



Die europäische Flagge weht vor dem Berlaymont Gebäude, dem Sitz der Europäischen Kommission.

über die Ergänzungsklauseln wie Berufskrankheiten anzuerkennen.

Die Studie sieht keine realistischen Möglichkeiten, Inhalte, Aufbau und Struktur sowie Bezeichnungen der erheblich divergierenden nationalen BK-Systeme und BK-Listen zu vereinheitlichen. Schrittweise könnten sie sich aber aufeinander zu bewegen. Hierzu wird vorgeschlagen:

- Nationale Listen und EU-Liste sollen vor allem auf Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten ausgerichtet sein. Die Verbesserung der Prävention ist zwar generell ein vorrangiges Ziel, sie wird aber durch die BK-Listen nur indirekt befördert.
- Die nationale Berichterstattung an die Kommission und die nationalen Statistiken bedürfen – unabhängig von den nationalen Unterschieden – gemeinsamer standardisierter Strukturen und Bezeichnungen.
- Diskussionen über das Für und Wider der Einbeziehung multifaktoreller Erkrankungen sollen auf bestmöglicher

wissenschaftlicher Grundlage geführt werden. Die EU könnte für diese Diskussionen und den wissenschaftlichen Austausch eine Plattform bieten sowie internationale Forschung initiieren und zum Teil auch finanzieren.

6.4 Die Ansichten der Stakeholder zu den zehn Themenfeldern

Die Stakeholder in den Staaten, insbesondere die Organisationen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber, sind in der Regel gut vertraut mit den Grundlagen der Anerkennung und Entschädigung sowie der Prävention von Berufskrankheiten. Denn sie sind in vielfältiger Hinsicht in die nationalen BK-Systeme involviert. Aus ihrer jeweiligen Sicht äußern sie Kritik an Struktur und Performance der jeweiligen BK-Systeme und machen Verbesserungsvorschläge. Hingegen fehlt es den Stakeholdern vielfach an Informationen über mehr technische Aspekte wie BK-Meldungen oder BK-Statistik, aber auch an einem generellen Überblick über die BK-Situation in ihrem Land und die Strategien und Empfehlungen der EU auf diesem Feld. Es ist ein Anliegen der



Foto: EU-Kommission/Christian Lambotte

Studie, den Level der Expertise insofern zu heben und damit zu einer besser koordinierten und offeneren Zusammenarbeit aller Akteure des BK-Bereichs – politische Kräfte, Sozialpartner, Sozialversicherung, Präventionsexperten, Wissenschaftler und Ärzte – beizutragen.

6.5 Neue arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Die Studie befasst sich in diesem Bereich mit:

- Definition und Typologie neuer arbeitsbedingter Erkrankungen
- unterschiedlichen Methoden zur Entdeckung, einschließlich Gesundheitsüberwachung
- Zusammenführung nationaler und EU-Aktivitäten auf diesem Feld
- Überlegungen und Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Empfehlung der EU-Kommission.

Da die Empfehlung der EU-Kommission keine spezifischen Aussagen zur Aufdeckung neuer Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheiten trifft, bezeichnet die Studie es als hilf-

reich, die Mitgliedstaaten zu Aktivitäten in dieser Richtung aufzufordern. Dazu gehört es,

- eigene Aktivitäten an die Europäische Agentur zu melden und deren Position bei der Überwachung der Gesundheit bei der Arbeit zu stärken,
- die internationale Zusammenarbeit und gegenseitige Information zu fördern,
- sich spezifischer arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken anzunehmen, zum Beispiel ein Frühwarnsystem zur Überwachung von Tätigkeiten mit Nanopartikeln zu erproben, und
- die europäische BK-Liste regelmäßig zu überprüfen und, wenn nötig, neue Berufskrankheiten aufzunehmen.

Das oben vorgeschlagene wissenschaftliche Komitee SCOD (siehe 6.2) könnte hierbei eine wichtige Rolle spielen.

6.6 „Good Practices“ bei der Prävention von Berufskrankheiten

Die Studie stellt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige innovative Präventionsaktivitäten ganz unterschiedlichen Zuschnitts und verschiedener Herkunft vor. Wie relevant diese in den Nationalberichten dargestellten Aktivitäten allerdings im Gesamtkontext von Präventionsstrategien und -prioritäten sind, konnte im Rahmen der Studie nicht abschließend beurteilt werden. Trotzdem kann die Plattform zum Austausch über „Good Practices“ Wissen und Handeln zusammenbringen und Informationen für zukünftige Aktivitäten liefern. Dabei soll der Fokus auf solche Gesundheitsrisiken gelegt werden, die die größten Lasten verursachen, wie psychosoziale Risiken. Auch in diesem Zusammenhang weist die Studie auf die bedeutende Rolle der Europäischen Agentur hin.

7. Synthese der Analyse, Schlussfolgerungen

Das achte Kapitel der Studie fasst die vorausgehenden Kapitel kohärent zusammen; insoweit ist hier eine Wiedergabe nicht erforderlich. Es betont aber nochmals eindringlich das Problem neuer arbeitsbedingter Gesundheitsge-

fahren (siehe 6.5) und unterzieht insbesondere die Empfehlung der EU-Kommission einer kritischen Analyse. Darauf soll hier näher eingegangen werden: Die Empfehlung enthält an erster Stelle die sogenannten „Recitals“. Sie nennen die wesentlichen Begründungen für die Empfehlung. Hierauf wird hier nur eingegangen, soweit die Studie Änderungen vorschlägt beziehungsweise Kritik übt:

- Begründung 4 schreibt der Empfehlung die vorrangige Rolle bei der Prävention von Berufskrankheiten auf der Ebene der EU zu. Dies ist schwer nachzuvollziehen, denn diese Rolle kommt vielmehr der Rahmenrichtlinie und den weiteren Richtlinien zu einzelnen Präventionsbereichen zu (siehe schon oben unter 4.). Die Empfehlung sollte, was die Prävention angeht, vor allem mit diesen Richtlinien konzeptionell verknüpft werden. In der Empfehlung steckt somit ein gewisser Widerspruch: Die beiden BK-Listen sind eigentlich eher Grundlagen für Anerkennung und Entschädigung, als vorrangiges Ziel der Empfehlung wird dennoch die Prävention genannt. Hier sollte mehr Folgerichtigkeit und Kohärenz der Argumente erreicht werden.

- Die Begründungen 6 und 7 betreffen die Setzung quantifizierter Präventionsziele. Hierzu sind Klarstellungen begrifflicher und inhaltlicher Art wünschenswert. Einigkeit besteht darin, qualitative Ziele im Sinn der Reduzierung von Gefahren zu setzen und deren Erreichung zu evaluieren.
- Begründung 9 zielt auf die Rolle der nationalen Gesundheitssysteme bei der Erkennung und Prävention von Berufskrankheiten. Die Studie vermisst hier einen Hinweis auf die wichtige Rolle der auf die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren spezialisierten Arbeitsmediziner.

An zweiter Stelle gibt die Empfehlung den Mitgliedstaaten der EU in Art. 1 eine Art europäischer Mindeststandards: ►

„Die Studie hält EU-Initiativen für wichtig, um die Mitgliedstaaten dazu zu motivieren, ihre BK- und Präventionssysteme ständig zu verbessern.“

Sie lassen ausdrücklich Raum für günstigere Regelungen der Rechtsordnungen in den einzelnen Staaten (siehe oben, [Tabelle 1](#)). Hierzu enthält die Studie insbesondere folgende kritische Hinweise:

- Die **1. Empfehlung** empfiehlt lediglich, die eigentliche europäische BK-Liste (Annex I) in das nationale Recht der Mitgliedstaaten zu übernehmen. Auch wenn die Souveränität der Staaten, ihre Sozialsysteme eigenständig zu gestalten, zu respektieren ist, bezeichnet es die Studie als notwendig, den Herausforderungen des offenen europäischen Arbeitsmarktes besser als bisher gerecht zu werden. Zumindest sollten die Staaten verpflichtet sein zu begründen, warum sie bestimmte Erkrankungen aus Annex I nicht in ihre nationalen BK-Listen aufgenommen haben. Ein zweiter Vorschlag bezieht sich auf die Europäische BK-Liste selbst: Sie sollte in Zukunft regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Die Studie setzt insofern nicht auf gesetzgeberische Akte der EU, sondern auf verbesserte Entscheidungsgrundlagen in jedem einzelnen Staat – insbesondere aufgrund eines verbesserten Informationsaustausches auf EU-Ebene.
- Die **2. Empfehlung** bezieht sich auf Erkrankungen, bei denen der ursächliche Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen und der Entstehung der Krankheit noch nicht ausreichend geklärt ist. Hierzu gehören die in Annex II aufgeführten Erkrankungen, aber auch weitere Krankheiten. Die Studie schlägt vor, dass die Staaten auf EU-Ebene zusammentragen, wie sie mit diesen Problemen umgehen. In diesem Zusammenhang thematisiert

die Studie auch, dass unter „Kompensation“ nicht nur Rentenzahlungen zu verstehen sind, sondern besonderes Augenmerk auch auf die Rehabilitation und Wiedereingliederung der erkrankten Beschäftigten zu richten ist.

- Zur **3. Empfehlung**, die sich auf die Prävention bezieht, übt die Studie deutliche Kritik: Denn die Empfehlung verengt hier den Blick auf die Verhütung von Erkrankungen nach Annex I. Dagegen gehen die Rahmenrichtlinie (89/391/EEC) und die darauf fußenden Richtlinien sehr viel weiter im Sinne der Risikoreduzierung durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Deswegen sieht die Studie wenig Sinn darin, in der Empfehlung zu Berufskrankheiten ein – notwendigerweise verengtes – Präventionsziel zu formulieren. Vielmehr sollte in den Vorbemerkungen der Empfehlung ein deutlicher Bezug zu den grundlegenden Präventionsregelungen der EU hergestellt werden. Diese Kritik bezieht sich auf die Primärprävention – Sinn würde aus Sicht der Studie hingegen die Formulierung von BK-bezogenen Fragen der Individualprävention (vergleiche für Deutschland § 3 BKV) und zur Verhütung schwererer Folgen (Tertiärprävention – im Sinne von Rehabilitation und Wiedereingliederung) machen.
- Auch die **4. Empfehlung**, die sich auf die Setzung quantitativer Ziele zur Reduzierung der Zahl anerkannter Berufskrankheiten bezieht, wird deutlich kritisiert. Insofern warnt die Studie aus verschiedenen Gründen davor, quantitative Ziele gerade auf die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten zu beziehen. Denn der

Erfolg von Prävention kann generell nicht an der Zahl der anerkannten Berufskrankheiten gemessen werden. So zeigen sich Präventionserfolge wegen der Latenzzeit von vielen Berufskrankheiten erst Jahre und Jahrzehnte später. Und eine aktive BK-Politik mit gesteigerter Aufmerksamkeit für das Problem von Berufskrankheiten sowie mit verbesserter Vorsorge und Früherkennung führt kurzfristig nicht zur Reduzierung, sondern zur Erhöhung der Zahl anerkannter Berufskrankheiten.

- Die **5. Empfehlung** bezieht sich auf die Meldung von Berufskrankheiten und ihre statistische Erfassung. Zunächst betont die Studie, dass der Begriff „Meldung“ zu kurz greift: Jede Meldung und jede Meldepflicht setzt voraus, dass Berufskrankheiten überhaupt als solche entdeckt und erkannt werden. Auch in Staaten mit gut ausgebautem Meldesystem und aussagekräftiger Statistik dürfte vielfach das Grundproblem bestehen: Nicht alle tatsächlich eintretenden Berufskrankheiten werden als solche erkannt. Vor diesem Hintergrund schlägt die Studie vor, dass alle Mitgliedstaaten die Effizienz ihrer Systeme – von der Entdeckung über die Meldung bis hin zur statistischen Erfassung – genau und kritisch untersuchen und hierüber der EU-Kommission berichten. Besonders weist die Studie darauf hin, dass jeglicher Druck zu unterbinden ist, durch den die Betroffenen und die zur Meldung Verpflichteten von der Meldung abgehalten werden.
- Die **Empfehlungen 6 und 7** beziehen sich auf epidemiologische Erkenntnisse und Forschung zu Berufskrankheiten. Hierzu schlägt die Studie vor,

auf EU-Ebene eine Informationsplattform über alle relevanten Forschungsvorhaben in Europa zu schaffen und Forschungsergebnisse systematisch zu sammeln, um allen Beteiligten in den Mitgliedsstaaten einen optimalen Zugang zu den aktuellen Erkenntnissen zu ermöglichen. Darüber hinaus warnt die Studie vor Tendenzen auf EU-Ebene, die Forschungsprioritäten von den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren weg zu anderen Forschungsschwerpunkten zu verlagern.

- Die **8. Empfehlung** betrifft die Diagnostik von Berufskrankheiten. Die Studie empfiehlt, die von der EU-Kommission herausgegebenen Hinweise zur Diagnose von Berufskrankheiten systematisch zu aktualisieren. Hierzu sollten entsprechende Leitlinien oder Empfehlungen aus den Mitgliedsstaaten als wertvolles Material gesammelt werden. Die Studie weist erweiternd darauf hin, dass die medizinische Diagnostik auf gute Informationen zur Expositionsgeschichte angewiesen ist. Auch hierzu sollten umfangreiche Vorarbeiten in einzelnen Mitgliedsstaaten auf EU-Ebene gesammelt und gesichtet werden.
- Die **9. Empfehlung** betrifft die Lieferung epidemiologischer und statistischer Daten der Mitgliedsstaaten an die EU, speziell die Europäische Agentur. Zusätzlich zu den Grundsatzfragen der statistischen Erfassung von Berufskrankheiten (vergleiche oben die Ausführungen zu den Empfehlungen 5 und 6) moniert die Studie, dass neben der Europäischen Agentur auch die wichtige Rolle von Eurostat in einer Neufassung der Empfehlung zum Ausdruck kommen sollte.
- Die **10. Empfehlung** zielt darauf ab, die im Gesundheitssystem Tätigen stärker auf das BK-Problem aufmerksam zu machen. Schwerpunkte sieht die Studie bei den Allgemeinärzten und Fachärzten, da beide Gruppen regelmäßig als erste mit den Erkrankten in Kontakt kommen.

8. Vorschläge der Studie für die zukünftige BK-Politik der EU

Die Studie sieht es als erforderlich an, die politischen Anstrengungen auf nationaler wie auf EU-Ebene zu verstärken, um Prävention und Entschädigung von Berufskrankheiten zu verbessern. Sie sieht hierfür vor allem vier Gründe:

- Die technologische Entwicklung bewirkt, dass die Produktionsprozesse und Arbeitsbedingungen zu neuen Gesundheitsgefahren führen. Dies betrifft die meisten Wirtschaftszweige und alle Mitgliedstaaten.
- In Märkten mit hartem Wettbewerb neigen Unternehmen dazu, gerade gesundheitsgefährdende Arbeiten in kleinere Unternehmen auszulagern und Subunternehmer zu beauftragen, bei denen zum Teil Prävention vernachlässigt wird.
- Innerhalb der EU besteht eine hohe Mobilität von Arbeitskräften und Unternehmen. Beides verstärkt die Notwendigkeit, dass die EU stärker als in der bestehenden Empfehlung auf die Identifikation und Anerkennung von Berufskrankheiten Einfluss nimmt. Denn bei Arbeitsmigranten bleiben Berufskrankheiten nicht selten wegen der langen Latenzzeiten unentdeckt, und die Beweisführung bei Arbeitseinsätzen in mehreren Staaten ist erschwert.
- Investitionen von Unternehmen für eine Verbesserung der Prävention können teuer sein. Dies kann zu Produktionsverlagerungen in Staaten führen, in denen die Präventionsanforderungen laxer umgesetzt werden. Solche opportunistischen Strategien sollten durch eine EU-Politik zu Prävention und Berufskrankheiten durchbrochen werden: Die Mitgliedstaaten sollen sowohl zur Verbesserung der Prävention als auch zur Entdeckung und Entschädigung von Berufskrankheiten ermutigt werden.

Die Studie hält EU-Initiativen für wichtig, um die Mitgliedstaaten dazu zu motivieren, ihre BK- und Präventionssysteme ständig zu verbessern. Vor diesem Hintergrund hat die Studie eine Vielzahl von Vorschlägen zur Verbesserung der Emp-

fehlung identifiziert: Sie soll effizienter werden und mehr Bedeutung gewinnen.

Die Studie nennt fünf Optionen, die sich in diesem Zusammenhang der EU-Kommission anbieten: von der Beibehaltung des Status quo über eine verpflichtende EU-Regelung in Bezug auf Berufskrankheiten bis hin zum gänzlichen Verzicht auf die Empfehlung. Favorisiert wird die „mittlere“ Option einer weitergehenden Harmonisierung. Sie erscheint die positivste und gleichzeitig realistischste Option für die weitere Entwicklung der Empfehlung. Sie zu verwirklichen hieße, die Empfehlung zu einem dynamischeren Instrument zu entwickeln. Es soll auf längere Sicht dazu beitragen, das Auftreten von Berufskrankheiten mehr und mehr zurückzudrängen und das BK-Recht in Europa schrittweise zu harmonisieren.

Der zweite Teil des Abschlusskapitels der Studie zieht die Schlussfolgerungen aus der kritischen Analyse der Empfehlung und fasst die sich daraus ergebenden Vorschläge zur Weiterentwicklung der Empfehlung zusammen. Die Studie schließt mit den „Top Ten“ der wichtigsten Vorschläge. Sie leiten sich aus den Ausführungen unter 7 und 8 ab. Hierauf wird, um Wiederholungen zu vermeiden, hier nicht nochmals näher eingegangen. ●

Autor



Foto: DGUV

Dr. Andreas Kranig

Beauftragter der DGUV für BK-Informationen, Lehrbeauftragter für Berufskrankheitenrecht an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
E-Mail: andreas.kranig@dguv.de

Frühintervention bei Hauterkrankungen

Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern¹

Die Frühintervention bei gemeldeten Hauterkrankungen lohnt sich, das ist zweifelsfrei erwiesen. Dennoch sind weitere Verbesserungen bei der Effizienz der Intervention möglich.

Zusammenfassung

Das VERFAHREN HAUT ist die erste Arbeitsablauf-Beschreibung für einen Berufskrankheiten-Prozess, welche die Unfallversicherungsträger entwickelt haben. Das VERFAHREN HAUT definiert Qualitätsstandards für das Fallmanagement zur Frühintervention bei Hauterkrankungen. Im Forschungsvorhaben „Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut: EVA_Haut“ stand das VERFAHREN HAUT und dessen Umsetzung durch die Unfallversicherungsträger auf dem Prüfstand. Vorgestellt werden die erkannten Handlungsfelder und die daraus resultierenden Möglichkeiten, die Verfahren noch weiter zu optimieren.

1 Einleitung

Das VERFAHREN HAUT wurde als „Stufenverfahren Haut“ am 14. Dezember 2004 erstmals veröffentlicht² und den Unfallversicherungsträgern (UV-Trägern) zur allgemeinen Anwendung empfohlen.

Es beschreibt Qualitätsstandards für Arbeitsabläufe im § 3 BKV-Verfahren, um schnell und effektiv der Entstehung einer BK 5101³ entgegenzuwirken. Die UV-Träger verfolgen damit das Ziel, bei gemeldeten Hauterkrankungen mit allen geeigneten Mitteln Gefährdungen für die Haut der Versicherten abzuwenden und dadurch insbesondere einen Verlust des Arbeitsplatzes zu verhindern.

Das VERFAHREN HAUT sieht im Sinne der Verhältnismäßigkeit des Mitteleinsatzes eine gestufte Intervention vor. Diese beginnt mit niederschweligen Maßnahmen und sieht weitere, aufwendigere Leistungen vor, wenn die Hauterscheinungen unverändert fortbestehen. Die Wirkung der eingeleiteten Maßnahmen wird von den UV-Trägern regelhaft überprüft, um alle

Möglichkeiten der sekundären Individualprävention oder gegebenenfalls auch der Tertiärprävention ausschöpfen zu können.

Das VERFAHREN HAUT ist komplementär zum Hautarztverfahren.⁴ Die den Hautärzten aufgegebenen Verpflichtung, bei Anhaltspunkten für eine arbeitsbedingte Hauterkrankung unverzüglich einen Hautarztbericht zu erstatten, korrespondiert mit der Aufgabe der UV-Träger, frühzeitig zu intervenieren (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BKV)⁵. Die Prozessschritte in der BK-Sachbearbeitung stützen sich wesentlich auf die Informationen aus den zum 1. Januar 2006 optimierten Hautarztberichten (F 6050)⁶ und Verlaufsberichten (F 6052)⁷.

Folgerichtig hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) mit dem 2011 abgeschlossenen Forschungsvorhaben „Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut: EVA_Haut“⁸ nicht nur die Qualität des Hautarztverfahrens (Forschungsprojekt EVA_Haut), sondern auch das Verwaltungsverfahren der

UV-Träger (Forschungsprojekt Verwaltungsverfahren Haut – VVH) auf den Prüfstand gestellt.

2 Laufende Anpassung und Weiterentwicklung

Seit der Einführung wurde das VERFAHREN HAUT fortlaufend angepasst. Ein wichtiger Schritt für die Praxis war die Weiterentwicklung in eine elektronische Prozessbeschreibung, welche die BK-Sachbearbeitung seit dem 6. Dezember 2005 über das DGUV-Intranet aufrufen kann (siehe [Abbildung 1](#)).⁹

Die Anwender können die einzelnen Prozessschritte visuell nachvollziehen und erhalten per Mausklick kompakte Informationen zu den Interventionsstrategien im VERFAHREN HAUT. Hinterlegt sind Arbeitshinweise zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen des § 3 Abs. 1 S. 1 BKV, Links auf die einschlägige Rechtsprechung der Sozialgerichte ebenso wie Erläuterungen zum Krankheitsbild und zu den berufstypischen Hautgefährdungen (Anlage zum Merkblatt zur BK 5101).

Selbstverständlich wird das VERFAHREN HAUT regelmäßig aktualisiert, wenn sich rechtliche Vorschriften ändern, etwa bei Neufassung von Technischen Regeln für Gefahrstoffe (zum Beispiel TRGS 401, TRGS 907). Ergänzt wurden auch Informationen zu systemischen Therapien zur Behandlung von Hauterkrankungen.¹⁰ Zudem führte das 2006 abgeschlossene Benchmarking-Projekt „Heilverfahrenssteuerung bei Verdacht auf berufsbedingte Hauterkrankungen (Maßnahmen nach § 3 BKV)“¹¹ zu Anpassungen.



Abbildung 1: VERFAHREN HAUT im DGUV-Intranet, Portal BIS Leistungen und Verfahren

3 Umsetzung des VERFAHRENS HAUT bei den UV-Trägern

Hinweise zur Qualität der Umsetzung des VERFAHRENS HAUT bei den UV-Trägern gibt die Kennzahl „Maßnahmen der Individualprävention (§3-Quote)“. Diese wird seit dem Geschäftsjahr 2002 regelhaft für jeden UV-Träger erhoben.¹² Die Kennzahl wird gebildet, indem die Fälle mit Maßnahmen nach § 3 BCG im aktuellen Jahr der Summe aller Verdachtsanzeigen aus demselben Jahr und dem Vorjahr gegenübergestellt werden. Dabei ist hervorzuheben, dass sich selbstverständlich nicht bei allen Meldungen der Verdacht einer arbeitsbedingten Erkrankung bestätigt.

Im Jahr 2007 hat die § 3-Quote für die BK 5101 im Durchschnitt der UV-Träger bei 31,8 Prozent¹³ gelegen. Die § 3-Quote ist seitdem kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2011 haben sich die DGUV-Gremien auf einen Zielwert für die § 3-Quote verständigt, dieser wurde auf 50 Prozent für den einzelnen UV-Träger festgelegt.¹⁴ Der Zielwert wurde im Durchschnitt aller UV-Träger bereits 2010 überschritten, 2011 haben alle UV-Träger zusammen einen Mittelwert von 64,6 Prozent¹⁵ erreicht (siehe Abbildung 2). Die Entwicklung ist Beleg dafür, dass sich die Umsetzung des VERFAHRENS HAUT bei den UV-Trägern stetig verbessert hat.

Auch die statistischen Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) legen den Schluss nahe, dass arbeitsbe-

dingten Hauterkrankungen durch Frühintervention wirksam begegnet werden kann. Trotz steigender Verdachtsanzeigen der BK 5101 in den vergangenen fünf Jahren hat sich die Zahl der Fälle, bei denen sich die arbeitsbedingte Verursachung bestätigt hat und die Betroffenen deswegen die hautgefährdende Tätigkeit als Ultima Ratio aufgeben mussten, weiter reduziert.

Diese Fälle werden in der BK-DOK als „Anerkannte Fälle“ ausgewiesen. Diese Fallgruppe ist eine Teilmenge der „Bestätigten Fälle“, bei denen die Hauterkrankung auf arbeitsbedingte Einwirkungen zurückzuführen ist. Der Anteil der „Bestätigten Fälle“ hat sich im Zeitraum von 2007 bis 2011 überproportional zu den Verdachtsfällen erhöht (siehe Abbildung 3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der

Anstieg der „Bestätigten Fälle“ zum Teil auch in der umfassenderen Dokumentation der § 3-Maßnahmen begründet ist.

4 Methodik und Ergebnisse der DGUV-Forschungsprojekte „EVA_Haut“ und „Verwaltungsverfahren Haut“ (VVH)

Die an der Universität Osnabrück durchgeführten Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH haben 1.600 nach einem Zufallsverfahren aus allen Verdachtsmeldungen ausgewählte Meldungen arbeitsbedingter Hauterkrankungen aus dem vierten Quartal 2007 untersucht. Damit wurden erstmals circa 10 Prozent der BK 5101-Verdachtsmeldungen eines Meldejahres bundesweit unter Einbeziehung aller UV-Träger systematisch analysiert. Die rekrutierten Fälle wurden anschließend über einen Zeitraum von 12 Monaten nachverfolgt.

Insgesamt waren aus der Zufallsstichprobe 1.543 Meldungen auswertbar. Diese Meldungen wurden sowohl dermatologisch als auch verwaltungsseitig hinsichtlich der Güte der Meldung und der ärztlichen Durchführung des Hautarztverfahrens sowie der Umsetzung des Verwaltungsverfahrens Haut ausgewertet.

In den 973 (63 Prozent) rekrutierten Fällen, in denen nach der Meldung ein Hautarztverfahren eingeleitet wurde, erfolgte eine berufsdermatologische Evaluation der anonymisiert übersandten ärztlichen Unterlagen durch jeweils zwei erfahrene, von der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) zertifizierte dermatologische Gutachter; ▶

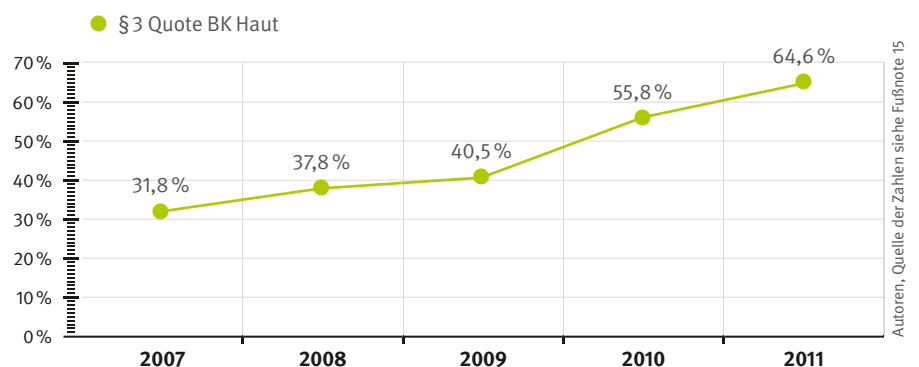


Abbildung 2: Kennzahl „Maßnahmen der Individualprävention (§ 3-Quote)“ der UV-Träger



Optimaler Hautschutz ist der wichtigste Erfolgsfaktor

durch dieses „Double-Review(DR)-Verfahren“ wird die Objektivität der Datenerhebung deutlich erhöht und subjektive Einflüsse gemindert.

Die Gutachterübereinstimmung in der Bewertung der ärztlichen Unterlagen im DR war hoch (Paarvergleichsmethode). Zusätzlich wurden in den Fällen, in denen nach Auskunft der UV-Träger ein Hautarztverfahren nach der Meldung eingeleitet wurde, die Versicherten und meldenden Hautärzte befragt. In den Fällen (N=570), in denen nach der Meldung kein Hautarztverfahren eingeleitet wurde, erfolgte die Begutachtung nur durch einen dermatologischen Gutachter.

Das optimierte Hautarztverfahren wurde durch die meldenden Hautärzte insgesamt sehr positiv angenommen: 87,8 Prozent der Meldungen wurden mit dem zum 1. Januar 2006 eingeführten neuen Hautarztberichtsformular F 6050 erstattet; die Meldung erfolgte zu 85,5 Prozent durch Hautärzte. Betriebsärzte, die ebenfalls zur Erstattung von Hautarztberichten ermächtigt sind, erstatteten nur in 1,6 Prozent der Fälle die Erstmeldung an den UV-Träger.

Die Qualität der Hautarztberichte ist aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter mehrheitlich zumindest befriedigend (Schulnote 1 bis 3: 69 Prozent; Schulnote 4 und schlechter: 31 Prozent). Bemängelt wird allerdings gutachterlicherseits, dass vielfach eine Arbeitsbedingtheit nur eingeschränkt nachvollziehbar war (48 Prozent der Berichte), die Relevanzbeurteilung bei nachgewiesenen Reaktionen im Allergietest unterblieb (63,5 Prozent),

die Angaben zum Erkrankungsverlauf im F 6052 unvollständig waren (34,7 Prozent) sowie eine Empfehlung bezüglich Hautschutzseminaren etc. oft fehlte.

Dennoch wird deutlich, dass die im Hautarztbericht niedergelegten Informationen die wesentliche Schnittstelle bei der Interaktion mit den UV-Trägern darstellen. Die Bedeutung aussagekräftiger Hautarztberichte für die Versicherten zeigt sich auch darin, dass die gutachterlicherseits vergebene Gesamtnote für die analysierten Berichte mit der Einleitung von weiteren Maßnahmen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens Haut korreliert: Bei Benotung mit Schulnote 2 oder besser wurden häufiger Maßnahmen eingeleitet, bei Benotung mit Schulnote 3 oder schlechter signifikant seltener (N=864; $\chi^2= 6,0$; $df=1$; $p<0,015$). Dies ist von besonderer Bedeutung. Denn es zeigte sich, dass bei zeitnaher Einleitung von geeigneten Maßnahmen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens Haut durch den UV-Träger (einschließlich Hautschutzseminar) signifikant häufiger ein Berufsverbleib erzielt werden konnte ($p=0,001$).

Die Einschätzung der Qualität der Berichte durch die dermatologischen Gutachter stimmt dabei mit der Einschätzung durch die Sachbearbeiter überein; so sahen zum Beispiel bei mit der Schulnote 2 oder besser bewerteten Berichten auch die Sachbearbeiter die gemachten Angaben häufiger als ausreichend für die Beurteilung der beruflichen Verursachung an (N=1093; $\chi^2= 7,2$; $df=1$; $p=0,007$).

Von den teilnehmenden Hautärzten (N=310) wurden die Praktikabilität des Hautarztverfahrens im Praxisalltag sowie die seitens der UV-Träger den Versicherten angebotenen Maßnahmen in über 90 Prozent sehr positiv eingestuft.

Auch die Akzeptanz der Versicherten für das Hautarztverfahren und die verwaltungsseitige Betreuung ist hoch: Die an der anonymen Befragung teilnehmenden Versicherten bewerteten die Beratung durch den Hautarzt in 68,9 Prozent mit der Schulnote 2 oder besser, die UV-Träger wurden in 63,5 Prozent mit der Schulnote 2 oder besser bewertet. Dabei bewerteten die Versicherten die UV-Träger deutlich erfolgsorientiert: Konnte ein Berufsverbleib erzielt werden, wurden signifikant häufiger gute Noten vergeben (Varianzanalyse; N=462; $F(1,460)=17,2$; $p<0,001$).

Die Forschungsergebnisse reflektieren die Praxis der UV-Träger in den Jahren 2007/08. Die Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH erlauben die Schlussfolgerung, dass das VERFAHREN HAUT bei den UV-Trägern flächendeckend etabliert und umgesetzt ist. Den UV-Trägern wird aufgrund der konsequenten Anwendung des VERFAHRENS HAUT eine hohe Prozessqualität attestiert.

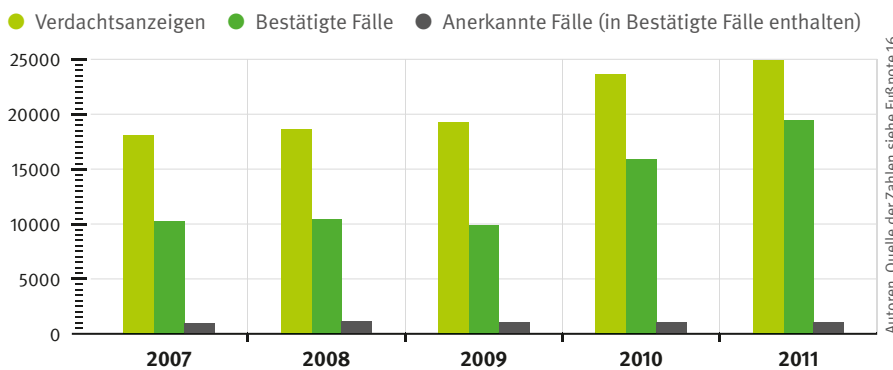


Abbildung 3: BK 5101 – Statistische Daten¹⁶

Gleichzeitig liefert die Studie weitere Hinweise dafür, dass bei zeitnaher Einleitung von geeigneten Maßnahmen die Betroffenen häufiger in ihrer Beschäftigung verbleiben und damit auch die Ergebnisqualität gesteigert werden kann. Selbstverständlich zeigen die Forschungsergebnisse auch Handlungsfelder auf, die Ansätze zur Optimierung des VERFAHRENS HAUT bieten.

5 Optimierungspotenziale

In den zuständigen Gremien der UV-Träger wurden die Handlungsfelder herausgearbeitet, welche für die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität bedeutsam erscheinen. Die einzelnen Optimierungspotenziale werden im Folgenden vorgestellt und Empfehlungen für das VERFAHREN HAUT und dessen praktische Umsetzung formuliert.

5.1 Einleitung niederschwelliger § 3-Leistungen in allen indizierten Fällen

Für die wirksame Frühintervention ist grundsätzlich erforderlich, dass in allen indizierten Fällen auch entsprechende Maßnahmen veranlasst werden. Nach den Forschungsergebnissen zu EVA_Haut und VVH wurden in 228 Fällen keine § 3-Maßnahmen eingeleitet, obwohl dies nach der überwiegend im Double-Review erfolgten Beurteilung der externen, ABD-zertifizierten Gutachter auf der Grundlage des VERFAHRENS HAUT angezeigt gewesen wäre und aus Sicht der BK-Sachbearbeitung eine ausreichende Qualität der Erstmeldung vorgelegen hat.¹⁷

Anliegen muss sein, bei entsprechender Indikation in einem höheren Anteil der Fälle früh zu intervenieren. Die Gründe, warum die BK-Sachbearbeitung nicht initiativ wurde, waren aus den zur Verfügung stehenden Aktenauszügen für die Forschungsgruppe nicht nachvollziehbar. Für Optimierungsansätze wäre wichtig zu wissen, ob und gegebenenfalls welche Hinderungsgründe bestanden haben. Zu erwarten ist, dass eine ergänzende Fallanalyse der untersuchten Fälle hier näheren Aufschluss geben würde.

Zu berücksichtigen ist aber, dass es sich um Verdachtsmeldungen aus dem

4. Quartal 2007 handelte. Daher erscheint eine Analyse von Altfällen nicht zielführend. Vielmehr wird empfohlen, eine Stichprobe aktueller Verdachtsmeldungen zu betrachten, bei denen keine § 3-Maßnahmen eingeleitet wurden. Auf diese Weise kann die derzeitige Praxis analysiert und damit festgestellt werden, ob und gegebenenfalls welche Schwachstellen ganz aktuell bestehen.

5.2 Zeitdauer für die Frühintervention

Als herausragender Einflussfaktor für die erfolgreiche Vorbeugung einer BK 5101 hat sich die Bearbeitungszeit vom Eingang des Hautarztberichts bis zur ersten Intervention erwiesen.¹⁸ Nach den Forschungsergebnissen zu EVA_Haut und VVH haben die UV-Träger in circa 65 Prozent der Fälle, bei denen ausreichende Anhaltspunkte für eine arbeitsbedingte Verursachung bestanden haben, den Heilbehandlungsauftrag an den behandelnden Dermatologen innerhalb von vier Wochen erteilt. Die Zeitspanne war aber bei etwa 30 Prozent der Fälle länger.¹⁹

„Bei Hauterkrankungen hat der UV-Träger unverzüglich über die Übernahme der Heilbehandlung zu entscheiden.“

Nach dem Sinn und Zweck einer Frühintervention muss eine kürzere Bearbeitungszeit erreicht werden. Es wird daher empfohlen, für die Prozesssteuerung ein „Zeit-Ziel Frühintervention“ von 14 Tagen als neue Kennzahl einzuführen. Auch aus rechtlichen Gründen sind Maßnahmen innerhalb von zwei Wochen geboten.

Bei Hauterkrankungen hat der UV-Träger unverzüglich über die Übernahme der Heilbehandlung zu entscheiden (§ 41 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger). Da es sich bei Behandlungsaufträgen sowie gegebenenfalls weiteren § 3-Maßnahmen auch um Teilhabeleistungen im Sinne des SGB IX handeln kann, muss hierüber innerhalb von zwei Wochen entschieden werden (§ 14 SGB IX)²⁰. Die entsprechenden Werte der neuen Kennzahl „Zeit-Ziel Frühintervention“ können, sobald sie

durch die DGUV-Gremien beschlossen ist, über die für die BK-DOK erfassten Daten für alle UV-Träger ermittelt werden.

Wie sich bereits bei der Kennzahl „Laufzeit BK-Verfahren“ gezeigt hat, bewirkt bereits die jährliche Bekanntmachung der jeweiligen Zeitwerte der UV-Träger eine Beschleunigung der BK-Verfahren. Es ist zu erwarten, dass vergleichbare Optimierungen bei der Zeitdauer bis zum Heilbehandlungsauftrag zu erreichen sind.

5.3 Berücksichtigung von Risikokonstellationen

Das VERFAHREN HAUT verlangt eine differenzierte Fallsteuerung unter Berücksichtigung von Risikokonstellationen. Diese Fälle müssen frühzeitig erkannt werden und gebieten eine sofortige persönliche Kontaktaufnahme für die Maßnahmenplanung.

Bereits in früheren Untersuchungen wurde festgestellt, dass Hauterkrankte häufig in einer sehr kurzen Zeitspanne nach der BK-Verdachtsmeldung die Tätigkeit aufgeben und sich beruflich anderweitig orientieren.²¹ Dem UV-Träger bleibt dann nur wenig Zeit zu handeln. Umso wichtiger ist es deswegen, ein besonderes Augenmerk auf Risikokonstellationen zu haben.

Durch die Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH wurden einzelne Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer späteren Tätigkeitsaufgabe assoziiert sind, identifiziert.²² Festgestellt wurde, dass die Chance auf Berufsverbleib bei jüngeren Betroffenen signifikant reduziert ist. Als weitere Risikokonstellationen haben sich auch Hauterkrankungen mit einem klinisch schweren Krankheitsbild und in bestimmten Berufsgruppen herausgestellt.

Für die verbesserte Umsetzung des VERFAHRENS HAUT bei Risikokonstellationen ist entscheidend, dass der UV-Träger diese bereits im Zeitpunkt der Meldung herausfiltern kann. Dazu sind qualifizierte Angaben im Hautarztbericht (F 6050) zwingend. Dieser liefert die entsprechenden Informationen über Risikokonstellationen, damit der UV-Träger diese Fälle sofort in ein intensives Fallmanagement steuern kann. ▶

„Ideal ist, wenn kurzfristig nach der Meldung die Versicherten und die Unternehmen durch Experten der UV-Träger zum Hautschutz beraten und erstversorgt werden.“

Für das VERFAHREN HAUT wird empfohlen, explizit Hinweise auf Risikokonstellationen und deren besonderen Steuerungsbedarf aufzunehmen.

5.4 Ausstattung mit Hautschutz und Persönlicher Schutzausrüstung

Die Ausstattung mit Hautschutz und Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), insbesondere geeigneten Schutzhandschuhen, ist nach den Arbeitsschutzbestimmungen Aufgabe des Unternehmers. Realität ist, dass insbesondere in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) nach wie vor Defizite bestehen. Die unzureichende Ausstattung mit Hautschutz und PSA hat bei hauterkrankten Beschäftigten gravierende Auswirkungen. In den Forschungsprojekten EVA_Haut und VVH hat sich erwiesen, dass die Teilnahme an Hautschutzseminaren hinsichtlich der Hautschutz- und Handschuhempfehlungen gegenüber anderen niedrigschwelligen § 3-Maßnahmen überlegen ist.²³

Es hat sich weiter herausgestellt, dass der Arbeitsplatz häufiger aufgegeben wurde, wenn die Versorgung mit Schutz- und Pflegeprodukten für die Haut aus Sicht der BK-Sachbearbeitung als „nicht gesichert“ beziehungsweise als „nicht genau einschätzbar“ bewertet wurde.²⁴

Nach den Erfahrungen der UV-Träger lässt sich ein ausreichender Hautschutz beziehungsweise Versorgung mit PSA über den Unternehmer eines KMU (insbesondere Kleinstunternehmen) meist, trotz dessen unstreitig bestehender Verpflichtung, nicht kurzfristig erreichen. Häufig ist der Unternehmer auch überfordert, den für die jeweilige berufstypische Hautgefährdung geeigneten Hautschutz zu gewährleisten.

Hinzu kommt, dass bei hauterkrankten Beschäftigten regelmäßig zusätzliche Anforderungen an den Hautschutz bestehen. Versicherte haben bei Anhaltspunkten auf eine arbeitsbedingte Hauterkrankung ei-

nen Anspruch auf Leistungen des UV-Trägers nach § 3 BKV, unabhängig von Arbeitsschutzpflichten der Unternehmer. Daher ist es Aufgabe des UV-Trägers, eine weitere Hautgefährdung auszuschließen beziehungsweise zumindest zu minimieren.

Lassen sich Defizite im Hautschutz beziehungsweise der PSA nicht in der gebotenen Zeit über die Unternehmer abstellen, darf dies nicht zu Lasten der Betroffenen gehen. Es entspricht der Praxis einer Reihe von UV-Trägern, insbesondere aus Gründen der Effektivität und der Wirtschaftlichkeit in Kleinstunternehmen/KMU die Betroffenen vorübergehend mit geeigneten Schutzhandschuhen und weiterem Hautschutz auszustatten.

Ideal ist, wenn kurzfristig nach der Meldung die Versicherten und die Unternehmen durch erfahrene Mitarbeiter des Präventionsdienstes zum Hautschutz beraten und erstversorgt werden. Zu empfehlen ist, eine frühzeitige Versorgung mit Hautschutz bei Kleinstunternehmen/KMU zum Qualitätsstandard im VERFAHREN HAUT zu machen. Selbstverständlich muss bei Vorleistung des UV-Trägers mittelfristig sichergestellt werden, dass die Unternehmer alsbald ihrer Verpflichtung zu Arbeitsschutzmaßnahmen nachkommen.

5.5 Nachhaltigkeit der § 3-Maßnahmen

Soweit der UV-Träger Leistungen nach § 3 BKV erbringt, soll die Intervention auch von dauerhafter Wirkung sein. Frühzeitige Maßnahmen der sekundären Individualprävention, erst recht Maßnahmen der Tertiärprävention ersparen in vielen Fällen ansonsten notwendig werdende spätere kostenintensivere Maßnahmen. Sie sind daher ein Gebot einer wirtschaftlichen und sparsamen Verwaltungsführung.

Nach dem Forschungsprojekt VVH wird das Verfahren in vielen Fällen abgeschlossen, ohne dass bekannt ist, ob Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnis-

prävention, insbesondere der Hautschutz, zukünftig gesichert sind.²⁵ Damit besteht ein hohes Risiko, dass die Hautgefährdung nicht dauerhaft beseitigt ist, es erneut zu Hauterscheinungen kommt und infolgedessen eine BK 5101 eintritt.

Schon aus Gründen der Qualitätssicherung ist zu empfehlen, dass die UV-Träger die Wirksamkeit von Leistungen nach § 3 BKV nachhalten. Dazu sind verschiedene Methoden denkbar, von Nachbefragungen der Betroffenen bis hin zu Arbeitsplatzbegehungen in bestimmten zeitlichen Intervallen. Entsprechende Qualitätsstandards sollten im VERFAHREN HAUT aufgenommen werden. Die „Nachhaltigkeits-Kontrollen“ könnten auch Eingang in die BK-DOK finden, sodass die erreichte Qualität durch Datenauswertungen überprüfbar würde.

6 Qualifizierung der BK-Sachbearbeitung

Optimierungen im VERFAHREN HAUT werden nicht erfolgreich sein, wenn die Erkenntnisse aus den Forschungsvorhaben und die daraus abgeleiteten Optimierungsvorschläge nicht weite Verbreitung und Akzeptanz in den UV-Trägern finden. Zu diesem Zweck sind bundesweite Qualifizierungen der BK-Sachbearbeitung geplant.²⁶

Die Informationsveranstaltungen werden seit November 2012 an sechs regionalen Standorten angeboten. Auf dem Programm stehen insbesondere die Ergebnisse der Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH einschließlich der aufgezeigten Optimierungsansätze ebenso wie praktische Fragen der Auswertung von Hautarztberichten. Gleichzeitig werden auch neue Methoden eines bedarfsorientierten Fallmanagements nach dem SGB IX vermittelt, damit bei gemeldeten Hauterkrankungen eine noch besser auf die einzelnen Betroffenen ausgerichtete Frühintervention gelingt.

7 Fazit und Ausblick

Die Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH belegen, ergänzend zu verschiedenen früheren Untersuchungen, dass sich die Frühintervention nach § 3 BKV bei gemeldeten Hauterkrankungen lohnt. In den vergangenen Jahren haben die UV-Träger deutliche Einsparungen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben²⁷ erreichen können, weil weit seltener Kosten für die berufliche Neuorientierung im Falle einer notwendigen Tätigkeitsaufgabe entstanden sind.

Die im Rahmen des § 3 BKV eingesetzten Mittel für den einzelnen Fall, die sich nach den Forschungsergebnissen im Median auf 379,42 Euro²⁸ belaufen haben,

sind gut investiert. Es profitieren die hauterkrankten Beschäftigten, deren Gesundheit wieder hergestellt und deren Arbeitsplatz erhalten werden konnte, aber auch die Unternehmer sowie die UV-Träger und damit die Gesamtheit der Beitragszahler.

Für die effiziente Frühintervention sind zum einen die Qualität des Hautarztverfahrens seitens der Dermatologen und zum anderen die Qualität des VERFAHRENS HAUT seitens der UV-Träger die entscheidenden Erfolgsfaktoren. Ebenso bedeutend ist die kooperative, zielgerichtete Interaktion der beiden Partner. Die UV-Träger haben die durch die Forschungsprojekte EVA_Haut und VVH aufgezeigten Optimierungspotenziale für das VERFAHREN HAUT erkannt.

Die hier vorgestellten Handlungsfelder und Empfehlungen werden jetzt in den zuständigen Gremien beraten, um rasch weitere Verbesserungen einleiten zu können. ●

Autoren

Claudia Drechsel-Schlund,
Prof. Dr. Stephan Brandenburg,
Prof. Dr. Swen Malte John,
Dr. Andreas Kranig, Dr. Wolfgang Römer

Kontakt

Claudia Drechsel-Schlund, Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: Claudia.Drechsel-Schlund@bgw-online.de

*

- 1 Modifizierter Artikel nach Erstpublikation in „Dermatologie in Beruf und Umwelt“, Jahrgang 61, für Heft 2013 eingeteilt (2013), mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.
- 2 HVBG-Rundschreiben Berufskrankheiten 032/2004 vom 14.12.2004.
- 3 Berufskrankheit Nr. 5101: „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederauflieben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.“
- 4 Drechsel-Schlund, C.; Francks, H.-P.; Klinkert, M.; Mahler, B.; Römer, W.; Rogosky, E.: Stufenverfahren Haut. Die BG (2007) Nr. 1, S. 32–35.
- 5 Blome, O.; John, S. M.: Das Hautarztverfahren. Die BG (2007) Nr. 1, S. 27–31; Skudlik, C.; John, S. M.: Stufenverfahren Haut – Praktische Umsetzung aus dermatologischer Sicht. Trauma und Berufskrankheit 9 (2007) Nr. 4, S. 296–300.
- 6 www.dguv.de/formtexte/aerzte/F_6050/F6050.pdf (Zugriff am 6.9.2012).
- 7 www.dguv.de/formtexte/aerzte/F_6052/F6052.pdf (Zugriff am 6.9.2012).
- 8 www.dguv.de/ifa/de/pro/pro1/fffb0130_2/index.jsp (Zugriff am 6.9.2012).
- 9 HVBG-Rundschreiben Berufskrankheiten 038/2005 vom 6.12.2005.
- 10 DGUV-Rundschreiben Berufskrankheiten 0123/2009 vom 16.3.2009; DGUV-Rundschreiben Berufskrankheiten 0284/2010 vom 21.5.2010.
- 11 Dickmann, A.; Jürs, E.; Schröder-Heisig, R.; Tubbesing, M.; Maier, B.: Projektbericht „Heilverfahrenssteuerung bei Berufskrankheiten – am Beispiel der Berufskrankheit Haut“ vom 21.8.2006 (unveröffentlicht); Projektbeschreibung im DGUV-Intranet (UV-Net) http://bg40.bgnet.hvbg.de/wcm/BGNet_live_prod/inhalt/revision/benchmarking/projekte/MED_REHA_Club_Projektsteckbrief_Haut.pdf (Zugriff am 6.9.2012).
- 12 HVBG-Rundschreiben Berufskrankheiten 045/2003 vom 4.11.2003.
- 13 DGUV-Intranet (UV-Net) http://bg.bgnet.hvbg.de/wcm/BGNet_live_prod/inhalt/grundlagen/download/Dossier3.pdf (Zugriff am 6.9.2012).
- 14 DGUV-Rundschreiben – 0172/2011 vom 1.4.2011.
- 15 Auskunft Dr. Stefan Gravemeyer, DGUV-Referat Statistik Leistungen, Berufskrankheiten, Sonderaufgaben, vom 31.10.2012.
- 16 Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation der DGUV für die Jahre 2007 – 2008 aus der BK-DOK 2008 www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/bk-dok-2008.pdf (Zugriff am 6.9.2012); Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation der DGUV für die Jahre 2009 – 2010 über das Internet-Portal der DGUV www.dguv.de/inhalt/zahlen/bk/index.jsp (Zugriff am 6.9.2012); Daten der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der DGUV für das Jahr 2011 über das Intranet-Portal UV-Net http://bg36.bgnet.hvbg.de/wcm/BGNet_live_prod/inhalt/grundlagen/arbeitshilfen/statistik/tabellen/gur/sonstanl/gur_2011.xls (Zugriff am 6.9.2012).
- 17 Voß, H.; Mentzel, F.; Skudlik, C.; Maier, B.; Gediga, G.; Gediga, K.; John, S. M. (2011): EVA_Haut: Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut. Abschlussbericht (unveröffentlicht). Forschungsprojekt gefördert durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin, und den Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (Zeichen: 412.02:411.43-FB 130-EVA-Haut), S. 281 f.
- 18 Pohrt, U.; Bieler, S.: Stufenverfahren Haut – eine Erfolgsstory? ASUpraxis 44 (2009) Nr. 2, S. 24–26.
- 19 Abschlussbericht EVA_Haut (siehe 16.), S. 107; Maier, B.; Voß, H.; Mentzel, F.; Skudlik, C.; Gediga, G.; Gediga, K.; John, S. M. (2011): Verwaltungsverfahren Haut VVH. Abschlussbericht (unveröffentlicht). Forschungsprojekt gefördert durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin (Zeichen: 412.02:411.43-FB 130.2 VVH), S. 190.
- 20 DGUV-Rundschreiben – 0281/2012 vom 24.6.2012.
- 21 Pohrt, U.; Bieler, S.: Stufenverfahren Haut – eine Erfolgsstory? ASUpraxis 44 (2009) Nr. 2, S. 24–26.
- 22 Abschlussbericht EVA_Haut (siehe 16.), S. 261 ff.
- 23 Abschlussbericht EVA_Haut (siehe 16.), S. 80.
- 24 Abschlussbericht Verwaltungsverfahren Haut VVH (siehe 17.), S. 203.
- 25 Abschlussbericht Verwaltungsverfahren Haut VVH (siehe 17.), S. 93.
- 26 DGUV-Rundschreiben – 0281/2012 vom 24.6.2012.
- 27 BK-DOK 2008, S.16 ff. www.dguv.de/inhalt/zahlen/documents/bk-dok-2008.pdf (Zugriff am 6.9.2012).
- 28 Abschlussbericht Verwaltungsverfahren Haut VVH (siehe 17.), S. 184 Tabelle 149.



Bessere Qualitätssicherung angestrebt

Neuausrichtung der stationären Heilverfahren

Mit dem Ziel einer weiteren Stärkung der Effektivität und Effizienz werden die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ihre stationären Heilverfahren beginnend mit dem Jahr 2013 neu ordnen. Die Gremien der DGUV haben im September 2012 die Beschlüsse zur Neuordnung gefasst.

Neue Herausforderungen und veränderte Rahmenbedingungen

Hintergrund der jetzt eingeleiteten Neuausrichtung in den Heilverfahren sind zum einen weitreichende Veränderungen in den Versorgungsstrukturen insgesamt, zum anderen aber auch spürbare Änderungen im Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung selbst.

Die seit dem Jahr 2003 zu verzeichnenden Entwicklungen in der ärztlichen Weiterbildung mit dem Zusammenwachsen der Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie haben mittelfristig nicht nur eine Veränderung des Qualifikationsprofils der für die gesetzliche Unfallversicherung tätigen Fachärzte zur Folge.

Sie haben darüber hinaus mittelbare und sichtbare Auswirkungen auf die Krankenhausstrukturen und die Organisation der

im Bereich der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten arbeitenden Kliniken und Abteilungen. So ist ein Trend hin zu gemeinsamen Zentren und Abteilungen für Orthopädie- und Unfallchirurgie zu beobachten mit der Folge, dass die rein unfallchirurgischen und im Schwerpunkt auf die Notfallversorgung „rund um die Uhr“ ausgerichteten Fachabteilungen weniger werden und in die Defensive geraten sind.

Befördert wurde diese Entwicklung durch die mit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems geschaffenen Vergütungsstrukturen. Viele Kliniken mit orthopädisch-chirurgischem Schwerpunkt konzentrieren sich zunehmend auf die Durchführung elektiver Eingriffe, was im Hinblick auf Vorhaltekosten und Kapazitätsauslastung deutliche Effizienzsteigerungen verspricht.

Eine richtungsweisende Antwort auf diese Entwicklung waren die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zur Bildung von Traumanetzwerken und die damit einhergehende Neuordnung der unfallmedizinischen Landkarte durch das Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Die im Weißbuch beschriebenen Qualitätsstandards konnten der gesetzlichen Unfallversicherung für ihre Neuordnung wichtige Impulse geben.

Erstveröffentlichung:

Oberscheven, M. (2013): Neuausrichtung der stationären Heilverfahren: Gesetzliche Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh. DOI 10.1007/s10039-012-1924-3

Mit den nunmehr eingeleiteten Schritten zur Neuaustrichtung der Heilverfahren sollen nicht zuletzt die Voraussetzungen geschaffen werden, um langfristig neue Wege in der Qualitätssicherung der Versorgung schwer Unfallverletzter zu beschreiten.

Wie alle Zweige der Sozialversicherung ist auch die gesetzliche Unfallversicherung in besonderem Maße gefordert, die Wirksamkeit ihrer besonderen Heilverfahren und auch deren Wirtschaftlichkeit unter Kosten-Nutzen-Aspekten nachzuweisen. Zu einer modernen und am Bedarf des betroffenen Menschen ausgerichteten Qualitätssicherung gehört darüber hinaus zweifelsohne auch die Einbeziehung der Patientenperspektive.

Vor dem Hintergrund rückläufiger Gesamtunfallzahlen in der gesetzlichen Unfallversicherung und mit Blick auf die herausgehobene Bedeutung besonders schwerer Verletzungsformen waren die bisherigen Beteiligungsverfahren insgesamt auf den Prüfstand zu stellen. Die Unfallversicherungsträger haben sich dabei der Frage gestellt, ob sie noch die richtigen Schwerpunkte setzen oder noch stärker als bisher den Fokus auf die schwersten und komplexen Verletzungsarten legen müssen.

Denn gerade diese Fälle sind für die Lebensqualität und berufliche beziehungsweise soziale Wiedereingliederung ihrer Versicherten besonders bedeutsam und

für die Beitragszahler von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit besonders hohen Folgekosten verbunden.

Als Ziele der Neuordnung im stationären Bereich wurden deshalb formuliert:

- Eine Konzentration auf die in der Versorgung von schwer Arbeitsunfallverletzten besonders qualifizierten und erfahrenen Kliniken,
- eine stärkere Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzungsart,
- eine Profilierung und Aktualisierung der Qualitätsanforderungen einschließlich Schaffung der Voraussetzungen zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung („Alles aus einer Hand“ – Reha-Management).

„Mit dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU ist ab dem Jahr 2006 eine Qualitätsoffensive in der traumatischen Versorgungslandschaft eingeleitet worden.“

Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU

Mit dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU ist ab dem Jahr 2006 eine Qualitätsoffensive in der traumatischen Versorgungslandschaft eingeleitet worden, die von der DGUV und ihren Mitgliedern von Beginn an konstruktiv begleitet und unterstützt wurde.

Die mit klaren Strukturanforderungen hinterlegten, dreistufigen Traumanetze wurden von Beginn an als Vorbild und „Blaupause“ für die unfallversicherungsrechtlichen Heilverfahren angesehen. Hier galt es Synergieeffekte zu nutzen und die Möglichkeit der Übernahme der von der Fachgesellschaft entwickelten Standards in die Beteiligungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung zu prüfen.

◀ Das Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU

Im Ergebnis werden sich die Qualitätsanforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung künftig in Teilen an den Vorgaben des Weißbuchs anlehnen, ohne dass die formale Zertifizierung einer Klinik im Traumanetzwerk als notwendige Bedingung für eine Beteiligung durch die DGUV gefordert wird.

Auch strukturell wird die Gliederung des Weißbuchs in der gesetzlichen Unfallversicherung nachvollzogen. So werden die akutstationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung in Zukunft ebenfalls dreistufig ausgestaltet sein. Neben dem Durchgangsarzt am Krankenhaus und dem bisher für die Versorgung aller schweren Verletzungen vorgesehenen Verletzungsartenverfahren (VAV) wird es künftig ein herausgehobenes Verfahren für die Versorgung schwerster und komplexer Verletzungsmuster in Form des neuen Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV) geben.

Neues stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV)

Auch für den Durchgangsarzt am Krankenhaus ohne besondere Zulassung zur Versorgung schwer Arbeitsunfallverletzter wird es bedeutsame Veränderungen geben. In diesem Bereich wird die Beteiligung nicht mehr allein durch eine personalisierte Zulassung des Arztes zum D-Arzt-Verfahren vollzogen, sondern durch eine Beteiligung des Krankenhauses ergänzt.

Sofern an diesem Krankenhaus unter stationären Bedingungen behandelt werden soll, erfolgt in Zukunft also parallel eine vertragliche Zulassung des Krankenhauses anhand klar definierter Strukturanforderungen für die Abteilung zur Behandlung Unfallverletzter. Auf diese Weise werden künftig alle stationären Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung qualitativ beschrieben und in Beteiligungsverfahren der DGUV überführt.

Damit einher geht im Bereich des DAV eine Anhebung des Behandlungsniveaus, indem der bisherige VAV-Katalog in Teilen „abgespeckt“ wird. Eine Reihe von Verletzungen, wie zum Beispiel Radiusfrakturen und Sprunggelenksbrüche in einfacher Ausprägung sowie Sehnenverletzungen, müssen künftig nicht mehr im VAV vorgestellt werden. ▶



„Entsprechend der regionalen Bedarfslage werden bei drohender Unterversorgung Ausnahmen von der Mindestfallzahl nach bundeseinheitlichen Kriterien zugelassen.“

Die DGUV sieht in der Neuregelung des stationären Durchgangsarztverfahrens in der beschriebenen Form eine deutliche Aufwertung aller Krankenhäuser, die in relevanter Form Unfallchirurgie betreiben und ein Mindestmaß an traumatologischer Kompetenz nachweisen.

Änderungen im Verletzungsartenverfahren (VAV)

Im Bereich der Schwerverletztenversorgung ist in den kommenden Jahren ab der Stufe des Verletzungsartenverfahrens (VAV) eine qualitätsorientierte Konzentration vorgesehen. Die Fokussierung auf Kliniken, die eine besondere Qualifikation zur Behandlung schwerer Arbeitsunfälle haben, soll in erster Linie durch eine Profilierung der Qualitätsanforderungen erreicht werden.

So lehnen sich die künftigen Qualitätsvorgaben im Bereich des VAV am Standard eines regionalen Traumazentrums nach dem Weißbuch der DGU an. Insbesondere für die Verfügbarkeit ärztlicher und nicht ärztlicher Mitarbeiter sowie die Ausstattung der OP-Abteilung, der Notaufnahme und der Intensivstation werden die Vorgaben der Fachgesellschaft in weiten Teilen übernommen.

Insgesamt gehen die Anforderungen zur Beteiligung am VAV damit im Detail und in der Tiefe deutlich über die bisherigen Zulassungsvoraussetzungen hinaus. Aufgrund des unterschiedlichen Auftrags im VAV einerseits und im DGU-Traumazentrum andererseits gibt es in einigen Bereichen jedoch auch Abweichungen.

Da die Schwerstfälle in der gesetzlichen Unfallversicherung künftig in das neue SAV gesteuert werden sollen, weichen die Anforderungen der DGUV für die Beteiligung am VAV teilweise von den für regionale Traumazentren formulierten Standards ab.

Mit Blick auf den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung werden außerdem zusätzliche Anforderungen formuliert, die über die im Weißbuch formulierten Strukturvorgaben hinausgehen.

Dies betrifft zum einen die Forderung nach einer kindertraumatologischen Kompetenz in den VAV-Kliniken, die durch entsprechende Erfahrungen bei den verantwortlichen Ärzten nachgewiesen werden kann. Darüber hinaus werden die Anforderungen im Bereich der Krankenhaushygiene um den personellen und organisatorischen Bereich erweitert, wobei ein verbindlicher Verweis auf die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) erfolgt.

Die Neuregelungen im VAV, die insgesamt eine Anhebung der Versorgungsqualität zum Ziel haben, werden flankiert durch die Wiedereinführung einer Mindestfallzahl. Aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein gewisses Mengengerüst durchaus ein aussagekräftiges Indiz für eine hohe Versorgungsqualität und vor allem auch ein Indikator für ein Mindestmaß an Routine im Umgang mit den besonderen Verfahren der DGUV.

Zum anderen schafft eine gewisse Fallmenge in den beteiligten Häusern erst

die Voraussetzungen, um den Behandlungserfolg messen zu können und aussagekräftige Ergebnisse für die Qualitätssicherung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zu erzielen. Nach Abschluss der Analysen wurde eine Mindestfallzahl von 75 VAV-Fällen pro Jahr festgelegt. In einem Betrachtungszeitraum von fünf Jahren muss die Fallzahl entweder im Durchschnitt oder in den letzten drei Jahren dieses Zeitraumes erreicht werden.

Entsprechend der regionalen Bedarfslage werden bei drohender Unterversorgung und zur Vermeidung „weißer Flecken“ auf der Versorgungslandkarte Ausnahmen von der Mindestfallzahl nach bundeseinheitlichen Kriterien zugelassen.

Neues Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Für das neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) sind Verletzungsmuster vorgesehen, die mit lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, einer besonders hohen Rentenrelevanz oder einem besonders hohen Reha-Aufwand verbunden sind. Hierzu zählen schwerste Verletzungen wie das Polytrauma, Amputationsverletzungen, schwere Schädel-Hirn-Verletzungen oder Querschnittlähmungen sowie weitere komplexe Verletzungen, die aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung in kompetenten Zentren konzentriert werden sollen.

Die Einführung des neuen SAV erforderte insoweit eine Überarbeitung und Differenzierung des bisherigen Verletzungsartenverzeichnisses, das die Zuweisung

der Verletzungsarten in die verschiedenen Versorgungsstufen beschreibt.

Die Anforderungen an die SAV-Kliniken werden sich in weiten Teilen an den Anforderungen an überregionale Traumazentren gemäß den Vorgaben des Weißbuchs der DGU orientieren. Dies betrifft wiederum die Verfügbarkeit der fachärztlichen Mitarbeiter sowie die Ausstattungsmerkmale der OP-Abteilung, der Notaufnahme und der Intensivmedizin.

Darüber hinaus werden Standards für eine möglichst frühzeitig einsetzende und multiprofessionelle Rehabilitation bereits im Krankenhaus gesetzt. Besonderer Wert wurde schließlich auf die Formulierung gesteigerter Anforderungen an die Kooperation mit dem Reha-Management des verantwortlichen Unfallversicherungsträgers sowie auf die Schnittstelle zur weiterführenden Rehabilitation gelegt.

Perspektive SGB-VII-Netzwerk

Die von der DGU mit dem Weißbuch verwirklichte Idee eines Traumanetzwerks soll mittelfristig für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung weiterentwickelt werden. Zu diesem Zweck sollen die Netzwerke beteiligter Krankenhäuser ergänzt werden um die Bereiche der Rehabilitation und der Behandlung von späteren Komplikationen und Rekonstruktionsbehandlungen.

Insbesondere auf der Ebene des SAV sollen deshalb die Voraussetzungen geschaffen werden, die für eine Steuerung und „integrierte“ Versorgung der auf dieser Ebene behandelten, folgenreichen Fälle nach den Vorgaben des SGB VII notwendig sind.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung werden sich daher ab dem Jahr 2013 auch der qualitätsorientierten Neuaustrichtung der Rehabilitation Schwer- und Schwerstverletzter widmen und die Anforderungen in diesem Bereich ebenfalls überprüfen.

Die sektorenübergreifende Netzwerkbildung soll zudem auch inhaltlich ausgestaltet werden, indem besondere SGB-VII-

Standards vor allem für die besonders schweren SAV-Fälle entwickelt werden.

In Anlehnung an das Phasenmodell im Bereich der neurologischen Rehabilitation sollen so für weitere schwere und schwerste Verletzungen die Anforderungen in den verschiedenen Phasen der stationären und ambulanten Rehabilitation bis hin zur Nachsorge beschrieben werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei wiederum den Übergängen zwischen den verschiedenen Reha-Phasen und der Verzahnung mit dem Reha-Management der Unfallversicherungsträger.

Qualitätssicherung in den Heilverfahren

In einem weiteren Schritt werden die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu prüfen haben, welche weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung in den stationären Heilverfahren zielführend und umsetzbar sind. Zweifelsohne gehört hierzu der Einsatz einer patientennahen Ergebnismessung, die die Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten abbildet. Darüber hinaus wird zu untersuchen sein, welche Routinedaten in den Krankenhäusern für eine Qualitätssicherung in den Heilverfahren der Unfallversicherung zur Verfügung stehen.

Einen besonderen Fokus werden die Unfallversicherungsträger künftig auf den Bereich der Prozessqualität richten und dabei insbesondere das für den Reha-Erfolg maßgebliche Zusammenwirken von Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern im Reha-Management weiter präzisieren.

Wichtig dabei wird sein, dass die im Handlungsleitfaden „Reha-Management“ der DGUV konsentierten Standards der Kooperation und Koordination im Reha-Prozess mit Leben gefüllt und im Praxisfall umgesetzt werden.

Im Bereich des SAV ist schließlich die Einrichtung von Qualitätszirkeln geplant, in denen anhand bestimmter, klar definierter Qualitätsparameter der Erfolg eines Reha-Verfahrens gemessen werden kann und mit denen Qualitätsvergleiche zwischen den beteiligten Leistungserbringern ermöglicht werden sollen.

Inkrafttreten zum 1. Januar 2013

Die Anforderungen an die Krankenhäuser im Bereich des DAV, VAV und SAV sowie das neue Verletzungsartenverzeichnis wurden im September 2012 in den verantwortlichen Gremien der DGUV verabschiedet. Die neuen Regeln sind zum 1. Januar 2013 inkraftgetreten.

Für den Aufbau des neuen SAV und die Durchführung der entsprechenden Beteiligungsverfahren durch die DGUV-Landesverbände ist ein Übergangszeitraum von einem Jahr bis Ende des Jahres 2013 vorgesehen. Zum 1. Januar 2014 sollen dann auch die für das SAV vorgesehenen Verletzungspfade Anwendung finden und in der Praxis umgesetzt werden.

Für den Bereich des stationären DAV und des VAV ist geplant, dass alle Krankenhäuser in einem Übergangszeitraum von bis zu fünf Jahren nach den neuen Anforderungen überprüft und beteiligt werden.

Schließlich werden die neuen Heilverfahrensstrukturen Eingang in eine Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) über die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten finden, die ebenfalls zum 1. Januar 2013 inkraftgetreten sind. ●

Autor



Foto: DGUV

Markus Oberscheven

Leiter des Referats
Heilbehandlung/Medizinische
Rehabilitation, DGUV
E-Mail: markus.oberscheven@
dguv.de

Interview

„Traumanetzwerke setzen verbindliche Standards“

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat eine neue Auflage des Weißbuches Schwerverletztenversorgung herausgegeben. Wie hat sich die Versorgung entwickelt? Wie kann sie weiter verbessert werden? DGUV Forum fragte Prof. Volker Bühren von der BG Klinik Murnau.

Herr Professor Bühren, 2006 hat die DGU in einem Weißbuch erstmals Empfehlungen für die optimierte Versorgung von Schwerverletzten herausgegeben. Sie bilden die Grundlage für die Einrichtung von Traumanetzwerken. Inzwischen hat sich laut DGU die Versorgung deutlich verbessert. Woran liegt das?

Mit der Bildung der Traumanetzwerke haben sich verbindliche Standards für die Versorgung schwerverletzter Patienten gebildet. Beispielsweise wurde die Kommunikation durch die Einführung sogenannter Trauma-Handys, die eine jederzeitige direkte Ansprechbarkeit der diensthabenden Oberärzte in den überregional versorgenden Traumazentren gewährleistet, verbessert.

„Für die Patienten bedeutet dies, dass die Kliniken unabhängig vom Versicherungsstatus für alle schwerstverletzten Patienten ohne Aufnahmeeinschränkung zur Verfügung stehen.“

Weitere nachweisbare Verbesserungen ergeben sich durch die praktisch flächendeckende Einführung von Qualitätszirkeln, in denen die Standardisierung und besondere, exemplarische Fälle besprochen werden.

Auch die BG-Kliniken sind in Traumanetzwerke eingebunden. Was bedeutet das für die Patienten und für die Arbeit der Mediziner?

Die BG-Kliniken sind sämtlich als überregionale Traumazentren und somit in der höchsten Stufe zertifiziert und in den jeweiligen Traumanetzwerken tätig.

Für die Patienten bedeutet dies, dass die Kliniken unabhängig vom Versicherungsstatus für alle schwerstverletzten Patienten ohne Aufnahmeeinschränkung zur Verfügung stehen. Damit kommen gerade die Besonderheiten der BG-Kliniken wie leistungsfähige Handplastische Abteilungen, Abteilungen für Brandverletzte und Querschnittgelähmte im Rahmen einer umfassenden Daseinsvorsorge der Allgemeinheit zugute.

Im Fokus der zweiten neuen Auflage des Weißbuches steht die Sicherung einer frühzeitig einsetzenden ganzheitlichen Rehabilitationstherapie. Darauf wird in den BG-Kliniken schon seit langem Wert gelegt. Haben sie eine Vorreiterposition? Wo gibt es weitere Verbesserungsmöglichkeiten?

Innerhalb des Systems der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung ist der Übergang aus der akutstationären Behandlung in die Frühreha und in die spezialisierte Reha ohne Wechsel des Kostenträgers und im Rahmen des umfassenden Reha-Managements unterbrechungsfrei gesichert.

Für die anderen Versicherungsformen besteht zur Zeit noch eine „Rehalücke“, da zum Beispiel Patienten für eine Anschlussheilbehandlung auch rehafähig sein müssen, was eine intakte Mobilität

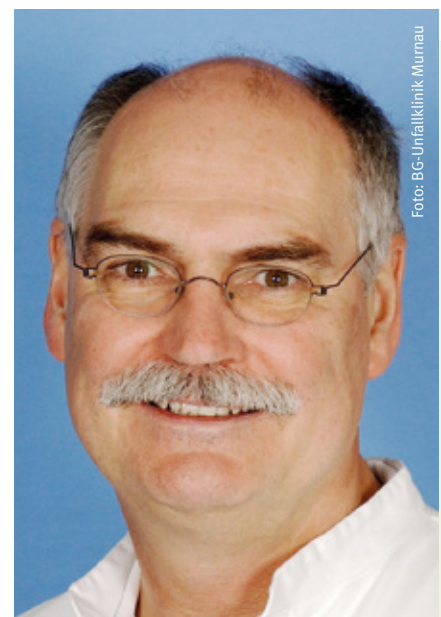


Foto: BG-Unfallklinik Murnau

Prof. Dr. Volker Bühren

Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau

und die Fähigkeit zur Selbstversorgung umfasst. Hierzu sind mehrfachverletzte Patienten nach Abschluss der akuten DRG-geregelten Behandlung oft nicht fähig.

Das Weißbuch weist darauf hin, dass Regelungen in Analogie zur berufsgenossenschaftlichen Behandlung gefunden und eingeführt werden müssen. Insofern haben die Heilverfahren der DGUV hier auch eine Vorreiterposition. ●

Die Fragen stellte Elke Biesel.

Haftungsbeschränkung

Verletzt ein Eishockeyspieler bei einem Spiel der 2. Bundesliga einen Spieler der gegnerischen Mannschaft (Arbeitsunfall), haftet er nur bei Vorsatz (gemeinsame Betriebsstätte).

§ (Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 27.9.2012 – 4 U 256/11 –, UV-Recht Aktuell 19/2012, S. 1331–1334)

Streitig war vorliegend ein Schmerzensgeldanspruch des Klägers. Dieser hatte sich bei einem Eishockeyspiel der 2. Bundesliga nach Körperkontakt mit dem Beklagten Verletzungen zugezogen.

Ein Schmerzensgeldanspruch ist nach Auffassung des Oberlandesgerichts hier ausgeschlossen (§§ 106, 105 SGB VII). Es liege ein von der Berufsgenossenschaft anerkannter Arbeitsunfall vor. Zudem seien Kläger und Beklagter anlässlich ihres Wettkampfs auf einer gemeinsamen Betriebsstätte tätig gewesen. Auf den gegenläufigen Zweck ihres Gegeneinanderspiels komme es dabei nicht an. Entscheidend sei vielmehr, dass beide Mannschaften nach gemeinsamen Spielregeln zusammenwirken und sich gegenseitig in besonderer Weise ergänzen würden, weil der Wettkampf nur im Miteinander möglich sei.

Zudem liege der typische Fall einer Gefahrengemeinschaft vor. Denn jeder Spieler beider Mannschaften sei in gleicher Weise, sei es als Verletzter oder als Schädiger, den Verletzungsrisiken des Spiels ausgesetzt. Jeder verletzte Spieler sei materiell durch seine Berufsgenossenschaft abgesichert; Schmerzensgeldprozesse zwischen Spielern gegnerischer Mannschaften könnten das friedliche Zusammenspiel für die Zukunft erheblich beeinträchtigen.

Der Beklagte habe den Versicherungsfall nicht vorsätzlich herbeigeführt. Der Kläger habe nicht nachgewiesen, dass der Beklagte bei seiner Aktion den Eintritt ernsthafter Verletzungsfolgen in Kauf genommen hätte. Der Angriff des Beklagten, der dem Kläger dicht auf den Fersen gewesen sei, sei weder grundlos, noch überraschend, sondern aus dem Spiel heraus erfolgt. Indem er den Kläger im Eifer der Aktion geschubst und kurz vor der Bande zu Fall gebracht habe, habe er zwar regelwidrig gehandelt; ein hinreichendes Indiz für einen Verletzungsvorsatz liege hierin jedoch nicht.

Arbeitsunfall

Die Abgabe des Formulars beim Arbeitgeber, um eine Vorausbescheinigung für die Gewährung einer Altersrente zu erhalten, ist dem unversicherten persönlichen Bereich zuzurechnen.

§ (Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.5.2012 – B 2 U 8/11 R –, UV-Recht Aktuell 18/2012, S. 1198–1216)

Streitig war die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Die Klägerin, zum Unfallzeitpunkt in der Freistellungsphase einer Altersteilzeit, verletzte sich, als sie im Gebäude ihres Arbeitgebers auf einer Treppe stürzte. Grund ihres Aufenthaltes war, ein Formular für eine sogenannte Vorausbescheinigung bei ihrem Arbeitgeber abzugeben, die sie für ihre Altersrente benötigte. Arbeitgeber sind zur Ausfüllung dieses Formulars verpflichtet.

Das Bundessozialgericht hat einen Arbeitsunfall verneint. Auch bei wegen Altersteilzeit Freigestellten sei die Verrichtung einer Beschäftigtentätigkeit erforderlich. Dies sei hier aber nicht der Fall. Wenn ein Beschäftigter sich freiwillig in den unternehmerischen Gefahrenbereich gebe, um daraus unmittelbar nur eigene Vorteile zu erlangen (sogenannte

eigenwirtschaftliche Verrichtung), habe dies mit der Erfüllung von Haupt- oder Nebenpflichten aus dem Beschäftigungsverhältnis nichts zu tun (anders etwa bei Inempfangnahme des Lohnes, Geltendmachung von Fehlern bei der Lohnabrechnung, Aushändigung von Arbeitspapieren).

Der Schutz der Beschäftigtenversicherung sei nur gegen die Gefahren begründet, denen der Beschäftigte wegen der Ausübung seiner Beschäftigung im fremden Gefahrenbereich, nicht aber aus eigenem Entschluss in Verfolgung nur eigener Belange ausgesetzt sei. Die Tätigkeit der Klägerin habe ausschließlich der Durchsetzung ihres allein gegen den Rentenversicherungsträger gerichteten Rechts auf nahtlose richtige Zahlung der dort beantragten Altersrente gedient.

Weder habe es dazu eine haupt- oder nebenvertragliche Verpflichtung gegeben noch habe die Klägerin annehmen können, sie treffe eine solche Pflicht.

Ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement

Ehrenamtliches Engagement ist ein wertvoller und mittlerweile unverzichtbarer Beitrag für die soziale Gemeinschaft. Wer sich für andere einsetzt und sich ehrenamtlich engagiert, verdient den größtmöglichen Schutz der Gesellschaft. Daher ist der Umfang des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes mit der zunehmenden Bedeutung des Ehrenamts und des bürgerschaftlichen Engagements stetig verbessert worden. Die neue Broschüre „Ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement“ der Unfallkasse Hessen vermittelt einen Einblick in die vielen Facetten des Ehrenamts und den umfassenden Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.



Quelle: Unfallkasse Hessen

! Die Broschüre finden Sie auf: www.ukh.de

Psychische Faktoren am Arbeitsplatz

Eine schnelle Hilfe zur Selbstanalyse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bietet die neue Broschüre „Psychische Faktoren am Arbeitsplatz“ der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse:

Sie hilft Beschäftigten, Gefährdungen durch psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu erkennen und Ziele sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Gesundheitssituation abzuleiten. Die Broschüre dient den Leserinnen und Lesern zum Selbsttest; aus diesem Selbsttest kann sich Handlungsbedarf für die Praxis ergeben.

Die Broschüre macht dazu Vorschläge, wie zum Beispiel das Gespräch mit den Vorgesetzten zu suchen, auf eine Veränderung der Arbeitsorganisation hinzuwirken oder auch die eigenen Ressourcen im Umgang mit Stress zu stärken (Bewegung, Entspannung, Kontakte, Hobbys etc.). Besonders störende Faktoren, Veränderungsziele und Maßnahmenvorschläge können abschließend schriftlich festgehalten werden.



Quelle: BG ETEM

! Sie können die Broschüre auf www.bgetem.de, Webcode: 12829510 herunterladen.

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de
5. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

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

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

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Franz Roiederer (stv. Chefredakteur), Falk Sinß, Wiesbaden

Redaktionsassistentz • Andrea Hütten, redaktion@dguv-forum.de

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

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

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

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

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

Druck • ColorDruck Leimen, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen

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

Titelbild • Präventionskampagne: Dein Rücken/Kaj Kandler/kombinatrotweiss.de

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

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

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

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

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

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

uvex

PROTECTING PEOPLE



uvex phynomic

Perfektion in 3 Dimensionen

Perfekte Passform. Optimale Funktion. Absolute Reinheit.

Die uvex phynomic Serie setzt neue Maßstäbe bei Schutzhandschuhen.



Dimension 1: Die Perfekte Passform – Präzision bis in die Fingerspitzen dank der 3D-Ergo Technology.

Dimension 2: Optimale Funktion – Herausragende Griffsicherheit bei Trockenheit und Nässe dank Aqua-Polymer-Beschichtung.

Dimension 3: Absolute Reinheit dank uvex pure standard – Sehr gut hautverträglich. Dermatologisch bestätigt. Frei von schädlichen Lösemitteln.

Entdecken Sie die 3 Dimensionen ausführlich unter uvex-safety.de/phynomic
Bestellen Sie jetzt Ihr kostenloses Testmuster uvex-safety.de/phynomictest



Zur Testmusterbestellung
QR Code Reader installieren
und Code mit dem
Smartphone
abfotografieren.



pure standard



MADE IN GERMANY



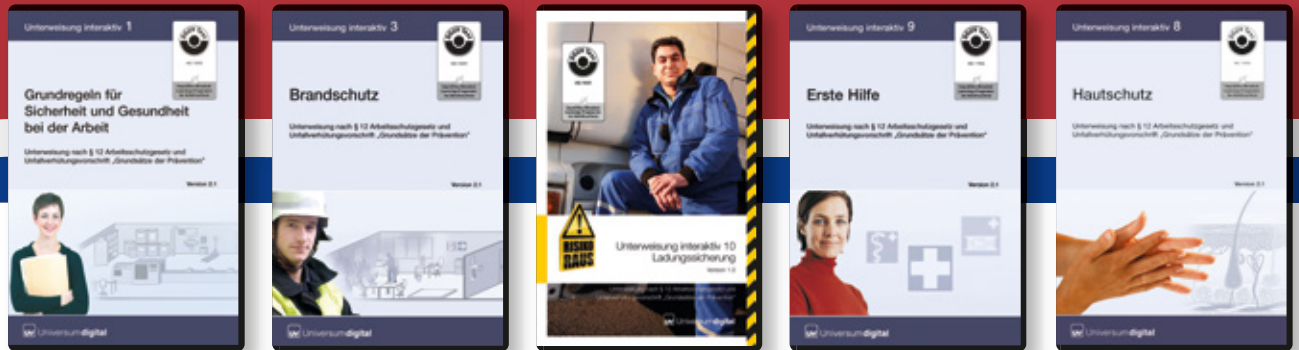


IAG 12002



Geprüftes Blended-Learning-Programm im Arbeitsschutz

Elektronische Unterweisungen jetzt nach DGUV-Test zertifiziert



Vertrauen Sie auf geprüfte Inhalte

Universum legt alle Unterweisungen der Reihe „Unterweisung-interaktiv“ zur Zertifizierung vor. Bereits nach DGUV Test-zertifiziert:

- **Grundregeln** (Sicherheits- und Gesundheitsschutzregeln am Arbeitsplatz)
- **Brandschutz** (z. B. Vorbeugender Brandschutz, betrieblicher Brandschutz, abwehrender Brandschutz)
- **Ladungssicherung** (z. B. Risiken fehlerhafter Ladungssicherung, Physikalische Grundlagen)
- **Erste Hilfe** (z. B. Pflichten und Verantwortung, Erste Hilfe im Betrieb, Rettungskette)
- **Hautschutz** (z. B. Betrieblicher Hautschutz, Berufliche Hautkrankheiten und Hautbelastungen im Beruf)



- **Persönliche Schutzausrüstungen** (relevante PSA aus verschiedensten Themenbereichen z. B. Kopfschutz, Atemschutz, Gehörschutz)

**JETZT
ZERTIFIZIERT**

Universum Verlag GmbH
Taususstraße 54 · 65183 Wiesbaden
Registriert beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube
Telefon: 0611 9030-111
Telefax: 0611 9030-181
Internet: www.universum.de

Weitere Informationen:

www.unterweisungs-manager.de/zertifizierung

 **Universum digital**