

DGUV **Forum**



AKTUELLE ENTWICKLUNGEN BEI **BERUFSKRANKHEITEN**

Titelthema Spezial
10 Jahre Disability Management
Weltkongress 2014
Globale Trends im Arbeitsschutz

 **DGUV**
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wann wird aus einer Volkskrankheit eine Berufskrankheit? Diese Frage beschäftigt Berufsgenossenschaften und Unfallkassen immer häufiger. Mit dem weißen Hautkrebs ist ein weiteres, in der Bevölkerung sehr verbreitetes Krankheitsbild auf dem Weg, in die Berufskrankheitenliste aufgenommen zu werden. Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin arbeiten in Deutschland etwa 2,5 Millionen Menschen im Freien und sind damit den UV-Strahlen der Sonne ausgesetzt. Sie alle gehören zu den potenziell Gefährdeten. Aber wann ist ein Hautkrebs auf die berufliche Exposition zurückzuführen und wann nicht?



DGUV/Stephan Floss Fotografie

„Aber wann ist ein Hautkrebs auf die berufliche Exposition zurückzuführen und wann nicht?“

Diese Abgrenzungsproblematik ist eine große Herausforderung für die gesetzliche Unfallversicherung. Die im Übrigen ganz ähnlich für die Volkskrankheit „Rücken“ gilt, die ihre Entsprechung in der Berufskrankheit 2108 findet. Sie wurde bereits Anfang der 90er Jahre in die Berufskrankheitenliste aufgenommen, doch bis heute haben sich durch neue Forschungsergebnisse und Gerichtsentscheide die Grundlagen der Begutachtung immer wieder verändert. Das macht unsere Arbeit nicht leichter. Um valide Entscheidungen fällen zu können, ist es deshalb unabdingbar, dass wir stetig an gemeinsamen Grundlagen für die Begutachtung arbeiten und Qualitätsstandards entwickeln. Wie dieser Prozess aussehen kann, das zeigt in diesem Heft beispielhaft die Diskussion zum Carpal-Tunnel-Syndrom. In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden eine

Handlungsanleitung zur Ermittlung der Exposition und in der Folge ein Workflow für die Verwaltungen erarbeitet. Damit wurde das Fundament gelegt, um bereits in diesem frühen Stadium qualitätsgesicherte und transparente Entscheidungen zu ermöglichen.

Unsere vordringlichste Aufgabe ist es, für möglichst gesunde Arbeitsplätze zu sorgen und Menschen in ihrer Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Vorsorge spielt deshalb auch im Bereich Berufskrankheiten eine zentrale Rolle. In den vergangenen Jahren haben wir hier – ob beim Thema Hauterkrankungen oder bei der Früherkennung von asbestbedingtem Lungenkrebs – wichtige Fortschritte gemacht. Diese Angebote gilt es weiter auszubauen.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ››› 2–3

› Aktuelles ››› 4–8

› Nachrichten aus Brüssel ››› 9

› Titelthema ››› 10–31

Berufskrankheit Nr. 2108
Fragliche Belastungsdosis 10
Fred-Dieter Zagrodnik

Früherkennung asbestbedingter Lungenkrebserkrankungen
Erweitertes Vorsorgeangebot 14
Melanie Duell

Zuständigkeit: Kündigung der Verfahrensabsprache
§ 14 SGB IX – auch ein Thema bei Berufskrankheiten? 18
Steffen Krohn, Otmar Lenz

Schwierige Konsensfindung
Begutachtungsempfehlung für die Arthrose des Kniegelenks 20
Fred-Dieter Zagrodnik

Voraussetzungen zur Anerkennung und Entschädigung
Das Carpal-Tunnel-Syndrom als Berufskrankheit 24
Ulrike Hoehne-Hückstädt, Bernd Hartmann, Markus Sander, Grita Schedlbauer, Michael Spallek, Fred-Dieter Zagrodnik

Hautkrebs durch UV-Strahlung
„Volkskrankheit“ oder Berufskrankheit oder beides? 29
Steffen Krohn

› Titelthema Spezial ››› 32–39

Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements
10 Jahre Disability Management in Deutschland 32
Oliver Fröhlke

Disability Management
Externes Betriebliches Eingliederungsmanagement 34
Jana Wallrath

Betriebliches Eingliederungsmanagement
Teil des Gesundheitsmanagements 36
Christine Groß

Betriebliches Eingliederungsmanagement an den Württembergischen Staatstheatern Stuttgart
„Die Mitarbeitenden sind unser kostbarstes Gut“ 38
Johannes Egerer, Martina Lutz

› Prävention ››› 40–56

Aus der Forschung
Welche Schwingungen schädigen die Wirbelsäule? 40
Jörg Rissler

Experten-Workshop „Jugend will sich-er-leben“
Junge Menschen wollen an „echten“ Problemen lernen 42
Ulrich Zilz



14



36

Struktur und erste Erfahrungen
Neuer Ausbildungskurs für Aufsichtspersonen 46
Volker Didier, Thomas Kohstall, Christian Bochmann

Was nutzt es in der betrieblichen Praxis?
Das Kühlschmierstoffportal des IFA 48
Sylwia Birska, Michael Bretschneider-Hagemes, Lara Solms, Dietmar Reinert

Drei-Ebenen-Modell
Qualitätskriterien im Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ 54
Angela Knoll, Björn Wegner

› Aus der Rechtsprechung ››› 57

› Unfallversicherung ››› 58–59

Wirkungsvolle Zeitschriften
Standards für Leserbefragungen 58
Annekatri Wetzstein, Marcus Dominik

› Europa und Internationales ››› 60–62

Weltkongress 2014
Globale Trends im Arbeitsschutz 60
Sabine Herbst, Sven Timm

› Personalia ››› 63

› Medien ››› 66

DIE BG-KLINIKEN SCHLIESSEN SICH ZUSAMMEN



Die BG-Kliniken

KUV

Die BG-Kliniken sind rund um die Uhr auf Not- und Katastrophenfälle vorbereitet.

Die berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Unfallbehandlungsstellen werden künftig in einem Unternehmen mit einer Holdingstruktur betrieben werden. Das hat die Mitgliederversammlung des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) am 5. Juni 2014 einstimmig beschlossen.

An der Spitze steht dabei der KUV als gemeinnützige Dachgesellschaft, die die Gesamtstrategie des Unternehmens verantwortet und zentrale Aufgaben koordiniert. Die BG-Kliniken als Tochtergesellschaften werden ebenfalls in der Rechtsform gemeinnütziger GmbHs organisiert.

Hauptaufgabe der BG-Kliniken ist die bestmögliche Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten „mit allen geeigneten Mitteln“ nach dem Sozialgesetzbuch VII. Gleichzeitig besitzen sie als überregionale Traumazentren und unfallmedizinische Spezialeinrichtungen einen umfassenden Versorgungsauftrag für die Gesamtbevölkerung.

Die neue rechtliche Struktur ist Teil eines Maßnahmenpakets, mit dem die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Rehabilitation von Unfallverletzten in Deutschland weiter verbessern wollen. „Der Zusammenschluss wird uns im Wettbewerb der Besten stärken und unsere Führungsposition in der Akut- und Reha-medizin dauerhaft absichern“, so KUV-Geschäftsführer Reinhard Nieper. Der Gesamtumsatz der BG-Kliniken liegt bei fast 1,2 Milliarden Euro pro Jahr – das neue Unternehmen wird damit zu den größten Klinikgruppen in Deutschland gehören. DGUV-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer erläutert: „Berufsgenossenschaften und Unfallkassen richten ihren Fokus auf die Heilbehandlung und Rehabilitation gerade nach schweren Arbeitsunfällen. Unseren BG-Kliniken kommt dabei eine zentrale Rolle zu: Sie sollen mit ihrem exzellenten Behandlungsniveau die Entwicklung der Standards für das gesamte System vorantreiben. Diese Leuchtturm-Funktion ist mit der neuen Organisationsform besser zu erfüllen als mit der bisherigen Struktur.“

NICHT OHNE HELM AUF DEN SATTEL



Präventionskampagne risiko raus/Martin Moritz

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 17. Juni 2014 entschieden, dass Radfahrer nicht mitschuldig an Unfallfolgen sind, wenn sie keinen Helm tragen. Hintergrund dieser Entscheidung war ein aufsehenerregendes Urteil des Oberlandesgerichts Schleswig-Holstein, das einer

Fahrradfahrerin, die ohne Helm bei einem Verkehrsunfall schwer am Kopf verletzt wurde, eine Mitschuld zugewiesen hatte. Die Frau war an einem am Straßenrand parkenden Auto vorbeigefahren. Unmittelbar vor ihr öffnete die Pkw-Fahrerin die Tür, die Radlerin stürzte und zog sich eine schwere Schädel-Hirn-Verletzung zu. Der BGH befand hingegen: Das Nichttragen eines Fahrradhelms führt nicht zu einer Anspruchskürzung wegen Mitverschuldens. Für Radfahrer sei das Tragen eines Schutzhelms nicht vorgeschrieben.

Der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) weist im Zuge des BGH-Urteils darauf hin, dass Fahrradfahrer ohne Helm gefährdeter für Kopfverletzungen sind. Nach Angaben von Professor Dietmar Otte, Leiter der Verkehrsunfallforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist die Verletzungs-

schwere bei Radfahrern ohne Helm höher als bei den Unfallopfern, die mit Kopfschutz unterwegs waren. Bei 7.000 ausgewerteten Radfahrern im Zeitraum 2000 bis 2012 erlitten 40 Prozent der Radler ohne Helm Kopfverletzungen, bei denen mit Helm lag der Anteil bei 30 Prozent.

Tatsache ist, die Deutschen sind Fahrradhelmmuffel. Nach Angaben der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) liegt die Helmtragequote bei 15 Prozent. Immerhin tragen 66 Prozent der Sechs- bis Zehnjährigen und 29 Prozent der Elf- bis 16-Jährigen einen Fahrradhelm. Doch gerade für ältere Erwachsene zeigt sich laut Professor Otte ein Fahrradhelm aus biomechanischer Sicht altersbedingter Verletzungsentstehung als besonders effektiv.

ALTER ALLEIN BEDEUTET KEINE HÖHERE GEFÄHRDUNG

DVR/Gerhard Zerbes



Ältere Fahrerinnen und Fahrer sind nicht weniger sicher unterwegs als Jüngere.

Der mit insgesamt 7.500 Euro dotierte Förderpreis „Sicherheit im Straßenverkehr“ des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) wurde jetzt an drei Preisträger und Preisträgerinnen vergeben.

Den ersten Preis erhielt Peter Sturmeit von der TU Dresden. Er hat in seiner Arbeit un-

tersucht, ob sich ältere Autofahrer in ihrem Verhalten während einer Autobahnfahrt systematisch von jüngeren Fahrern unterscheiden. Als Kriterien wurden defensives Fahren, gewählte Höchst- und Durchschnittsgeschwindigkeit, Zahl der Überholvorgänge, die Wahl des Fahrstreifens, regelkonformes Fahren, die Nutzung

der Spiegel sowie erhöhte Vorsicht und Rücksichtnahme gewählt. Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass das Alter allein keine bedeutsamen Gefährdungserhöhungen nach sich zieht, nur in Kombination mit gewissen Faktoren.

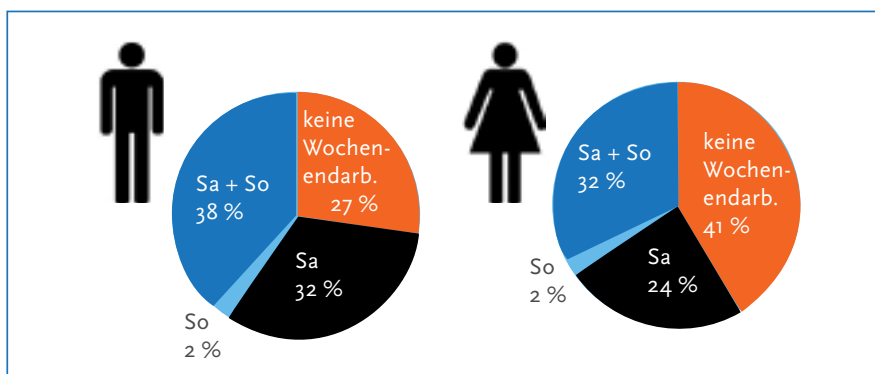
Über den zweiten Platz freute sich Isabelle-Bianca Hoth von der Bergischen Universität Wuppertal. Ihre Arbeit untersucht das Risikopotenzial und die Wirkung geschwindigkeitsdämpfender Maßnahmen in Wohnsammelstraßen (Straßen, die den Verkehr mehrerer Wohngebiete zu Hauptverkehrsstraßen leiten). Die dritte Preisträgerin, Olivia Twrды von der Friedrich-Schiller-Universität Jena, hat in ihrer Arbeit analysiert, wie sich elektronische Fahrerassistenzsysteme (FAS) auf die Entstehung von Risikokompensation auswirken.



Weitere Informationen unter:
www.dvr.de

ARBEIT AM WOCHENENDE ERSCHÖPFT MEHR

BAuA



Wochenendarbeit bei Frauen und Männern

In der Erwerbstätigenbefragung 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gaben 66 Prozent der Befragten an, gelegentlich am Wochenende zu arbeiten. Mehr als ein Drittel arbeitet sowohl samstags als auch an Sonn- und Feiertagen. Die Mehrheit der Wochenendarbeitenden sind Männer (59 Prozent), Frauen hingegen arbeiten mit 32 Prozent seltener an Samstagen und Sonntagen.

Das Faktenblatt der BAuA vergleicht die Wochenendarbeit einzelner Berufsgruppen. Dabei fällt auf, dass drei Viertel der Beschäftigten in landwirtschaftlichen Berufen oder Bauberufen mit jeweils 74 Prozent am Wochenende tätig sind. In den Verkehrsberufen sind es 70 Prozent der Beschäftigten. Es wird deutlich, dass Wochenendarbeitende vor allem Vollzeitbeschäftigte sind.

Nach den Befragungen der BAuA sind Wochenendarbeitende körperlich und emotional stärker erschöpft. Zudem sind sie in der Gestaltung ihres Privatlebens stärker eingeschränkt. Auffällig ist außerdem das vermehrte Auftreten nächtlicher Schlafstörungen, von denen 30 Prozent der Sonntagsarbeitenden, jedoch nur 23 Prozent derjenigen ohne Wochenendarbeit betroffen sind. Körperliche und emotionale Erschöpfung lässt sich jedoch nicht allein auf diese Arbeitszeiten zurückführen. Zum Teil spielen auch die Charakteristika der Berufe, in denen vermehrt am Wochenende gearbeitet wird, eine Rolle.



Link zum Factsheet „Arbeiten, wenn Andere frei haben – Wochenendarbeit bei abhängig Beschäftigten“: www.baua.de/dok/3056884

FAMILIENFREUNDLICHER ARBEITSPLATZ

Bergmannstrost



BG-Kliniken Bergmannstrost: Ausgezeichnet als familienfreundlicher Arbeitgeber

Als einziges Krankenhaus in Halle haben die Berufsgenossenschaftlichen (BG) Kliniken Bergmannstrost zum zweiten Mal das Zertifikat zum Audit „Beruf und Familie“

verliehen bekommen. Mit diesem Qualitätssiegel können sich die BG-Kliniken für die nächsten drei Jahre offiziell als familienfreundlicher Arbeitgeber ausweisen.

„Durch unsere flexiblen Arbeitszeitmodelle können unsere Mitarbeiter beispielsweise die häusliche Pflege ihrer Angehörigen leichter umsetzen oder als Familie mit Kindern den Schichtbetrieb einfacher meistern“, erläutert Verwaltungsdirektorin Ilona Hruby das Engagement der Klinik. Darüber hinaus befindet sich auch ein betriebliches Gesundheitsmanagement für Beschäftigte als Gemeinschaftsprojekt mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der AOK Sachsen-Anhalt im Aufbau. Ebenso entstehen in Zusammenarbeit mit dem Verein Kinder- und Jugendhaus in der haleschen Kindertagesstätte „Wirbelwind“ 80 zusätzliche Plätze, die die Beschäftigten für ihre Kinderbetreuung nutzen können. Vor allem die erweiterten Öffnungszeiten von 5.30 Uhr bis 20.30 in Abstimmung mit dem Schichtsystem sind ein Ziel in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

CALL FOR PAPERS: BGW FORUM 2015 – WAS HÄLT PFLEGENDE GESUND?

Gesund pflegen – heute wie morgen: Auf dem Fachkongress „BGW forum 2015 – Gesundheitsschutz und Altenpflege“ skizziert die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) vom 7. bis zum 9. September 2015 in Hamburg Entwicklungsperspektiven für Einrichtungen und Beschäftigte. Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an alle Zielgruppen in der Pflege – von den Mitarbeitenden bis hin zu Beteiligten in Arbeitsschutz, Wissenschaft, Politik und Verbänden. In ei-

nem eigenen Programmschwerpunkt werden Führungskräfte angesprochen.

Für das Kongressprogramm werden jetzt praxisorientierte Vorträge und Workshops zum Arbeitsschutz der Beschäftigten gesucht. Vorgesehen sind unter anderem die Themenbereiche Kommunikation, Führung, Umgang mit körperlichen und psychischen Belastungen sowie Demografie und lebensphasengerechte Gestaltung der Arbeit. Dabei sollen wirksame Maßnah-

men vorgestellt werden, wie Pflegeeinrichtungen die Mitarbeitergesundheit fördern und damit zugleich ihr Angebot für Pflegebedürftige verbessern sowie ihre Attraktivität als Arbeitgeber steigern können.

! Fachbeiträge können bis zum 31. Oktober 2014 unter www.bgwforum.de angemeldet werden. Fragen beantwortet Corinna Bleckmann, Telefon: 040 20207-3212, E-Mail: bgwforum@bgw-online.de

IAG WISSENSBÖRSE PRÄVENTION

Nach einer Tagung rückt der Berufsalltag schnell wieder in den Mittelpunkt. Doch was bleibt einige Wochen nach einer solchen Veranstaltung? Wie werden neue Ideen und Erkenntnisse im Betrieb umgesetzt oder wie verändern sie das eigene Handeln?

Das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gehen hier neue Wege. Gemeinsam mit der Firma Systemkonzept und weiteren Partnern haben sie ein handlungsorientiertes Veran-

staltungskonzept zu neuen Entwicklungen in der Prävention entwickelt, das sich an Fachkräfte für Arbeitssicherheit, aber auch an Betriebsärzte und Personalvertretungen richtet.

Die Tagung wird am 10. und 11. November 2014 in Dresden stattfinden. Schwerpunkte sind unter anderem Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, zeitgemäße Ergonomie oder neue Entwicklungen im Arbeitsstättenrecht. An Marktständen und in Workshops geht es um die Erarbeitung von konkreten Übertra-

gungsmöglichkeiten in die betriebliche Praxis. Jeder Teilnehmende erhält dazu ein speziell für die Veranstaltung entwickeltes „Lerntagebuch“. Dies soll zur Selbstreflexion und Spiegelung der Veranstaltungsinhalte anregen und später im Betrieb als persönlicher Handlungsleitfaden dienen.

! Anmeldung und weitere Informationen: www.dguv.de/iag; Webcode: d664529

NEUE WEBSEITE INFORMIERT ÜBER DIE SELBSTVERWALTUNG



In drei Jahren finden bei der gesetzlichen Unfallversicherung, den Krankenkassen und der Rentenversicherung die nächsten Sozialwahlen statt. Rund 20 Millionen Versicherte können von April bis Mai 2017 wieder ihre Vertreter wählen. Rechtzeitig zur „Halbzeit“ der Wahlperiode haben die betroffenen Institutionen eine neue Webseite eingerichtet, die über die Aufgaben und Ziele der Selbstverwaltung informiert. Besonderes Highlight des Internetauftritts ist ein Animationsfilm auf der Startseite. Dieser stellt auf anschauliche Weise die Bedeutung und die Aufgaben der Selbstverwalter heraus. Zahlreiche Porträts von Selbstverwaltern und Selbstverwalterinnen, in denen deren persönliches Engagement für die Belange der Versicherten dargestellt wird, runden die Webseite ab.

! Die Seite ist zu finden unter:
www.selbstverwaltung.de

DGUV

„WIR“: GEMEINSAM FÜR INKLUSION SENSIBILISIEREN



UK RLP

land-Pfalz-Tag teil. Gemeinsam wollten sie für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung, für Inklusion und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN BRK) sensibilisieren. An der rund 30-köpfigen Fußgruppe beteiligten sich Menschen mit und ohne Behinderung, darunter auch Paralympics-Sportler und -Sportlerinnen.

kleinen Aktionen immer wieder sensibilisieren“, erklärte Manfred Breitbach, stellvertretender Geschäftsführer der Unfallkasse mit Sitz in Andernach. Es sei eine der Leitlinien der gesetzlichen Unfallversicherung, Menschen nach einem Unfall oder mit einer Behinderung die größtmögliche gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten. Das gilt auch für die tagtägliche Arbeit mit Versicherten, die nach einem Arbeitsunfall oder einer Krankheit wieder ins Arbeitsleben eingegliedert werden sollen. „Sport und Bewegung spielen in der Rehabilitation eine besondere Rolle“, sagte Breitbach – auch mit Blick auf die enge Zusammenarbeit mit dem BSV.

Unter dem Motto „WIR machen gemeinsame Sache“ nahmen die Unfallkasse Rheinland-Pfalz und der Behinderten- und Rehabilitationssport-Verband Rheinland-Pfalz (BSV) als Fußgruppe am Rhein-

„Wir haben die gemeinsame Teilnahme am Rheinland-Pfalz-Tag initiiert, weil wir nicht nur über die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben sprechen möchten. Wir möchten aktiv Zeichen setzen, auch mit



SICHERHEIT UND GESUNDHEIT BEI DER ARBEIT – DIE WELT TRIFFT SICH IN FRANKFURT

www.arbeitsschutz-aktuell.de

Arbeitsschutz Aktuell
 Das Präventionsforum
 Fachmesse 25.-28.08.2014
 Kongress 27.-29.08.2014
 Messe Frankfurt



XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014

Globales Forum Prävention
 24.-27. August 2014 • Frankfurt • Deutschland
www.safety2014germany.com

NEUBAU-FÖRDERUNG UNTERSTREICHT BEDEUTUNG DER BIOMARKER-FORSCHUNG AM IPA



Carpus+Partner/IPA

Der geplante Neubau für das Europäische Proteinforschungszentrum PURE

Biomarker sollen in Zukunft bei der Früherkennung von Erkrankungen wie Krebs, Parkinson und Alzheimer helfen. Für seine Forschung an Biomarkern erhält das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV – Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA) jetzt eine besondere Förderung der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz von Bund und Ländern. Im Rahmen des

Europäischen Proteinforschungsverbundes PURE (Protein Research Unit Ruhr within Europe) untersucht das IPA die Signalwege und Mechanismen der Entstehung von Blasen- und Lungenkrebs, zwei aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung bedeutende Krebserkrankungen. Die Forschung von PURE unterstützt damit direkt die Arbeit der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Sekundärprävention beruflich verursachter Krebserkrankungen und arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Ergebnisse dieser Forschung sollen Eingang in die arbeitsmedizinische Vorsorge finden.

Wie positiv die bisherige Forschungsarbeit des IPA und seiner Kooperationspartner im Rahmen von PURE eingeschätzt wird, zeigt sich daran, dass die Ruhr-Universität Bochum einen neuen Forschungsbau für mo-

lekulare Protein-Diagnostik (ProDi) erhalten wird. Der Wissenschaftsrat, ein beratendes Gremium von Bundes- und Landesregierungen, hatte das Vorhaben zur gemeinsamen Bund-Länder-Förderung empfohlen. In seinem Gutachten führt der Rat unter anderen aus, dass die Zielsetzung von PURE von herausragender Bedeutung für die biomedizinische Forschung und Medizin in Deutschland sei.

Der Forschungs-Neubau entsteht auf 4.309 Quadratmetern am Eingang des neuen Bochumer Gesundheitscampus. Das Fördervolumen beträgt 48 Millionen Euro. Zusätzlich plant das Land NRW eine weitere Förderung von PURE in Form von Sach- und Personalmitteln.

! Weitere Informationen unter: www.pure.rub.de

PRÄVENTIONSMEISTER FC SCHALKE 04

Die VBG hat dem Fußballverein FC Gelsenkirchen-Schalke 04 ihren Präventionspreis Sport in Gold im Rahmen des VBG-Arbeitsschutzpreises 2014 verliehen. Eine Jury aus Vertreterinnen und Vertretern der VBG sowie Persönlichkeiten aus Wissenschaft und Wirtschaft zeichnete den Traditionsverein für sein umfassendes Präventionskonzept im Nachwuchsleistungszentrum „Knappenschmiede“ aus. Das Konzept umfasst sowohl die medizinische und trainingswissenschaftliche als auch die psychologische und pädagogische Betreuung der Nachwuchsteams des FC Schalke 04. Ziel war es, die Prävention vermeidbarer Verletzungen, die Rehabilitation und die psychische

Fitness junger Talente in ein zukunftsfähiges Gesamtkonzept zu integrieren. Die Jury des VBG-Arbeitsschutzpreises lobte das Präventionskonzept und den enthaltenen Maßnahmenkatalog als beispielhaft für den Profisport.

„Die Nachwuchsförderung ist ein essenzieller Bestandteil unseres Vereins und nicht nur für uns selbst eine Investition in die Zukunft. Wir wollen, dass die Nachwuchstalente, die beim FC Schalke 04 trainieren und spielen, wissen, dass der Verein sich um sie kümmert. Ich freue mich, dass dieses Engagement heute ausgezeichnet wurde“, sagte Horst Heldt, Vor-

stand Sport und Kommunikation des FC Schalke 04.

„Wir zeichnen heute Unternehmer und Fachkräfte für Arbeitssicherheit aus, die neue Wege gegangen sind“, sagte Stefan Urlaub, Vorsitzender der Vertreterversammlung der VBG, in seiner Ansprache. „Sie haben Ideen entwickelt, wie die Arbeit sicherer werden kann, und haben sich bei der Umsetzung nicht vom Weg abbringen lassen. Ich wünsche Ihnen, dass Ihre Ideen nicht nur heute prämiert werden, dass sie nicht nur Trampelpfade, sondern Autobahnen werden.“

3.339 IM STRASSENVERKEHR GETÖTETE ZAHL DES MONATS

Nach den im Juli veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes sind im vergangenen Jahr 3.339 Menschen im Straßenverkehr ums Leben gekommen, 374.142 wurden verletzt, davon 64.057 schwer. „Trotz der insgesamt positiven Entwicklung können und wollen wir uns mit diesen Zahlen nicht zufriedengeben. Nach wie vor werden täglich neun Menschen auf un-

seren Straßen getötet, rund 1.000 verletzt“, sagte Dr. Walter Eichendorf, Präsident des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), zu den Unfallzahlen 2013.

„Bedenklich stimmt die Zunahme der Todesopfer auf Autobahnen um 10,6 Prozent. Dieser starke Anstieg hängt sicherlich auch mit nicht angepasster Geschwindigkeit be-

ziehungsweise starken Differenzgeschwindigkeiten zusammen“, kommentiert der DVR-Präsident. Nach einer DVR-Berechnung auf Basis der Unfallzahlen 2011 gibt es auf Autobahnstrecken ohne Geschwindigkeitsbegrenzung im Schnitt über 25 Prozent mehr Verkehrstote als auf Abschnitten mit Tempolimits.

EU-KOMMISSION LEGT STRATEGISCHEN RAHMEN ZUM ARBEITSSCHUTZ VOR

Überraschend hat die EU-Kommission kurz vor ihrer Sommerpause ihre Vision für den Bereich des Arbeitsschutzes präsentiert. Der in Form einer Mitteilung veröffentlichte strategische Rahmen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz soll der Brüsseler Behörde als Grundlage für ihre Arbeit in den Jahren 2014-2020 dienen.

Zu den aus Sicht der EU-Kommission wichtigsten Herausforderungen in den kommenden Jahren zählen die erleichterte Umsetzung von Rechtsvorschriften, insbesondere für kleine und mittlere Betriebe (KMUs), die Prävention neu aufkommen-

der Risiken sowie die Herausforderungen einer alternden Erwerbsbevölkerung.

Schon in der Strategie deutet die Brüsseler Behörde verschiedene Maßnahmen zur Verwirklichung ihrer Ziele an, so zum Beispiel die weitere Konsolidierung der nationalen Strategien, die praktische Unterstützung von KMUs, die bessere Durchsetzung der Vorschriften durch die Mitgliedstaaten und die Vereinfachung der bestehenden Rechtsvorschriften. Welche Wege sie aber tatsächlich in der Zukunft einschlagen wird, bleibt abzuwarten. Dies hängt sicherlich auch von dem für Novem-

ber zu erwartenden neuen Beschäftigungskommissar ab.

Das Europäische Parlament wird sich in den nächsten Wochen mit der neuen Strategie beschäftigen und eine Entschlie- ßung dazu vorbereiten. Der Rat wird hierzu Stellung beziehen, die italienische Ratspräsidentschaft hat bereits die Vorlage einer Resolution angekündigt.

Auch die DGUV wird das Kommissionsdokument genau analysieren und bei Bedarf mit den Europäischen Institutionen in einen Dialog treten.

TISA: LIBERALISIERUNG DES DIENSTLEISTUNGSSEKTORS



focola/kurhan

Seit Monaten beherrscht das transatlantische Handels- und Investitionsabkommen (TTIP), welches die EU derzeit mit den USA verhandelt, die öffentlichen Diskussionen. Aber auch CETA, ein Abkommen, das die EU mit Kanada seit 2009 verhandelt, steht zunehmend in der öffentlichen Kritik.

Nun rückt ein weiterer internationaler Vertrag in den Fokus, der von der sogenannten Gruppe der „Really Good Friends of Services“ angetrieben wurde: TiSA, ein Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen, das die USA, die Europäische Union und 21 weitere Staaten derzeit verhandeln.

Aber was genau verbirgt sich hinter TiSA? Ziel ist eine weitreichende Liberalisierung verschiedener Dienstleistungssektoren. Welche Bereiche tatsächlich von dem Abkommen erfasst werden sollen, ist noch unklar. Die Rede ist unter anderem von Energie- und Wasserversorgung sowie Finanzdienstleistungen, ob auch Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungsträger betroffen sein werden, ist derzeit noch nicht abzuschätzen. Denn auch TiSA wird unter Ausschluss der Öffentlichkeit und ohne Beteiligung der Zivilgesellschaft verhandelt.

Die DGUV beobachtet die Entwicklungen der derzeit geplanten Handelsabkommen mit großer Aufmerksamkeit. Für die Verhandlungspartner sollte jedoch auch bei TiSA der Grundsatz gelten, dass soziale Dienstleistungen keine handelbare Ware sind. Ein Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen darf nicht dazu führen, dass öffentliche Dienstleistungen zwangsweise liberalisiert oder privatisiert werden.

BERUFSKRANKHEIT NR. 2108

FRAGLICHE BELASTUNGSDOSIS

Die Berufskrankheit Nr. 2108 (Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten) ist ein besonderer Problemfall. Wie lassen sich Einwirkungen und Belastungen definieren?

Historie

Mit der 2. Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 18.12.1992 wurden als Nr. 2108 folgende Krankheiten in die Berufskrankheitenliste aufgenommen (damals Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung): „Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeit in extremer Rumpfvorbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“.

Erhöhte innere Druckverhältnisse in den Bandscheiben

Neben der in der BR-Drucksache 772/92 zu Art. 1 Nr. 4a erfolgten sozialpolitischen Begründung wurde aus wissenschaftlicher Sicht auf die erhöhten inneren Druckverhältnisse der Bandscheiben bei überdurchschnittlichen mechanischen Belastungen der Wirbelsäule wie dem Heben oder Tragen schwerer Lasten und Rumpfbeugehaltungen abgestellt.

In dieser Begründung wird deutlich, dass die seinerzeit wie heute unverändert ge-

forderten Grundvoraussetzungen einer Berufskrankheit nach § 9 Abs. 1 SGB VII (damals § 551 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung – RVO) berücksichtigt wurden: Es muss sich um Krankheiten handeln, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Durch den Vergleich mit der „übrigen Bevölkerung“ und dem geforderten erheblich höheren Grad der Gefährdung wird verdeutlicht, dass aus Sicht des Gesetzgebers sowie des Ordnungsgebers nicht jede mechanische Belastung der Wirbelsäule beim Vorliegen des entsprechenden Krankheitsbildes zu einer Berufskrankheit führen soll.

Standardisierung der Expositionsermittlung

Die insofern unbestimmten Rechtsbegriffe der erheblich höheren Gefährdung im Gesetzestext sowie der Langjährigkeit, der Schwere der Lasten sowie der extremen Rumpfbeuge im Tatbestand der Berufskrankheitenliste waren in der Folge auszulegen. Mit dem Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell, auf das später noch genauer einzugehen ist, erfolgte eine Standardisie-

rung der Expositionsermittlung durch die Unfallversicherungsträger (MDD, Jäger et al. 1999, Hartung et al. 1999), um einheitliche Bewertungsgrundlagen für die sich gegebenenfalls anschließende medizinische Sachverständigenbegutachtung zu ermöglichen.

Im BK-Report 2/03 „Wirbelsäulenerkrankungen“ für die BK-Nummern 2108 bis 2110 (HVBG 2004) wurde der seinerzeitige biomechanische Erkenntnisstand zusammengefasst, während im Jahr 2005 die Konsensempfehlungen für die medizinische Sachverständigenbegutachtung in den Ausgaben 3 und 4/2005 der Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“ veröffentlicht wurden.

In diesen Konsensempfehlungen wurden medizinische Fallkonstellationen gebildet. Zu diesen erfolgten Experteneinschätzungen und -empfehlungen hinsichtlich der Frage des ursächlichen Zusammenhangs mit zuvor nachzuweisenden besonderen Einwirkungen durch langjähriges Heben beziehungsweise Tragen schwerer Lasten sowie Arbeiten in extremer Rumpfbeugehaltung. Allerdings bestand nicht zu allen Fallkonstellationen Konsens unter den beteiligten Experten, sodass nicht immer eine einheitliche Empfehlung abgegeben werden konnte.

Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell reformbedürftig

Weitere Aufschlüsse und neue wissenschaftliche Erkenntnisse wurden von der im Mai 2007 beendeten Deutschen Wirbelsäulenstudie (DWS) unter Leitung von Herrn Prof. Ulrich Bolm-Audorff erhofft. Tatsächlich deuteten die Ergebnisse der DWS darauf hin, dass es besser angepasste Modelle als die im MDD gewählten geben könne.

Autor**Fred-Dieter Zagrodnik**

Referent im Referat Berufskrankheiten
Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV
E-Mail: Fred-Dieter.Zagrodnik@dguv.de



Langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten kann zu bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule führen.

Noch vor einer weiteren wissenschaftlichen Diskussion und Bewertung dieser Ergebnisse erging bereits am 30.10.2007 ein Urteil des Bundessozialgerichts (B 2 U 4/06 R), in dem auf die Ergebnisse der DWS zurückgegriffen wurde und eine Modifikation des MDD für notwendig erachtet wurde.

In der Folge initiierte und förderte die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) zwei weitere Studien, mit denen die aus der DWS gewonnenen Daten einer weitergehenden Untersuchung unterzogen werden sollten, um einen noch konkreteren Erkenntnisgewinn zu erreichen. In diesen oftmals auch als DWS II bezeichneten Folgestudien ging es einerseits um medizinische Fragestellungen, andererseits um biomechanische Inhalte bei der Bewertung der Einwirkung durch Lasten und Arbeiten in Rumpfbeugehaltungen.

Ergebnisse der DWS-Folgestudien

Auf der Basis der 915 DWS-Fälle sollte unter anderem versucht werden, eine Zuordnung zu den Fallkonstellationen der Konsensempfehlungen zu erreichen. Ferner sollte versucht werden, zu den nicht im Konsens vereinbarten Fallkonstellationen der Konsensempfehlung, insbesondere bei der Frage der Mitbeteiligung der Halswirbelsäule (HWS), der Bedeutung der Be-

gleitspondylose und der Frage nach der zu fordernden Anzahl beteiligter Bandscheibensegmente, einen Erkenntnisgewinn zu erzielen.

Im biomechanischen Teil der DWS-Folgestudien sollte das am besten passende Modell für die Beschreibung und Bewertung wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten im Sinne des Tatbestands der BK-Nr. 2108 ermittelt werden.

Aktueller Stand

Für die Bewertung der Einwirkung bei der BK-Nr. 2108 nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) sind Parameter aus Tabelle 1 bedeutsam. Ein Teil dieser Faktoren wurde mit dem BSG-Urteil vom 30.10.2007 modifiziert.

Da die Aussagen dieses Urteils gelegentlich nicht ganz präzise wiedergegeben werden, soll hier darauf abgestellt werden. Herauszuheben sind zwei zentrale Punkte dieses Urteils:

Zunächst wurde das MDD dem Grunde nach als geeignetes Instrument bestätigt, wie das folgende Zitat aus diesem Urteil belegt: „Dennoch muss im Grundsatz am MDD als Maßstab zur Ermittlung der kritischen Belastungsdosis beim Heben und Tragen sowie bei Arbeiten in Rumpfbeu-

gehaltung zunächst festgehalten werden, weil aus den genannten Gründen derzeit kein den Vorgaben der BK-Nr. 2108 gerecht werdendes Alternativmodell zur Verfügung steht.“

Darüber hinaus sieht das BSG aber auf der Basis der Ergebnisse der DWS und noch vor Kenntnis der Ergebnisse der DWS-Folgestudien einen Modifikationsbedarf: „Die Weiterentwicklung des medizinischen Forschungsstandes und die dabei sichtbar gewordenen Mängel des MDD erfordern aber Modifikationen in zweierlei Hinsicht ... Zum einen müssen bei der Dosisberechnung auch Belastungen berücksichtigt werden, die in die Berechnungen nach dem MDD keinen Eingang finden. ... Gleichzeitig müssen die Grenzwerte, ab denen von einem erhöhten Krankheitsrisiko durch die in der Nr. 2108 Anl. BKV genannten Einwirkungen auszugehen ist, deutlich niedriger als bisher angesetzt werden.“

Entgegen anderslautender Interpretationen hat das BSG bei wörtlicher Auslegung die nach dem MDD geltenden Orientierungswerte für die Gesamtbelastungsdosis nicht halbiert. Auch weiterhin gelten 25 MNh bei Männern sowie 17 MNh bei Frauen als Orientierungswert, bei dem ein Ursachenzusammenhang zwischen der

	Männer	Frauen
Mindest-Druckkraft	3,2 kN	2,5 kN
Rumpfvorbeuge	90°	90°
Tagesdosis	5,5 kNh	3,5 kNh
Gesamtbelastungsdosis	25 MNh	17 MNh

Tabelle 1: Bewertung der Einwirkung bei der BK-Nr. 2108 nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD)

	Männer	Frauen
Mindest-Druckkraft	2,7 kN	2,5 kN
Rumpfvorbeuge	90°	90°
Tagesdosis	5,5 kNh	3,5 kNh
Gesamtbelastungsdosis	25 MNh	17 MNh
Neuer Grenzwert	12,5 MNh	?

Tabelle 2: Bewertung der Einwirkung bei der BK-Nr. 2108 nach dem BSG-Urteil vom 30.10.2007

arbeitsbedingten Wirbelsäulenbelastung und den nachgewiesenen bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in Betracht zu ziehen ist.

Die Bezeichnung als „Orientierungswert“ impliziert, dass es um diesen Wert herum Interpretations- und Bewertungsbedarf gibt und dass dieser Wert nicht wie bei einem umgelegten Schalter den Ursachenzusammenhang bei Erreichen oder Überschreiten des Orientierungswertes automatisch vorgibt beziehungsweise beim Unterschreiten automatisch zu einer Ablehnung führt.

Bundessozialgericht definiert Grenzwert

Als Neuerung bringt das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 30.10.2007 aber einen von ihm selbst definierten Grenzwert ein, unterhalb dessen eine Berufskrankheit ausgeschlossen ist.

Das Unterschreiten derartiger Grenzwerte führt nach rechtlicher Bewertung tatsächlich ohne weitere Kausalitätsprüfung zur Ablehnung einer Berufskrankheit sowie sich darauf beziehender Leistungsansprüche. Mit Einführung dieses Grenzwertes, der nach Einschätzung des BSG sowie unter Berücksichtigung eines gewissen Sicherheitsabschlags bei dem hälftigen Orientierungswert angesiedelt ist, wurde eine Gesamtbelastungsdosis definiert, unterhalb der aus rechtlichen Erwägungen

heraus das Vorliegen einer Berufskrankheit ausgeschlossen ist und sich somit ein medizinisches Sachverständigengutachten erübrigt.

Bedeutung in der Praxis

Für die Praxis der Unfallversicherungsträger bedeutete dieses Urteil des BSG insofern eine Erinnerung und Bestätigung, dass auch beim Unterschreiten der Orientierungswerte nach dem MDD eine medizinische Begutachtung zur Klärung des Ursachenzusammenhangs erforderlich ist, aber beim Unterschreiten der höchstgerichtlich definierten Grenzwerte dagegen keine weiteren Prüfungen mehr zu erfolgen haben.

Bei Unterschreitung des Orientierungswertes und Überschreiten des Grenzwertes dürfte dagegen die im Sinne einer positiven Beweisführung zu erfolgende Begründung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen arbeitsbedingter Einwirkung und nachgewiesenem Krankheitsbild umso schwerer fallen, je weiter sich die Gesamtbelastungsdosis bei den betreffenden Erkrankten vom Orientierungswert in Richtung des Grenzwertes entfernt (DGUV-Rundschreiben „Berufskrankheiten 023/2008, Prävention 087/2008“ vom 31.07.2008).

Ferner nahm das Bundessozialgericht Modifikationen an verschiedenen Faktoren des MDD vor. Dabei ist zu berücksichtigen,

dass wegen des zu entscheidenden Einzelfalls lediglich die Parameter bei Männern angepasst wurden und sich daraus die Frage ergibt, ob und gegebenenfalls welche Parameter mit welcher Begründung auch für Frauen anzupassen sind. Dies lässt sich aus Tabelle 2 erschließen, zu der das DGUV-Rundschreiben „Berufskrankheiten 023/2008, Prävention 087/2008“ vom 31.07.2008 die Begründung liefert.

Dabei hat das BSG bewusst darauf aufmerksam gemacht, dass seine Entscheidung auf der Basis der Ergebnisse der DWS nicht den Anspruch auf wissenschaftlich begründete und reproduzierbare Erkenntnis erhebt: „Die erforderliche Neubewertung durch Berücksichtigung weiterer Belastungen und Absenkung der Grenzwerte hat zur Folge, dass weit mehr Versicherte als bisher zu dem Personenkreis gehören, bei dem aufgrund der beruflichen Belastung durch Heben und Tragen sowie Arbeiten in Rumpfvorbeugehaltung eine Anerkennung von Wirbelsäulenschäden als BK in Betracht kommt. ... Dass bei dieser Sachlage als Grenzwert für das Vorliegen schädlicher Einwirkungen im Sinne der Nr. 2108 Anl. BKV ein möglicherweise zu niedrig bemessener Auffangwert dienen muss, mag unbefriedigend sein, ist aber der Begrenztheit richterlicher Erkenntnismöglichkeiten geschuldet.“

Da sich das Bundessozialgericht ausschließlich mit der Frage nach der Feststellung der schädigenden Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2108 beschäftigt hat, war konsequent und logisch auch keine Aussage zu den Konsensempfehlungen zu erwarten. Diese beinhalten medizinische Beurteilungskriterien, gegebenenfalls in Einzelfällen unter Berücksichtigung besonders intensiver Belastungen.

Die bisherigen Orientierungswerte, auf die in den Konsensempfehlungen an den jeweiligen Stellen Bezug genommen wird, wurden vom BSG nicht nur nicht modifiziert, sondern nach dem seinerzeitigen Erkenntnisstand ausdrücklich bestätigt. Sachlogisch ist demzufolge nicht zu erklären, warum Einwirkungen, die weit unter dem Orientierungswert und gegebenenfalls nur leicht über dem Grenzwert liegen, eine besonders intensive Belastung der Bandscheiben im Sinne erhöhter innerer Druckverhältnisse darstellen sollten.

Die sich nun im Rahmen der DWS II aus der Richtwertstudie ergebenden Modelle passen statistisch besser als die dem MDD zugrunde liegenden Modelle. Über diese statistische Komponente hinaus stellt sich aber einerseits die Frage, ob diese Ergebnisse medizinisch und biomechanisch plausibel sind. Andererseits ist auch die rechtliche Einordnung in die Rahmenbedingungen des Berufskrankheitenrechts notwendig.

Was ist eine „erheblich höhere Gefährdung“?

Hier stellt sich insbesondere die Frage, ob die Ergebnisse der DWS II mit der vom Gesetzgeber geforderten erheblich höheren Gefährdung und den daraufhin vom Verordnungsgeber formulierten Tatbestandsmerkmalen der BK-Nr. 2108 in Einklang zu bringen sind.

Auch das Bundessozialgericht hat seinem Urteil vom 30.10.2007 dem Grunde nach am MDD festgehalten, „... weil aus den genannten Gründen derzeit kein den Vorgaben der BK-Nr. 2108 gerecht werdendes Alternativmodell zur Verfügung steht“. Bereits aus diesem Urteil kann eine Forderung der Rechtsprechung an den Verordnungsgeber zur Konkretisierung des BK-Tatbestandes abgeleitet werden.

Derzeit bestehen auf der Basis des früheren MDD, des BSG-Urteils vom 30.10.2007 sowie der Ergebnisse der DWS II unterschiedliche Anforderungen an die der Ursachenbeurteilung zugrunde zu legenden Modelle, wie sie sich aus Tabelle 3 ergeben.

Bei der Interpretation und Einordnung der Ergebnisse der Richtwertstudie ergeben sich verschiedene Probleme. Zum einen beruhen die Angaben zur Gesamtbelastungsdosis auf einem Datenbestand mit sehr großer Spreizung und Range der Ergebnis-

se. Und auch diese Ergebnisse konnten erst durch umfangreiche statistische Methoden mit mehrfachen, zumindest komplexen Mittelungen erzielt werden.

Die jetzt etwas plakativ in die obige Tabelle eingearbeiteten Ergebnisse vermitteln den ersten Eindruck hoher Präzision, obwohl die Bandbreite der zugrunde liegenden Daten in beiden Richtungen von diesen Punktwerten groß ist.

Darüber hinaus hat die DWS II auch gezeigt, dass die sich hier ergebenden Belastungen bei etwa 35–38 % der Kontrollgruppe ebenfalls vorliegen. Diese Kontrollgruppe kam bevölkerungsbasiert zustande und repräsentiert somit die sogenannte „Normalbevölkerung“.

Insofern erscheint es unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten rechtlichen Rahmenbedingungen für Berufskrankheiten, insbesondere im Hinblick auf die gesetzlich geforderte erheblich erhöhte Gefährdung einer bestimmten Personengruppe im Vergleich zur übrigen Bevölkerung, fraglich, ob diese Ergebnisse mit den aktuellen Tatbestandsmerkmalen einer BK-Nr. 2108 in Einklang zu bringen sind.

Umsetzung

Daraus ergeben sich aus den Forschungsergebnissen mehrere Umsetzungsfragen: Entspricht die Rumpfvorbeuge von 45° einem Arbeiten in extremer Rumpfvorbeuge?

Entsprechen Tagesdosen von 2,0 kNh bei Männern beziehungsweise 0,5 kNh bei Frauen dem Heben oder Tragen schwerer Lasten im Sinne der BK-Nummer 2108? Entspricht eine Gesamtbelastungsdosis von 7 MNh bei Männern beziehungsweise 3 MNh bei Frauen einer langjährigen Exposition mit Heben und Tragen schwerer Lasten?

Zunächst sind in die Praxis übertragbare Übersetzungen dieser Ergebnisse notwendig: Bei welchen Tätigkeiten und welchen konkreten Einwirkungen beziehungsweise Belastungen werden diese Werte erreicht und wie sind derartige Tätigkeiten und Einwirkungen im Vergleich zu den Einwirkungen in der übrigen Bevölkerung zu bewerten? Welche Dauer der Einwirkung ist jeweils erforderlich, um die Gesamtbelastungsdosis zu erreichen, und wie gestaltet sich diese Dauer im Vergleich zur übrigen Bevölkerung?

Zur Beantwortung dieser Fragen sind unter anderem auch gesellschafts- und sozialpolitische Überlegungen anzustellen. Die Fragen, welche Belastungen und welche sich daraus ergebenden Krankheitsbilder durch das besondere Rechtssystem in der gesetzlichen Unfallversicherung entschädigt werden sollen, sind aber definitionsgemäß nicht von der gesetzlichen Unfallversicherung selbst zu beantworten.

Für derartige Überlegungen ist der Verordnungsgeber sozialrechtlich und sozialpolitisch verantwortlich.

Fazit

Eine unmittelbare Umsetzung der Forschungsergebnisse in das Berufskrankheitenrecht ist im Hinblick auf die aufgezeigten offenen Fragen für die gesetzliche Unfallversicherung derzeit zumindest für den Bereich der Expositionsbewertung nicht möglich. Von hier aus kann lediglich die wissenschaftliche Diskussion der Ergebnisse begleitet werden.

Und ob die Ergebnisse des medizinischen Teils der DWS II ausreichen, um die Konsensempfehlungen anzupassen, wird ebenfalls die weitere medizinisch-wissenschaftliche Diskussion zeigen müssen. ●

	Männer MDD	Frauen MDD	Männer (BSG)	Frauen (BSG)	Männer (DWSII)	Frauen (DWSII)
Mindest-Druckkraft	2,7 kN	2,5 kN	2,7 kN	2,5 kN	3,2 kN	2,5 kN
Rumpfvorbeuge	90°	90°	90°	90°	45°	45°
Tagesdosis	5,5 kNh	3,5 kNh	5,5 kNh	3,5 kNh	2,0 kNh	0,5 kNh
Gesamtbelastungsdosis	25 MNh	17 MNh	25 MNh	17 MNh	7 MNh	3 MNh
Neuer Grenzwert			12,5 MNh	?	?	?

Tabelle 3: Bewertung der Einwirkung bei der BK-Nr. 2108 nach der DWS II

FRÜHERKENNUNG ASBESTBEDINGTER LUNGENKREBSERKRANKUNGEN

ERWEITERTES VORSORGEANGEBOT

Lungenkrebs nimmt bei der krebisbedingten Sterblichkeit (Mortalität) weltweit seit Jahren einen Spitzenplatz ein. In Deutschland ist Lungenkrebs bei Männern die häufigste, bei Frauen die dritthäufigste Todesursache¹.

Die in Augsburg beheimatete Gesundheitsvorsorge (GVS) organisiert seit 1972 als zentrale Dienstleistungseinrichtung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung Vorsorgeuntersuchungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit beruflichem Asbestkontakt. Das Vorsorgeprogramm wird derzeit für Personen, die einer besonderen Hochrisikogruppe angehören, um ein An-

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts gab es erste Hinweise auf die pathogene Wirkung inhalierter Asbestfasern auf das menschliche Lungengewebe.

gebot zur Früherkennung von Lungenkrebskrankungen mittels Niedrigdosis-CT (Low-Dose-HRCT) erweitert.

Asbest

Asbest ist ein besonders feuerfestes Material und wird seit über 100 Jahren weltweit verarbeitet².

In Deutschland führte die vielseitige Verwendbarkeit und hohe thermische Belastbarkeit von Asbest zu einer flächendeckenden Verbreitung in fast allen Wirtschaftszweigen. In den 60er

und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden jährlich bis zu 200.000 Tonnen verbraucht. Erst in den 80er Jahren kam es zu einem spürbaren Rückgang³.

1993 wurde die Asbestverwendung in Deutschland verboten. Berufliche Asbestkontakte (die sogenannten Expositionen) können aber auch weiterhin bei Abbruch-, Instandhaltungs- und Sanierungsarbeiten, beim Umgang mit bestimmten mineralischen Rohstoffen (zum Beispiel in Steinbrüchen und im Straßenbau; Schotter, Talkum) sowie bei der Entsorgung und Deponierung vorkommen⁴. Für diese Arbeitsbereiche gelten strenge Schutzvorschriften.

Gesundheitsvorsorge – GVS

Die ZAs (Zentrale Erfassungsstelle asbeststaubgefährdeter Arbeitnehmer), die Vorgängerin der GVS, wurde 1972 vom damaligen Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) gegründet, um die arbeitsmedizinische Vorsorge für beruflich asbeststaubexponierte Personen nach den Maßgaben der ArbMedVV⁵ sicherzustellen (nachgehende Vorsorge).

Das Angebot umfasst derzeit ein regelmäßiges ärztliches Beratungsgespräch und, soweit im Einzelfall geboten, auch eine Untersuchung der Atmungs- und Kreislauforgane, eine Lungenfunktionsprüfung und eine Thorax-Röntgenaufnahme.

Asbestbedingte Berufskrankheiten

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts gab es erste Hinweise auf die pathogene Wirkung inhalierter Asbestfasern auf das menschliche Lungengewebe⁶. Ab den 30er Jahren war die Anerkennung einer Asbestose als Berufskrankheit möglich (heute BK-Nr.

4103), später folgten asbestbedingte Berufskrankheiten der Pleura, asbestbedingter Lungen- und Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104) und Mesotheliome (BK-Nr. 4105).

Charakteristisch sowohl für benigne Erkrankungen wie die Asbestose als auch für asbestbedingte Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen sowie Mesotheliome ist die lange Latenzzeit zwischen der beruflichen Asbestexposition und dem Auftreten erster krankheitsbedingter Beschwerden. Sie kann zwischen 15 und 40 Jahre betragen⁷ und hat zur Folge, dass sich asbestbedingte Erkrankungen meist erst in höherem Lebensalter, oft erst Jahre nach Beendigung der gefährdenden Tätigkeit oder auch erst im Rentenalter manifestieren.

In Symptomatik, Diagnostik und Therapie unterscheiden sich asbestbedingte Krebserkrankungen nicht von Krebserkrankungen anderer Genese⁸. Inhalatives Zigarettenrauchen ist ein wichtiger synergischer wirkender Risikofaktor für Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen⁹.

Bei Lungenkrebskrankungen treten tumorbedingte Beschwerden meist erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien auf.

Das erweiterte Vorsorgeangebot

Bei Lungenkrebskrankungen treten tumorbedingte Beschwerden in der Regel erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien auf¹⁰, was zur Folge hat, dass auch Di-

Autorin

Melanie Duell

Referentin im Referat Berufskrankheiten
Abteilung Versicherung und Leistungen
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
E-Mail: melanie.duell@dguv.de



Beruflich asbeststaubexponierte Personen werden medizinisch intensiv betreut.

agnose und Behandlung erst erfolgen, wenn die Erkrankung bereits fortgeschritten ist. Eine kurative Therapie ist dann aber häufig nicht mehr oder nur begrenzt möglich, die Prognose meist infaust.

Ein im Frühstadium diagnostizierter Lungenkrebs bietet eine bessere Ausgangsbasis für die Behandlung. Die Chance auf Heilung wird dadurch deutlich erhöht¹¹. Der Früherkennung von Lungenkrebskrankungen kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

In den USA konnte 2011 in einer randomisierten klinischen Studie (National Lung Screening Trial, NLST) mit insgesamt 53.454 Teilnehmern gezeigt werden, dass ein jährliches Lungenkrebscreening mittels Low-Dose-HRCT (LD-HRCT) bei stark tabakrauchbelasteten Personen mit einem Rückgang der lungenkrebsbedingten Mortalität assoziiert ist.

Die Probanden der Studie gehörten folgendem Hochrisikokollektiv an: (Ex-)Raucher mit einer Raucheranamnese von we-

nigstens 30 Packungsjahren¹², wobei bei ehemaligen Rauchern der Rauchverzicht bei Studienbeginn nicht länger als 15 Jahre zurückliegen durfte; Alter bei Studienbeginn zwischen 55 und 74 Jahren.

Die Probanden wurden zwei Kollektiven zugeordnet. Eine Gruppe wurde einmal

Ein im Frühstadium diagnostizierter Lungenkrebs bietet eine bessere Ausgangsbasis für die Behandlung.

jährlich mittels LD-HRCT untersucht, in der zweiten Gruppe wurden Röntgen-Thorax-Übersichtsaufnahmen angefertigt.

Im LD-HRCT-Kollektiv traten 356 lungenkrebsbedingte Todesfälle auf, in der Röntgen-Gruppe wurden 443 krebsbedingte Todesfälle dokumentiert. Die NLST-Studie wurde vorzeitig beendet, da sich ein Überlebensvorteil für die Probanden des LD-

HRCT-Kollektivs herausgestellt hatte und eine Fortführung des parallelen Röntgen-Screenings als ethisch nicht mehr vertretbar bewertet wurde. Die relative Risikoreduktion für den Tod infolge eines malignen Lungentumors betrug im LD-HRCT-Kollektiv 20 Prozent, die absolute Risikoreduktion 0,33 Prozent.

Für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) waren die Ergebnisse der NLST-Studie ausschlaggebend dafür, die nachgehende Vorsorge für besonders gefährdete Personen um ein jährliches Angebot einer LD-HRCT-Untersuchung zu erweitern¹³.

Die DGUV beauftragte deshalb 2013 eine Umsetzungsgruppe unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Volker Harth, Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (wissenschaftliche Leitung), und Herrn Edmund Mannes, GVS Augsburg (organisatorische Leitung), mit der Konzeption eines erweiterten LD-HRCT-Vorsorgeangebotes.

» Bei dem erweiterten Vorsorgeangebot handelt es sich um die Umsetzung der Ergebnisse der NLST-Studie in die arbeitsmedizinische Prävention. «

Das Angebot richtet sich an diejenigen Personen aus dem aktuellen Datenbestand der GVS,

- die nach Aktenlage eine berufliche Asbestexposition von wenigstens 10 Jahren aufweisen, wobei der Beginn der asbestbelasteten Tätigkeit (in den besonders „staubintensiven“ Jahren) vor 1985 erfolgt sein muss und
- die zum Zeitpunkt des erstmaligen erweiterten Untersuchungsangebotes mindestens das 55. Lebensjahr vollendet haben
- und bei denen nach Aktenlage ein Zigarettenkonsum von mindestens 30 Packungsjahren¹⁴ gegeben ist.

Ausschlusskriterien nach Aktenlage, zum Beispiel schwere Herz-Kreislaufkrankungen, die ein OP-Risiko bedeuten könnten, sind nicht vorgesehen, unter anderem, da der GVS die entsprechenden Daten nicht in der notwendigen Qualität vorliegen¹⁵. Derzeit erfüllen bundesweit circa 12.000 Personen die Einschlusskriterien.

Umsetzung der Ergebnisse der NLST-Studie

Bei dem erweiterten Vorsorgeangebot handelt es sich nicht um eine wissenschaftliche Studie, sondern um die Umsetzung der Ergebnisse der NLST-Studie in die arbeitsmedizinische Prävention. Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Angebots ist gewährleistet, dass die sich aus den LD-HRCT-Untersuchungen ergebenden Befunde wissenschaftlich ausgewertet werden können und dass auch neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse in das Angebot einfließen können¹⁶.

Das erweiterte Vorsorgeangebot soll ab Mitte 2014 zunächst konsekutiv in den Pilotregionen Hamburg und Ruhrgebiet (Recklinghausen, Bochum, Dortmund) starten. Nach der Pilotphase soll die erweiterte Vorsorge von der GVS bundesweit angeboten werden.

Personen, die die Kriterien für das Angebot erfüllen, erhalten von der GVS eine Einladung zur erweiterten Vorsorge, die – wie bisher – zunächst mit einem ärztlichen Beratungsgespräch verbunden ist. Im Beratungsgespräch sollen der individuelle Nutzen des Lungenkrebscreenings, aber auch mögliche Risiken und/

„Nach der Pilotphase soll die erweiterte Vorsorge von der GVS bundesweit angeboten werden.“

oder Ausschlussfaktoren, die gegen eine LD-HRCT-Untersuchung sprechen könnten (Vorerkrankungen etc.), von Ärzten und Betroffenen gemeinsam bewertet werden. Erst am Ende dieses Gesprächs soll die Entscheidung darüber getroffen werden, ob ein LD-HRCT durchgeführt werden soll.

Bei einer Entscheidung für die LD-HRCT-Untersuchung erfolgt ärztlicherseits eine Zuweisung an eine fachlich und technisch qualifizierte radiologische Einrichtung¹⁷. Die Besprechung der LD-HRCT-Befunde erfolgt in einem zweiten Beratungsgespräch beim Arbeitsmediziner. Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer Lungenkrebserkrankung, sollen die gegebenenfalls notwendige weitere Diagnostik

und die anschließende Behandlung nach Möglichkeit in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenkrebszentrum erfolgen¹⁸.

Besteht kein Interesse am erweiterten Vorsorgeprogramm oder kommt eine Teilnahme aus medizinischen Gründen nicht in Betracht, wird wie bisher die „klassische“ nachgehende Vorsorge nach G 1.2 angeboten.

Nutzen und Risiken der Früherkennung

Neben dem erwarteten Nutzen der Lungenkrebs-Früherkennung für Personen, die dem vorgenannten Hochrisiko-Kollektiv angehören, können mit dem Screening im Einzelfall auch Nachteile verbunden sein.

Dies sind zum einen die mit der Diagnostik verbundenen allgemeinen Gesundheitsrisiken (zum Beispiel bei einer Biopsie nach unklarem LD-HRCT-Befund), aber auch „falsch-positive Befunde“, also Veränderungen, die sich zunächst als auffälliger und weiter abklärungsbedürftiger Befund im LD-HRCT darstellen, bei denen die weitere Diagnostik aber ergibt, dass es sich nicht um maligne Veränderungen handelt¹⁹.

Ebenso kann es zu „Überdiagnosen“ kommen. Diese betreffen in der Regel kleine, in der Regel langsam wachsende Tumoren, die zu Lebzeiten der Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit klinisch nicht in Erscheinung getreten und damit mutmaßlich auch nicht todesursächlich geworden wären²⁰.

Die Autoren der NLST-Studie gehen davon aus, dass in der Studie wahrscheinlich bis zu 20 Prozent der detektierten Lungentu-

moren „überdiagnostiziert“ wurden²¹. Zu beachten ist weiter die – wenn auch bei einem LD-HRCT gegenüber einem „normalen“ CT geringere – Strahlenbelastung durch die radiologischen Untersuchungen. Wissenschaftlich belastbare Daten dazu, ob langjährige, regelmäßige (LD-)

Ziel der Untersuchung ist, bösartige Veränderungen der Lunge, idealerweise im Frühstadium, zu detektieren.

HRCT-Screening-Untersuchungen zu strahlenbedingten (Krebs-)Erkrankungen führen können, liegen bislang nicht vor²².

Der verantwortungsvollen, individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung pro/contra LD-HRCT kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

LD-HRCT

Bei Anwendung ionisierender Strahlung müssen grundsätzlich die Vorgaben der Röntgenverordnung berücksichtigt werden. Die „rechtfertigende Indikation“ zur Untersuchung ist daher in jedem Einzelfall von den durchführenden Ärzten zu prüfen (vgl. § 23 RöV).

Technische Voraussetzung ist ein Mehrzeilen-CT-Gerät mit mindestens 16 Zeilen.

Zur Qualitätssicherung ist vorgesehen, während der Pilotphase sämtliche Aufnahmen durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zweitbeurteilen zu lassen.

Entsprechend dem Protokoll „Diagnostik und Begutachtung bei berufsbedingten Erkrankungen der Lunge (12/2010)“²³ muss ein „Low dose“-Programm verwen-

det werden. Die im Protokoll empfohlenen Parameter können geräteabhängig variieren und zu qualitativ unterschiedlichen Ergebnissen führen. Im Einzelfall können daher individuelle Anpassungen erforderlich werden.

Ziel der Untersuchung ist, bösartige Veränderungen der Lunge, idealerweise im Frühstadium, zu detektieren. Um Hinweise auf andere asbestbedingte Lungen- oder Pleuraveränderungen (zum Beispiel Asbestose) zuordnen zu können, sollen die Aufnahmen zusätzlich nach der internationalen ICOERD-Klassifikation²⁴ codiert werden. Zur Qualitätssicherung ist vorgesehen, während der Pilotphase sämtliche Aufnahmen durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zweitbeurteilen zu lassen.

Fußnoten

- [1] Vgl. Hagemeyer, Behrens, Johnen, Mergel, Pallapies, Taeger, Wiethage, Brüning: Krebsfrüherkennung verspricht bessere Heilungschancen – Bedeutung der Low-Dose-Mehrzeilen-Volumen-HRCT in der Lungenkrebsfrüherkennung, IPA-Journal 02/2012, S. 12
- [2] Vgl. BK-Report 1/2007 Faserjahre, HVBG 2007, S. 19
- [3] Vgl. BK-Report 1/2013 Faserjahre, DGUV 2013, S. 17
- [4] Vgl. Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falckensteiner Empfehlung (FE), DGUV 2011, S. 16
- [5] Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge
- [6] Vgl. BK-Report 1/2007 Faserjahre, S. 19
- [7] Vgl. BK-Report Faserjahre 1/2007, S. 21
- [8] Vgl. FE, S. 33
- [9] Vgl. Drechsel-Schlund, Butz, Haupt, Drexel, Plinske, Francks: Asbestverursachte Berufskrankheiten in Deutschland – Entstehung und Prognose, HVBG 2003, S. 19
- [10] Vgl. FE, S. 33
- [11] Vgl. Wiethage, Harth, Duell, Mannes,

Biomarker für die Früherkennung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des erweiterten Vorsorgeangebots sollen ergänzend um freiwillige Blut- und Speichelproben gebeten werden, die in eine zentrale Probenbank überführt werden. Ziel ist die Entwicklung und Validierung von Biomarkern für die Früherkennung beruflich bedingter Lungenkrebskrankungen²⁵.

Informationsveranstaltungen

In der Pilotregion Hamburg fanden zum erweiterten Vorsorgeangebot der GVS im März und Mai 2014 erste, jeweils gut besuchte Informationsveranstaltungen für die Bereiche Arbeitsmedizin und Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger statt. Für die Pilotregion Ruhrgebiet sind zeitnah weitere Info-Veranstaltungen geplant. ●

Hagemeyer, Taeger, Johnen, Brüning: Erweitertes Vorsorgeangebot für asbestverursachte Erkrankungen, IPA-Journal 01/2014, S. 12 (www.ipa-dguv.de, Webcode: 598016)

- [12] Ein Packungsjahr = 1 Packung Zigaretten täglich über 1 Jahr
- [13] Vgl. Wiethage et al, aaO, S. 13 mit weiteren Nachweisen
- [14] Vgl. Fußnote 12
- [15] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 13
- [16] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 16
- [17] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 14
- [18] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 14
- [19] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 14
- [20] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 14
- [21] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 14
- [22] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 15
- [23] Vgl. FE, Anlage 13.2.1; www.ag-draue.drg.de/media/document/2011/Low-Dose-HRCT-Protokoll.pdf.
- [24] International Classification for Occupational and Environmental Respiratory Diseases
- [25] Vgl. Wiethage et al., a.a.O., S. 16

ZUSTÄNDIGKEIT: KÜNDIGUNG DER VERFAHRENSABSPRACHE

§ 14 SGB IX – AUCH EIN THEMA BEI BERUFSKRANKHEITEN?

Durch den § 14 SGB IX sollen langwierige Zuständigkeitsklärungen vermieden werden.

Rehabilitationsleistungen wirken umso besser, je früher sie erbracht werden¹. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei natürlich das schnelle Finden des zuständigen Leistungsträgers. Um hier im gegliederten System der deutschen Sozialversicherung langwierige Zuständigkeitsklärungen zu vermeiden, wurde im Jahr 2001 mit der Einführung des § 14 SGB IX ein gesetzliches Verfahren geschaffen. Danach sollen die Rehabilitationsträger innerhalb eines kurzen Zeitraums ihre Zuständigkeit prüfen und über den Leistungsantrag entscheiden. Im Falle der nachträglichen Feststellung einer Unzuständigkeit beinhaltet § 14 Abs. 4 SGB IX auch Erstattungsregelungen.

Nach § 14 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger innerhalb eines kurzen Zeitraums ihre Zuständigkeit prüfen und über den Leistungsantrag entscheiden.

Zur Ausgestaltung dieser Erstattungsregelungen haben die Sozialversicherungsträger nach Inkrafttreten des § 14 SGB IX eine Verfahrensabsprache für den Fall der unzuständigen Leistungsübernahme abgestimmt. Diese Verfahrensabsprache wurde am 19.12.2012 von Seiten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) nach Beschluss der Geschäftsführerkonferenz der DGUV zum 31.12.2012 gekündigt.

Nach Rückmeldungen, die die DGUV hierzu erreicht haben, wurde die Kündigung von einigen Leistungserbringern mit Sorge gesehen. Befürchtet wurden vor allem Auswirkungen auf die medizinische Versorgung von Berufserkrankten.

Dieser Artikel soll über Hintergründe und mögliche Rechtsfolgen der Kündigung informieren und insbesondere den Bezug zu Berufskrankheiten aufzeigen.

Warum wurde nach Inkrafttreten des § 14 SGB IX eine Verfahrensabsprache zwischen den Sozialversicherungsträgern geschlossen?

§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX schloss nach damaliger Auslegung unter bestimmten Voraussetzungen einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Träger aus, wenn ein anderer Träger bei noch unklarer Zuständigkeit Leistungen erbracht hat. Abweichende Vereinbarungen unter den Trägern waren (beziehungsweise sind) zulässig. Damit kein Träger bei noch geringen Zweifeln an seiner Zuständigkeit einen Leistungsantrag nur deshalb abgibt, weil er möglicherweise seine Kosten nicht erstattet bekommt, sollte mit der Verfahrensabsprache der Erstattungsanspruch abweichend von der gesetzlichen Regelung gesichert werden. Die Verfahrensabsprache regelte damit ausschließlich die Erstattungsansprüche der Träger untereinander, nicht aber die Zulässigkeit der Leistungsgewährung bei noch ungeklärter Zuständigkeit.

Warum musste und konnte die Verfahrensabsprache von der Unfallversicherung gekündigt werden?

Die Rentenversicherungsträger haben Erstattungsansprüche auf der Grundlage der Verfahrensabsprache nur anerkannt, wenn der Unfallversicherungsträger in einem Leistungsbescheid an den Versicherten auf seine mögliche Unzuständigkeit hingewiesen hat. Tatsächlich konnte man eine „Bescheidklausel“ in der Verfahrensabsprache dahingehend auslegen.

Unfallversicherungsträger gewähren aber Reha-Leistungen bekanntlich schnell und unbürokratisch und in der Regel ohne Leistungsbescheid an die Versicherten, was dann regelmäßig zur Ablehnung der Erstattungsansprüche durch die Rentenversicherungsträger führte. Damit hatte die Verfahrensabsprache aus Sicht der Unfallversicherungsträger ihr Ziel, nämlich Erstattungsansprüche sicherzustellen, verfehlt. Da diese Erstattungsansprüche die (finanzielle) Grundlage dafür bilden, dass beziehungsweise wenn Un-

Die Kündigung der Verfahrensabsprache wurde von einigen Leistungserbringern mit Sorge gesehen.

fallversicherungsträger schon vor endgültiger Klärung der Zuständigkeit leisten, wirkte die Praxis der Rentenversicherungsträger teilweise kontraproduktiv.

Nachdem zwischenzeitlich dann auch noch durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Regelungen des § 14 SGB IX dahingehend ausgelegt wurden, dass ein Träger, der bei Zweifeln an seiner Zuständigkeit Leistungen erbringt, sehr wohl (auch ohne Leistungsbescheid) einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Träger hat, war die Verfah-

Autor

Steffen Krohn

Referent im Referat Berufskrankheiten
Abteilung Versicherung und Leistungen
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

Otmar Lenz

Leiter des Referats Vertragswesen
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: otmar.lenz@dguv.de

rensabsprache nicht nur überflüssig, sondern sie stand als vorrangige Rechtsgrundlage berechtigten Erstattungsansprüchen der Unfallversicherungsträger sogar entgegen. Damit sich die Rentenversicherungsträger eben nicht mehr auf die „Bescheidklausel“ berufen können, musste die Verfahrensabsprache gekündigt werden. Damit ist der Weg wieder frei, auf der Grundlage der BSG-Rechtsprechung Erstattungsansprüche geltend zu machen, was die Entscheidung, Leistungen gegebenenfalls auch noch bei bestehenden Zweifeln an der Zuständigkeit zu erbringen, wesentlich erleichtert.

Warum gibt es keine neue Verfahrensabsprache?

Eine neue Verfahrensabsprache (ohne „Bescheidklausel“) war auf Initiative der DGUV in einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung aller Trägerverbände abgestimmt. Sie sollte für Rechtsklarheit sorgen. Leider haben bisher nicht alle Gremien aller Verbände zugestimmt.

Unterschiede zwischen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Nach dem gegliederten System der deutschen Sozialversicherung besteht ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erst mit Vorliegen eines Versicherungsfalls (§ 11 Abs. 5 SGB V). Dieser ist beim Arbeitsunfall in der Regel klar erkennbar. Unter anderem deswegen sind auch die D-Ärzte dazu ermächtigt, eine Heilbehandlung zu Lasten der Unfallversicherungsträger einzuleiten.

Bei Berufskrankheiten und bei Wie-Berufskrankheiten sind für diese Entscheidung dagegen meist weitere, oft umfangreiche Ermittlungen sowie nachfolgende rechtliche Prüfungen und Bewertungen erforderlich. Ist dann die arbeitsbedingte Verursachung geklärt und die Berufskrankheit mit Bescheid anerkannt, erfolgt auch die Übernahme der ärztlichen Behandlung durch den Unfallversicherungsträger.

In der Praxis wird hierfür in der Regel mit Anerkennung einer Berufskrankheit auch ein Behandlungsauftrag an den behandelnden Arzt gegeben, um die Kostenträgerschaft und den Zeitpunkt des Wechsels transparent zu machen. So ist das Vorgehen bei allen 73 Berufskrankheiten und

den Wie-Berufskrankheiten nach § 9 Abs. 2 SGB VII. Bis zum Abschluss der Ermittlungen und damit des Feststellungsverfahrens besteht bei Berufskrankheiten die Leistungspflicht anderer Sozialversicherungszweige, in der Regel die der Krankenversicherung.

Unfallversicherungsträger gewähren Reha-Leistungen bekanntlich schnell und unbürokratisch und in der Regel ohne Leistungsbescheid an die Versicherten.

Erhalten Unfallversicherungsträger eine BK-Verdachtsmeldung oder die Anzeige



einer sogenannten „Wie-Berufskrankheit“ nach § 9 Abs. 2 SGB VII, so ist zunächst davon auszugehen, dass bei drohender oder bestehender Teilhabestörung bereits durch den anzeigenden Arzt eine entsprechende Heilbehandlung beziehungsweise Rehabilitation zu Lasten anderer Sozialversicherungszweige eingeleitet wurde. Ein Handlungsbedarf im Sinne des SGB IX besteht zunächst nicht. Ergeben sich im Rahmen des laufenden BK-Feststellungsverfahrens jedoch Anhaltspunkte für weitere und bisher nicht gedeckte Reha- und Teilhabebedarfe und besteht oder droht eine Teilhabestörung, liegt ein Anwendungsfall des SGB IX vor.

Situation bei Leistungen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) vor Eintritt eines Versicherungsfalls
Die Situation bei Berufskrankheiten gilt

grundsätzlich auch für Leistungen auf der Grundlage des § 3 BKV. Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, bei bereits erkrankten Versicherten eine wirksame Individualprävention sicherzustellen. Diese verfolgt präventive Ziele und konzentriert sich grundsätzlich auf die Gefahrenabwehr.

Sollten, wie zum Beispiel im Hautarztverfahren, auch medizinische Maßnahmen in Betracht kommen, so werden diese vom Unfallversicherungsträger gegebenenfalls zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und auf der Grundlage einer gesonderten Prüfung und Kostenübernahmeentscheidung erbracht. Eine Kostentragung erfolgt dann in eigener Zuständigkeit und eine Erstattung durch andere Sozialversicherungszweige wird nicht möglich sein, insbesondere nicht auf der Grundlage des § 14 SGB IX.

Zeigt sich im Laufe eines solchen § 3-Verfahrens allerdings, dass die Funktionsfähigkeit und Teilhabe durch die ergriffenen Maßnahmen eben nicht gesichert beziehungsweise wiederhergestellt werden kann, liegt ein Anwendungsfall des SGB IX vor (zum Beispiel § 11 Abs. 2 SGB IX).

Mit Blick in die Zukunft bleibt abzuwarten, ob nun nach Kündigung der Verfahrensabsprache neue Streitfälle entstehen. Doch wir sind überzeugt, dass die Rechtsprechung die Auffassung der DGUV bestätigen wird. Denn nur so können die Unfallversicherungsträger weiterhin schnell und unbürokratisch Leistungen erbringen, auch wenn noch letzte Zweifel an der Zuständigkeit bestehen. Bei angezeigten Berufskrankheiten dürfte das Thema „§ 14 SGB IX“ allerdings nur in wenigen Fallkonstellationen eine Rolle spielen. ●

Fußnote

[1] BAR, Gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens (Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung), 28.09.2010

SCHWIERIGE KONSENSFINDUNG

BEGUTACHTUNGSEMPFEHLUNG FÜR DIE ARTHROSE DES KNIEGELENKS

Die Berufskrankheit Nr. 2112 (Arthrose des Kniegelenks – Gonarthrose) wird seit dem 1. Juli 2009 in der Liste der Berufskrankheiten geführt. Eine neue Begutachtungsempfehlung soll vor allem den ärztlichen Sachverständigen die Arbeit erleichtern.

Mit der Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begründung durch Bekanntgabe des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 1. Oktober 2005¹ wurde die Voraussetzung geschaffen, die Gonarthrose nach § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine Berufskrankheit zu entschädigen. Bereits das im März 2007 von der DGUV initiierte „Interdisziplinäre Fachgespräch Gonarthrose“ in Bonn – Bad Godesberg zeigte die Vielfalt noch offener Fragen und weiterhin bestehenden Forschungsbedarfs.

Viele dieser Fragen waren auch noch unbeantwortet, als die Gonarthrose mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BGBl. I 2009, S. 1273) in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurde. Dies führte geradezu zwangsläufig zu unterschiedlichen und häufig stark voneinander abweichenden Bewertungen in medizinischen Sachverständigengutachten und auch in der juristischen Beweisführung und Bewertung.

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe

Damit perspektivisch übereinstimmende und möglichst einheitliche Bewertungen vergleichbarer Sachverhalte ermöglicht und eine Gleichbehandlung der Erkrankten und Versicherten gewährleistet werden, initiierte die DGUV im Jahr 2007 die

Erarbeitung einer Begutachtungsempfehlung. Dabei orientierte sich die einberufene interdisziplinäre Arbeitsgruppe im weiteren Verlauf an der „Gemeinsamen Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten“.² Mit der kurzfristig zunächst online auf der Homepage der DGUV veröffentlichten „Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 (Gonarthrose)“ ist nun die erste Begutachtungsempfehlung für Berufskrankheiten entstanden, die diese Gemeinsame Empfehlung konsequent umsetzt.

Konsens und Dissens

Die Begutachtungsempfehlung beruht auf im Konsens erarbeiteten Festlegungen der interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe. Konnte ein solcher Konsens unter den beteiligten Experten nicht erzielt werden, wurde der bestehende Dissens dargestellt. Die Autoren dieser Begutachtungsempfehlung waren nach entsprechender Abfrage seitens der DGUV von den jeweiligen

Präsidien beziehungsweise Vorständen der folgenden Fachgesellschaften und Organisationen namentlich benannt:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
- Deutsche Gesellschaft für Biomechanik (DGfB)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Unfallversicherungsträger
- Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
- Kliniken im Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV)

Autor



Fred-Dieter Zagrodnik

Referent im Referat Berufskrankheiten
Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV
E-Mail: Fred-Dieter.Zagrodnik@dguv.de

Unfallversicherungsrechtliche Belange

Die Begutachtungsempfehlung soll die unfallversicherungsrechtlichen Belange konkretisieren, insbesondere bezüglich der Kausalitätsbeurteilung, der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Mde) sowie gutachterlicher Hinweise zu Individualprävention und Heilbehandlung. Die unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn PD Dr. Spahn, Eisenach, (DGAUM) sowie

unter organisatorischer Leitung der DGUV erarbeiteten Inhalte wurden in einer Fachveranstaltung im Herbst 2013 öffentlich vorgestellt und diskutiert sowie anschließend mit den Präsidien und Vorständen der beteiligten Institutionen abgestimmt.

Zielgruppen

Die Begutachtungsempfehlung richtet sich in erster Linie an ärztliche Sachverständige, die prüfen, ob eine Gonarthrose im Sinne einer Berufskrankheit nach Nr. 2112 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) „durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht“ vorliegt und ob und in welchem Ausmaß es durch die Folgen der Berufskrankheit zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) gekommen ist.

Daneben kann die Begutachtungsempfehlung aber auch der Orientierung der Sachbearbeitung bei den Unfallversicherungsträgern dienen, zu deren Aufgaben u. a. die Ermittlung der entscheidungserheblichen Daten im Sinne der §§ 20 ff. Sozialgesetzbuch X (SGB X), insbesondere zu Einwirkung und Erkrankung, gehört.

Schließlich soll sie die Schlüssigkeitsprüfung der Gutachten durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Sozialgerichtsbarkeit erleichtern und die Transparenz für die betroffenen Versicherten erhöhen.

Wissenschaftliche Grundlagen

Den Inhalten dieser Begutachtungsempfehlung liegen neben der wissenschaftlichen Begründung auch die ergänzende wissenschaftliche Stellungnahme des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 24. Oktober 2011³ (GMBL. Nr. 49-51 vom 19.12.2011 S. 983) sowie das Merkblatt der Bundesregierung zu dieser Berufskrankheit⁴ zugrunde. Außerdem stellen die Veröffentlichungen zu den konkurrierenden Faktoren der Gonarthrose in der Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheiten“⁵ weitere Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe dar.



Mit Kniegelenksarthrose oder Gonarthrose bezeichnet man einen vorzeitigen Verschleiß der knorpeligen Gelenkflächen des Kniegelenkes.

Medizinischer und juristischer Teil

Entsprechend der „Gemeinsamen Empfehlung der AWMF, DGAUM, DGSMF und DGUV zur Erarbeitung von Begutachtungsempfehlungen“ wurden die medizinisch orientierten Inhalte von den juristisch orientierten Inhalten getrennt und jeweils gesondert behandelt. Dies spiegelt sich im Aufbau der Begutachtungsempfehlung wieder.

Während sich der Abschnitt B mit den medizinischen Fragestellungen befasst, finden sich im Abschnitt C die juristischen und verwaltungsseitigen Aspekte wieder. Im medizinisch orientierten Teil B erfolgte die Beratung im Wesentlichen unter den medizinischen Experten, wobei die rechtlichen Experten in die Beratungen einbezogen waren. Demgegenüber erfolgte die

Erarbeitung des juristischen Teils C durch die rechtlichen Experten, wobei die medizinischen Experten in die Beratungen einbezogen waren.

Die jeweilige Konsensfindung wurde jedoch im Teil B allein durch die medizinischen Experten und im Teil C allein durch die rechtlichen Experten hergestellt. Die jeweiligen Beratungen waren von dem Ziel gekennzeichnet, möglichst Konsens zu erreichen. Dabei wurde für einen Konsens nur Einstimmigkeit in den Beratungen akzeptiert.

Sofern unter den beteiligten Fachleuten keine Einstimmigkeit erzielt werden konnte, wurde unabhängig von den jeweiligen Mehrheitsverhältnissen von einem Dissens ausgegangen und dieser dargestellt.

Inhaltlich wurde in den Beratungen auf wissenschaftliche Evidenz Wert gelegt. Das bedeutet, dass möglichst nur solche Inhalte in die Begutachtungsempfehlung einfließen sollten, die durch medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt und durch Quellenangabe belegbar sind. Nur in den Punkten, in denen keinerlei wissenschaftliche Aussagen aus der Literatur ableitbar waren, aber die beteiligten medizinischen Fachleute übereinstimmend aufgrund ihrer Expertenmeinungen Aussagen im Konsens treffen konnten, wurden diese ebenfalls dokumentiert und als Expertenmeinung kenntlich gemacht.

Nach Abschluss der Beratungen und redaktioneller Überarbeitung des Entwurfs wurde die Begutachtungsempfehlung den Präsidien, Vorständen beziehungsweise Gremien aller beteiligten Institutionen vorgelegt. Mit den entsprechenden Zustimmung ist somit die Einigkeit der Beteiligten dokumentiert.

Die Ergebnisse wurden durch Konsensfindung unter den jeweiligen Fachleuten allein aufgrund ihrer Fachkenntnis und ohne wirtschaftliche oder anderweitige Einflussnahme Dritter erzielt. Die Kosten für die Erarbeitung der Begutachtungsempfehlung (Reisekosten, Sitzungskosten, Kosten der öffentlichen Vorstellung und Diskussion) wurden von der DGUV getragen. Honorare oder andere wirtschaftliche Leistungen der DGUV haben alle Autoren für ihr Mitwirken an der Begutachtungsempfehlung nicht erhalten. Alle Autoren bestätigen, dass hinsichtlich der Arbeiten an der Empfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 keine Interessenkonflikte vorliegen.

Kontinuierlicher Erkenntnisgewinn

Der Verlauf der Beratungen war über die gesamte Zeit von einem kontinuierlichen Erkenntnisgewinn gekennzeichnet. Zumindest ein Teil der medizinischen Experten ging zu Beginn der Beratungen noch davon aus, dass ein belastungsspezifisches Krankheitsbild beschrieben werden könne.

So erwartete man, dass bei durch kniende Tätigkeiten entstandener Gonarthrose nur

an einzelnen Gelenkanteilen altersvoranschreitende Zeichen einer Gonarthrose festzustellen sein würden. Insbesondere die im Anschluss an das „Interdisziplinäre Fachgespräch Gonarthrose“ von der DGUV geförderte Forschung von Herrn PD Dr. Glaser und Frau Dr. Horng (München) konnte diese Annahme im Rahmen einer MRT-Studie⁶ jedoch nicht bestätigen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Expertenmeinung im Laufe der Beratungen dahingehend gewandelt, dass sich aktuell kein Krankheitsbild der Gonarthrose definieren lässt, das spezifische Rückschlüsse auf die Art der Belastung zulässt und somit ein belastungstypisches Krankheitsbild für die Anerkennung einer Berufskrankheit Nr. 2112 nicht zu fordern ist.

Keine erhöhten Druckkräfte beim Knie

Auch die sich aus der Wissenschaftlichen Begründung ergebende Vermutung, dass die Knorpelschäden infolge starker Druckbeanspruchung im Knie entstehen würden, konnte durch weitere Forschungsaktivität nicht bestätigt werden. So fanden Glitsch et al. in einer durch das IFA durchgeführten Studie mit dem CUELA-Messsystem⁷ heraus, dass sich beim Knie keine gegenüber dem Stehen oder Gehen wesentlich erhöhten Druckkräfte im Knie nachweisen lassen.

Nach dieser Untersuchung sind vielmehr das Hinknien wie auch das Aufrichten aus der Hocke oder dem Knie durch eine deutliche Zunahme der Druckkräfte im Knie gekennzeichnet. Für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren stellen diese Diskrepanzen nun einige Schwierigkeiten dar, lassen sich daraus doch keine eindeutigen Präventionsstrategien und -empfehlungen ableiten.

Diagnostik-Standards

In der Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nr. 2112 wurden darüber hinaus klinische und radiologische Diagnostik-Standards festgelegt, die künftig zu gleichen Bewertungsgrundlagen führen sollen. Da nach der Wissenschaftlichen

Begründung den röntgenologischen Befunden eine besondere Bedeutung zukommt, waren dabei auch Art und Einstellung der anzufertigenden Aufnahmen zu standardisieren sowie Vereinbarungen zur Bewertung anderer radiologischer Ergebnisse wie beispielsweise bereits vorliegender MRT-Aufnahmen zu treffen.

Für die Frage, welche von den arbeitsbedingten Kniebelastungen unabhängigen Faktoren bei der Ursachenbewertung zu berücksichtigen sind, ist auf das bereits genannte Sonderheft⁸ zu verweisen. Dabei bedeutet allein der Nachweis einzelner oder mehrerer konkurrierender Faktoren nicht automatisch, dass die Anerkennung einer Berufskrankheit unmöglich ist.

Vielmehr sind die nachgewiesenen konkurrierenden Faktoren im Rahmen der erforderlichen Kausalitätsbeurteilung wertend den sich aus der arbeitsbedingten knienden Tätigkeit ergebenden Belastungen gegenüberzustellen. Solange dabei der arbeitsbedingten Kniebelastung die Bedeutung einer nicht nur rechtlich als unbedeutend zu vernachlässigenden, sondern zumindest rechtlich wesentlichen Teilursache zukommt, ist eine Anerkennung einer Berufskrankheit auch beim Nachweis konkurrierender Faktoren möglich.

Minderung der Erwerbsfähigkeit

Bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sollte auf die gleichen Bewertungsmaßstäbe zurückgegriffen werden, wie sie über die gängigen Kommentierungen und MdE-Erfahrungswerte bereits im Unfallbereich existieren. Da die MdE-Bewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung eine Bewertung der verbliebenen und ursächlich auf den Versicherungsfall zurückzuführenden Funktionsbeeinträchtigungen darstellt, kommt es auch bei der Berufskrankheit Nr. 2112 vorrangig auf das objektivierbare Beschwerde- und Funktionsbild der Betroffenen an.

Schlussbemerkungen

Nach Abschluss der Beratungen kann in einer ersten Rückschau auch eine Bewer-

tung zur Praktikabilität der in der „Gemeinsamen Empfehlung“ mit der AWMF vereinbarten Aufgaben- und Verantwortungsverteilung vorgenommen werden. Bei der Berufskrankheit Nr. 2112 mit ihren auch weiterhin offenen Fragen und insbesondere im Kreise der medizinischen Experten zum Teil weit auseinandergehenden Auffassungen wurde deutlich, welche Vorteile die fachliche Aufteilung in einen medizinisch orientierten Teil und einen rechtlich orientierten Teil der Begutachtungsempfehlung hat.

Die schon schwierige und durchaus langwierige Konsensfindung wäre bei einem Vermischen dieser beiden Teile zu einem gemeinsamen Teil zweifelsohne ungleich komplexer und damit schwerer handhabbar geworden. Insofern hat sich diese Aufteilung während der Beratungen bewährt.

Künftig wird sich die Praktikabilität dieser Aufteilung bei der praktischen Anwendung beweisen müssen. Sachverständige, Sachbearbeiter der Unfallversicherungsträger und Sozialgerichte finden nun zu einzelnen Themenblöcken nicht alle vorhandenen Informationen an einem Ort, sondern haben die beiden sich jeweils ergänzenden Passagen in den Abschnitten B und C zu berücksichtigen.

Das den gesamten Prozess begleitende Ziel, möglichst alle zu klärenden Fragen in einem einstimmigen Konsens zu vereinbaren, führte dagegen während der Beratungen zu zum Teil deutlichen Verzögerungen. Hier ist der Fortschritt ganz wesentlich von der Konsens- und Kompromissbereitschaft der beteiligten Vertreter abhängig und geriet im Verlauf einige Male ins Stocken.

Es bleibt die Hoffnung, dass die Praxis dafür nun aber dem Ausspruch folgend „Was lange währt, wird gut“ in der Begutachtungsempfehlung aufgrund der weitgehenden Übereinstimmung der beteiligten Experten eine gute Basis für transparente und nachvollziehbare sowie akzeptierte Entscheidungen vorfindet. ●

Literatur

Autorenliste der Begutachtungsempfehlung

Prof. Dr. med. Ulrich Bolm-Audorff

Regierungspräsidium Darmstadt, Landesgewerbeamt Hessen

Dr. med. Rainer Braunschweig

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost, Halle

Dr. Dirk Ditschen

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)

Thomas Dunz

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)

Gordon Dwornik

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost, Halle

Dr. med. Frank Eberth

Landesamt für Arbeitsschutz, Potsdam

Prof. Dr. rer. nat. Rolf Ellegast

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)

Ass. iur. Norbert Erlinghagen

Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)

PD Dr. med. Christian Glaser

Radiologisches Zentrum München (RZM)

Dr. med. Oliver Gonschorek

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau (BGU)

Dr. med. Wolfgang Griebel

Bochum

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Joachim Grifka

Orthopädische Universitätsklinik Regensburg

Dr. med. Volker Grosser

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus (BUK), Hamburg

Prof. Dr. med. Bernd Hartmann

Hamburg

Dr. med. Kurt Georg Hering

Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Knappschaftskrankenhaus, Dortmund

Dr. med. Ulrike Hoehne-Hückstädt

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gunther O. Hofmann

Berufsgenossenschaftliche Klinik Bergmannstrost, Halle

Dr. med. Annie Horng

Institut für Klinische Radiologie, Univer-

sitätsklinikum LMU München, Campus Großhadern

Michael Kucklack

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

PD Dr. med. Falk Liebers

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Prof. Dr. rer. soc. Dieter Rosenbaum

Deutsche Gesellschaft für Biomechanik e. V.

Prof. Dr. med. Rainer Schiele

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf

Orthopädische Universitätsklinik Orthopädie I, Heidelberg

Dr. med. Frank Schröter

Institut für Medizinische Begutachtung, Kassel

PD Dr. med. habil. Gunter Spahn

Praxisklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Eisenach

Frank Westphal

Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)

Fred-Dieter Zagrodnik

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Fußnoten

[1] – 414-45222-2112/1, BArbBl. 10/2005, S. 46 ff.

[2] http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/gem_empf_bk_2009.pdf

[3] GMBL. Nr. 49-51 vom 19.12.2011 S. 983

[4] www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/pdf/Merkblatt-2112.pdf?__blob=publicationFile&v=1

[5] Trauma und Berufskrankheit, Band 14, Sonderheft 4 vom Oktober 2012, Springer-Verlag, Heidelberg

[6] www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/pdf/Merkblatt-2112.pdf?__blob=publicationFile&v=1

[7] http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/aifa0308_mse.pdf

[8] Trauma und Berufskrankheit, Band 14, Sonderheft 4 vom Oktober 2012, Springer-Verlag, Heidelberg

VORAUSSETZUNGEN ZUR ANERKENNUNG UND ENTSCHÄDIGUNG

DAS CARPALTUNNEL-SYNDROM ALS BERUFSSKRANKHEIT

In diesem Artikel wird am Beispiel des Carpal tunnel-Syndroms die Entwicklung von Qualitätsstandards für Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung dargestellt. Ziel ist, für Unfallversicherungsträger, medizinische Gutachter und Betroffene sowie deren behandelnde Ärzte die Grundlagen für eine einheitliche Bearbeitung bei den Unfallversicherungsträgern und Transparenz zu schaffen. (Erstveröffentlichung: Zbl Arbeitsmedizin 2014-64:113-116, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlags)

1. Historie

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat am 01.05.2009 eine Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ bekanntgemacht, folgende neue Berufskrankheit (BK) in die Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) aufzunehmen: „Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen“.

Mit der Bekanntmachung der Empfehlung endeten jahrelange Beratungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ der Bundesregierung zu der Fragestellung, ob und unter welchen Voraussetzungen des bundesdeutschen Berufskrankheitenrechts ein Carpaltunnel-Syndrom (CTS) als Berufskrankheit anerkennungsfähig sein kann.

Derzeit ist ein weiterer formalrechtlicher Schritt nach der Veröffentlichung der eingangs genannten Empfehlung erforderlich: Die Bundesregierung hat nach § 9 Abs. 1 SGB VII zu prüfen, ob und unter Berücksichtigung welcher sozialpolitischen Über-

legungen ein CTS auf der Grundlage der Wissenschaftlichen Begründung in die Berufskrankheiten-Liste aufzunehmen ist.

Bis zu einem endgültigen Entschluss haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nur die Möglichkeit, ihnen gemeldete Fälle auf der Basis des § 9 Abs. 2 SGB VII zu entscheiden und wie eine Berufskrankheit anzuerkennen und gegebenenfalls zu entschädigen. Das Gleiche gilt für mögliche präventive Maßnahmen nach § 3 der BKV zur Vermeidung der Entstehung einer neuen oder Verhinderung der Verschlimmerung oder des Auflebens einer bereits bestehenden Berufskrankheit.

Bereits in der vorgeschlagenen Legaldefinition zur Wissenschaftlichen Begründung einer „neuen Berufskrankheit CTS“ werden die arbeitsbedingten manuellen Belastungen genannt. Für diese gilt aus pathophysiologischer und epidemiologischer Sicht ein kausaler Zusammenhang mit dem Auftreten eines CTS als grundsätzlich gesichert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009).

Diese schädigenden Einwirkungen werden wie folgt charakterisiert:

- repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Hände im Handgelenk oder erhöhter Kraftaufwand der Hände (kraftvolles Greifen) oder

- Einwirkung von Hand-Arm-Schwingungen, zum Beispiel durch handgehaltene vibrierende Maschinen (handgeführte Motorsägen und Steinbohrer).

Diese Einwirkungen können einerseits jeweils für sich allein ein CTS verursachen. Andererseits erhöht sich das CTS-Risiko deutlich bei einer Kombination von zwei oder allen drei Faktoren.

Zur Klassifizierung der Expositionsangaben werden in der Wissenschaftlichen Begründung verschiedene Literaturangaben herangezogen, ohne dass jedoch konkrete Beurteilungskriterien empfohlen werden.

Zudem werden manuelle Tätigkeiten mit diesen Charakteristika in verschiedensten Berufen ausgeübt. Dies erschwert die Abgrenzung bestimmter Personengruppen, die durch ihre Arbeit einer besonderen Einwirkung zum Entstehen eines CTS in erheblich höherem Maß als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Autorinnen und Autoren

Ulrike Hoehne-Hückstädt

Referat Arbeitswissenschaft/Ergonomie, Institut für Arbeitsschutz der DGUV

Bernd Hartmann

ArbMedErgo Beratung Arbeitsmedizin und Ergonomie

Markus Sander

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)



Einwirkungen von Hand-Arm-Schwingungen, besonders in Kombination mit hohen Kräften zum Halten und Führen von handgeführten Maschinen, können ein Carpal-Tunnelsyndrom auslösen.

In der Wissenschaftlichen Begründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die arbeitsbedingt schädigenden Einwirkungen weniger von einer Berufsbezeichnung, als vielmehr von den Tätigkeiten mit Risikofaktoren für ein CTS abhängen.

Folglich ist eine sorgfältige individuelle Beurteilung der tatsächlichen Arbeitsbelastungen im Einzelfall unumgänglich.

Diese Feststellungen machen deutlich, dass eine Konkretisierung der Expositionsbeschreibung für sachgerechte Ermittlungen notwendig ist.

2. Entwicklung von Qualitätsstandards

Durch Veröffentlichungen zum medizinischen Bild des CTS und zur möglichen Anerkennung und Entschädigung des CTS wie eine Berufskrankheit erhielt schon eine breitere Fachleserschaft eine Übersicht zu den in der Wissenschaftlichen Begründung dargestellten Erkenntnissen (Friedebold, A. et al. 2009; Giersiepen, K. & Spallek, M. 2011).

Darüber hinaus hat die DGUV noch im Jahr 2009 auf Initiative des Geschäftsführerkonferenz-Ausschusses „Berufskrankheiten“ der Deutschen Gesetzlichen Un-

fallversicherung eine Projektgruppe „CTS“ gebildet, um folgende drei Arbeitspakete in Expertengruppen zu bearbeiten:

- Erstellung einer Handlungsanleitung zur Ermittlung der Exposition
- Entwicklung eines Workflows für die Verwaltung der Unfallversicherungsträger
- Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Prävention – § 3 BKV

Für das Feststellungsverfahren als Berufskrankheit wurden einerseits die medizinischen Kriterien zur Diagnostik eines CTS

Grita Schedlbauer

Fachbereich Gesundheitsschutz, Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Michael Spallek

Europäische Forschungsgemeinschaft für Umwelt und Gesundheit im Transportsektor e. V.

Fred-Dieter Zagrodnik

Referat Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: Fred-Dieter.Zagrodnik@dguv.de
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin Referat Berufskrankheiten

Zusammenfassende Beurteilung der einzelnen Risikofaktoren für die Tätigkeiten T₁ - T_i aus Formblatt 3 einer wochentypischen Arbeitsschicht/Tag gemäß Formblatt 2 linke Hand rechte Hand

relevante Tätigkeit/Tag	Dauer [min]	Repetition [#]				Kraftaufwand Borg 2 Punktwert (Borg-CR10-Skala)	Hand-Arm-Schwingung 3 Schwingungsgesamtwert der Effektivwerte frequenzbewerteter Beschleunigung (Vektorbetrag) a _{h_v} [m/s ²]
		Silverstein 1.1 a) Dauer [min]	Silverstein 1.1 b) Dauer [min]	Kilbom 1.2 Dauer [min]	Latko 1.3 Punktwert (Latko-Skala)		
T1							
...							
...							
Ti							
Σ Ti							
Zusammenfassung über die Arbeitsschicht/Tag							
Anleitung zur Beurteilung mittels Farbcode**		grün = Σ <2 h/Tag gelb = Σ ≥2 - <4 h rot = Σ ≥4 ->6 h/Tag	rot = Σ ≥3 h/Tag	Mittelwert* Farbcode s. Latko Skala ¹	Mittelwert* Farbcode s. Borg-Skala	A(8) Tages-Schwingungsbelastung*** grün = 1 m/s ² - <2,5m/s ² gelb = 2,5m/s ² - <5m/s ² rot ≥5m/s ²	

Abb. 1: Formblatt zur Erfassung der Belastungen aufgrund der methodischen Grundlagen zur Beurteilung von Repetition, Kraftaufwand und Hand-Arm-Schwingungen (aus: Zbl Arbeitsmedizin 2014-64:113-116, Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlags).

gemäß den geltenden Empfehlungen und Leitlinien definiert (AWMF-Leitlinie: Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie 2012). Andererseits war es wichtig, arbeitstechnische Standards für die Ermittlung und Bewertung CTS-relevanter Einwirkungen zu identifizieren und abzustimmen.

1.1. Erstellung einer Handlungsanleitung zur Ermittlung der Exposition

Zur Expositionsbeschreibung hat die Expertengruppe unter Leitung des Instituts für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) zunächst die Angaben in der Wissenschaftlichen Begründung, die dort zitierte Literatur und deren Sekundärliteratur gesichtet und analysiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009).

Als Maß für die Repetition werden die Silverstein-Kriterien für Arbeitszyklen aufgeführt (Silverstein, B. A. et al. 1987).

Nach Silverstein et. al. (Silverstein, B. A. et al. 1986) werden für die Bewertung der Greifkraft mit der Kategorisierung „hohe Kraftanforderung“ 60 N „adjusted force“, die in einem Elektromyografie (EMG)-ba-

sierten Verfahren ermittelt wurden, als Grenzwert genannt.

Zu den Hand-Arm-Schwingungen werden keine quantitativen Angaben gemacht. Es wird lediglich hervorgehoben, dass „insbesondere beim Umgang mit handgehaltenen vibrierenden Werkzeugen davon auszugehen ist, dass diese mit Kraftaufwand der Fingerbeuger und entsprechenden Zwangshaltungen der Finger und im Handgelenk festgehalten werden müssen, so dass sich hier mehrere Expositions-komponenten, die teilweise auch schon aus den vibrationsbedingten Berufs-krankheiten bekannt sind, überlagern“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009).

Das Ergebnis der weiterführenden Literature-recherche führte nach Beratung in der Expertengruppe zu dem begründeten Entschluss, die Bewertung der Schwingungseinwirkung entsprechend einschlägiger Normen, Verordnungen und technischer Regeln vorzunehmen (DIN EN ISO 5349-1, 2001; Bundesministerium für Arbeit und Soziales [LärmVibrations-ArbSchV] 2007; Bundesministerium für

Arbeit und Soziales [TRLV Vibrationen] 2007; DIN V 45694, 2006).

Aus der Dokumentation zu den Hand Activity Level Threshold Limit Values (TLVs) der American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH) konnten Literaturstellen herangezogen werden, die zusätzliche Hinweise zur genauen Beschreibung der Gefährdung durch Repetition und durch Kraftaufwand geben (Latko, W. et al. 1997; Borg, G. 1998). Diese TLVs wurden allerdings aus präventiven Gesichtspunkten ermittelt und stellen daher keine schädigenden Grenzwerte im Sinne einer Berufskrankheit dar (American Conference of Governmental Industrial Hygienists 2001).

In einem zweiten Schritt wurde aus allen verfügbaren Literaturangaben ein Erfassungsbogen zur Expositionsermittlung erstellt. Dieser enthält sowohl quantitative Angaben für die einzelnen CTS-Risikofaktoren als auch einen Vorschlag für die Kombinationsbewertung. Dabei wird die Belastungshöhe für einzelne Tätigkeiten und typische Arbeitsschichten dargestellt (vgl. Abbildung 1). Die genaue Vorgehens-

» Praktische Erfahrungen, die Unfallversicherungsträger während der vergangenen Jahre in den Ermittlungen zu BK-Verfahren gemacht haben, fließen fortlaufend in die Erarbeitung neuer beziehungsweise in die Anpassung vorhandener Fragebögen und Formtexte ein. «

weise und die entsprechenden Erläuterungen zu den ausgewählten Beurteilungskriterien sind in der Handlungsanleitung CTS ausführlich beschrieben (http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?QPX=TUIEPTEwMDImQ0IEPTEwMDE4, Hoehne-Hückstädt, U. et al. 2011).

In einem dritten Schritt wurde im IFA unter Beteiligung von Vertretern der Unfallversicherungsträger auf der Grundlage der Handlungsanleitung und der darin enthaltenen Erfassungsbögen eine Anamnese-Software entwickelt. Ziel ist es, hiermit die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger bei der Ermittlung der arbeitstechnischen Anamnese in Feststellungsverfahren „Carpal-Tunnel-Syndrom“ zu unterstützen.

1.2. Entwicklung eines Workflows für die Verwaltung der Unfallversicherungsträger

Bei der Bearbeitung des zweiten Arbeitspaketes wurden von arbeitsmedizinischen, orthopädischen, neurologischen und handchirurgischen Fachärzten sowie Fachleuten aus den Präventionsdiensten und Berufskrankheiten-Abteilungen der Unfallversicherungsträger die Ermittlungen zur Arbeits- und Krankheitsvorgeschichte der Betroffenen standardisiert. In Anlehnung an bewährte Beschreibungen von Verfahrensabläufen entstand ein CTS-spezifisches Flussdiagramm (Workflow) zur Anwendung in den Berufskrankheiten-Abteilungen der Unfallversicherungsträger.

Ziel ist es, dass zum Beispiel medizinischen Gutachtern alle relevanten Fakten zur Chronologie des Beschwerdebildes und zur Ausprägung und Lokalisation funktioneller Beeinträchtigungen in standardisierter Form zur Verfügung gestellt werden

Dieser Workflow dient der Sicherung von Qualitätsstandards, ohne dass er zwin-

gend in jedem Einzelfall minutiös eingehalten werden kann oder abzubilden ist. Die hohe Individualität der Arbeits- und Gesundheitsanamnesen bei den CTS-Erkrankten erfordert in der Ausgestaltung des Ermittlungsverfahrens individualisiertere Vorgehensweisen.

Der Workflow ist daher dynamisch angelegt. Praktische Erfahrungen, die Unfallversicherungsträger während der vergangenen Jahre in den Ermittlungen zu BK-Verfahren gemacht haben, fließen fortlaufend in die Erarbeitung neuer beziehungsweise in die Anpassung vorhandener Fragebögen und Formtexte ein. Sie werden in den Workflow an thematisch passender Stelle implementiert.

1.3. Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Prävention – § 3 BKV

Die Projektgruppe CTS der DGUV diskutierte ein weiteres Aufgabenfeld, das aus dem Anspruch Erkrankter auf sekundärpräventive Maßnahmen nach § 3 BKV entspringt. Nach dieser Vorschrift sind – gegebenenfalls auch schon vor dem Eintritt einer Berufskrankheit – seitens der Unfallversicherungsträger vorbeugende Leistungen zu erbringen, um einer konkret individuell drohenden Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit beziehungsweise beim Vorliegen einer solchen der drohenden Gefahr der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens der Erkrankung entgegenzuwirken.

Das Handlungsfeld einer Individualprävention ist allerdings stark eingeschränkt, da sich das CTS regelmäßig nicht durch Vorstufen oder andere dem Krankheitsbild vorangehende Symptome ankündigt. Davon unabhängig besteht aber der Anspruch auf Verminderung der generellen Gefährdungen für die Entstehung des CTS im Rahmen der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

3. Therapie und Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Therapie des CTS durch eine operative Versorgung der Erkrankten erzielt bei relativ geringem Aufwand eines kleinen chirurgischen Eingriffes in den meisten Fällen langfristige therapeutische Erfolge. Sie scheint nach klinischer Erfahrung der beteiligten medizinischen Experten auch für die Zukunft die Gefahr eines erneuten Auftretens dieses Krankheitsbildes drastisch zu verringern.

Zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Mde) liegen bislang nur wenige Erfahrungen vor. Objektivierbare Aspekte zur Beurteilung sind zum Beispiel die Störung der Feinmotorik (Dinge fallen aus der Hand), Minderung der groben Kraft und damit auch eine schlechtere Greiffunktion oder schmerzhaftere Bewegungen. Nach klinischer Erfahrung scheinen auch bei Komplikationen im Heilverlauf Mde-Bewertungen von mehr als 20 von Hundert kaum vorstellbar.

Information

Carpal tunnel syndrome as an occupational disease - conditions for acknowledgement and compensation through the German Social Accident Insurance

Keywords: Carpal tunnel syndrome – CTS – Declaratory procedure – Occupational disease – Exposure assessment

Abstract

This article describes, using the example of carpal tunnel syndrome, the development of quality standards for declaratory procedures in the German Social Accident Insurance. These quality standards are aimed at establishing basic principles for a uniform processing manner by the accident insurers and increasing transparency for accident insurers, medical expert witnesses, persons concerned as well as their attending physicians.

» Mit den Ergebnissen der interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden Qualitätsstandards für die Bearbeitung der Berufskrankheiten-Verfahren Carpal-tunnelsyndrom durch die gesetzliche Unfallversicherung geschaffen. «

4. Ausblick

Insbesondere bei CTS-Patienten, die sich nicht zu einer operativen Versorgung entscheiden, zeichnet sich prognostisch die Gefahr ab, dass die Krankheit wiederauflebt beziehungsweise sich verschlimmert, wenn die in der Vergangenheit als gefährdend identifizierte Einwirkung bei der Arbeitstätigkeit fortbesteht.

Für diese Betroffenen soll versucht werden, neben ärztlich-therapeutischen Behandlungen geeignete sekundär-präventive Ansätze und Maßnahmen auf der Grundlage der BKV zu entwickeln. Nach den Erfahrungen bei anderen Berufskrankheiten (zum Beispiel im Bereich der Hauterkrankungen) könnte versucht werden, zum Beispiel edukative Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins sowie verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen durchzuführen.

Mit den Ergebnissen der interdisziplinären Arbeitsgruppe wurden Qualitätsstandards für die Bearbeitung der Berufskrankheiten-Verfahren Carpal-tunnelsyndrom durch die gesetzliche Unfallversicherung geschaffen. Gleichzeitig bilden diese Grundlagen Anhaltspunkte zum Beispiel für medizinische Gutachter bei der Erstellung von Zusammenhangsgutachten in BK-Verfahren.

Die Ergebnisse spiegeln den derzeit aktuellen Stand des Wissens wider und werden in Abhängigkeit von neuen Erkenntnissen kontinuierlich aktualisiert. ●

Literatur

American Conference of Governmental Industrial Hygienists ACGIH TLV for Hand Activity adopted and ©2001, <https://www.acgih.org/store/ProductDetail.cfm?id=1349>

AWMF-Leitlinie: Karpaltunnelsyndrom, Diagnostik und Therapie http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/005-003l_S3_Karpaltunnelsyndrom_Diagnostik_Therapie_2012-06.pdf

Borg, G. (Hrsg. 1998): Borg's perceived exertion and pain scales. Human Kinetics, Champaign

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (TRLV Vibrationen). GMBI.14/15: 271 ff.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen - Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (Lärm-Vibrations-ArbschV), BGBl Teil I: 261–296, zuletzt geändert durch Art. 3 der Verordnung vom 19.07.2010 (BGBl Teil I: 960)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit „Druckschädigung des Nervus medianus im Carpal-tunnel (Carpal-tunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen“, GMBI 27: 573–581

DIN EN ISO 5349-1 2001: Mechanische Schwingungen - Messung und Bewertung der Einwirkung von Schwingungen auf das Hand-Arm-System des Menschen – Teil 1: Allgemeine Anforderungen. Beuth Verlag, Berlin

DIN V 45694 (2006): Mechanische Schwingungen – Anleitung zur Beurteilung der Belastung durch Hand-Arm-Schwingungen aus Angaben zu den benutzten Maschinen einschließlich Angaben von den Maschinenherstellern (CEN/TR 15350). Beuth Verlag, Berlin

Friedebold, A.; Scutaru, C., Mache, S.; Quarcoo, D.; Groneberg, D. A.; Spallek, M. (2009): Das Karpaltunnelsyndrom – eine klinische Übersicht. Zbl Arbeitsmed 59: 242–251

Giersiepen, K.; Spallek, M. (2011): Karpaltunnelsyndrom als Berufskrankheit. Dtsch Arztebl Int 108(14): 238–242; DOI: 10.3238/arztebl.2011.0238

Handlungsanleitung CTS der DGUV: http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?QPX=TUIEPTewMDImQ0IEPTewMDE4

Hoehne-Hückstädt, U.; Barrot, R.; Ellegast, R.; Hartmann, B.; Hecker, C.; Kaulbars, U.; März, R.; Sander, M.; Schedlbauer, G.; Spallek, M.; Steinberg, U.; Stengelin, E.; Zagrodnik, F. D. (2011): Bewertung von Carpal-Tunnel-Syndrom(CTS)-Risikoarbeitsplätzen. In: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) (Hrsg.). IFA-Report 6/2011, 4. Ergonomie-Fachgespräch. 125–140. Berlin

Latko, W.; Armstrong, T. J.; Foulke, J. A.; Herrin, G. D.; Ranbourn, R. A.; Ulin, S. S. (1997): Development and Evaluation of an observational Method for Assessing Repetition in Hand Tasks. Am Ind Hyg Assoc J 58: 278–285

Silverstein, B. A., Fine, L. J., Armstrong, T. J. (1987): Occupational factors and carpal tunnel syndrome. Am. J Ind Med 11: 343–358

Silverstein, B. A.; Fine, L. J.; Armstrong, T. J. (1986): Hand wrist cumulative trauma disorders in industry. Brit J Ind Med 43: 779–784

HAUTKREBS DURCH UV-STRAHLUNG

„VOLKSKRANKHEIT“ ODER BERUFSKRANKHEIT ODER BEIDES?

Nach Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 23.08.2013 hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) die Aufnahme einer neuen Berufskrankheit empfohlen.

Die Legaldefinition soll lauten „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“.

Erfolgt die Aufnahme wie zurzeit erwartet, dann hätte es eine weitere „Volkskrankheit“ bis in die „Berufskrankheitenliste“ geschafft. Und sie hat das Potential, sowohl bei der Anzahl der Meldungen als auch bei der Anzahl der Anerkennungen einen Spitzenplatz unter den dann 77 Berufskrankheiten einzunehmen.

Denn klar ist schon jetzt: Der weiße Hautkrebs ist weit verbreitet und die Zahl der Neuerkrankungen steigt scheinbar unaufhaltsam. Und auch, wenn es sich bei der zukünftigen Berufskrankheit nur um bestimmte Hautkrebsformen handelt, so sind diese sehr häufig.

Die Zahlen schwanken hier stark: Nach aktuellen Studien haben circa 6 bis 15 Prozent der Bevölkerung aktinische Keratosen¹, eine Vorstufe des Plattenepithelkarzinoms. Dabei treten die Hauterscheinungen in der Regel erst im fortgeschrittenen Alter auf, da die wichtigste Krankheitsursache die langjährige Sonnenbestrahlung ist. Studien aus den Niederlanden belegen, dass dort 49 Prozent der über 72-jährigen Männer aktinische Keratosen haben². Die Zahlen für Deutschland dürften vergleich-

bar sein und sie zeigen eindrucksvoll das Ausmaß der Erkrankungen.

Welche Auswirkungen wird nun diese neue Berufskrankheit, die bis zur Aufnahme in die BK-Liste als Wie-Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII anerkannt werden kann, für die gesetzliche Unfallversicherung haben? Wird sie zum Arbeitsalltag der Präventionsmitarbeitenden und BK-Sachbearbeitenden still und fast unbemerkt hinzutreten, oder wird es spürbare Veränderungen geben?

Nach Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) arbeiten in Deutschland circa 2,5 Millionen Menschen im Freien und sind damit gegenüber der natürlichen UV-Strahlung exponiert³. Die hohen Zahlen von Gefährdeten und Erkrankten lassen einen eher hohen Aufwand für die Unfallversicherungsträger vermuten. Entscheidend wird aber auch das Anzeigeverhalten von Ärzten, Ärztinnen, Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen sowie Krankenkassen sein.

Arbeitshilfe der DGUV

Um diese Vielzahl von Fällen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung einheitlich und sozial gerecht zu entscheiden, haben die Unfallversicherungsträger (UV-Träger) unter Federführung der DGUV und unterstützt von Vertretern der Ar-

beitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) sowie von Forschungsinstituten die „DGUV Arbeitshilfe Hautkrebs durch UV-Strahlung“ erarbeitet. Die Arbeiten hierzu wurden früh begonnen, so dass bereits wenige Tage nach Bekanntgabe der Wissenschaftlichen Empfehlung die Veröffentlichung/Verbreitung erfolgen konnte (Webcode d649737).

Die Arbeitshilfe ist untrennbar verbunden mit der „Technischen Information des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) zur Expositionsermittlung“, die ein Instrument zur Expositionsermittlung beschreibt. Dabei handelt es sich um eine komplexe Berechnungsformel, die im Rahmen eines von der DGUV geförderten Forschungsprojektes entwickelt und erprobt wurde. Der Abschlussbericht des Forschungsprojektes kann im Internet abgerufen werden (Webcode: d161011).

Neben dieser komplexen Berechnungsmethode für die genaue Expositionserfassung im BK-Feststellungsverfahren wurde auch ein „Anamneseauxilium“ für die Anwendung durch die anzeigenden Ärzte und Ärztinnen entwickelt. Das Auxilium steht online zur Verfügung und erfasst zum Beispiel auch die private Exposition, sodass es Hilfe bietet bei der Beurteilung, ob eine ausreichende arbeitsbedingte Exposition bestanden hat und daher eine ärztliche BK-Anzeige zu erstatten ist.

Mithilfe der vom IFA entwickelten Formel ist die quantitative Erfassung der arbeitsbedingten Sonnenexposition überhaupt erst möglich. Eine Validierung der Berechnungsmethode erfolgt im zurzeit laufenden Forschungsprojekt FB 181 durch konkrete Messungen an Arbeitsplätzen. Hierzu tragen insgesamt 300 Beschäftigte

Autor



Steffen Krohn

Referent im Referat Berufskrankheiten
Abteilung Versicherung und Leistungen
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
(DGUV)
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de



UV-Schutz kann Hautkrebs vermeiden.

während des gesamten Arbeitstages und über die ganze Saison 2014 hinweg ein Dosimeter am Oberarm, mit dem die UV-Strahlung im Tagesverlauf aufgezeichnet wird. Das Gleiche wird in der Saison 2015 mit weiteren 300 Probanden wiederholt. Perspektivisch können damit auch tätigkeitsspezifische Expositionskataster gebildet werden, die die Ermittlungen in angezeigten Verdachtsfällen erleichtern können, aber auch Hinweise auf besonders gefährdete Personengruppen geben, für die dann eine wirksame Prävention umgesetzt werden muss.

In der DGUV Arbeitshilfe „Hautkrebs durch UV-Strahlung“ sind die heute anerkanntsfähigen Hautkrebsentitäten beschrieben. Das sind aktinische Keratosen, wenn sie multipel auftreten und Plattenepithelkarzinome, oft auch Spinaliome oder Stachelzellkrebs genannt. Andere Diagnosen, also zum Beispiel Basalzellkarzinome oder Formen des Melanoms, des schwarzen Hautkrebses, erfüllen derzeit nicht die Anforderungen des Berufskrankheitenrechts. Auch wenn es hier in der Wissenschaft keine Zweifel gibt, dass Melanome und Basaliome auch oder gerade durch die Sonnenbestrahlung (mit-)verur-

sacht sind, so gibt es keine ausreichenden Erkenntnisse für den Wirkungszusammenhang der arbeitsbedingten Exposition. Hierunter fallen auch Sonderformen des Melanoms, zum Beispiel das Lentigo-maligna-Melanom. In der medizinischen Wissenschaft wird eine Verursachung durch langjährige Sonnenexposition für möglich

In Deutschland arbeiten circa 2,5 Millionen Menschen im Freien, die damit gegenüber der natürlichen UV-Strahlung exponiert sind.

gehalten. Die Anerkennungsvoraussetzungen für eine Berufskrankheit sind jedoch nicht erfüllt (siehe auch Urteil LSG Niedersachsen-Bremen vom 06.03.2007 Az. L 9 U 67/05). Das Gleiche gilt derzeit auch für Hautkrebs durch UV-Strahlung aus künstlichen Quellen.

DGUV Forschungsprojekt

Auch zu diesen offenen Fragen soll das DGUV Forschungsprojekt FB 181 weitere Erkenntnisse bringen. Ziel ist es, durch

die systematische Untersuchung von mehr als 2.400 Probanden im medizinischen Teil der Studie die Ursachenzusammenhänge für das schon anerkanntsfähige Plattenepithelkarzinom genauer zu untersuchen und die Risikofaktoren für das Entstehen von Basalzellkarzinomen zu erforschen.

Dabei steht auch die Konvention auf dem Prüfstand, nach der jetzt eine arbeitsbedingte Verursachung angenommen wird. Zurzeit wird die Anerkennung ausgesprochen, wenn zusätzlich zur „üblichen“ Exposition, die mit 130 SED pro Lebensjahr eine feste Größe hat, eine berufliche Exposition in Höhe von 40 Prozent der bis zum Erkrankungszeitpunkt erworbenen „üblichen“ Exposition hinzutritt. Dann wird von einer Verdoppelung des Erkrankungsrisikos ausgegangen. Dieser Maßstab wird vom Ordnungsgeber in der Regel verwendet, um das gesetzlich vorgeschriebene Kriterium eines berufsgruppenspezifisch erhöhten Erkrankungsrisikos zu erreichen.

Grundsätzlich ist die Festlegung einer Dosis-Wirkungsbeziehung nicht neu und mit Blick auf einheitliche und „gerechte“ Ent-

scheidungen vielmehr ausdrücklich gewünscht. Beim Hautkrebs durch UV-Strahlung wird nun erstmalig eine relative Dosis beschrieben, die unter anderem abhängig ist vom Lebensalter zum Zeitpunkt der Erkrankung. Das kann dazu führen, dass Beschäftigte beim Eintritt in das Rentenalter alle Voraussetzungen erfüllen, bei einem späteren Auftreten von Hautkrebs aber nicht mehr. Allerdings ist aus Forschungsvorhaben auch bekannt, dass die Sonnenexposition nach der Berentung durch das geänderte Freizeitverhalten stark ansteigt und so natürlich auch weiterhin wesentlich zur Krankheitsentstehung beiträgt, dann allerdings nicht als berufliche Ursache.

Schon jetzt gibt es für die Therapie des Hautkrebses viele Möglichkeiten und es werden ständig mehr.

Mit Anerkennung einer Wie-Berufskrankheit besteht ein Anspruch auf Heilbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Krankenversicherung Kostenträger der Behandlung. Schon jetzt gibt es für die Therapie des Hautkrebses viele Möglichkeiten und es werden ständig mehr. Welche Therapie eingesetzt wird, ist jeweils individuell zu entscheiden. Eine Orientierung bieten hier die ärztlichen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Behandlung von aktinischen Keratosen und Plattenepithelkarzinomen. In den meisten Fällen ist die Therapie unproblematisch und kann ambulant erfolgen. Ist ein Tumor allerdings metastasiert, sollte eine Heilbehandlung auf der Grundlage der „Onkologie-Vereinbarung“ der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Für stationäre Behandlungen sollten zertifizierte Hauttumorzentren ausgewählt werden.

Für die Zukunft gilt es nun, die ärztliche Behandlung zu Lasten der Unfallversicherungsträger mit entsprechenden Abrechnungsziffern abzubilden und gute Nachsorgekonzepte zu schaffen. Hierzu ist die DGUV im Gespräch mit den Vertretern der ärztlichen Berufsverbände, der

wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Herausforderung Primärprävention

Mindestens genauso wichtig wie die Behandlung ist aber, zukünftig die Gefahr abzuwenden, die zur Entstehung der Erkrankung führt. Für UV-bedingten Hautkrebs bedeutet das, die Sonneneinstrahlung zu reduzieren. Dies ist sicher eine große Herausforderung und erfordert eine effektive Primärprävention. Die Arbeitgeber sind hier gefordert, im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung mit Unterstützung durch die Unfallversicherungsträger geeignete Maßnahmen zu treffen.

Nun wird man die Sonne im Sinne des Präventionsgrundsatzes „TOP“ (Technisch, Organisatorisch, Persönlich) als Gefahrenquelle nicht einfach austauschen können. Aber zum Beispiel kann die UV-intensive Sonne in der Zeit von 11 bis 15 Uhr gemieden werden, sei es durch Arbeitszeitverlagerungen oder auch durch technische Verschattungen am Arbeitsplatz. Ist das nicht möglich, sollte ein textiler Hautschutz verwendet werden, also Bekleidung, die möglichst viel Haut bedeckt. Eine Kopfbedeckung gehört dazu und im Baugewerbe kann der Helm durchaus mit einem Nackenschutz versehen werden. Hier gibt es viele Lösungsansätze, die sich in der Praxis zum Teil auch erst noch bewähren müssen. Elementar für die Anwendung ist die Akzeptanz der Maßnahmen bei den Arbeitnehmern.

Um alle Bearbeitenden und Entscheidungsträger und Entscheidungsträgerinnen der Unfallversicherungsträger, die branchenspezifisch unterschiedlich stark von dieser neuen Wie-Berufskrankheit betroffen sind, auf einen einheitlichen Wissensstand zu bringen, wurden innerhalb der DGUV im Januar und Februar 2014 Informationsveranstaltungen durchgeführt, die stark nachgefragt waren. Für den Herbst 2014 ist eine weitere Informationsveranstaltung geplant und zukünftig hat das Thema Hautkrebs durch UV-Strahlung auch im Weiterbildungsprogramm der DGUV einen festen Platz.

Auf medizinischen Tagungen und Kongressen wird über die neue Wie-Berufskrankheit und über alle damit zusammenhängenden Fragen berichtet. Nicht bekannt ist

bei vielen Ärzten und Ärztinnen zum Beispiel, dass Hautkrebsfälle nicht unter das Hautarztverfahren fallen und daher nicht mit dem Hautarztbericht, sondern vielmehr mit der ärztlichen BK-Anzeige zu melden sind.

Im Internetauftritt der DGUV wurde eine neue Seite „Hautkrebserkrankungen“ aufgebaut, die eine Vielzahl von Informationen enthält und sich an einen breiten Adressatenkreis richtet (Webcode: d649737).

Nach Einführung der neuen Berufskrankheit werden die Erfahrungen zeigen, ob weitere Initiativen notwendig sind, um die Versicherten der Unfallversicherungsträger gut und schnell zu versorgen. Denkbar wäre hier zum Beispiel ein besonderes Meldeverfahren, das mit Hilfe einer gezielten Anamnese den nachfolgenden Ermittlungsaufwand reduziert und damit zu schnelleren Entscheidungen und gegebenenfalls auch schnelleren Leistungen führt.

Mindestens genauso wichtig wie die Behandlung ist aber, zukünftig die Gefahr abzuwenden, die zur Entstehung der Erkrankung führt.

In jedem Fall aber stehen wir beim Thema „Hautkrebs durch UV-Strahlung“ erst am Anfang einer neuen Berufskrankheit, die von vielen bereits als die „Volkskrankheit Nummer eins“ der heutigen Zeit angesehen wird. ●

Fußnoten

[1] Memon, A. A.; Tomenson, J. A.; Bothwell, J.; Friedemann, P. S.: Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. *Br J Dermatology* 2000; 57:58–60

[2] Flohil S. C.; van der Leest, R. J.; Dowlathshahi, E. A.; Hofman, A.; de Vries, E.; Nijsten, T.: Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: the Rotterdam Study. *J Invest Dermatol.* 2013 Aug; 133 (8): S. 1971–1978.

[3] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Licht und Schatten, 1. Auflage August 2007

UMSETZUNG DES BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENTS

10 JAHRE DISABILITY MANAGEMENT IN DEUTSCHLAND

Ein hilfreiches Bildungsangebot mit Zertifizierung für die Umsetzung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Ende 2003 war es soweit. Auf Grundlage eines Bildungsangebotes in Form von Qualifizierung und Zertifizierung, welches von der DGUV als Lizenznehmer von NIDMAR (www.nidmar.ca) aus Kanada erworben wurde, stellten sich erfahrene Berufshelfer der gesetzlichen Unfallversicherungsträger probeweise der Prüfung zum Certified Disability Management Professional (CDMP) – und das mit Erfolg.

Durch den erfolgreichen Abschluss dieser Prüfung wird der Nachweis definierter und erworbener Kompetenzen erbracht, die Disability Managerinnen und Manager in die Lage versetzen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen den Arbeitsplatz zu sichern, auf Dauer gesund und arbeitsfähig zu halten und die sozio-ökonomischen Folgen von Unfällen und Erkrankungen zu reduzieren. Kompetenzfelder wie Konfliktmanagement, Sozialrechtsverständnis, Arbeitsplatz- und Leistungsfähigkeitsanalysenerstellung sowie medizinische Kenntnisse und Verständnis psychologischer Krankheitsbilder seien nur als kurze Auswahl genannt.

Alle Träger der sozialen Sicherung in Deutschland sind durch die umfassenden Vorgaben der Sozialgesetzbücher dazu verpflichtet, im Rahmen ihres Leistungs-

spektrums die Ziele im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen.

Hervorzuheben sind die Regelungen des Sozialgesetzbuches Sieben (SGB VII), die ein umfassendes Leistungsangebot nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beinhalten – praktisch vom Unfallort beziehungsweise Erkrankungsbeginn bis hin zu Leistungen zur Teilhabe am Ar-

Die zertifizierten Disability Manager und Managerinnen behalten ihre Zertifikate nur, wenn sie jährlich ihre Weiterbildung nachweisen.

beitsleben mit Wiedereingliederung am alten oder einem neuen Arbeitsplatz.

Die Träger der Unfallversicherung leisten somit „alles aus einer Hand“, und begleiten die Betroffenen im gesamten Eingliederungsprozess. Die Ziele des Disability Managements werden schon seit Jahrzehnten kontinuierlich verfolgt und passgenau erreicht, was nicht zuletzt durch das erfolgreiche Abschneiden der Berufshelfer belegt werden konnte.

Diese Erfahrungen veranlassten die DGUV im Thema Disability Management in Deutschland eine führende Rolle zu übernehmen und sich mit starken Partnern zu verbünden. Die Gründung eines Bildungsverbundes zur Verbreitung des für die Zertifizierung erforderlichen Bildungsangebotes, die Installierung einer Prüfungsagentur für die Abnahme der Prüfung und die Zusammenstellung einer Expertenrunde für die Schaffung und Überarbeitung von Prüfungsfragen- und Aufgaben waren nur einige Vorgaben zur Implementierung des Disability Managements in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland.

Zu Anfang musste viel Zeit dafür aufgebracht werden, um das aus Kanada stammende und in englischer Sprache verfasste Regelwerk nicht nur zu übersetzen, sondern auch auf deutsche Verhältnisse anzupassen.

Zunächst waren die Zielgruppen des Disability Managements vornehmlich Träger der Sozialversicherung und Versicherungsträger der Privatwirtschaft. Durch das im Jahr 2004 in § 84 Abs 2 ins SGB IX eingeführte Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wurde ein ganz anderer Personenkreis vor neue Anforderungen gestellt.

Unternehmer tragen Verantwortung

Seitdem tragen nun auch Unternehmen eine vom Gesetzgeber formulierte Verantwortung, wenn ihre Beschäftigten innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren, egal ob es sich um einen zusammenhängenden oder um mehrere Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit handelt. Da die somit in Verantwortung genommenen Unternehmer, insbesondere bei Großbetrieben, diese Aufgabe oft nicht in Person erledigen können, sind unter

Autor



Oliver Fröhlke

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
E-Mail: oliver.froehlke@dguv.de

» Die DGUV übernimmt mit dem Disability Management eine führende Rolle in Deutschland und verbündet sich mit starken Partnern. «

anderem auch durch die gesetzlichen Vorgaben Arbeitnehmervertreter, Personaler, Betriebs- und Werksärzte in die Pflicht genommen, Strukturen für ein BEM zu bilden, diese zu implementieren, umzusetzen und schließlich zu evaluieren.

Hier bildet das Disability Management ein probates Mittel, diesen Personenkreis auf die bevorstehenden Anforderungen vorzubereiten und durch die Zertifizierung die Qualität der agierenden Personen nachzuweisen. Dabei war es bei der Entwicklung des Bildungsangebotes und der Ausgestaltung der anschließenden Prüfung zwingend notwendig, die Inhalte auf das nun für Deutschland eingeführte BEM abzustimmen. Die zunehmende Rechtsprechung der Arbeitsgerichtsbarkeit zum Thema BEM wurde ebenso einbezogen, wie auch besondere Regelungen des Datenschutzes und die Notwendigkeit des vertrauensvollen Umganges mit Betroffenen im BEM-Verfahren.

Hilfreich ist auch das im System vorgesehene Rezertifizierungskonzept. Die zertifizierten Disability Manager und Managerinnen behalten ihre Zertifikate nur, wenn sie der DGUV jährlich 20 Weiterbildungsstunden in den neun wesentlichen Kompetenzen nachweisen, die seinerzeit Grundlage für das Pflichtausbildungsangebot für die Zulassung zur Prüfung waren (www.disability-manager.de). Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Anzahl zertifizierter Disability Managerinnen und Manager von 2003 bis 2014.

Die jährlich anstehende Rezertifizierung all dieser Personen ist für die DGUV eine große Herausforderung. In regelmäßigen Abständen werden Bildungsmaßnahmen von Anbietern verschiedener Art auf ihre Qualität geprüft, von der DGUV veröffentlicht und eine Prüfung durchgeführt, ob die Disability Manager und Managerinnen der Weiterbildungspflicht nachkommen, um das Zertifikat ein weiteres Jahr nutzen zu können. Neben solchen Bildungsmaßnahmen werden auch Veröffentlichungen und eigene Vor-

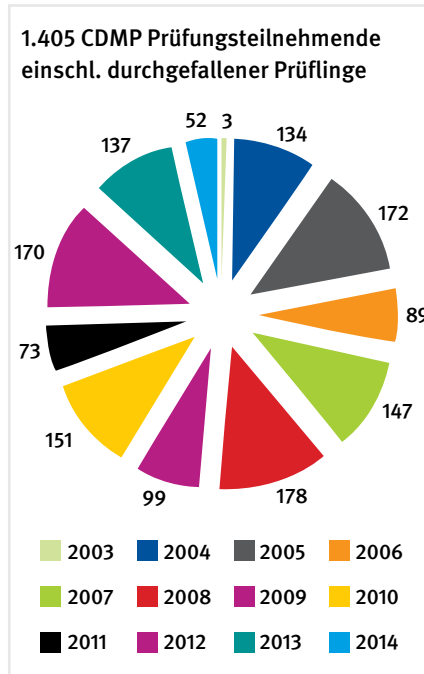


Abbildung 1

tragstätigkeiten zum Thema anerkannt.

Personen, die sich nicht mehr rezertifizieren lassen, werden inaktiv gesetzt. Ein Wechsel der Tätigkeit oder eine Elternzeit können Gründe dafür sein. Abbildung 2 zeigt die Anzahl aktiver und inaktiver CDMP (Stand April 2014)

Etablierte Externe Dienstleister

Für kleine und mittelständige Unternehmen ist es ein Problem, eigene Disability

Manager und Managerinnen zu stellen, um sachgerecht ein Betriebliches Eingliederungsmanagement vorzuhalten. Mittlerweile haben sich zahlreiche externe Dienstleister in diesem Bereich etabliert. Durch die gemeinsame Zertifizierung nach einheitlichen Standards wird jedoch eine sachgerechte Betreuung der Unternehmen gewährleistet. Der Anteil extern und intern agierender Disability Managerinnen und Manager wird aus Abbildung 3 deutlich (Stand April 2014).

In den folgenden Beiträgen stellen Disability Managerinnen und Manager ihre Arbeit im Betrieblichen Eingliederungsmanagement vor und arbeiten dabei den Nutzen des Bildungsangebotes sowie das Erfordernis von stetiger Weiterbildung heraus.

Bewusst wurden extern und intern agierende Personen ausgewählt, um einen Einblick in beide Tätigkeitsfelder zu verschaffen. Weitere Informationen zum Stand und der Entwicklung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und der nationalen wie internationalen Bedeutung des Disability Managements sowie zu den Voraussetzungen für eine Zertifizierung oder Rezertifizierung erhalten Sie durch Oliver Fröhlke unter Oliver.Froehlke@dguv.de sowie auf unserer Internetseite www.disability-manager.de. ●

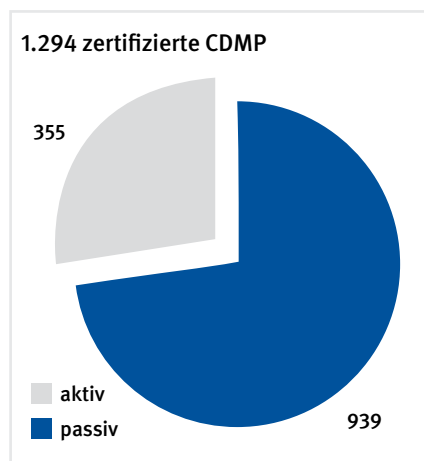


Abbildung 2

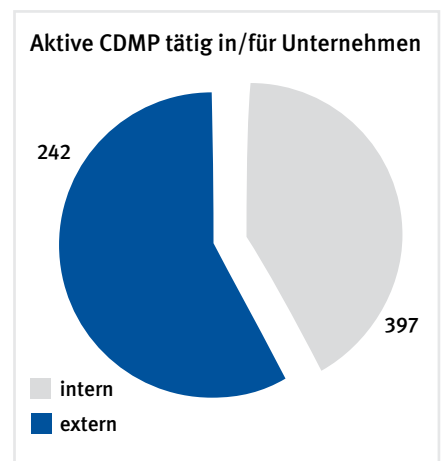


Abbildung 3

Abbildungen: DGUV

DISABILITY MANAGEMENT

EXTERNES BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

Externe Dienstleister werden bei der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements immer wichtiger.

Nicht jeder Betrieb oder jede Einrichtung verfügt über die nötigen Kapazitäten, um das Betriebliche Eingliederungsmanagement im eigenen Haus leisten zu können. Dafür gibt es externe Dienstleister wie den Malt|Harms Fachdienst. Manuela Malt, die seit zehn Jahren Disability Managerin ist, und Christiane Harms führen ein vielfältiges und erfahrenes Team von Mitarbeiterinnen. Der Schwerpunkt des Fachdienstes liegt in der beruflichen Eingliederung von Menschen, die nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist als Aufgabe hinzugekommen. Der externe Dienstleister befindet sich direkt im Haus der BG Unfallambulanz und Rehazentrum Bremen - eine Einrichtung der Unfallversicherungsträger. Durch diese örtliche Nähe ergänzt der Fachdienst deren Dienstleistungsangebot, mit dem gemeinsamen Ziel, die Versicherten zu reintegrieren.

Berufliche Eingliederung

Der Fachdienst wird überwiegend von Unfallversicherungsträgern in Norddeutschland für deren Versicherte beauftragt. Die Auftraggeber und Auftraggeberinnen wis-

sen, dass die Beraterinnen über ein gutes Verständnis für das besondere Rechtsgebiet des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) verfügen, insbesondere für das Leitprinzip „mit allen geeigneten Mitteln“. Externes BEM setzt an der Schnittstelle zwischen Rehabilitation und Arbeitsmarkt an.

Bei den Versicherten handelt es sich um ein sehr unterschiedliches Klientel: die Schul- und Berufsausbildung sowie die

Wir haben seit Beginn unserer Firma über 70 Prozent der gehandicapten Menschen in die Erwerbsarbeit vermittelt – das ist eine sehr hohe Vermittlungsquote.

Berufe an sich sind sehr verschieden. Auch die Altersstruktur und die kulturelle Herkunft der Klienten und Klientinnen sind sehr durchmischt. Doch allen brennt ein wichtiges Anliegen unter den Nägeln: „Wie komme ich zu einer Tätigkeit, die ich auch mit meinen gesundheitlichen Einschränkungen gut ausüben und von der ich leben kann?“

Hier holen die Beraterinnen die Menschen ab und suchen mit ihnen gemeinsam nach dem Weg zu diesem Ziel. In Einzelgesprächen wird das berufliche und soziale Profil der Versicherten herausgearbeitet, gerne auch mit Beteiligung der Familienangehörigen und Partnerinnen und Partner.

Zur Vorbereitung der Bewerbungen auf dem Arbeitsmarkt bringen die Beraterinnen dann die Bewerbungsunterlagen auf den aktuellen, zeit- und branchengerechten Stand. Es folgt die Suche nach Unternehmen, die an genau dieser Person interessiert sein könnten. Nischen werden aufgespürt. Dabei entstehen oft neue Arbeitsplätze. Manchmal ist auch eine Rückkehr in den alten Betrieb möglich. Hierbei kommt dann das klassische BEM-Verfahren zur Anwendung.

Zusammenführung der Interessen

Mit Belastungserprobungen, Praktika, maßgeschneiderten Weiterbildungen, Anpassungen des Arbeitsplatzes und finanziellen Förderungen der Unfallversicherungsträger an die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die Einarbeitungszeit werden die Interessen aller Beteiligten zusammengeführt. Hierbei sind die Beraterinnen des Fachdienstes immer wieder auch als externe BEM-Beauftragte gefordert. Die Ausbildung und Zertifizierung zum „Certified Disability Management Professional“ (CDMP) hat sich in der Praxis als ein wichtiges Instrument bewährt.

Das Ziel ist erreicht, wenn ein Arbeitsvertrag geschlossen wird, der für die gute Arbeit der Versicherten ein angemessenes Entgelt festlegt und ein dauerhaftes Arbeitsverhältnis begründet. In diesem Prozess ist der Fachdienst das zentrale Element, denn seine Erfahrungen in der

Autorin



Dr. phil. Jana Wallrath

Freiberufliche Psychologin und Reha-Beraterin
E-Mail: gute-gespraech@email.de



Koordination aller Anforderungen des individuellen Einzelfalles sowie Wünsche, Ansprüche, Forderungen, Vorstellungen unter einen Hut zu bringen, machen den dauerhaften Erfolg überhaupt erst möglich.

In den Prozess der Eingliederung bringen die externen BEM-Beraterinnen nicht nur ihre eigenen beruflichen Erfahrungen mit ein, sondern haben oftmals auch persönlich erlebt, wie es sein kann, nach längerer Krankheit mit gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen und in das Erwerbsleben zurückzukehren. Dadurch ist einerseits schneller das Verständnis für die Situation der Versicherten da, andererseits schaffen es die Beraterinnen, mit Ausschnitten aus ihrer eigenen Biografie die Zuversicht und Motivation der Versicherten und der Arbeitgebenden zu mobilisieren.

Hohe Vermittlungsquote

Für das Geschäftsfeld der beruflichen Integration im Auftrag der Versicherungsträger kann Geschäftsführerin Christiane Harms zum Erfolg ihrer Arbeit feststellen: „Wir haben seit Beginn unseres Fachdienstes über 70 Prozent der gehandicapten Menschen in die Erwerbsarbeit vermittelt – das ist eine

sehr hohe Vermittlungsquote.“ Und sie weist darauf hin, dass die Aufgabe diffizil ist, denn die an Personen, Orte und Zeit gebundenen jeweiligen Merkmale wie Alter, gesundheitliche Einschränkung, Mobilität, Vorbildung und regionaler Arbeitsmarkt sind immer zu berücksichtigen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 Neuntes Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist eine Aufgabe, die der Fachdienst über ihr Kerngeschäft hinaus anbietet. Die das BEM-Verfahren einleitenden Arbeitsunfähigkeitszeiten sind häufig begründet in den Volkskrankheiten, zum Beispiel Rückenleiden, Stoffwechselstörungen, Depressionen, Atemwegserkrankungen sowie Krebserkrankungen.

In allen Schritten des Verfahrens beteiligen die Beraterinnen die betrieblichen Akteure sowie die Betriebsärzte und Arbeitsmediziner. Sämtliche Leistungsmodelle des SGB IX werden flexibel im Einzelfall eingesetzt. Die Nutzung von Kenntnissen in Sozialrecht, Medizin, Psychologie und Sozialwesen, gute Kontakte

zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und den Integrationsämtern sowie ein Netzwerk in der Region sind dabei unverzichtbar.

Die Qualifizierung fördern

Das Disability Management ist den Unternehmerinnen des Fachdienstes Malt|Harms ein Anliegen, an dem sie sich über die betriebsbezogene Perspektive hinaus beteiligen. Manuela Malt bringt sich seit sieben Jahren in die Arbeitsgruppe „Prüfungsfragen zum Certified Disability Management Professional (CDMP)“ ein. Der Fachdienst war beim 4. Internationalen Forum zum Disability Management im September 2008 in Berlin mit einem eigenen Beitrag vertreten. Auch an den Weiterbildungsveranstaltungen, die der kontinuierlichen Nutzung der CDMP-Zertifizierung dienen, wirken die Geschäftsführerinnen des Fachdienstes aktiv mit, indem sie eigene Bildungsangebote gestalten. So war die Teilnahme an allen Bremer Fachaustauschen jeweils mit der Anerkennung von Weiterbildungsstunden für CDMP versehen. ●

BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

TEIL DES GESUNDHEITSMANAGEMENTS

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement nimmt bei der Münchner Stadtentwässerung eine besondere strategische Rolle ein.

Die Münchner Stadtentwässerung (MSE) ist ein Unternehmen der Abwasserwirtschaft und beschäftigt als kommunaler Eigenbetrieb der Branche rund 900 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hauptaufgabe ist die Abwasserableitung, -reinigung und Klärschlamm Entsorgung. Bereits seit mehreren Jahren ist das Gesundheitsmanagement ein strategisches Personalthema der MSE, bei dem ein ganzheitlicher Ansatz im Bereich Arbeitsschutz verfolgt wird. Eine ganz wichtige Rolle nimmt dabei das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ein.

Betriebseigene CDMP

Bereits zum 01.01.2010 ist die Dienstvereinbarung zum BEM in Kraft getreten. Sie regelt die Umsetzung für alle Beschäftigten der Landeshauptstadt München. Da jedoch laut Dienstvereinbarung die ausschließliche Verantwortung bei den Führungskräften für das Verfahren liegt, hat sich die MSE aufgrund der besonderen Anforderungen für einen anderen Weg entschieden, der neben den Führungskräften an zentraler Stelle Personen mit einer für die Aufgabenstellung professionellen Qualifikation vorsieht. Es wurde also bei der Einführung des BEM darauf geachtet, dass der Ablauf auf die Bedürfnisse des Betriebes zugeschnitten ist, was anhand der Personalstruktur und der zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden Erkenntnisse zu Gefährdungen entschieden wurde.

Heute sind insgesamt drei Mitarbeitende des Bereiches Personalstrategie zu Certified Disability Management Professionals (CDMP) ausgebildet. Ausschlaggebend waren dafür folgende Überlegungen:

Wo schwer körperlich gearbeitet wird, kommen gehäuft BEM-Fälle vor.

Die Arbeitsplätze bei der Münchner Stadtentwässerung sind sehr vielfältig und die Anzahl und Schwere der Fälle stellen hohe Anforderungen an die Eingliederung.

Bei der Münchner Stadtentwässerung handelt es sich um einen sozial verantwortungsbewusst handelnden Arbeitgeber. Dies bedeutet, dass an den Umgang mit dem Personal besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Die Führungskräfte sollen bei „schwierigen Fällen“ eine professionelle Unterstützung und Entlastung erhalten.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollen die Sicherheit haben, dass das Verfahren der betrieblichen Eingliederung nach einem geregelten Verfahren mit professionellem Know-how durchgeführt wird.

Die Vielschichtigkeit der Münchner Stadtentwässerung im Hinblick auf Tätigkeitsbereiche, Schwere der Tätigkeit, tarifrecht-

liche Eingruppierung, Nationalitäten und auch die Anbindung an die gesamte Stadtverwaltung München machen es erforderlich, dass eigene Disability Managerinnen und Manager, die Betriebskenntnis haben, vor Ort sind.

Da vor allem im schwer körperlich arbeitenden Bereich gehäuft BEM-Fälle vorkommen, ist durch ein eigenes Fallmanagement sichergestellt, dass an jedem Arbeitstag auch spontan ein Disability Manager oder eine Disability Managerin erreichbar ist. Insbesondere chronisch erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen oft über lange Zeiträume hinweg eine vertrauensvolle Begleitung im Betrieb.

Da es im BEM um erkrankte Menschen geht, ist dem Betrieb ein vertrauensvolles Miteinander sehr wichtig, wo auch außerhalb des normalen Standardprozesses auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingegangen werden kann. Dies ist aus Sicht der MSE am besten durch eigenes qualifiziertes Personal realisierbar.

Netzwerke sind wichtig

Innerhalb der letzten Jahre hat sich das BEM-Team eine Reihe von Netzwerken aufgebaut, die als Handwerkszeug in der Bearbeitung dienen. Hierzu wurden schon oftmals externe Partner zur MSE eingeladen, Arbeitsplätze besichtigt und die gegenseitigen Erwartungen klar besprochen. Beispielsweise besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Verein „Club 29“ in München, der der MSE in allen Suchtfragen zur Verfügung steht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Club 29 kommen auch in den Betrieb und führen mit dem oder der Betroffenen Erstgespräche und es wird gemeinsam mit dem Disability Manager/der Disability Managerin geklärt, welche Therapie sinnvoll ist, welche Klinik in Frage kommt, welche Selbsthilfegruppe passend ist, ob psychologische Gespräche erforderlich sind oder ob eine Angehörigenbetreuung angezeigt sein könnte.

Autorin



Christine Groß

Certified Disability Managerin (CDMP)
Münchner Stadtentwässerung
E-Mail: christine.gross@muenchen.de



Kanalarbeiter im Einsatz

Zur Abklärung der Leistungsfähigkeit wird oft auf das Berufsförderungswerk Kirchseeon zurückgegriffen. Auch hier kommen VertreterInnen direkt an den Arbeitsplatz, führen Erstgespräche vor Ort und es werden gemeinsam die richtigen Methoden zur Leistungsabklärung besprochen. Die Disability Manager und Managerinnen sind hierbei Dreh- und Angelpunkt. Sie stellen die Kontakte her, haben einen Überblick über das gesamte Unternehmen, wenn ein Arbeitsplatzwechsel notwendig wird und unterstützen beim Schriftverkehr mit den Sozialleistungsträgern.

Soweit eine Schwerbehinderung im Raum steht, schalten die Disability Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oftmals den Integrationsfachdienst ein, der mit seiner überbetrieblichen Erfahrung häufig neue Lösungsansätze einbringt. Oftmals ist der Kontakt so positiv, dass der Integrationsfachdienst darüber hinaus von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern direkt in Anspruch genommen wird.

Aber auch innerhalb des Betriebs gilt es für jeden einzelnen BEM-Fall die richtigen Sozialpartner einzubeziehen. Neben Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, psychosozialer Beratungsstelle können auch Stellen für Mobbing und sexuelle Belästigung wertvolle Partner im BEM sein.

Jeder Fall ist anders

Die Ausbildung zum CDMP ist sehr umfangreich, was aber auch für die tägliche Arbeit notwendig ist, um auf die Vielfältigkeit der BEM-Fälle reagieren zu können. Neben dem vermittelten rechtlichen und dem medizinischen Wissen, um Gutach-

Insbesondere chronisch erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen oft über lange Zeiträume hinweg eine vertrauensvolle Begleitung im Betrieb.

ten zu verstehen, oder der Entwicklung von Konzepten für den Betrieb, ist es für Disability Managerinnen und Manager wichtig, Methoden in der Kommunikation vermittelt zu bekommen.

Viele Betroffene sind oft verzweifelt angesichts ihrer gesundheitlichen Situation oder haben eine ungewisse Zukunft vor sich, so dass von den Disability Management Professionals viel Einfühlungsvermögen abverlangt wird. Hierzu haben sie bereits in der Ausbildung Methoden zur eigenen Stärkung kennengelernt, aber auch die kollegiale Beratung ist hier sehr wichtig.

Auch im Bereich Kreativität werden durch die Ausbildung die vielen Möglichkeiten aufgezeigt. Da jeder BEM-Fall anders zu lösen ist, müssen Disability Managerinnen und Manager viele Ideen aufzeigen können, um mit den Betroffenen die für sie passende Maßnahme zu ergreifen.

Zum einen bieten sicherlich die entsprechenden Portale im Internet heutzutage die passenden Hilfsmittel an, zum anderen sind es oft einfache Ideen, die große Wirkung haben. Zum Beispiel, wenn der Rasenmäher zu schwer ist, diesen durch eine entsprechende selbstgebaute Rampe ohne Heben vom Anhänger zu holen. Oder auch das selbst angefertigte Klapptischen im Einsatzwagen, und ein passender Hocker, wenn sich ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin zwischenzeitlich hinsitzen muss.

Weiterbildung ist wichtig

Disability Manager und Managerinnen werden durch die DGUV zur laufenden Weiterqualifizierung angehalten. Dies wird seitens der MSE als ein Qualitätsmerkmal angesehen, da sich in den verschiedenen Teilgebieten immer wieder Änderungen ergeben und es sich um eine Tätigkeit handelt, in die Disability Management Professionals hineinwachsen müssen. Eine wertvolle Unterstützung sind dabei die angebotenen Seminare. ●

BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT AN DEN WÜRTTEMBERGISCHEN STAATSTHEATERN STUTTGART

„DIE MITARBEITENDEN SIND UNSER KOSTBARSTES GUT“

Auch in Kultureinrichtungen wird professionelles Disability Management betrieben.

Johannes Egerer ist Tenor im Opernchor der Stuttgarter Staatstheater – das Singen ist für ihn zur Zeit allerdings nur eine geliebte Nebenbeschäftigung: Gemeinsam mit seiner Kollegin Martina Lutz, die außerdem die Kostümfärberei und -malerei leitet, gestalten beide das Sozialreferat der renommierten Kultureinrichtung.

Eine wesentliche Säule bildet hierbei das Betriebliche Eingliederungsmanagement auf Grundlage des Sozialgesetzbuches IX. „Die Menschen sind die wertvollste Ressource in unserem Haus“, betonen die beiden Sozialreferenten. Um Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Belegschaft langfristig zu erhalten, wurde bereits 2005 damit begonnen, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement zu implementieren. In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Theaterleitung, Personalrat, Schwerbehindertenvertretung und interessierten Kolleginnen und Kollegen wurde eine Dienstvereinbarung erarbeitet und verabschiedet.

Frühwarnsystem im Sinne der Prävention

Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung oder die Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz wegen Leistungseinschränkungen gab es ja schon immer, aber es ging nun darum, für alle Mitarbeitenden ein System zu entwickeln, das alle gleich behandelt und ein Frühwarnsystem im

Sinne der Prävention zu entwickeln, um frühzeitig erkennen zu können, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter von Gesundheitsbeeinträchtigungen bedroht ist, beziehungsweise um Hilfestellung und Unterstützung im Akutfall geben zu können.

Auf der Suche nach einer professionellen, fachgerechten Weiterbildungsmöglichkeit für diese verantwortungsvolle Aufgabe sind die Sozialreferenten auf die Ausbildung zum Certified Disability Management Professional (CDMP) gestoßen. Diese Qualifizierung hat dem BEM an den Staatstheatern Stuttgart nochmals einen wertvollen Schub gegeben. Zum einen konnten durch das erworbene Wissen in allen relevanten Bereichen die Beratung optimiert und die Strukturen professionalisiert werden. Zum anderen wurde das Betriebliche Eingliederungsmanagement im Unternehmen als feste Institution und damit als unverzichtbare Säule einer gesunden Organisationskultur verankert. Diese Ausbildung und die regelmäßige Weiterbildung als CDMP sind unverzichtbar und garantieren die Beratung und Betreuung der Mitarbeiterschaft nach internationalen Standards.

Hohe Anforderungen für Beschäftigte

Bei den Staatstheatern Stuttgart sind eine Vielzahl von Berufsgruppen beschäftigt wie zum Beispiel: Bühnenhandwerker,

Schneider, Schreiner, Schlosser, Theatermaler, Verwaltungsangestellte, Abendpersonal, Kunstgewerber, Tänzer, Sänger, Schauspieler, Musiker und vieles mehr. Damit sich der Vorhang auf den Schauspiel-, Opern- und Ballettbühnen eines der größten Drei-Sparten-Häuser der Welt jeden Abend rechtzeitig hebt, haben die 1.350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus über 50 Nationen hohe Anforderungen physischer und psychischer Art zu bewältigen. Eine der wichtigsten Aufgaben des Sozialreferates besteht deshalb darin, die Beschäftigten bei Krankheiten oder anderen beruflichen und sozialen Problemen nicht alleine zu lassen.

Für Mitarbeitende, die innerhalb von 12 Monaten 42 Tage oder mehr erkrankten, greifen die gesetzlichen Vorschriften zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. „Wir wissen genau, dass die erste Kontaktaufnahme entscheidend dafür ist, ob die Kolleginnen und Kollegen Vertrauen zu uns gewinnen und sich auf das freiwillige Beratungsangebot einlassen“, betonen Martina Lutz und Johannes Egerer.

Beschäftigte, die sich auf das möglichst persönlich gestaltete Anschreiben zurückmelden, beraten die Sozialreferenten in einem ausführlichen Vier-Augen-Gespräch dazu, welche konkreten Möglichkeiten es gibt, um ihren Wiedereinstieg

Autor und Autorin



Johannes Egerer

CDMP und Sozialreferent
E-Mail: johannes.egerer@staatstheater-stuttgart.de



Martina Lutz

Sozialreferentin
E-Mail: martina.lutz@staatstheater-stuttgart.de

ins Arbeitsleben zu erleichtern. Vertraulichkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen sind bei der Beratung oberstes Gebot. Die jahrelange Erfahrung hat gezeigt, dass über neunzig Prozent der Mitarbeitenden, die das BEM annehmen, zuerst ein Gespräch in möglichst kleiner Runde wünschen.

Geschlechterspezifische Lösungen

Zwischenzeitlich konnte zahlreichen Kolleginnen und Kollegen geholfen werden. Als sehr hilfreich hat sich dabei gezeigt, dass es gut war, eine Frau und einen Mann mit dieser Lotsenaufgabe zu betreuen, da so alle geschlechterspezifischen Problemstellungen unterstützt werden konnten.

Wenn die Betroffenen anschließend weitere Unterstützung wünschen, werden Johannes Egerer und Martina Lutz in vielfältiger Form tätig: Sie helfen beispielsweise bei Reha-Anträgen, vermitteln bei Schwierigkeiten mit Vorgesetzten oder Kollegen und beraten auch bei familiären Sorgen. Bei Bedarf stellen sie außerdem Kontakte zu Fachberatungsstellen her und begleiten insbesondere ausländische Kolleginnen und Kollegen auch zu Ärzten oder Hilfseinrichtungen. Hier kommt den beiden zugute, dass sie zwischenzeitlich sehr gut vernetzt sind.

Neben der Rehabilitation beinhaltet das BEM-Konzept der Staatstheater Stuttgart auch präventive Maßnahmen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Von den vielfältigen Unterstützungsangeboten profitierte beispielsweise eine verletzte Tänzerin, deren Heilungschancen nicht besonders rosig aussahen. Mithilfe der BEM-Experten konnte sie Praktika im ganzen Haus machen, um herauszufinden, welche Tätigkeiten – außer dem Tanz – ihr im Ernstfall auch noch Spaß machen könnten.

Feststellen lässt sich jedoch auch, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht isoliert von einem ganzheitlichen Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gesehen werden kann. Nur eine nachhaltige Verzahnung aller gesundheitsfördernden Elemente garantiert auf Dauer den Erfolg für eine gesunde Organisationsstruktur. Angebote zu Konfliktmanagement, Burnout-Prävention, Coaching, Mediation und Angebote wie Pilates, Yoga, Feldenkrais, Gesund-

heitstage und vieles mehr wurden entwickelt. Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielt eine tragende Rolle. So haben die Staatstheater Stuttgart seit einigen Jahren einen eigenen Kindergarten.

Doch einer der wichtigsten Schlüssel zum Erfolg ist es, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht nur ein formaler Akt bleibt, sondern ein unverzichtbarer, verbindlicher Bestandteil einer gesundheitsfördernden Betriebskultur darstellt.

Dies haben die Staatstheater Stuttgart erkannt. So unterstützt der Geschäftsführen-

de Intendant der Staatstheater Stuttgart, Marc-Oliver Hendriks, die Weiterentwicklung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und des Gesundheitsmanagements nach Kräften. Denn auch für ihn gilt: „Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das kostbarste ‚Gut‘, das wir haben“.

Die Staatstheater Stuttgart wurden für ihr beispielgebendes BEM 2011 von VDiMa (Verein der zertifizierten Disability Manager Deutschlands e. V.) und 2013 seitens des KVJS Baden-Württemberg (Kommunalverband für Jugend und Soziales) ausgezeichnet. ●



Die Staatstheater Stuttgart geben auch beim Arbeitsschutz eine gute Vorstellung ab.



Hinter den Kulissen wird handwerkliche Schwerstarbeit geleistet.

AUS DER FORSCHUNG

WELCHE SCHWINGUNGEN SCHÄDIGEN DIE WIRBELSÄULE?

Kann die Schwingungsexposition, die zu einer BK 2110 führt, besser bewertet werden? – Experten der DGUV meinen ja. Sie haben sich dafür ausgesprochen, die Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen in einigen Punkten klarer zu machen.

Bei der BK 2110 geht es um Schwingungen, die über das Gesäß in den menschlichen Körper eingeleitet werden und dort die Lendenwirbelsäule schädigen können. Solche Ganzkörper-Vibrationen (GKV) treten vor allem bei Fahrerarbeitsplätzen auf und werden schon seit über 40 Jahren un-

Geänderte Messwerte und Interpretationsspielräume im Merkblatt

tersucht. Bei einer solch langen Entwicklung ist es notwendig, Normen und Regeln von Zeit zu Zeit anzupassen oder neu zu interpretieren.

Offene Fragen bei der BK 2110

Eine der offenen Fragen ist der Wechsel in der Frequenzbewertung zu Beginn der 2000er Jahre. Mit der Frequenzbewertung wird ein Teil der Reaktion des menschlichen Körpers auf GKV im Messwert der Beschleunigung berücksichtigt.

Bisher ist unklar, ob der Wechsel in der Frequenzbewertung dazu führt, dass berufliche Schwingungsbelastungen anders bewertet werden.

Ein weiterer Punkt ist, wie die Messwerte für Schwingungen aus den horizontalen Richtungen zu berücksichtigen sind. Das Merkblatt zur BK 2110 geht von einer Belastung vorwiegend in der vertikalen Richtung aus.

Die Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung schreibt aber für die Prävention vor, Arbeitsplätze mit dem Tages-Vibrationsexpositionswert $A(8)$ zu bewerten. Dieser Kennwert wird aus frequenzbewerteten Messwerten der horizontalen oder der vertikalen Richtung gebildet, je nach dem, welche Richtung belastender ist. Das Merkblatt zur BK 2110 weist zwar auf die Bewertung in der Prävention hin, gibt aber keine explizite, mathematische Handlungsanweisung.

Auch bei der Lebensbelastung insgesamt legt sich das Merkblatt zur BK 2110 nicht auf eine explizite, mathematische Formel für eine Dosis fest; stattdessen umschreibt es eine solche Dosis mit Worten.

Nun wäre es auch für die BK 2110 von Vorteil, eine Dosis mit einem Dosis-Richtwert zu haben, ab dem die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind, also eine berufsbedingte Erkrankung vorliegt.

Der DGUV Report

Diese Fragen hat die DGUV zum Anlass genommen, die Daten einer epidemiologischen Studie aus den 1990er Jahren noch einmal auszuwerten. Diese Neuauswertung ist als DGUV Report 2012 publiziert worden.¹ Seine Ergebnisse haben mehrere Arbeitsgruppen der DGUV intensiv diskutiert; das Fazit dieser Diskussionen soll hier kurz wiedergegeben werden.

In der Studie ist deutlich geworden, dass die geänderte Frequenzbewertung nur einen Einfluss im Prozentbereich auf den Zusammenhang mit den Beschwerden hat.² Bedenkt man, dass Zeiten und Belastungsgrößen sowieso mit einer viel größe-

Überprüfung der offenen Fragen an umfangreichem Datenmaterial

ren Unsicherheit ermittelt werden, ist es vertretbar, sich ausschließlich auf Messwerte nach der derzeit gültigen Frequenzbewertung zu beziehen.

Was die Berücksichtigung horizontaler Richtungen betrifft, so hat die Studie die Zunahme des Risikos für Rückenbeschwerden untersucht, wenn in der exponierten Gruppe die Belastung durch verschiedene Kennwerte beschrieben wird.

Das Merkblatt zur BK 2110 bezieht sich vorwiegend auf die Beurteilungsbeschleunigung in vertikaler Richtung $a_{wz(8)}$. Dieser Kennwert beruht auf frequenzbewerteten Messwerten in der vertikalen Richtung. Die Studie vergleicht nun diesen Kennwert mit dem größten der drei Beurteilungsbeschleunigungen aus den drei Raumrichtungen: $A_{max}(8)$.

Autor



Dr. Jörg Rissler

Referatsleiter „Vibration“, Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
joerg.rissler@dguv.de

fotolia.de/industrieblick



Fahrerarbeitsplätze: Besonders hier treten Ganzkörper-Vibrationen auf.

Dieser Kennwert kann entweder aus der vertikalen oder horizontalen Richtung kommen, je nachdem in welcher Richtung die Belastung höher ist. Er ist damit ähnlich – wenn auch nicht identisch – mit dem $A(8)$ und berücksichtigt die horizontalen Richtungen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass beide Kennwerte ($a_{wz(8)}$, $A_{max}(8)$) die Risiko-

zunahme für Rückenbeschwerden durch GKV ähnlich beschreiben. Dies wird unter anderem an der Dosis für die Lebensbelastung deutlich. Bei der ursprünglichen Auswertung wurde für die Dosis $a_{wz(8)}$ zugrunde gelegt. Wenn man nun $A_{max}(8)$ zugrunde legt, gelangt man zu ähnlichen Ergebnissen und Richtwerten.

Für eine deutliche Risikoerhöhung der Rückenbeschwerden müssen zwei Dinge zusammenkommen: Erstens muss $A_{max}(8)$ einen Richtwert von $0,63 \text{ m/s}^2$ überschreiten, und zweitens muss eine solche Belastung mehrere Jahre vorliegen, um den Dosis-Richtwert $1400(\text{m/s}^2)^2$ zu erreichen. Dieser Dosis-Richtwert entspricht der Belastung, wie sie im Merkblatt für das Vorliegen einer BK 2110 beschrieben ist.

Ausblick

Demnach ist es sinnvoll, für die Belastung im Sinne der BK 2110 eine Lebensdosis auf der Basis des $A_{max}(8)$ in der derzeit gültigen Frequenzbewertung zu berechnen; es ist auch zweckmäßig, den Dosis-Richtwert der Studie zu verwenden, um festzustellen, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Details der Berechnung kann dabei die Anamnesesoftware des IFA übernehmen: Für die Ermittlung ändert sich nichts, da

dieselben Messwerte und Zeiträume ermittelt werden müssen wie bisher.

Ende August 2014 sollen diese Ergebnisse in einem DGUV-Rundschreiben zusammen mit einer überarbeiteten Version der IFA-Anamnesesoftware vorgelegt werden. •



DGUV

Neuauswertung der Belastungen im DGUV Report von 2012

Fußnoten

[1] www.dguv.de/dguv/ifa/Publikationen/Reports-Download/Reports-2012/DGUV-Report-Ganzkörpervibration/index.jsp
 Notbohm, G.; Schwarze, S.; Albers, M.; Fritz, M.; Geiß, O.: Validierung der neuen Ganzkörperschwingungs-Bewertungsverfahren anhand des Datenmaterials der epidemiologischen Studie „Ganzkörpervibration“, Hrsg.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin 2012.

[2] Die Beschwerden in der Studie beziehen sich hauptsächlich auf das Lumbalsyndrom („Rückenschmerzen“) und nicht auf Beschwerdebilder, wie sie in den Konsensempfehlungen zur BK 2108 und 2110 festgelegt sind. Die hier beschriebene Dosis kann damit nur als untere Grenze einer Belastung angesehen werden, die zu Schäden im Sinne der BK 2110 führt.

EXPERTEN-WORKSHOP „JUGEND WILL SICH-ER-LEBEN“

JUNGE MENSCHEN WOLLEN AN „ECHTEN“ PROBLEMEN LERNEN

Bewährte Konzepte zu überprüfen und zukunftsfest zu machen, war das Ziel eines Expertenworkshops am 10.3.2014 bei der UK Hessen in Frankfurt. Teilnehmende aus dem akademischen, schulischen und betrieblichen Bereich berieten über die Perspektiven der Aktion „Jugend will sich-er-leben (JWSL)“.

Seit über 40 Jahren motiviert die Kampagne „Jugend will sich-er-leben“ über 800.000 Auszubildende jährlich, sich mit Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, in der Schule, auf der Straße und in der Freizeit auseinanderzusetzen.

Im Mittelpunkt der Kampagne steht hierbei immer ein Medienpaket mit Aktionsfilm und weiteren Medien, ein Unterrichtskonzept für Berufsschulen und ein Unterweisungskonzept für die betriebliche Ausbildung.

In den letzten Jahren wurde der sogenannte „Kreativpreis“ immer bedeutsamer. Es handelt sich um einen Wettbewerb, in dem bundesweit Schulklassen beziehungsweise ganze Schulen zu kreativen Projekten zum jeweiligen Thema der Aktion aufgefordert werden. Die laut der Fachjury besten Ergebnisse der letzten Aktion „Denk an mich. Dein Rücken“ wurden auf www.jwsl.de präsentiert und 2014 zum ersten Mal von über 2.700 Berufs-

schülerinnen und Berufsschülern auf Facebook bewertet.

Zur Überprüfung der bewährten Konzepte und um neue Ideen zu erhalten, wurde

Zahlreiche Jugendliche setzen sich häufig für soziale oder gesellschaftliche Zwecke ein.

ein eintägiger Workshop mit Experten aus dem akademischen, schulischen und betrieblichen Bereich sowie einigen Azubis der Firma Opel und der BGHM durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war es, Anregungen zu erhalten, um die Reichweite und Wirksamkeit von JWSL zu erhöhen.

Welche Bedeutung haben Gesundheit und Risikovermeidung für junge Menschen?

Den Einführungsvortrag mit diesem Thema hielt Prof. Dr. Mathias Albert, Profes-

sor für Politikwissenschaft an der Universität Bielefeld. Prof. Albert ist bekannt, weil er maßgeblich an der 16. Shell-Jugendstudie mitgearbeitet hat. Seit 1953 untersucht sie immer wieder die Einstellungen, Werte, Gewohnheiten und das Sozialverhalten von Jugendlichen in Deutschland.

Junge Menschen leben heute, im Gegensatz zu früher, als die Erwerbsbiografien fest vorgegeben schienen, in einer Welt der fließenden Übergänge zwischen Lebensphasen. Dies bedeutet neue Chancen, schafft aber gleichzeitig Unsicherheit und erzeugt damit ein gegenüber früheren Generationen erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit durch Orientierung an Werten wie Gesundheit und Familie.

So stellen zum Beispiel mehr als drei Viertel der Jugendlichen für sich fest, dass man eine Familie braucht, um wirklich glücklich leben zu können, und fast genauso viele der Jugendlichen wünschen sich eigene Kinder, die sie genauso erziehen wollen, wie sie selbst erzogen wurden.

Zahlreiche Jugendliche (39 Prozent) setzen sich häufig für soziale oder gesellschaftliche Zwecke ein und viele würden sich auch für eine konkrete, politische Angelegenheit einsetzen. Dies aber geschieht oft jenseits der traditionellen Formen und wird immer wieder aufs Neue entschieden, und zwar dann, wenn ihnen eine Sache persönlich wichtig ist.

Autor



Ulrich Zilz

Ausbildungsreferent bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)
E-Mail: ulrich.zilz@bghm.de

Das Bedürfnis nach Sicherheit wird auch durch moralische Leitlinien für das eigene Handeln befriedigt. Dies zeigt sich auch darin, dass die Jugendlichen sozi-

Das Bedürfnis nach Sicherheit der Jugendlichen wird auch durch moralische Leitlinien für das eigene Handeln befriedigt.

almoralische Regeln einfordern, die für alle verbindlich sind und an die sich alle halten.

Moderne Präventionsangebote für junge Menschen müssen daher an die bei den Jugendlichen vorhandenen Werte und das vorhandene Sicherheitsbedürfnis anknüpfen und den Einzelnen überzeugende Anlässe und Möglichkeiten für persönliches Engagement bieten.

Wann und warum engagieren sich Jugendliche für ihre eigenen Belange?

Diese Frage beantwortet Prof. Dr. Gerd

Stüwe, Professor für Theorie der Sozialarbeit, Jugendforschung, Migration und Sozialplanung an der Fachhochschule Frankfurt. Als Experte für Schulsozialarbeit, Migration und Erlebnispädagogik berichtete er von seinen aktuellen Erfahrungen aus einem Projekt mit für lange Zeit schulabstinenten Jugendlichen, in dem fast alle Teilnehmenden zum erfolgreichen Hauptschulabschluss kamen.

Die Geheimnisse des Erfolgs sind vier Faktoren:

- Wahrnehmung und Wertschätzung der Jugendlichen durch die Betreuenden,
- Ressourcenorientierung, das heißt die aktive Suche nach Fertigkeiten und Stärken, die von den Jugendlichen mitgebracht werden,
- Peer group education, ein durch die Gruppe selbst geregeltes und gesteuertes Lernen mit immer wieder neuen Reflexionsphasen, die aber durchaus von den Lehrenden angeleitet und eingefordert werden müssen,

- konstruktives Lernen, bei dem nicht die Wissensvermittlung, sondern vielmehr das Lernen durch Erlebnis und Erfahrung im Vordergrund steht sowie Bewegungs- und Handlungsorientierung. Die Lernenden erleben Spaß, entdecken Neues, bestehen Abenteuer, überwinden Angst, und erleben Herausforderung als optimale Erfahrung.

Einstellung und Verhalten Jugendlicher zum Thema Organspende und Konsequenzen für die Vermittlung von sicherem Verhalten

Dr. Melanie Basten von der Universität Bielefeld hat im Februar 2014 ihre Promotion zum Thema „Einstellung Jugendlicher zum Thema Organspende“ abgeschlossen. Sie hatte die Wirksamkeit verschiedener didaktischer Ansätze zur Vermittlung dieses schwierigen Themas im Biologieunterricht untersucht.

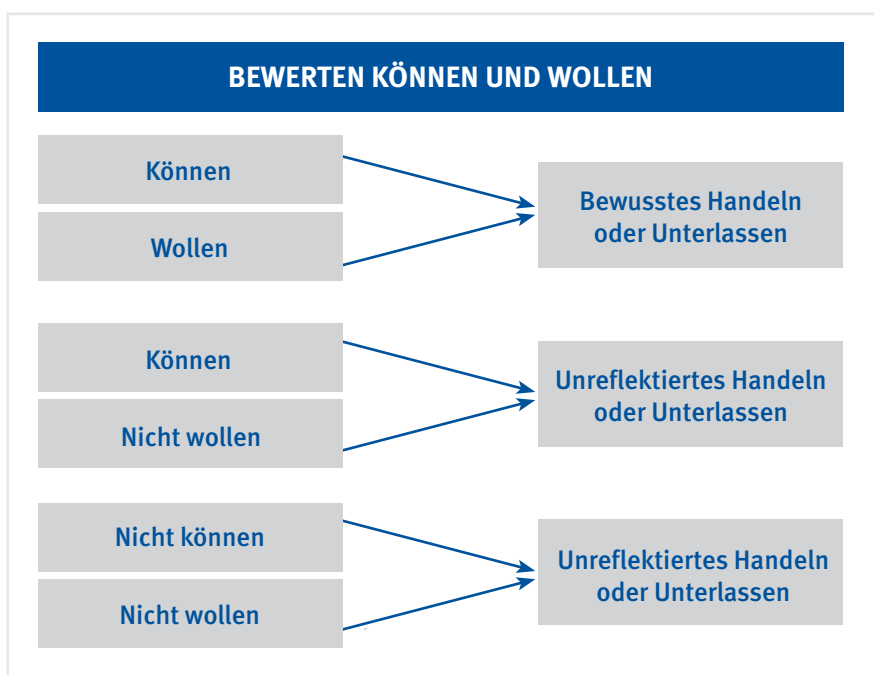
Aus ihren Erfahrungen ergaben sich interessante Impulse für die Unterrichtsgestaltung zum „Sicheren Verhalten“. Dies setzt die Fähigkeit und Bereitschaft voraus, Situationen bezüglich der Konsequenzen verschiedener Handlungen zu bewerten, wie Abbildung 1 zeigt.

Hierbei entstehen für das sichere Verhalten am Arbeitsplatz und in der Freizeit folgende Probleme: Unreflektiertes Handeln hat häufig keine negativen Konsequenzen.

Zum Lernerfolg ist es notwendig, dass die Jugendlichen die Möglichkeit haben, selbstständig Einsicht zu gewinnen und Autonomie und Kompetenz zu erleben.

(Un-)reflektiertes Unterlassen hat nicht erfahrbare, potenzielle negative Konsequenzen und gegebenenfalls sogar unmittelbare positive Konsequenzen.

Entgegen des einfachen, belohnenden Unterlassens muss schwierigeres, nicht



Dr. Melanie Basten

Abbildung 1: Bewerten können und wollen

» Die aktive Nutzung des Wissens, also das produktive Wissen, ist seit PISA ein bekanntes Problem. «

direkt belohnendes Verhalten ausgeführt werden. Das ist grundsätzlich schwierig zu erreichen, da hierzu Gewohnheiten und bequeme Verhaltensmuster überwunden werden müssen.

Junge Menschen reagieren häufig mit Reaktanz bei Zwang oder Belehrung. Das Entwicklungsniveau junger Erwachsener lässt eine umfassende Bewertung/Reflexion nicht automatisch erwarten. Dr. Basten sah als mögliche Ansätze im Unterricht: die sachlich-neutrale Information und angeleitete Reflexion der Folgen, das Sicherheitsverhalten als Recht des Arbeitnehmers zu diskutieren, nicht als dessen Pflicht, und das Sicherheitsverhalten als Expertenhandlung zu betrachten.

Zum Lernerfolg ist es notwendig, dass die Jugendlichen die Möglichkeit haben, selbstständig Einsicht zu gewinnen und Autonomie und Kompetenz zu erleben.

Zum sicheren Verhalten überzeugen können am besten Vorbilder ohne belehrenden Charakter. Das sichere Verhalten soll als ein selbstbestimmter Ausdruck von Schutz der eigenen Person (ein Recht) betrachtet werden.

Notwendig ist aber auch sachlich-neutrale Information, die die Umsetzbarkeit in Verhalten erleichtert, wie die Beantwortung folgender Fragen: Was steht mir zu? An wen wende ich mich? Wie mache ich das genau? Der Unterricht soll Möglichkeiten bieten, selbstständig Einsicht zu gewinnen und sich autonom und kompetent zu erleben.

Wie kann der Übergang zwischen „Wissen“ und „Wollen“ eingeleitet werden?

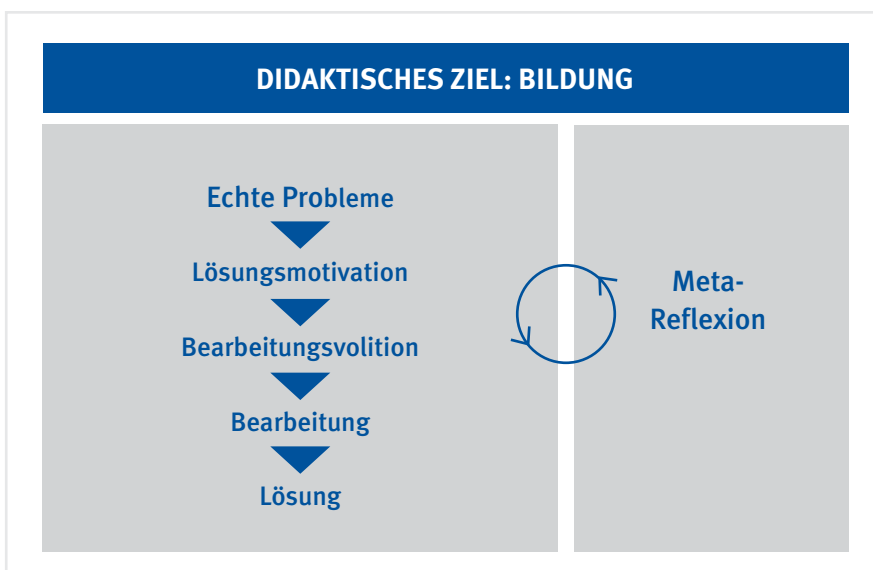
Prof. Dr. Jürgen Wiechmann ist Professor für Didaktik an der Universität Koblenz-Landau, seit langem in der Lehrerausbildung tätig und unterstützt JWSL bei der Erstellung von Unterrichtskonzepten. Er betonte die äußerst bedeutsame Rolle des Vorwissens bei Problemlöse- und Lernleistungen.

Darin beziehungsweise dafür ist die deutsche Schule gut, genauer gesagt: in der Vermittlung reproduktiven Vorwissens. Jedoch ist die aktive Nutzung des Wissens, also das produktive Wissen seit PISA ein bekanntes Problem.

Echte Probleme wecken Aufmerksamkeit der Lernenden und damit die notwendige Grundvoraussetzung für Lernen. Sie schaffen Motivation, also Antrieb und damit den ersten Schritt zum Wollen. Hierzu bedarf es der Erreichbarkeit, Autonomie und sozialer Nähe. Echte Probleme haben bildendes Potenzial, wenn die Motivation zur Volition wird. Das heißt, der Lösungswille (Motivation) wird auch aufrechterhalten (Volition).

Dabei liegen Persönlichkeitsmerkmale der Lernenden, die diesen Prozess mitbestimmen, nicht in der didaktischen Hand! Der gesamte Prozess und insbesondere die Volition muss methodisch begleitet und von den Lernenden reflektiert werden, damit er Erfolg haben kann. Abbildung 2 verdeutlicht dies.

Nach den Vorträgen erarbeiteten alle Teilnehmenden konkrete Ideen für die Jugend will sich-er-leben Aktion. Vieles davon wird schon bei der Vorbereitung der neuen Aktion 2014/2015 verwendet. Alle Teilnehmer empfanden den Tag als sehr angenehm, konstruktiv und spannend. ●



Prof. Dr. Jürgen Wiechmann

Abbildung 2: Didaktisches Ziel: Bildung

Lexikon



Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

Schneller Zugriff auf das bewährte Experten-Lexikon

Jederzeit informiert:

- ✦ **im Büro**
auf Ihrem Rechner und online
- ✦ **und unterwegs**
auf Ihrem Smartphone und
Tablet

Auch als App im Apple-Store
oder NEU bei Google play



www.universum.de/lexikon



Universum
Verlag

STRUKTUR UND ERSTE ERFAHRUNGEN

NEUER AUSBILDUNGSKURS FÜR AUF SICHTSPERSONEN

Berufsgenossenschaften und Unfallkassen haben sich darauf verständigt, ihre Aufsichtspersonen ab 1. Januar 2014 in einem gemeinsamen Kurs auszubilden. Diese Gelegenheit wurde für einige Neuerungen in der Ausbildung genutzt. Erste Erfahrungen mit dem weiterentwickelten Konzept liegen nun vor.

Lernfelder statt Seminare

Der Gesetzgeber verleiht Aufsichtspersonen weitreichende Befugnisse, die durch die Unfallversicherungsträger mit der Beschreibung von Präventionsleistungen konkretisiert wurden. Eine hohe Handlungskompetenz zur Erfüllung der sich aus dem Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger ergebenden Aufgaben sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit hoheitlichen Rechten sind die wichtigen Ziele der Ausbildung.

Zugleich soll die Rechtsanwendung effektiv sein: Überwachung und Beratung müssen der Erfüllung des Präventionsauftrages dienen und den Stand der Technik und des Rechts berücksichtigen.

Die neue weiterentwickelte Ausbildung dauert unverändert zwei Jahre und erfolgt wie bisher in einem trägerspezifischen und einem trägerübergreifenden Teil. Den größten Teil davon verbringen angehende Aufsichtspersonen bei einem praktischen und einem theoretischen Training im Präventionsdienst des eigenen Hauses.

Große Bedeutung hat der zentrale trägerübergreifende Ausbildungsteil unter dem Dach des Instituts für Arbeit und Gesundheit (IAG) in Dresden. Gemeinsam mit Ausbildungsteilnehmenden aller Unfall-

versicherungsträger werden hier insgesamt zehn Wochen lang verschiedene Lernfelder durchlaufen und Zwischenprüfungen abgelegt.

Um dem Anspruch auf zeitgemäße Didaktik Ausdruck zu geben, hat der Kurs eine neue Struktur erhalten und ist eng verknüpft mit vor- und nachgeschalteten trägerspezifischen Ausbildungsteilen bei den jeweiligen Unfallversicherungsträgern. Fachseminare wurden durch thematisch offenere „Lernfelder“ ersetzt. Entfallen ist der traditionelle Fachunterricht, zum Beispiel in den Fächern Arbeitsmedizin, Betriebswirtschaft oder Verwaltungsrecht.

Strukturgebendes Prinzip sind nun die „Präventionsleistungen“ der gesetzlichen Unfallversicherung. Präventionsleistungen sind Beratung, Überwachung, Ermittlung, Forschung, Normung und andere. Zugleich soll die weiterentwickelte Ausbildung mehr Raum für selbstgewählte Lernwege und Lernmethoden bieten.

Die Ausbildung ist erwachsenenorientiert auf die Förderung der für die Aufgabenwahrnehmung der Aufsichtspersonen erforderlichen Kompetenzen (zum Beispiel fachliches Wissen, Methoden, Anwendungsfertigkeiten) ausgerichtet, methodisch vielseitig und versteht sich über

weite Strecken als Anleitung und Motivation zum Selbstlernen.

Prüfungen

Lernerfolgskontrollen geben Auskunft über den Stand auf dem Weg zu einem Lernziel. Dem sind allerdings Grenzen gesetzt. Schriftliche Tests erfassen lediglich den Zuwachs an deklarativem Wissen, oft mit reiner Merkleistung gleichgesetzt. Fähigkeiten und Fertigkeiten treten dagegen erst bei der Ausführung einer Handlung in Erscheinung. Die gewählten Prüfungsmethoden müssen deshalb beides erfassen können.

Dementsprechend sieht die weiterentwickelte trägerübergreifende Ausbildung zunächst eine schriftliche Prüfung vom 180 Minuten Dauer über die Lernfelder 1 bis 3 vor. Die Themen umfassen Rechtsgrundlagen, Gefährdungen und Belastungen sowie die Organisation des Arbeitsschutzes.

Im Lernfeld 7 werden die Teilnehmenden dann mündlich geprüft. Dazu wählen sie ein Vortragsthema entsprechend der Beschreibung im Lernarrangement. Die Präsentation kann mit einer selbstgewählten Methode erfolgen, etwa als Demonstration in einem Praxisfeld, als Übung unter Einbezug der Zuhörenden, als Vortrag oder Multimedia-Präsentation.

Autoren

Dr. Volker Didier

Marketing/Qualifizierung/Masterstudium
Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG)
der DGUV
E-Mail: Volker.Didier@dguv.de

Dr. Thomas Kohstall

Leiter der Abteilung „Qualifizierung“
Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG)
der DGUV
E-Mail: Thomas.Kohstall@dguv.de

Dr. Christian Bochmann

Referent für Rechtsfragen im Bereich
„Qualifizierung von Präventionspersonal,
Masterstudiengang“, Institut für Arbeit
und Gesundheit (IAG) der DGUV
E-Mail: Christian.Bochmann@dguv.de

Die Bewertung der Prüfung erfolgt durch ein dreiköpfiges Beobachtermgremium aus den aktiven Dozierenden und einer weiteren Person mit Lehrauftrag.

Nicht zentral geregelt, aber im Ausbildungskonzept empfohlen, werden regelmäßige hausinterne Zwischenprüfungen der Unfallversicherungsträger zur Feststellung der erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dazu bieten sich Betriebsbesichtigungen unter Supervision, andere Arbeitsproben, Berichte, Vorträge und Prüfungsgespräche an.

Am Ende der Ausbildung steht unverändert die Abschlussprüfung vor dem zentralen Prüfungsausschuss der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.

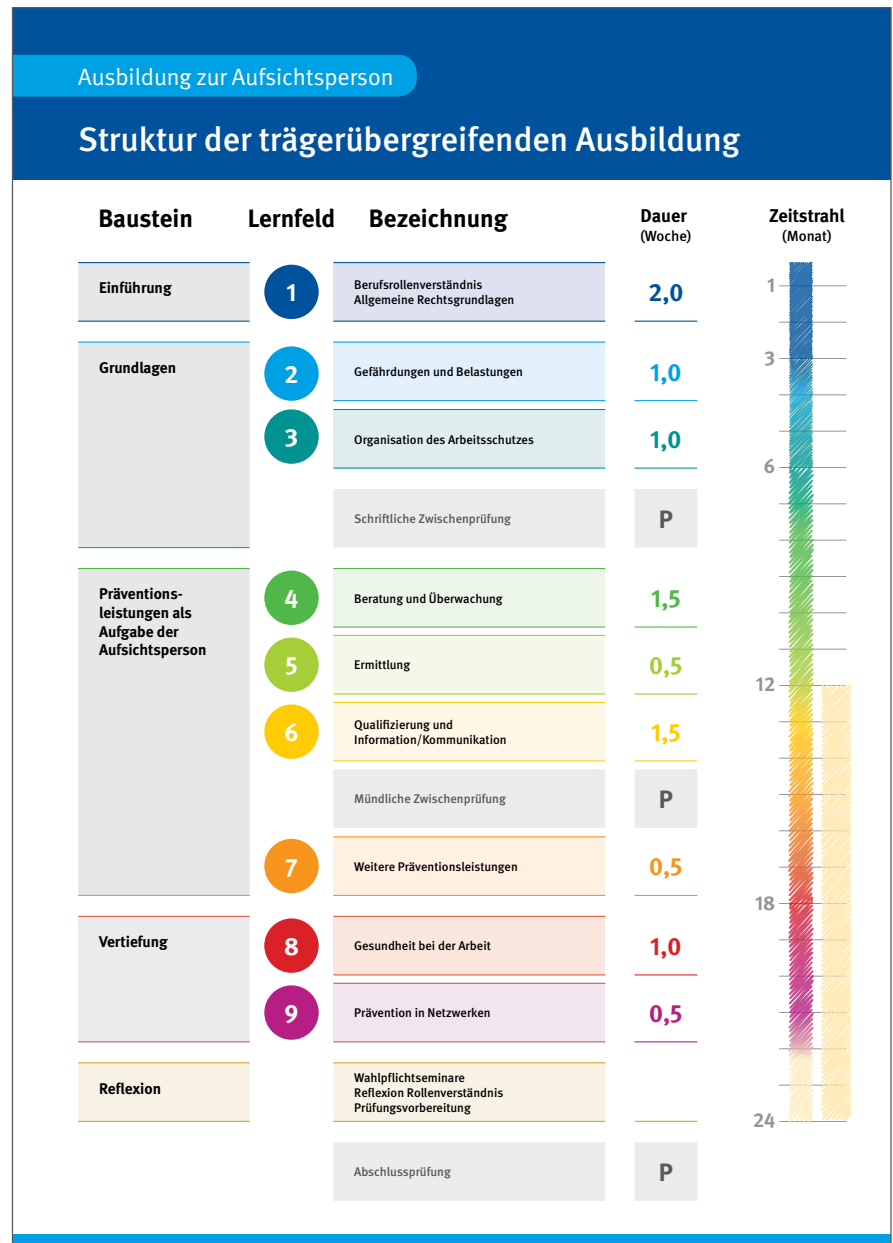
Lehrpersonal

Die Ausbildung von Aufsichtspersonen ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller Unfallversicherungsträger und deshalb auf Präventions- und Verwaltungsfachleute aus der Praxis angewiesen. Für die Entwicklung der Ausbildungsunterlagen sind nebenamtlich als Autoren für Lehrunterlagen Beschäftigte aus den Unfallversicherungsträgern gewonnen worden.

Ebenfalls werden Dozierende am IAG überwiegend aus dem Kreis der Unfallversicherungsträger gewonnen, um so den Praxisbezug sicherzustellen. Ergänzt wird das Kollegium mit Spezialisten aus dem IAG und mit freiberuflichen Experten.

Mit dem neuen Ausbildungskonzept ändert sich die Rolle der Dozierenden. Waren sie früher mit der klassischen Wissensvermittlung im Vortrag und Lehrgespräch befasst, unterstützen sie nunmehr auch Seminareteilnehmende beim Lernen.

In einem obligatorischen Fortbildungskurs für die Dozenten werden diese Fähigkeiten ausgebaut und es wird die Rolle von „Lernbegleitern“ gefestigt. Das IAG und die zuständigen Gremien, insbesondere der Ausschuss Aus- und Weiterbildung, unter-



Grafik: Struktur der Ausbildung zur Aufsichtsperson

stützen diese Entwicklung mit weiteren Fortbildungsangeboten und mit einer kontinuierlichen Qualitätssicherung.

Teilnehmerzufriedenheit

Die mit einer schriftlichen Umfrage ermittelte Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Seminarende ist einer von mehreren Parametern, welche Auskunft über die Qualität des Unterrichts geben. Hier liegt die Messlatte aus der Vergangenheit sehr hoch, nämlich bei einer Durchschnittsnote von 1,9 auf einer sechsstufigen Schulnotenskala.

Gute bis sehr gute Spitzenwerte wurden in auch in einigen neuen Kursen erreicht,

aber noch nicht flächendeckend. Nach mündlichen, nicht repräsentativen Auskünften wird die Wahlfreiheit bei den persönlichen Lernmethoden erst einmal nur zögerlich genutzt. Es wurde von Schwierigkeiten berichtet, die Trennlinie zwischen curricularem Lernstoff und notwendiger oder fakultativer Ergänzung im Selbststudium zu erkennen.

Zusammen mit demnächst vorliegenden Ergebnissen der Zwischenprüfung sind diese Hinweise für die zukünftige Gestaltung der Ausbildungskurses sehr wertvoll. Sie geben Hinweise auf einen Veränderungsprozess, der auf beiden Seiten stattfinden muss: bei Lehrenden und Lernenden. ●

WAS NUTZT ES IN DER BETRIEBLICHEN PRAXIS?

DAS KÜHLSCHMIERSTOFFPORTAL DES IFA

Unternehmen, die mit Kühlschmierstoffen arbeiten, müssen zur Gesunderhaltung der Beschäftigten bestimmte Schutzmaßnahmen durchführen. Das KSS-Portal des Instituts für Arbeitsschutz soll sie dabei unterstützen. Die 2013 durchgeführte Evaluation prüfte, ob dieser Anspruch erfüllt wird.

1. Einleitung

Bei dem unter Mitwirkung des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelten Kühlschmierstoffportal handelt es sich um ein Web-Portal, das als Informationsplattform für die Arbeit mit Kühlschmierstoffen dient.

Neben einer großen Spannbreite an Thematiken, die das Portal anbietet, werden praxisnahe Maßnahmenkonzepte für den Arbeitsschutz bereitgestellt.

Praxishilfen, wie Mustervorlagen zur Durchführung von Unterweisungen der Beschäftigten im Betrieb, oder auch Durchführungsunterlagen, wie Pläne zur Prüfung wassergemischter Kühlschmierstoffe, bieten den Nutzenden konkrete Hilfestellung.

Und auch hinsichtlich der Informationsbreite des Portals kann man sich mehr als nur einen Überblick über die Arbeit mit Kühlschmierstoffen verschaffen.

Ausgehend von einführenden Themen, wie den Aufgaben und Einsatzverfahren von Kühlschmierstoffen, erhalten Nutzende

vertiefende Informationen unter anderem zur Besiedlung von Kühlschmierstoffen mit Mikroorganismen und der toxikologischen Bewertung.

Die Gesamtbesucherzahl in einem 12-monatigen Zeitraum (2012/2013) von 10.574 zeigt, wie stark das Portal genutzt wird. Seit Juni 2012 haben sich circa 1.400 neue Nutzende angemeldet. Die durchschnittliche Zahl der Interessenten und Interessentinnen pro Tag ist von 22 (2010/2011) auf 28 (2012/2013) gestiegen.

Um die Stärken und Schwächen des Kühlschmierstoffportals im Hinblick auf den betrieblichen Nutzen zu identifizieren, wurde eine Evaluation dieser Informationsplattform durchgeführt. Hierzu wurden registrierte Nutzerinnen und Nutzer des Portals online befragt. Die Ergebnisse der Evaluation liefern Hinweise zur Optimierung des KSS-Portals.

2. Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung

Um die Informationsmenge, die das Portal bietet, überblicksartig zu erfassen und

auch die ökonomische Handhabung der Befragung gewährleisten zu können, war eine Einschränkung der Informationsinhalte sinnvoll.

Die Schwerpunkte der Befragung sollten dabei solche Portalinhalte erfassen, die den größten Nutzen für die Umsetzung von Schutzmaßnahmen auf der betrieblichen Ebene haben. Dabei erwiesen sich die Themen Gefährdungsbeurteilung und Schutzmaßnahmen, die im Portal als eigene Kategorien angeboten werden, als besonders gewinnbringend.

Neben diesen beiden Schwerpunkten wurden weitere Items zu den Kategorien toxikologische Bewertung, Besiedlung mit Mikroorganismen, Vorschriften und Regeln sowie zu Praxishilfen generiert. An diesem inhaltlichen Raster orientierte sich schließlich auch der Aufbau der Befragung.

Zusätzlich wurden allgemeine Informationen, wie die betriebliche Funktion der Befragten sowie die Nutzungshäufigkeit, erfasst. Auch Items, die sich inhaltlich mit der Gebrauchstauglichkeit und der Übersichtlichkeit der Informationsdarstellung im Portal beschäftigen, wurden in die Befragung integriert.

Da in Kürze eine Neugestaltung des Portals unter anderem hinsichtlich der Benutzeroberfläche geplant ist, sind die Eindrücke der Nutzenden hilfreich und stellen einen ersten Ansatz für Optimierungen dar. Im Bereich Gefährdungsbeurteilung, der den ersten inhaltlichen Schwerpunkt darstellt, werden Nutzenden praktische Hilfen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung

Autorinnen und Autoren

Sylwia Birska

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: sylwia.birska@dguv.de

Prof. Dr. Dietmar Reinert

Leiter des Instituts für Arbeitsschutz
der DGUV (IFA),
E-Mail: dietmar.reinert@dguv.de

Michael Bretschneider-Hagemes

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,
Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: michael.bretschneider@dguv.de

Lara Solms

Rheinische Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn, Bachelorarbeit 2013
(betreut vom IFA)

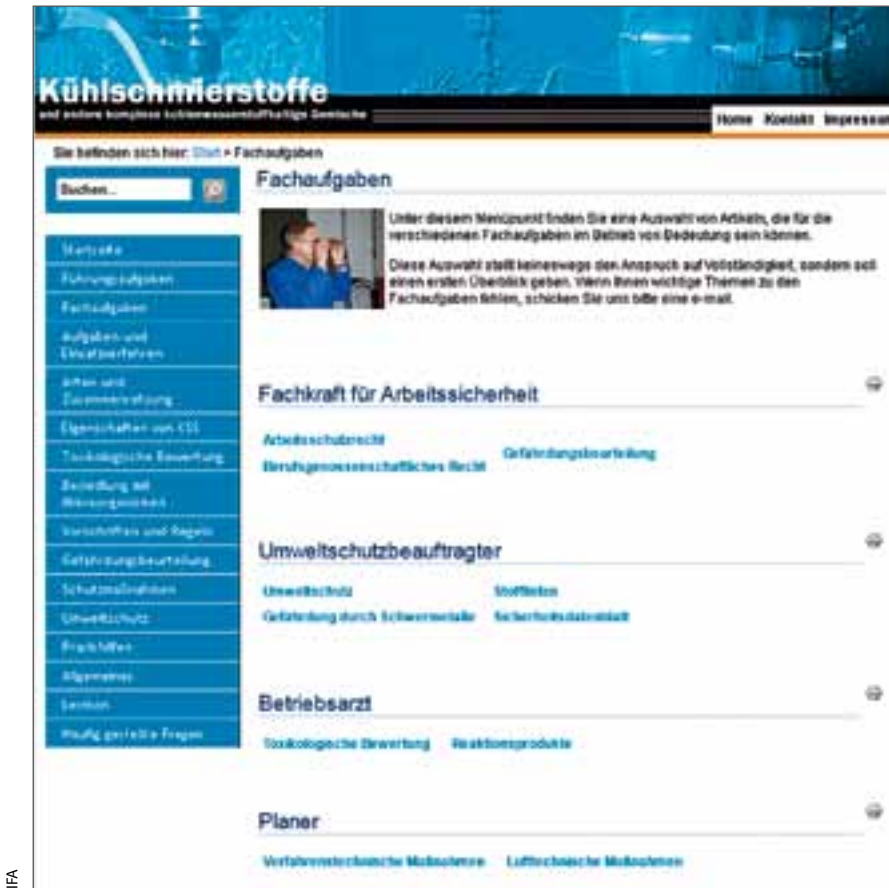


Abbildung 1: Das Kühlschmierstoffportal (www.kuehlschmierstoff.de)

lung angeboten, zum Beispiel als schematische Ablaufskizze.

Damit ist es möglich, alle Inhalte, die eine Gefährdungsbeurteilung betreffen, auf einen Blick zu sichten. Zusätzlich werden an dieser Stelle im Portal Informationen zu Arbeitsplatzmessungen und beispielsweise der Expositionsbeurteilung angeboten.

Im Rahmen des zweiten thematischen Schwerpunktes, den Schutzmaßnahmen, wird im Portal selbst, aber auch in der Befragung, auf Hygienemaßnahmen, insbesondere den Hautschutz, Bezug genommen.

Hier geht es um das Angebot und die Nutzung von Persönlicher Schutzausrüstung und um die Einhaltung von Hygienestandards. Zusätzlich werden verfahrenstechnische Maßnahmen, wie die notwendige Wartung und Pflege von Anlagen, vorgestellt, aber auch die Pflege des Kühlschmierstoffs selbst und lufttechnische Maßnahmen.

3. Ergebnisse der Evaluation

Bei der Analyse der Inhalte des Portals sowie seiner Nutzeroberfläche kann ange-

merkt werden, dass zwar über eine hervorgehobene Leiste auf der linken Seite eine Differenzierung nach Themen und Schwerpunkten stattgefunden hat, allerdings eine Zweiteilung in Fachaufgaben und Führungsaufgaben kritisch gesehen werden kann.

Positiv zu sehen ist, dass so der direkte, nutzerbezogene Einstieg in die Portalinhalte, beispielsweise als Fachkraft, ermöglicht wird. Allerdings schränkt es Nutzende aber genau durch diese Vordifferenzierung ein.

Es wird der Eindruck erweckt, dass bestimmte Informationen auf Fachebene, beispielsweise für die Fachkraft für Arbeitssicherheit, ausreichen, um effektiven Arbeitsschutz sicherzustellen. So werden der Fachkraft für Arbeitssicherheit zwar Informationen zu den Themen Arbeitsschutzrecht oder Gefährdungsbeurteilung angeboten, Hilfestellung für die konkrete Umsetzung im Betrieb erhält die Fachkraft an dieser Stelle jedoch nicht, sodass eine Recherche und eine nähere Beschäftigung mit den Inhalten des Portals notwendig werden.

Eine Analyse der am häufigsten besuchten Seiten ergab, dass das meiste Interesse am Regelwerk besteht, gefolgt von Praxishilfen und den Schutzmaßnahmen. Zudem nutzen die Besucherinnen und Besucher des Portals die Möglichkeit, individuelle technische sowie thematische Fragen an die Verantwortlichen des KSS-Portals zu stellen.

Insgesamt beteiligten sich 178 Nutzende des Portals an der Befragung. In die Analyse wurden nur vollständige Datensätze einbezogen, sodass sich die Gesamtstichprobe auf 76 auswertbare Datensätze bezieht. Wie in Abbildung 3 zu sehen ist, handelt es sich vorwiegend um Fachkräfte für Arbeitssicherheit ($n = 34$). Weiterhin beinhaltet die Stichprobe betriebliche Führungskräfte ($n = 13$), Sicherheitsbeauftragte ($n = 3$), Umweltschutzbeauftragte ($n = 4$), Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ($n = 4$) sowie sonstige Arbeitsschutzverantwortliche, die sich keiner der vorgegebenen Gruppen zuordnen ließen ($n = 11$).

Was die Häufigkeit der Benutzung des Portals betrifft, gaben insgesamt 32,3 Prozent an, das Portal „immer mal wieder“ bis „sehr häufig“ zu nutzen, während 40,8 Prozent eher selten bis sehr selten auf die Informationen des Portals zugreifen.

Betrachtet man nur die Gruppe der Fachkräfte für Arbeitssicherheit, verbessern sich diese Werte auf 36,4 Prozent beziehungsweise 33,4 Prozent. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass 64,3 Prozent des Gesamtkollektivs angeben, das Portal sei weiteren Beschäftigten im Betrieb bekannt. Bei der Gruppe der Fachkräfte für Arbeitssicherheit verringert sich dieser Wert auf 60 Prozent.

Betrachtet man die Bewertung der Inhalte, zeigen sich für die Themen toxikologische Bewertung, Besiedlung mit Mikroorganismen, Vorschriften und Regeln sowie Praxishilfen folgende Ergebnisse: 97,3 Prozent (93,9 Prozent) aller Befragten (der Klammerwert steht im Folgenden immer für die Gruppe der Fachkräfte für Arbeitssicherheit) stimmen der Aussage zu, dass das Portal über die gesundheitsschädlichen Wirkungen von Kühlschmierstoffen aufklärt, wie zum Beispiel Hautschädigungen oder inhalative Wirkungen.

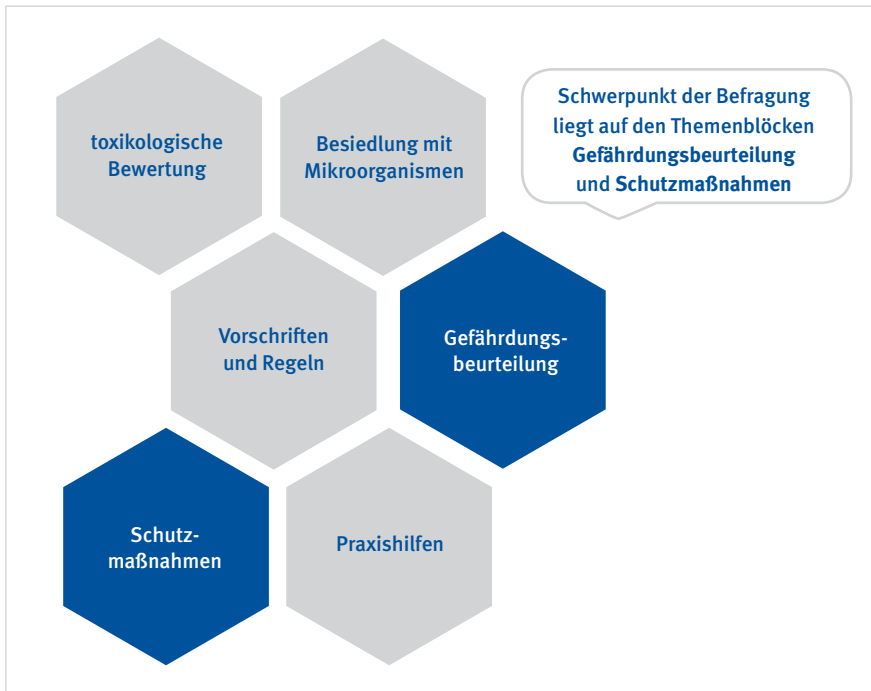


Abbildung 2: Schwerpunkte der Nutzerbefragung

Dabei glauben 87,7 Prozent (84,4 Prozent), dass das Portal die toxikologischen Wirkungen der Ausgangssubstanzen und deren Reaktions- und Pyrolyseprodukten vermittelt. 90,4 Prozent (90,9 Prozent)

stimmen der Aussage zu, dass das Portal informativ darstellt, dass der Mensch selbst als Lieferant von Keimen zur Besiedlung von Kühlschmierstoffen durch Mikroorganismen beiträgt. Die Informati-

onen zur Besiedlung von Kühlschmierstoffen mit Mikroorganismen sind für 93,2 Prozent (90,9 Prozent) hilfreich.

Zur Konkretisierung staatlicher Arbeitsschutzvorschriften bietet das Portal mit den dargestellten technischen Regeln für 94,7 Prozent (94,1 Prozent) hilfreiche Empfehlungen. Auch für die Arbeit mit Kühlschmierstoffen liefert das Portal für 97,3 Prozent (97 Prozent) verständliche Informationen zu berufsgenossenschaftlichen und technischen Regeln.

Bei den Praxishilfen fällt die Bewertung nicht mehr so positiv aus: 49,1 Prozent (53,3 Prozent) hätten sich mehr praktische Hilfen für die Arbeit mit Kühlschmierstoffen erhofft. Hier muss das Portal nachbessern. Ausführlicher soll nun auf die beiden Schwerpunkte der Befragung eingegangen werden.

3.1 Gefährdungsbeurteilung und Schutzmaßnahmen

Betrachtet man Mittelwerte und Standardabweichung, so werden alle Fragen zum Thema Gefährdungsbeurteilung ausgesprochen positiv beantwortet (siehe Abbildung 4). Dabei sind die Unterschiede zwischen dem Gesamtkollektiv und der Gruppe der Fachkräfte für Arbeitssicherheit sehr gering.

Der letzte und nicht zuletzt auch größte thematische Bereich der Befragung behandelt die Umsetzung des Arbeitsschutzes: Umsetzung allgemeiner Schutzmaßnahmen, Maßnahmen zum Hautschutz sowie Prüfungsverfahren zur Gewährleistung der Mitarbeitergesundheit.

Der Schwerpunkt der Items zur Gefährdungsbeurteilung liegt auf der praktischen Umsetzung von Schutzmaßnahmen. Auch hier lässt sich der vorherige Trend bestätigen: Über alle Verantwortlichen im Arbeitsschutz hinweg wird die Qualität des Portals durchweg positiv bewertet.

Insgesamt wird die Frage „Wie beurteilen Sie die Inhalte des Portals?“ von 90,8 Prozent (85,3 Prozent) der Befragten mit eher gut bis sehr gut beantwortet.

Hinweise zur Verbesserung ergeben sich aus zwei Freitextantworten. Die Nutzenden wünschen sich konkrete Vorlagen zur

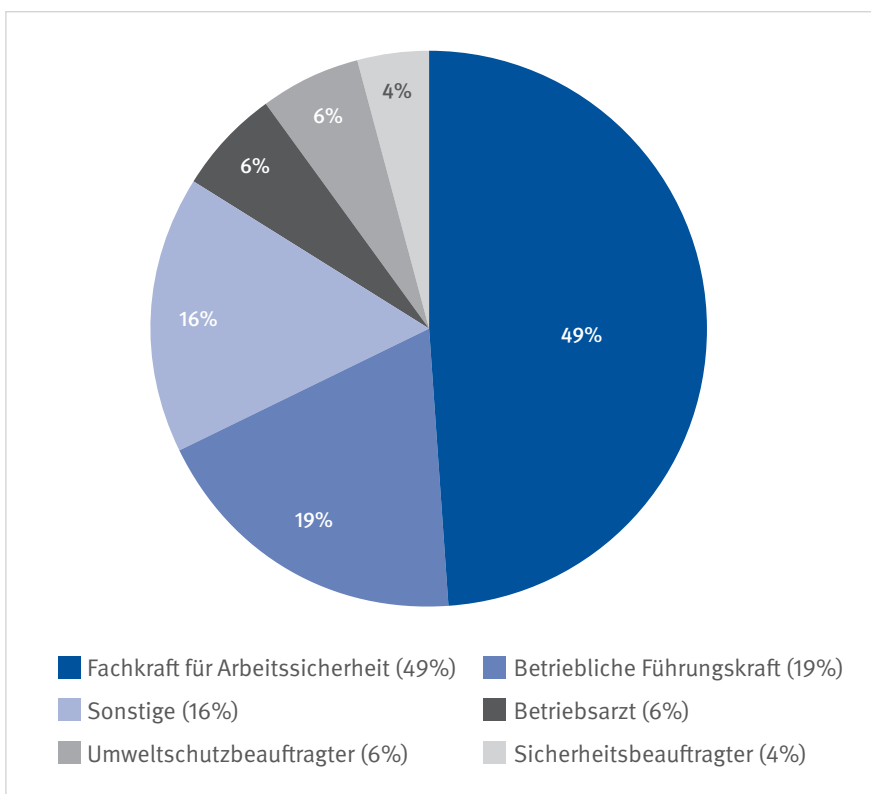


Abbildung 3: Betriebliche Funktion der befragten Nutzerinnen und Nutzer



Abbildung 4: Auswertung zum Thema Gefährdungsbeurteilung

Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung und auch Praxisbeispiele, die zeigen, wo und wie das Thema Kühlschmierstoffe unter Arbeitsschutz-, Brandschutz- und Lüftungstechnischen Aspekten erfolgreich behandelt wurde.

In diese Richtung geht auch der Wunsch nach einem Forum für den Austausch mit anderen über konkrete Probleme im Zusammenhang mit Kühlschmierstoffen.

3.2 Umsetzung auf betrieblicher Ebene

Dieser wichtigste Punkt der Evaluation gibt entscheidende Hinweise auf die Wirkung des Portals für die betriebliche Praxis.

Zwar sagen 71,2 Prozent (58,1 Prozent) der Befragten, dass die Umsetzung der empfohlenen Hygienemaßnahmen im Betrieb gut gelingt, aber nur 47,3 Prozent (42,9 Prozent) geben an, dass der im Portal angebotene Masterhautschutzplan verwendet wird.

Diese eher schwache Zustimmung liegt allerdings daran, dass entweder eigene Hautschutzpläne entwickelt wurden oder die Hautschutzpläne der Hersteller genutzt werden. Insofern ist die Bedeutung

des Portals auch in dieser Frage nicht unerheblich.

75,7 Prozent (72,7 Prozent) geben an, dass Maßnahmen gegen die Besiedlung von Kühlschmierstoffen mit Mikroorganismen im Betrieb durchgeführt werden. Allerdings finden nur bei 52 Prozent (50 Prozent) Praxishilfen wie der IFA-Check tatsächlich Verwendung. Ein Freitexthinweis „IFA-Check kann wegen der IT-Sicherheit nicht heruntergeladen werden“ könnte eine teilweise Erklärung für die eher schwache Zustimmung sein.

Auch das im KSS-Portal angebotene Kühlschmierstoff-Überwachungsblatt wird bei nur 51,6 Prozent (45,5 Prozent) im Betrieb als praktische Arbeitshilfe bei der KSS-Überwachung verwendet. Mit 51,9 Prozent (50 Prozent) ähnlich schwach fällt die Zustimmung zu folgender Aussage aus: „Musterbetriebsanweisungen (zum Beispiel für die Tätigkeit mit Reinigern), wie sie im KSS-Portal dargestellt sind, werden in meinem Betrieb übernommen“.

Andererseits bestätigen 79,9 Prozent (73,5 Prozent), dass die Umsetzung der Hinweise im Betrieb gut gelingt oder dass in Fäl-

len, in denen Gesundheitsgefahren durch technische oder organisatorische Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden können, eine Persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung steht (92,1 Prozent [90,9 Prozent]).

Allerdings wird bei dieser Frage in 12 (1) von 76 (34) Datensätzen keine Angabe gemacht. Möglicherweise weichen die Nutzenden der Frage gezielt aus, weil eine nicht zustimmende Antwort von Seiten der Arbeitsschutzverantwortlichen sehr kritisch gesehen werden muss. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Auswertung der Gründe für nur unzureichend umgesetzte Schutzmaßnahmen (siehe Abbildung 6).

Hier fällt besonders auf, dass es an Schulung und Unterstützung durch Vorgesetzte mangelt. Es zeigt sich, dass Präventionsleistungen nur in Kombination wirken können. Internetauftritte oder Fachinformationen durch die Institute allein reichen nicht aus.

3.3 Gebrauchstauglichkeit und Übersichtlichkeit des Portals

Insgesamt lässt sich sagen, dass das Portal neben seiner inhaltlichen Qualität auch hinsichtlich Informationsvermittlung, Zufriedenheit und Anwendbarkeit sowie bei der Gebrauchstauglichkeit und Übersichtlichkeit positiv bewertet wird.

Anhand des Antwortverhaltens der Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ausgewählt, da mit n = 34 am repräsentativsten) soll dies im Folgenden veranschaulicht werden.

Während 20,6 Prozent dieser Gruppe die Übersichtlichkeit des Portals als sehr gut bewerten, liegt der Prozentsatz derer, die das Portal hinsichtlich dieses Kriteriums als eher schlecht einstufen, lediglich bei 5,9 Prozent, was einer absoluten Häufigkeit von zwei Personen entspricht.

Hinsichtlich der Gebrauchstauglichkeit wird das KSS-Portal ebenfalls über alle Funktionsgruppen hinweg als gut bewertet. Für die Gruppe der Fachkräfte für Arbeitssicherheit zeigt sich, dass 42,4 Prozent die Nutzbarkeit des Portals als gut einschätzen. Weiterhin bewerten 24,2 Prozent der Fachkräfte für Arbeitssicherheit das Portal hinsichtlich seiner Gebrauchstauglichkeit als sehr gut, 18,2 Prozent als

Die dargebotene Musterbetriebsanweisungen enthalten alle wichtigen Informationen für die Unterweisung der Mitarbeiter im Umgang mit Kühlschmierstoff.	
Im Portal konnte ich hilfreich Informationen zu Verfahren zur Reduktion von Emissionen finden.	
Lufttechnische Maßnahmen (wie etwa Raumlüftung Abscheideverfahren) werden im KSS-Portal ausreichend erläutert.	
Das Portal klärt informativ über das Vorgehen bei der Prüfung wassergemischter Kühlschmierstoffe auf.	
Das Portal bietet gute Hinweise zum Schutzmaßnahmenkonzept.	
Hilfreich sind die im Portal genannten Aspekte zu verfahrenstechnischen Maßnahmen (wie die Wartung und Pflege von Anlagen, Pflege des KSS), die grundlegende Schutzmaßnahmen zur Gewährleistung der Arbeitssicherheit darstellen.	
Ausreichend Informationen über Schutzmaßnahmen wie z.B. das Tragen der PSA oder die Verwendung emissionsärmerer Grundöle zur Reduktion von Kühlschmierstoffdämpfen.	
Das Portal enthält hilfreiche Informationen zur Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen zur Verhinderung von Gesundheitsgefahren.	
	1 2 3 4 5 6 7
1 = stimme voll zu / 7 = stimme gar nicht zu	Mittelwert + - 1 SD

Abbildung 5: Auswertung zum Thema Schutzausrüstung

eher gut, und 15,2 Prozent beantworteten diese Frage mit der Antwortoption „teils, teils“.

Betrachtet man allerdings die softwareergonomische Qualität des Portals unter Berücksichtigung der Grundsätze der Bildschirmarbeitsverordnung zur Softwaregestaltung (vergleiche DIN EN ISO 9241 – Teil 110 „Grundsätze der Dialoggestaltung“), dann zeigt sich Optimierungspotenzial hinsichtlich der Gebrauchstauglichkeit.

Bei der Neukonzeption wird deshalb beispielsweise darauf geachtet, das Portal noch übersichtlicher zu gestalten, damit sich auch neue Nutzerinnen und Nutzer schnell und gut zurechtfinden.

4. Fazit

Die ersten deskriptiven Auswertungsergebnisse zeigen, dass das Kühlschmierstoffportal von den Nutzenden alles in allem als sehr zufriedenstellend wahrgenommen wird, sowohl hinsichtlich der Qualität der Informationsdarstellung als auch des betrieblichen Nutzens, den das Portal bietet.

Geht es um die Umsetzung von Schutzmaßnahmen im Betrieb, liegt die Zustimmung in der Befragung bei 50 Prozent und mehr. Das belegt, dass die Praxishilfen, die das Portal bietet, im Betrieb gut angenommen und umgesetzt werden.

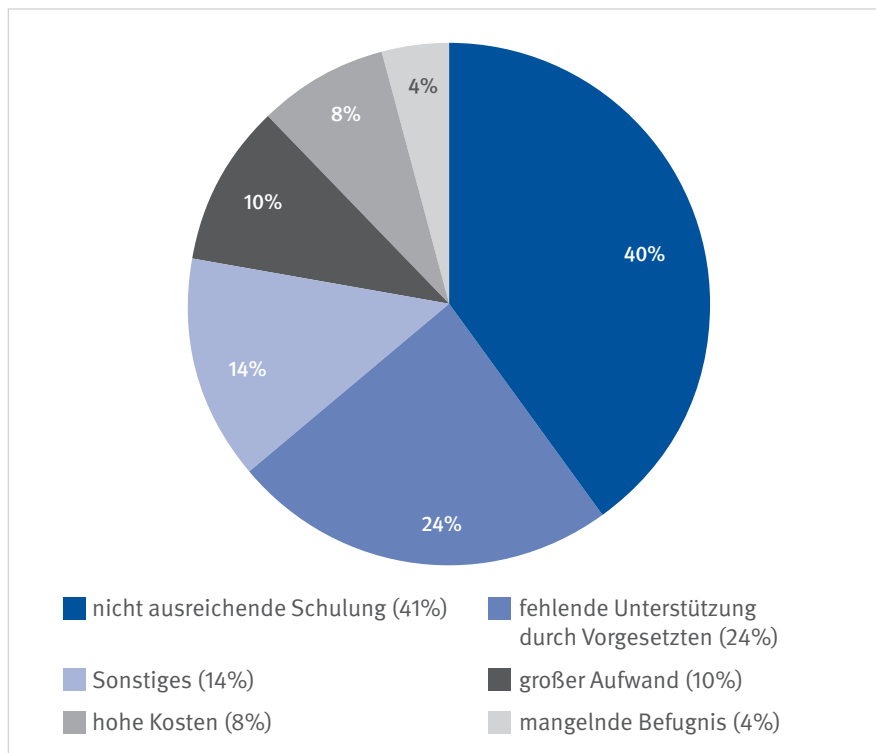


Abbildung 6: Gründe für nur unzureichend umgesetzte Schutzmaßnahmen

Information

BildscharbV. (2003). Bildschirmarbeitsverordnung: Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten, BGBl I 1996, 1843 vom 04.12.1996, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 304 V vom 25.11.2003 I 2304. juris: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/bildscharbv/> (27.03.2014)

DIN EN ISO 9241-110 „Ergonomie der Mensch-System-Interaktion – Teil 110: Grundsätze der Dialoggestaltung“, Berlin 2006

Fachmedien zur Rückengesundheit



DGUV Arbeit & Gesundheit Themenheft „Rücken und Beruf“

Das Themenheft vermittelt abwechslungsreich Sachwissen und gibt praktische Tipps für die Verhaltensprävention. Beschäftigte und deren Vorgesetzte erhalten Hinweise, wie Rückengesundheit in den Arbeitsalltag einbezogen werden kann. Dabei richtet es sich an berufstätige Menschen aller Branchen und erreicht die Versicherten dort, wo sich Rückenbelastungen manifestieren: bei der Arbeit im Büro, öffentlichen Einrichtungen und in den Betrieben.

**Format: DIN A4, Umfang: 20 Seiten,
Einzelpreis: 1,90 €, zzgl. Versand
Herausgeber: DGUV**



DGUV Arbeit & Gesundheit Themenheft Verkehr „Rückengesundheit für Vielfahrer“

Eine falsche Sitzposition im Fahrzeug, schlechte oder schlecht eingestellte Sitze sowie zu wenig Pausen und Bewegung beeinträchtigen die Verkehrssicherheit. Langfristig können ernsthafte, gesundheitliche Schäden entstehen. Das Themenheft Verkehr „Rückengesundheit für Vielfahrer“ zeigt, wie Unternehmen und Beschäftigte für das Thema sensibilisiert werden können.

**Format: DIN A4, Umfang: 16 Seiten,
Einzelpreis: 1,90 €, zzgl. Versand
Herausgeber: DGUV DVR**



DGUV BASICS „Rückengesundheit“

Das BASICS „Rückengesundheit“ vermittelt in kompakter und leicht verständlicher Weise Wissen über Aufbau und Funktionsweise unseres Muskel-Skelett-Systems, enthält vielfältige Tipps und einfach umzusetzende Maßnahmen. Abgerundet wird das Angebot mit sinnvollen sportlichen Aktivitäten, Gymnastik- und Entspannungsübungen, die leicht in den Alltag integriert werden können. Rückengesund mit Köpfchen ist das Motto, das den Leserinnen und Lesern zu einer „Kreuz-Weisheit“ verhilft.

**Format: 10,5 x 17,5 cm, Umfang: 40
Seiten, Einzelpreis: 2,05 €, zzgl. Versand
Herausgeber: DGUV**

Medien zur Rückenkampagne unter: www.ruecken.universum.de

DREI-EBENEN-MODELL

QUALITÄTSKRITERIEN IM PRÄVENTIONS-FELD „GESUNDHEIT IM BETRIEB“

Was sind die Voraussetzungen für die Gestaltung gesunder Arbeit, welche Prozesse sind dabei zielführend, wie können diese vom Betrieb umgesetzt werden, und was sollte bei der Umsetzung beachtet werden? Dazu haben sich die gesetzlichen Unfallversicherungsträger auf gemeinsame Qualitätskriterien im Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ verständigt.

Für die Unfallversicherungsträger ist es ein zentrales Anliegen, Betriebe dabei zu unterstützen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. In diesem Zuge hat das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“ in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen.

Mit dem „Gemeinsamen Verständnis Gesundheit im Betrieb“¹ wurde vor drei Jahren in der gesetzlichen Unfallversicherung eine Grundlage für den Handlungsrahmen in diesem Präventionsfeld geschaffen.

Damit die betriebliche Gesundheitsarbeit langfristig Erfolg hat, sind aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung bestimmte Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Vorgehensweisen erforderlich. Diese hat das Sachgebiet „Betriebliche Gesundheitsförderung“ des Fachbereichs Gesundheit im Betrieb der DGUV (FB GiB) in den Qualitätskriterien im Präventionsfeld ‚Gesundheit im Betrieb‘ der gesetzlichen Unfallversicherung² formuliert.

Die Qualitätskriterien richten sich in erster Linie an die Unfallversicherungsträger zur Ausgestaltung ihrer Präventionsleistungen und Handlungskonzepte im Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“.

Drei-Ebenen-Modell

Die Qualitätskriterien werden mit Hilfe eines „Drei-Ebenen-Modells“ strukturiert, das die Grundlagen (= funktionierender Arbeitsschutz), die Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen für eine erfolgreiche Gesundheitsarbeit sowie bei der Umsetzung zu berücksichtigende Prinzipien beschreibt. Im Zentrum steht eine systematische Vorgehensweise zur Integration von Sicherheit und Gesundheit in den Betrieb. (vgl. Abbildung 1)

1. Ebene (Grundlage)

Aus Sicht der Unfallversicherung bildet ein funktionierender Arbeitsschutz die Grundlage für einen „gesunden Betrieb“, in dem die gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsschutzes und weitere relevante öffentlich-rechtliche Verpflichtungen eingehalten werden.

2. Ebene (Prozessebene)

Die Ebene zwei beschreibt die Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen, die die Voraussetzung bilden für eine erfolgreiche Gesundheitsarbeit im Betrieb. Die Prozessebene orientiert sich am PDCA-Regelkreises (Plan-Do-Check-Act) und verfolgt somit ein systematisches Vorgehen.

Hierzu gehören die Gesundheitspolitik der Organisation, deren Ziele, Strukturen und zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Schritte Analyse, Maßnahmenplanung und -umsetzung, die Evaluation und letztendlich die kontinuierliche Weiterführung und Verbesserung der Gesundheitsarbeit im Betrieb.

Für jeden dieser Schritte werden in der Veröffentlichung² die Qualitätskriterien beschrieben und mit bewährten Umsetzungsmöglichkeiten hinterlegt, wie sie in der betrieblichen Praxis erfüllt werden können. Beispielhaft wird dazu das Kriterium „Strukturen“ im Kasten 1 dargestellt.

Autorin und Autor



Angela Knoll

Leiterin des Referats „Gesundheitliche Prävention“ der DGUV
E-Mail: angela.knoll@dguv.de



Björn Wegner

Bereich Psychologie und Gesundheitsförderung
Unfallkasse des Bundes
E-Mail: bjoern.wegner@uk-bund.de

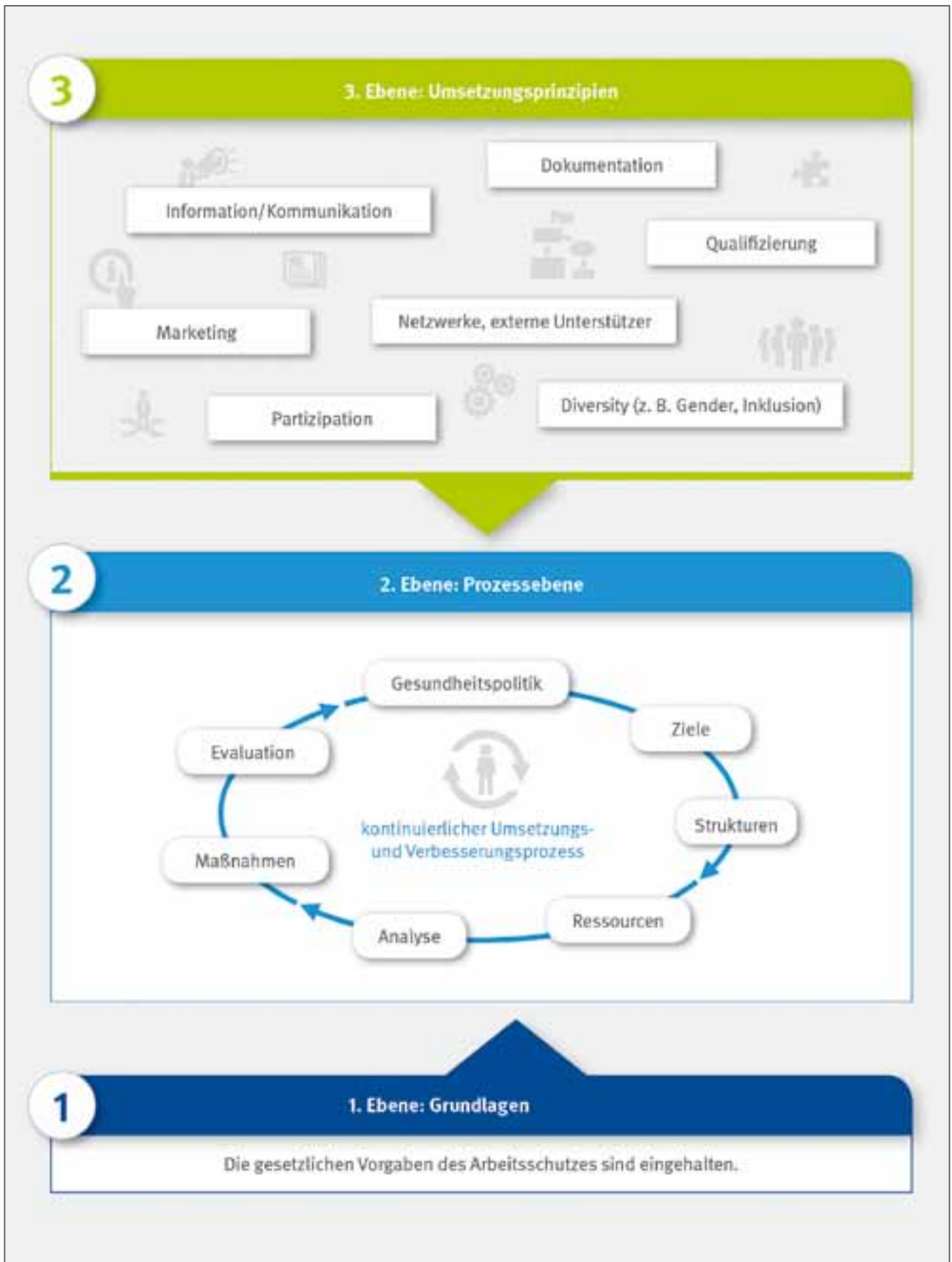


Abbildung 1: Kriterien Gesundheit im Betrieb – Drei-Ebenen-Modell

3. Ebene (Umsetzungsprinzipien)

In der dritten Ebene werden die Aspekte zusammengefasst, die bei den einzelnen Schritten der Prozessebene von Bedeutung sein können und somit bei der Planung und Durchführung des gesamten Prozesses beachtet werden sollten.

Dies sind Qualifizierung, Dokumentation, Information und Kommunikation, Partizipation, Marketing (Förderung und Werbung für „die Sache“), externe Unterstützung und Netzwerke sowie Diversity (Gender, Inklusion).

Auch die Umsetzungsprinzipien werden in der Veröffentlichung² genauer beschrieben und mit Leitfragen ergänzt, die als Anregung zu verstehen sind. Als Beispiel wird das Umsetzungsprinzip „Information und Kommunikation“ im Kasten ² dargestellt.

Anwendung und Ausblick

Die im Drei-Ebenen-Modell dargestellten Qualitätskriterien und Umsetzungsprinzipien sind grundsätzlich für alle Betriebe anwendbar, auch wenn sich die angeführten Beispiele nicht immer für alle Betriebsgrößen und Branchen eignen.

Eine wichtige Aufgabe der Unfallversicherungsträger ist es, mit Hilfe ihrer Branchenkenntnisse die Anwendung und Umsetzung der Qualitätskriterien auf die Gegebenheiten der Branche und der Betriebsgröße ihrer Mitgliedsbetriebe auszugestalten. Um das Thema „Gesundheit im Betrieb“ anschlussfähig zu machen und Ressourcen schonend umzusetzen, ist es bei der betrieblichen Umsetzung wichtig, an bereits vorhandene erfolgreiche Strategien und Instrumente anzuknüpfen.

Die Qualitätskriterien bilden somit eine Grundlage für den Qualitätsanspruch der Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger. Die Standards sind insbesondere von Bedeutung für Beratungskonzepte der Unfallversicherungsträger, die Entwicklung von Branchenregeln, Begutachtungskriterien für Managementsysteme, entsprechende Curricula in der Aus-

und Weiterbildung der Aufsichtspersonen und Fachkräfte für Sicherheit und Gesundheit, Qualifizierungskonzepte betrieblicher Akteure, Medienerstellung und bei der Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern. ●

Kasten 1: Beispiel „Strukturen“ der Prozessebene

Die Strukturen sind der betrieblichen Organisation entsprechend angemessen zu gestalten, z.B. Größe, Branche.

Beschreibung des Qualitätskriteriums

Es gibt für „Gesundheit im Betrieb“ eine „verantwortliche Person“ (Kümmerer, Gesundheitsmanager und Managerinnen, Gesundheitsbeauftragte oder Vergleichbares), deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten beschrieben sind.

Es gibt ein Lenkungsgremium für Gesundheit im Betrieb. Dieses ist eng verzahnt oder identisch mit dem Arbeitsschutzausschuss.

Das Lenkungsgremium arbeitet mit anderen betrieblichen Bereichen (z.B. Betriebliches Eingliederungsmanagement, Personalwesen, Qualität, Umwelt, Hygiene u.a.) zusammen.

Folgende Möglichkeiten zur Umsetzung des Kriteriums haben sich bewährt:

- Beschreibung der Aufgaben; Pflichten und Verantwortung von Führungskräften und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Rahmen von „Gesundheit im Betrieb“ z.B. in Funktionsprofilen.
- Verankerung einer verantwortlichen Person in der betrieblichen Organisation (inkl. Anforderungsprofil und Stellenbeschreibung).
- Unterstellung der verantwortlichen Person: Direkt der Leitung der Organisation unterstellt bzw. in der Leitung der Organisation angesiedelt
- Ausstattung der verantwortlichen Personen mit definierten Entscheidungskompetenzen.
- Schnittstellen, Kooperationen und Synergien zu anderen betrieblichen Organisationseinheiten und betrieblichen Prozessen festlegen.

Kasten 2: Beispiel „Information und Kommunikation“ als ein Umsetzungsprinzip

Information und Kommunikation

„Informieren und Kommunizieren sind Basisfunktionen sozialer Systeme und stellen sicher, dass gemeinsame Kultur entstehen kann.“

Insbesondere wichtig:

- Verfahren für den internen Informationsfluss und die Kommunikation zwischen Führungskräften, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, beratenden Personen, Ausschüssen, Arbeitskreisen zur Gesundheit im Betrieb (zum Beispiel Betriebliches Eingliederungsmanagement, Personal- und Organisationsentwicklung, Arbeitsschutz) sind festgelegt und werden genutzt.
- Verfahren für die Kommunikation mit externen Stellen: Regeln, wer, wie und wann mit externen Partnern und Stellen kommuniziert (z.B. mit Unfallversicherungsträgern, Krankenkassen, usw.) sind beschlossen.
- Informationen über Ziele, Analyseergebnisse, Maßnahmen und Ergebnisse werden regelmäßig und zielgruppengerecht kommuniziert.

Leitfragen zu Information und Kommunikation:

- Welche Personen (-gruppen)/Rollenträger gilt es zu informieren?
- Welche Personen (-gruppen)/Rollenträger müssen miteinander kommunizieren?
- Welche Inhalte sollen in welcher Tiefe kommuniziert werden?
- An welcher Stelle im Prozess findet welche Information statt?
- In welcher Form soll Information und Kommunikation stattfinden?
- Welche Medien / Kommunikationswege stehen zur Verfügung bzw. sollen genutzt werden?
- Sind die Verantwortlichkeiten dafür festgelegt?

Fußnote

[1] Das „Gemeinsame Verständnis zur Ausgestaltung des Präventionsfeldes Gesundheit im Betrieb durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)“ kann unter www.dguv.de Webcode: d138325 heruntergeladen werden.

[2] Die „Qualitätskriterien im Präventionsfeld Gesundheit im Betrieb der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und der DGUV“ können unter www.dguv.de Webcode: d138333 heruntergeladen werden.

ARBEITSUNFALL BEIM WARTEN UND KAFFEETRINKEN

Eine Taxifahrerin, die auf einen Fahrgast wartet, dessen Flug sich verspätet hat, ist während der Wartezeit gesetzlich unfallversichert. Dieser Unfallversicherungsschutz erlischt nicht, wenn die Taxifahrerin in einem Café einen Kaffee trinkt, um so die Wartezeit sinnvoll zu überbrücken.

§ Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 28.08.2013 – L 2 U 1/13 -, UVR 2013, S. 1110-1114)

Streitig war, ob das Warten einer Taxifahrerin auf einen Fahrgast in einem Café innerhalb eines Flughafens unter Unfallversicherungsschutz steht.

Die Klägerin hatte sich am Unfalltag mit ihrem Taxi zu einem Flughafen begeben, um dort einen Fahrgast abzusetzen und einen anderen Fahrgast abzuholen. Da sich dessen Flugzeug um etwa 20 bis 25 Minuten verspätet hatte, begab sich die Klägerin nach oben auf die Galerie, wo sich ein Café mit Tischen und Stühlen befindet. Sie setzte sich dort auf einen Stuhl an einem 6-Personen-Tisch mit dem Schild „Taxi“ bzw. „Taxistammtisch“, an dem auch andere Kollegen saßen und warteten. Als die Ansage kam, dass die Maschine ihres Fahrgastes gelandet sei, stand

sie auf und rutschte dabei aus. Dabei zog sie sich eine Wirbelsäulenverletzung zu.

Das LSG für das Saarland bejahte hier – im Gegensatz zum SG Saarland – einen Arbeitsunfall. Ausgehend davon, dass das Warten eines Taxifahrers auf einen Fahrgast unter Versicherungsschutz stehe, also eine versicherte Tätigkeit sei, beschränke sich dies nicht allein auf ein passives Warten; vielmehr müsse dem Wartenden auch ein gewisser Ermessensspielraum zugebilligt werden, wie diese Wartezeit verbracht wird. Dies gelte gerade bei längeren Wartezeiten (wie hier 20 bis 25 Minuten). Zudem zeige der „Taxistammtisch“ in dem aufgesuchten Café, dass dies ein übliches Verhalten von Taxifahrern sei. Das Kaffeetrinken selbst (als unversicherte, eigenwirtschaftliche Tätigkeit) stehe dem nicht entgegen, weil das Aufsuchen des Cafés wesentlich der Überbrückung des Wartens gedient habe, nicht aber dem Bedürfnis der Nahrungsaufnahme.

STERBEGELD IN DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

Der sozialrechtliche Anspruch auf Zahlung von Sterbegeld steht den in § 64 Abs. 1 SGB VII bezeichneten Angehörigen (Witwen, Witwer, (Stief-, Pflege-) Kinder, Enkel, Geschwister, frühere Ehegatten und Verwandte der aussteigenden Linie des Versicherten) nur dann zu, wenn diese auch die Bestattungskosten tragen.

§ Urteil des OLG Saarbrücken vom 20.03.2014 – 4 U 64/13 -, juris

Streitig war – eingebettet in zivilrechtliche Ansprüche – die Anspruchsberechtigung hinsichtlich des Sterbegeldes der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die (nichteheliche) Lebensgefährtin des Klägers (Alleinerbe) erlitt einen tödlichen Wegeunfall durch Kollision mit einem Lkw. Innerhalb seiner Klage gegen den Lkw-Fahrer und seine Haftpflichtversicherung kam die Frage auf, ob nun die Eltern der Verstorbenen anspruchsberechtigt hinsichtlich des Sterbegeldes der gesetzlichen Unfallversicherung sind oder der Kläger, der auch tatsächlich allein die Bestattungskosten trug.

Das OLG Saarbrücken legt § 64 Abs. 1 SGB VII dahingehend aus, dass die dort genannten Personen nur dann Anspruch auf (ein pauschaliertes) Sterbegeld haben, wenn sie auch tatsächlich die Beerdigungskosten tragen. Tun sie das nicht, sondern ein anderer (wie hier), hat dieser gem. § 64 Abs. 4 SGB VII Anspruch auf (ein konkret berechnetes) Sterbegeld. Die Problematik war aufgetreten, weil § 64 Abs. 4 SGB VII (nur) formuliert: „Ist ein Anspruchsberechtigter nach Absatz 1 nicht vorhanden“, ohne konkret dazu zu sagen, dass dieser Situation gleich steht, wenn zwar ein Berechtigter im Sinn des Absatz 1 vorhanden ist, aber tatsächlich die Beerdigungskosten nicht trägt.



Kontakt:

Prof. Dr. Susanne Peters-Lange, E-Mail: susanne.peters-lange@h-brs.de
Prof. Dr. Laurenz Mülheims, E-Mail: laurenz.muelheims@h-brs.de

WIRKUNGSVOLLE ZEITSCHRIFTEN

STANDARDS FÜR LESERBEFRAGUNGEN

Leserbefragungen sind ein probates Mittel, um die Wirkung von Zeitschriften bewerten zu können.

Präventions- und Informationsmedien müssen am Bedarf der betrieblichen Zielgruppen ausgerichtet sein, damit sie wirksam sind. Um dies zu überprüfen, hat das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) im Auftrag von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen eine Reihe von Mitgliederzeitschriften evaluiert. Dabei kamen neben anderen Methoden immer Leserbefragungen zum Einsatz.

Ein übergreifendes Projekt hatte nun das Ziel, auf der Basis dieser Erfahrungen Erfolgskriterien für wirkungsvolle Zeitschriften zu identifizieren und einen qualitativ hochwertigen standardisierten Fragebogen zu entwickeln.

Medien in der Prävention verfolgen generell das Ziel, Aufmerksamkeit zu erzeugen, Informationen zu vermitteln und darüber letztlich Verhalten und Verhältnisse zu beeinflussen. Ehe das präventive Verhalten jedoch umgesetzt wird, ist es häufig ein langer Weg. Deshalb werden Medien vordergründig eingesetzt, um Aufmerksamkeit auf Dinge zu lenken, die unmittelbar mit Verhaltensänderung in Bezug stehen wie Schulungen, Checklisten oder Handlungshilfen. Medien besitzen gegenüber anderen Umgebungsreizen eine hohe Informationsdichte und stellen an die menschliche Informationsverarbeitung besonders große Anforderungen. Aspekte der

Gestaltung dürfen die kognitiven Fähigkeiten des Lesenden nicht überfordern. Wie gelingt es also Präventions- und Informationsmedien wirkungsvoll zu sein und wie lässt sich ihre Wirkung evaluieren?

In der Evaluation von Zeitschriften kommen verschiedenste Erhebungsinstrumente zum Einsatz, wie beispielsweise Workshops oder Expertenbefragungen. Eine häufig genutzte Form sind allerdings die Befragungen. Leserbefragungen schaffen eine wesentliche Voraussetzung zur Sicherung des langfristigen Erfolgs von Zeitschriften. Sie geben den Verantwortlichen beispielsweise Auskunft über den Stand der Leserakzeptanz oder darüber, inwieweit die Kommunikationsziele wie Leserbindung, Imagetransfer oder Neukundengewinnung, erreicht werden. Bei entsprechender Fragestellung helfen die Lesenden der Zeitschriftenredaktion bei der Themenfindung und der laufenden Verbesserung der inhaltlichen und optischen Gestaltung. Eine regelmäßige Wirkungskontrolle der Zeitschrift zeigt Veränderungen in der Leserakzeptanz und damit Ansatzpunkte für Optimierungen.

Der Weg zum standardisierten Fragebogen

- Im ersten Schritt wurden über eine umfangreiche Literatur- und Internetrecherche Kriterien für wirkungsvolle Zeitschriften identifiziert. Es lassen sich

daraus Kriterien beschreiben, die für den wesentlichen Aufbau und Inhalt einer Zeitschrift bedeutsam sind und beachtet werden sollten, um dem Lesenden eine optimal gestaltete und informative Zeitschrift zu bieten (Beispiele siehe Kasten am Ende).

- Im zweiten Schritt wurden die ermittelten Kriterien mit den Indikatoren und einzelnen Fragen der bereits durchgeführten Leserbefragungen im IAG verglichen und sortiert.
- Im dritten Schritt wurden statistische Kennwerte für die entstandenen Indikatoren und Fragen der Fragebögen berechnet (Mittelwert und Standardabweichung).
- Um die Struktur und Qualität des Fragebogens zu überprüfen, wurde im vierten Schritt eine Güteprüfung durchgeführt.
- Im fünften Schritt wurden Berechnungen zu möglichen Zusammenhängen zwischen den Indikatoren vorgenommen.

Im Ergebnis ist eine Sammlung aller relevanten Indikatoren entstanden, die sich folgenden Themenkomplexen zuordnen lassen:

1. Gestaltung und Layout: Gestaltung allgemein, Schrift, Strukturierung, Farben, Bilder/Grafiken, Titelbilder, Sonstiges
2. Inhalt: Relevanz der Themen, Textqualität, Leser-Heft-Bindung, Seriosität, Editorial, Aktualität, Gewinnspiel, Praxisbezug, Zielgruppenbezug, Verhaltensänderung, Themenauswahl, Sonstiges
3. Lesart/Erscheinungsform: Bekanntheit, Zugang, Erscheinungsweise, Seitenumfang, Länge der Beiträge, Leseverhalten, Internetangebot, leichte Sprache, Sonstiges

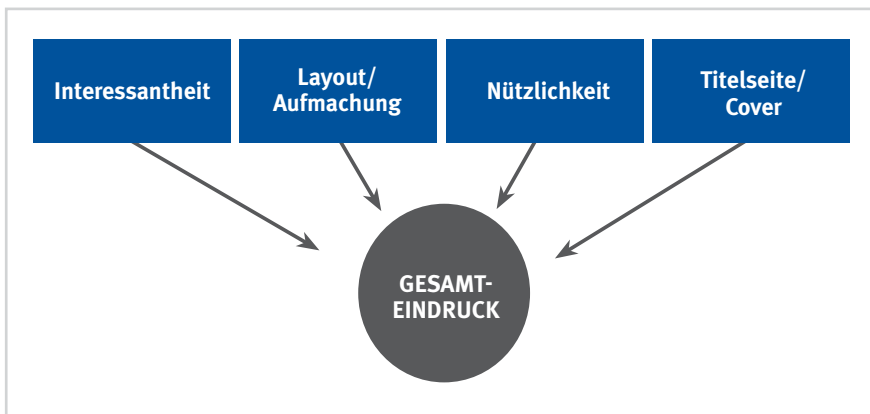
Autorin und Autor

Dr. Annetrin Wetzstein

Leiterin des Bereichs Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement
Institut für Arbeit und Gesundheit
der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung (IAG)
E-Mail: Annetrin.wetzstein@dguv.de

Marcus Dominik

cand. Master of Science (M. Sc.)
Westfälische
Hochschule Zwickau
E-Mail: marcus.dominik.0t1@fh-zwickau.de



Grafik 1

4. Gesamteindruck: Bewertung der Zeitschrift
5. Empfehlungen: Empfehlungen für weitere Verbesserung, Empfehlung an Kolleginnen und Kollegen
6. Angaben zur Person: Geschlecht, Alter, Branche, Anzahl der Beschäftigten und Funktion im Betrieb

Den Indikatoren wurden anschließend die einzelnen Fragen der Leserbefragungen sowie weitere aus der Literatur zugeordnet. Dabei gab es Indikatoren, denen sich mehrere Einzelfragen zuordnen ließen, aber auch Indikatoren, für die sich bisher keine Frage fand. Aus dieser Sammlung aller relevanten Indikatoren und Fragen ist ein modularer Fragebogen in Tabellenform entstanden. Bezogen auf die Themenkomplexe sind darin die Indikatoren sowie die zugehörigen Items dargestellt. Neben dem modularen Fragebogen zeigt die Tabelle auch, wie viele Teilneh-

mende (N) der Leserbefragungen das jeweilige Item beantwortet haben, welche Mittelwerte beziehungsweise Häufigkeiten über alle Teilnehmenden dabei entstanden sind und welche Standardabweichungen (SD) sich ergaben.

Die Item- und Güteprüfung des modularen Fragebogens ergab ein gutes Ergebnis. In einer weiteren Modellüberprüfung wurde angenommen, dass es Einflussfaktoren gibt, die auf eine Zielvariable einwirken. Bezüglich der Zeitschriften war es die Annahme, dass die Merkmale für die wirkungsvolle Gestaltung einer Zeitschrift, also die Indikatoren der Themenkomplexe „Gestaltung und Layout“ sowie „Inhalt“, Einfluss auf den Gesamteindruck der Zeitschrift und auf die Verhaltensänderung beim Lesenden haben.

Den größten Einfluss auf den Gesamteindruck einer Zeitschrift haben die Interessantheit und Nützlichkeit der Artikel sowie das Layout der Zeitschrift und die Gestaltung der Titelseite (siehe Grafik 1).

Den größten Einfluss auf eine eingeschätzte Verhaltensänderung haben ebenfalls die Interessantheit und Nützlichkeit der Artikel, aber auch die Branchenspezifik sowie gute Fotos und Abbildungen (siehe Grafik 2).

Der modulare Fragebogen steht nun als Angebot für alle Unfallversicherungsträger zur Verfügung. Er bietet Vergleichswerte für zukünftige Befragungen sowie die Möglichkeit, schnell, standardisiert und spezifisch Leserbefragungen zu erstellen. Damit wird eine vereinfachte Auswertung des Leseverhaltens ermöglicht, und die Zeitschriften können sowohl am Interesse der betrieblichen Zielgruppen als auch an den Kriterien für wirkungsvolle Zeitschriften ausgerichtet werden.

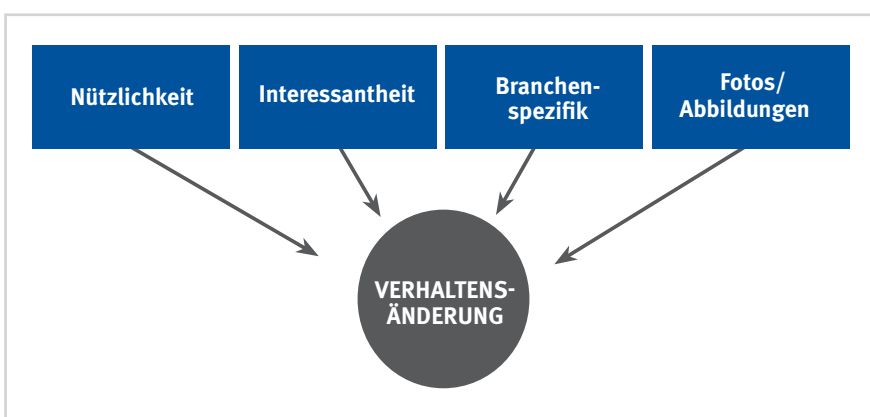
Der modulare Fragebogen in Tabellenform kann im IAG angefordert werden. ●

Thematik

- Beiträge interessant gestalten und nicht zu fachspezifisch aufbereiten
- Breites Spektrum an Beiträgen, dass auch Einblicke in andere Bereiche gewährt
- Feste Rubriken sollten immer ihren Platz haben
- Klares Ordnungsprinzip sowie ständiger Wechsel von Statik und Dynamik
- Diskussionen zu Themen anstoßen, zum Beispiel: „Sagen Sie uns Ihre Meinung“
- Farbleitsysteme nutzen

Gestaltung

- Farbige Seiten werden als attraktiver, freundlicher und moderner empfunden. Sie zeichnen sich durch höhere Beachtungswerte aus und können die Blickrichtung des Lesenden lenken.
- Bilder ziehen Aufmerksamkeit auf sich und dienen dazu, bestimmte Themen im Gedächtnis zu verankern. Besonders gut sind Bilder geeignet, wenn sie die Wirklichkeit glaubwürdig abbilden.
- Texte sollten präzise, nicht zu lang, inhaltlich klar und leicht verständlich sein und zudem durch Zwischenüberschriften gegliedert werden.
- Infografiken tragen zum besseren Textverständnis und zur Ergänzung von Texten bei.



IAG

Grafik 2

WELTKONGRESS 2014

Globale Trends im Arbeitsschutz

Der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014 steht unmittelbar bevor. Er greift globale Trends im Arbeitsschutz auf. Doch für welche Themen interessiert sich die internationale Arbeitsschutz-Community besonders? Eine Umfrage unter Teilnehmenden des Weltkongresses gibt einen ersten Aufschluss.

Brände in Textilfabriken, Unglücke in Minen, tödliche Unfälle auf Großbaustellen: Weltweit mangelt es vielerorts am Arbeitsschutz – so das Bild in den Medien. Zu Recht wird dann gefordert, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit besser zu schützen, strengere Richtlinien zu erlassen und bei Missachtung dieser Regelungen strikte Konsequenzen zu ziehen. So ernsthaft diese Vorfälle sind, sie zeigen nur das eine Bild des Arbeitsschutzes weltweit. Dagegen bleibt häufig unerwähnt: die wachsende Zahl vieler Beispiele guter Arbeitsschutz-Praxis rund um den Globus. In vielen Ländern der Welt sind schwere oder tödliche Arbeitsunfälle sogar rückläufig. Ein Erfolg der weltweiten Präventionsarbeit.

Diese Erfolge gäbe es nicht in diesem Maße, wenn nicht auch auf internationaler Ebene ein reger Austausch herrschen würde. Wenn sich die Präventionsexpertinnen und -experten weltweit nicht vernetzen und voneinander lernen könnten. Wenn sie sich nicht gemeinsam neuen Herausforderungen im Arbeitsschutz stellen könnten. Aus diesem Grund sind Veranstaltungen wie der alle drei Jahre wiederkehrende Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit von höchster

Wichtigkeit. Die weltweit größte Veranstaltung für die Internationale Community des Arbeitsschutzes macht 2014 Halt in Deutschland: vom 24. bis zum 27. August in Frankfurt am Main.

Hochwertiges Programm

Welchen Stellenwert das Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit weltweit hat, zeigt auch die bislang höchste Zahl an Beitragsvorschlägen und Einreichungen für den Weltkongress: Etwa 1.300 Abstracts zu den Symposien und dem Forum für Prävention zählten die Veranstalter aus allen Ländern. Hinzu kamen 290 Einsendungen für das zugehörige Internationale Media Festival für Prävention. Die Besucherinnen und Besucher dürfen dementsprechend ein breitgefächertes wie qualitativ hochwertiges Programm erwarten.

Doch welche Arbeitsschutz-Themen interessieren die Teilnehmenden ganz konkret? Eine erste Antwort geben die Ergebnisse aus einer repräsentativen Umfrage unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich bereits für den Weltkongress 2014 angemeldet haben. Diese sollten angeben, welche Fachveranstaltungen und Symposien sie voraussichtlich besuchen werden. Es zeigte sich ein besonders

hohes Interesse an Veranstaltungen zur Präventionskultur, zu Präventionsstrategien sowie zum „Return on Prevention“.

Fachveranstaltungen

Etwa zwei Drittel aller Befragten gaben etwa an, die Fachveranstaltung „Herausforderungen und Strategien zur Förderung der Gesundheit bei der Arbeit“ (T03) besuchen zu wollen. Ausgerichtet wird diese von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO). Unter dem Vorsitz von Professor Harri Vainio vom Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) erörtern Referentinnen und Referenten aus der Schweiz, aus Brasilien, Südafrika, Thailand und Finnland, welche Aufgaben in Sachen Sicherheit und Gesundheit bewältigt werden müssen. So öffnet die Veranstaltung den Blick für die große Bandbreite an nationalen Herausforderungen nach der Weltwirtschaftskrise und zeigt zugleich tragfähige Strategien zur Verbesserung der internationalen Präventionsarbeit auf.

Auf ein ähnlich hohes Interesse stößt die von der DGUV organisierte Fachveranstaltung „Gesunde Arbeitsplätze – gesunde Mitarbeiter“ (T04). Im Mittelpunkt stehen hier die Fragen: Was macht gesunde Arbeit aus? Mit welchen Faktoren kann man diese fördern? Und: Gibt es mehr als ein Verständnis von gesunder Arbeit und betrieblicher Gesundheitsförderung? Die Vorsitzenden Dr. Rolf Ellegast vom Institut für Arbeitsschutz der DGUV sowie Fritz Bindzius von der DGUV begrüßen dazu Referierende aus Kolumbien, den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland. Diskutiert werden soll dabei, inwiefern die Faktoren Führung, Ge-

Autorin und Autor

Sabine Herbst

Stellvertretende Projektleiterin
Weltkongress 2014
E-Mail: sabine.herbst@dguv.de

Dr. Sven Timm

Projektleiter Weltkongress 2014
E-Mail: sven.timm@dguv.de

sundheitsprogramme und persönliche Ressourcen, Gestaltung der Arbeitsumgebung, Wirtschaftlichkeitsaspekte sowie Work-Life-Balance zu einer gesunden Arbeit beitragen können.



XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014

Globales Forum Prävention

Symposien

Bei den Symposien zeichnet sich eine hohe Beteiligung bei der Veranstaltung „Gestaltung einer Präventionskultur im Arbeitsschutz“ (S02) ab (siehe Abbildung 2). Präventionskultur – ein Thema, das die Arbeitsschutz-Community mindestens seit dem XVIII. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008 intensiv beschäftigt. Damals unterzeichneten rund 50 hochrangige Entscheidungsträgerinnen und -träger aus der ganzen Welt die „Erklärung von Seoul“ und verpflichteten sich, die präventive Sicherheits- und Gesundheitskultur weltweit zu fördern. Seitdem erarbeiten internationale Expertinnen und Experten die theoretischen Grundlagen, eine Definition sowie mögliche Messinstrumente für eine weltweite Kultur der

Prävention. Erste Ergebnisse dieser Arbeit werden auf dem Symposium vorgestellt, das unter dem Vorsitz von Gye-Wan Bae von Korea Occupational Safety and Health Agency (KOSHA) steht.

Auch das Symposium „Prävention lohnt sich – Return on Prevention“ (S01) steht in der Beliebtheitsskala der Befragten weit oben. Das wundert nicht: Denn die Tatsache, dass sich Prävention auf Dauer auch wirtschaftlich für ein Unternehmen lohnt, dient als handfestes Argument ge-

genüber jenen, die Arbeitsschutz gerne als Kostenfaktor abtun. Unter dem Vorsitz von Bernd Treichel von der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) wird die richtungweisende internationale Studie zu „Return on Prevention“ vorgestellt, die gemeinsam von der IVSS, der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) sowie der DGUV erstellt wurde. Für weitere Anregungen sorgen Erkenntnisse zum Nutzen von Prävention aus Luxemburg, Frankreich, Irland, Italien, den

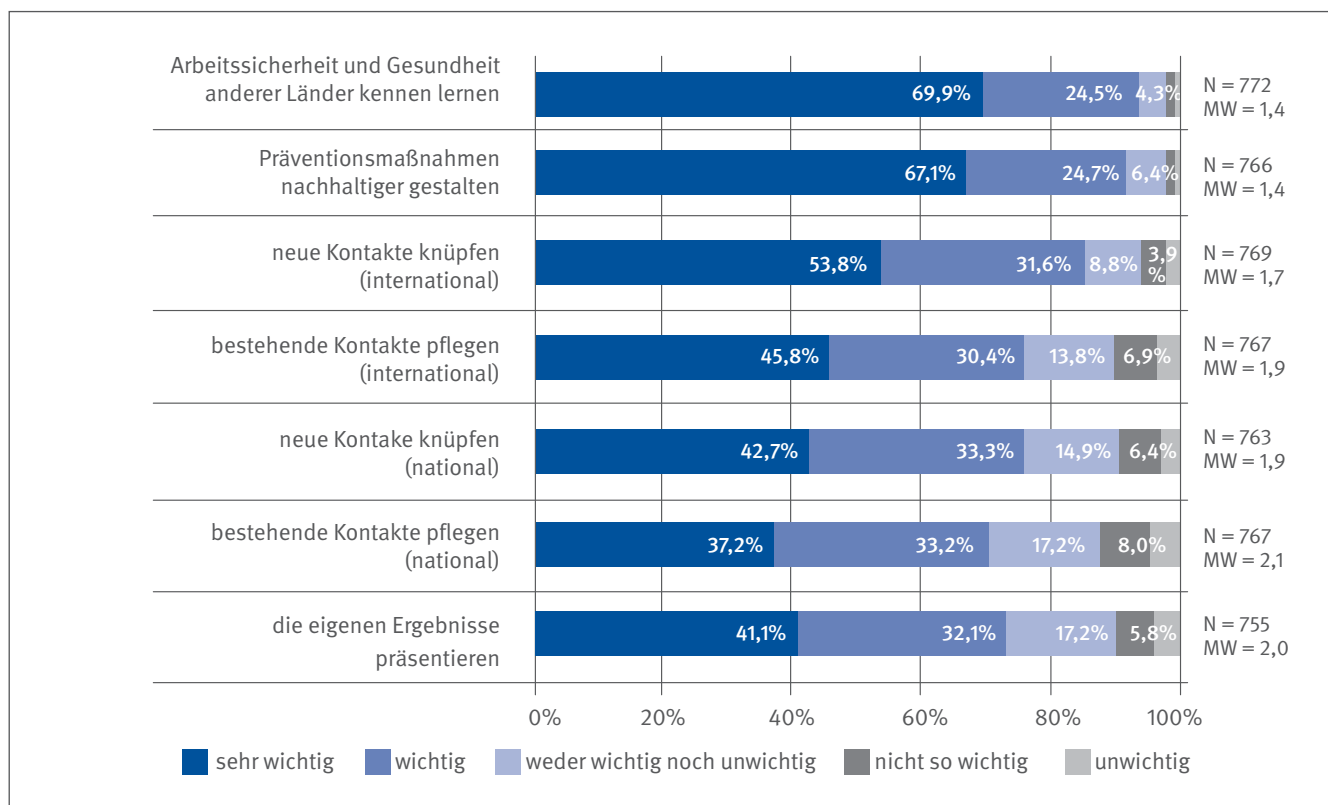


Abbildung 1: Wie wichtig sind folgende Aspekte für Sie?

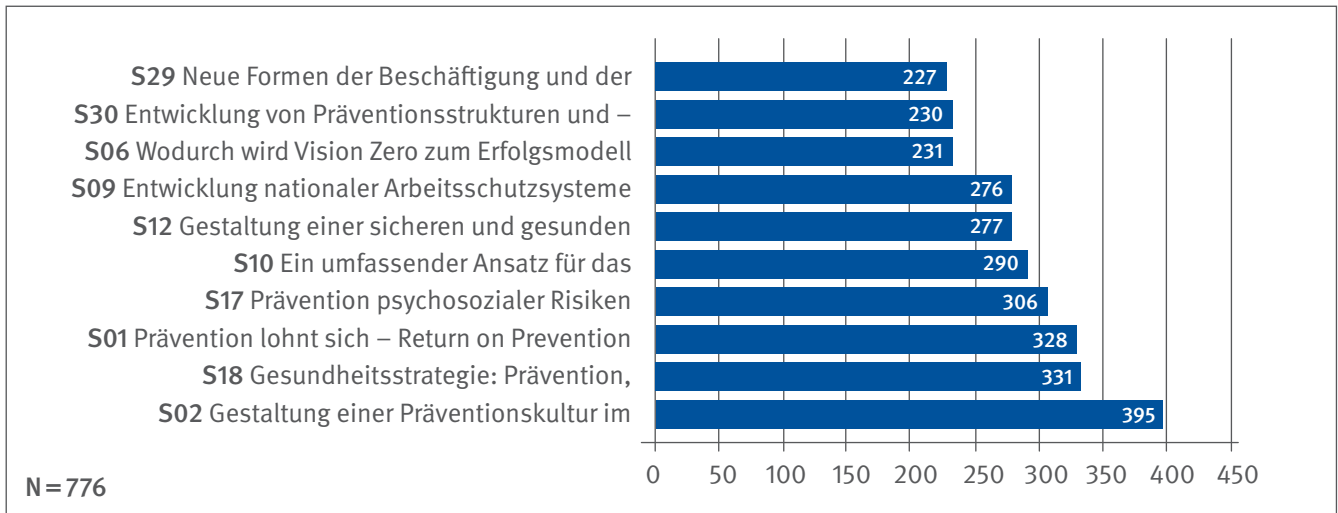


Abbildung 2: Die 10 beliebtesten Symposien

Arabischen Emiraten, der Schweiz und Malaysia.

Die Teilnahme am Weltkongress 2014 ist ein Muss für alle, die auf dem Gebiet von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit tätig sind.

Großes Interesse weckt darüber hinaus das Symposium „Gesundheitsstrategien: Prävention, Förderung und Versorgung aller Arbeitnehmer“ (S18). Referentinnen und Referenten aus der Schweiz, Sri Lanka, Singapur, Malaysia, Polen und Deutschland diskutieren hier über Entwicklungen in der Arbeitnehmergeundheit weltweit. Der Fokus liegt dabei auf der Prävention von betrieblich bedingten, nicht übertragbaren, Erkrankungen und der Frage, wie eine gute betriebliche Gesundheitsförderung aussehen kann. Den Vorsitz haben Dr. Ivan Ivanov von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Dr. Igor Fedotov von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) inne.

Weitere Top-Themen

Daneben spiegelt der Weltkongress 2014 eine große Palette vieler weiterer Themen und Trends im Arbeitsschutz wieder. Themen, die auch die Präventionsarbeit in Deutschland in den kommenden Jahren beschäftigen wird, wie etwa die Zunahme der psychosozialen Risiken bei der Arbeit,

Lösungswege zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten, die Entwicklung von Gesundheitsstrategien oder etwa Arbeitsschutzthemen rund um neue Formen der Beschäftigung.

Wer nun eine „trockene“ Kongressatmosphäre mit zahllosen Frontalvorträgen fürchtet, wird vom Weltkongress 2014 überrascht sein: Interaktive Veranstaltungen, neue Konzepte und die Einbindung multimedialer Inhalte lassen den Weltkongress in seinem Jubiläumsjahr in eine neue Dimension in der Kommunikation von Prävention treten. In besonderer Weise werden dies zwei neue Formate repräsentieren: das Forum für Prävention und die Agora. Das Forum für Prävention präsentiert auf zehn Themenarealen und einer Aktionsbühne neueste Ergebnisse aus Forschung und Praxis aus 47 Ländern. Die Agora, ein Marktplatz zum Experimentieren und Ausprobieren, bietet vielfältige Angebote rund um die Schwerpunktthemen „Sichere Forstarbeit“ und „Verkehrssicherheit“. Die 7.000 Quadratmeter große Freifläche direkt vor Halle 3 kann sogar ohne Eintrittskarte besucht werden: der ideale Ort, um Gäste zu empfangen und neue Kontakte zu machen.

Warum teilnehmen?

Kontakte knüpfen und das eigene Präventionsnetzwerk erweitern ist für viele Teilnehmende schließlich auch eines der Hauptmotive für ihre Anmeldung zum Weltkongress 2014. Dies zeigen die Er-

gebnisse der Vorabumfrage ebenfalls: Weit über die Hälfte (53,8 Prozent) gab an, dass es ihnen „sehr wichtig“ sei, neue internationale Kontakte zu knüpfen, weiteren 31,6 Prozent ist es „wichtig“ (siehe Abbildung 1).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Weltkongresses 2014 wissen: Antworten auf offene Präventionsfragen finden sich leichter im Team. Damit Präventionsarbeit – auch in Deutschland – zielgerichtet, wirksam und ressourcenschonend möglich ist, braucht es den Austausch, das Lernen von anderen, Synergien und Netzwerke. Die Teilnahme am Weltkongress 2014 ist daher ein Muss für alle, die auf dem Gebiet von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit tätig sind.

Weltkongress 2014

Der XX. Weltkongress für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014: Globales Forum Prävention findet vom 24. bis 27. August in Frankfurt am Main statt. Organisiert wird er von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) sowie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS). Der Kongress bietet Expertinnen und Experten für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie vielen weiteren am Arbeitsschutz Interessierten eine Plattform zum Informations- und Meinungsaustausch. Mehr unter www.safety2014germany.com

VORSTANDSVORSITZENDE DER DGUV NEU GEWÄHLT

DGUV/Nikolaus Brade



Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting (links) und Manfred Wirsch.

Der Vorstand der DGUV hat in seiner Sitzung am 4./5. Juni 2014 Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting und Manfred Wirsch zu neuen Vorsitzenden gewählt. Manfred Wirsch schied mit seiner Wahl aus dem Amt des Vorsitzenden der Mitgliederver-

sammlung aus. Zu seinem Nachfolger wählte die Mitgliederversammlung der DGUV Sönke Bock.

Manfred Wirsch vertritt die Seite der Versicherten. Er folgt auf Marina Schröder, die ihr Amt am 5. Juni 2014 aus persönlichen Gründen niedergelegt hat. Wirsch ist im Hauptberuf Fachkraft für Arbeitssicherheit bei ArcelorMittal Distribution. Er kommt von der Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW), wo er ebenfalls das Amt des Vorstandsvorsitzenden innehat.

Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting ist ebenfalls Vorstandsvorsitzender der BGHW. Er blickt auf eine lange Karriere im

Handel zurück. So war er unter anderem Bereichsleiter in der Metro AG. Von 2009 bis 2012 war er Präsident des europäischen Handelsverbandes EuroCommerce. Von Leoprechting wird die Seite der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung vertreten. Er übernimmt das Amt am 1. Juli 2014 von Dr. Hans-Joachim Wolff.

„Wir danken Marina Schröder und Hans-Joachim Wolff herzlich für ihre Tatkraft und ihr Engagement“, sagte DGUV-Hauptgeschäftsführer Dr. Joachim Breuer anlässlich der Verabschiedung der beiden langjährigen Vorsitzenden. Schröder und Wolff hätten die Geschicke der Unfallversicherung in wechselhaften Zeiten maßgeblich geprägt.

MEHRENS AUCH INTERNATIONAL TÄTIG

BUKH



Ulf Mehrens

Ulf Mehrens, Vorsitzender des Deutschen Rollstuhl-Sportverbandes (DRS) ist im Rahmen des Weltkongresses der International Wheelchair Basketball Federation (IWBF) zum neuen Präsidenten des internationalen Rollstuhlbasketball Verbandes gewählt worden. Der 59-Jährige ist Nachfolger der Kanadierin Maureen Orchard.

Mehrens ist der gesetzlichen Unfallversicherung seit Jahren verbunden. Zusammen mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat er die letzten BG-Klinikturen organisiert und unterstützt. Als Präsident

des IWBF soll er nun die anerkannt guten Strukturen in Deutschland auch international umsetzen. „Mir liegen drei Punkte in den kommenden vier Jahren besonders am Herzen. Zum einen müssen wir professionelle Strukturen weg von Ehrenamtlichkeit aufbauen, die Kommunikation intern wie extern verbessern und unsere Geschäftsstelle nach Deutschland verlegen, um auch hier kooperativ mit der FIBA zusammenarbeiten zu können“, so Mehrens zur Verbindung mit dem internationalen Fußgängerverband im Basketball.

WECHSEL DES STELLVERTRETENDEN HAUPTGESCHÄFTSFÜHRERS BEI DER BGW

BGW/netcondition/Klaus Hecke



Jörg Schudmann, der neue stellvertretende Hauptgeschäftsführer der BGW

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat einen neuen stellvertretenden Hauptgeschäftsführer. Jörg Schudmann, zuvor Geschäftsführer der BGW-Bezirksverwaltung Bochum, löst Arthur Montada ab, der Ende Juni in den Ruhestand gegangen ist. Der Vorstand der BGW würdigte Montadas langjähriges beispielgebendes Engagement für die Berufsgenossenschaft: „Herr Montada hat die Entwicklung der BGW zu einem modernen Dienstleister maßgeblich mitgestaltet.“

Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Hauptgeschäftsführer der BGW, dankte Montada für dessen unermüdlichen und stets vorausschauenden Einsatz und begrüßte zugleich Jörg Schudmann als neuen Stellvertreter an seiner Seite. Dieser will die kundenorientierte und zukunftsfeste Ausrichtung der BGW weiter voranzutreiben. „In unserem Leitbild haben wir auf den Punkt gebracht, wofür die BGW steht – nämlich für ein gesundes Berufsleben“, erklärt er.

MARINA SCHRÖDER: MEHR ALS 30 JAHRE FÜR ARBEITSSICHERHEIT UND GESUNDHEITSSCHUTZ



Foto: DGUV

Marina Schröder

Zum 05.06.2014 hat Marina Schröder als Vertreterin der Versichertenseite ihr Amt der Vorstandsvorsitzenden der DGUV aus gesundheitlichen Gründen niedergelegt. Zu ihrem Nachfolger wurde Manfred Wirsch gewählt.

Marina Schröder war mehr als 30 Jahre in verschiedenen Funktionen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz tätig. Die ersten Erfahrungen auf diesem Feld sammelte sie als Betriebsrätin. Danach studierte sie als Stipendiatin der Hans-Böckler-Stiftung Chemie mit dem Schwerpunkt Biochemie und später dann noch Sicherheitswissenschaften an der Universität Wuppertal.

Es folgten Tätigkeiten als Fachkraft für Arbeitssicherheit, in der Bildungsarbeit für verschiedene Gewerkschaften und in der Zusammenarbeit mit Technologie- und ähnlichen Beratungsstellen, bevor sie 1999 Referatsleiterin beim DGB-Bundesvorstand wurde.

2001 wurde sie Vorstandsmitglied der damaligen Berufsgenossenschaft Feinmechanik und Elektrotechnik (heute BG ETEM) und des damaligen Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG).

2009 übernahm sie den alternierenden Vorstandsvorsitz des aus der Fusion hervorgegangenen neuen Spitzenverbandes, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Mehr als ein Jahrzehnt hat sie damit die Geschicke des Spitzenverbandes an entscheidender Stelle mitgeprägt.

Zum 125jährigen Jubiläum der Unfallversicherung hielt sie 2010 neben der damaligen Sozialministerin Ursula von der Leyen die Rede zum Festakt im Deut-

schischen Historischen Museum. Darin sagte sie: „Die Sozialpartnerschaft ist der Ort eines demokratischen Interessenausgleichs. Wir alle wissen, dass dieser nicht immer leicht zu erreichen ist. Wir erfahren aber auch immer wieder: Es lohnt sich, nach einem Konsens zu suchen, den alle mittragen können.“

Im Grundsatzausschuss Prävention hatte sie seit 2005 den Vorsitz inne. Beteiligt war sie in dieser Zeit zum Beispiel an der Verabschiedung des „Positionspapier der Selbstverwaltung der DGUV zur Prävention“ im November 2008. Darin gibt sich die Selbstverwaltung Leitlinien zur Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages und macht sie der Öffentlichkeit bekannt.

Marina Schröder hat ihre Arbeit für die Unfallversicherung verknüpft mit ihrer Präsenz in weiteren nationalen und internationalen Gremien des Arbeitsschutzes. Von dieser Vernetzung hat die Unfallversicherung sehr profitiert.

Gerade in den bewegten Zeiten der gesetzlichen Neuordnung der Unfallversicherung hat sie mit Augenmaß und Diplomatie dazu beigetragen, die Wogen zu glätten und konstruktive Lösungen zu finden. Sie hat die Neuordnung von Anfang an begleitet: von der Vorbereitung der Reform durch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Anfang 2005 bis zum fertigen Regierungsentwurf des UVMG im Frühjahr 2008. Auch bei den Fusionen von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen hat sie in strittigen Fragen stets zu vermitteln gewusst und das Zusammenwachsen der beiden ehemaligen Dachverbände gefördert.

Darüber hinaus widmete sie sich in ihrer DGUV-Vorstandsarbeit auch den Themen aus dem Bereich Rehabilitation, so vor allem der Neuordnung des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung und der Neugestaltung der Klinikstrukturen.

Marina Schröder hat die Entwicklung in diesen Feldern nicht nur in den Gremien mitverfolgt, sondern sie auch tatkräftig unterstützt. Hervorzuheben ist zum Beispiel ihr großes Engagement für die BG-Klinitouren und den Behindertensport. Unermüdlich ist sie zu den Veranstaltungen an den einzelnen Klinikstandorten gereist, um dort die gesetzliche Unfallversicherung, die Besonderheiten ihrer Kliniken und den Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung prominent zu vertreten.

Ein weiteres Thema, das ihr am Herzen lag, ist das Ehrenamt selbst. Seit einiger Zeit gibt es eine lebhaftige Diskussion über eine Reform der Sozialwahlen. Marina Schröder hat in diesem Zusammenhang immer wieder dafür geworben, die einzelnen Zweige der Sozialversicherung nicht über einen Kamm zu scheren und die gesetzlich vorgegebenen Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung zu berücksichtigen.

Die DGUV bedauert sehr, dass sie mit Marina Schröder eine so sachkundige Botschafterin für die gesetzliche Unfallversicherung verliert. Sie bedankt sich bei ihr für ihr großes Engagement und wünscht ihr viel Kraft und Glück für die kommende Zeit.

DR. HANS-JOACHIM WOLFF: EIN MANN MIT ENGAGEMENT UND ERFAHRUNG



DGUV/Stephan Floss Fotografie

Dr. Hans-Joachim Wolff

Nahezu zeitgleich mit der Vorstandsvorsitzenden Marina Schröder hat auch Dr. Hans-Joachim Wolff, Vorstandsvorsitzender der DGUV und Vertreter der Arbeitgeber, sein Amt aus persönlichen Gründen niederlegt. Zum 01. Juli 2014 folgt ihm Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting nach.

Dr. Wolff hat den Arbeitsschutz in Deutschland und die gesetzliche Unfallversicherung im Besonderen über lange Jahre mit seinem Engagement, seiner Erfahrung und seinem Verhandlungsgeschick geprägt. Seit 1985 hat er in verschiedenen Funktionen die Interessen der Arbeitgeber in der paritätisch besetzten Selbstverwaltung der Unfallversicherung vertreten.

Zunächst war der promovierte Ingenieur in der Vertreterversammlung der Tiefbau-Berufsgenossenschaft TBG (heute BG BAU) aktiv. Mitte 1990 wurde er Mitglied des Vorstandes der TBG, 1998 übernahm er den Vorsitz dieses Gremiums. Im gleichen Jahr wurde Dr. Wolff auch Mitglied

des Vorstandes des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Im Jahr 2004 übernahm er den alternierenden Vorstandsvorsitz des HVBG.

Seit der Fusion des HVBG mit dem Bundesverband der Unfallkassen (BUK) zur DGUV im Jahr 2007 war Dr. Wolff Vorstandsvorsitzender des gemeinsamen Spitzenverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

In dieser Funktion hat er sich unter anderem um die erfolgreiche Fusion der beiden Verbände und die Vertretung der Interessen der Selbstverwaltung während der Beratungen zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung verdient gemacht.

Intensiv begleitet hat er auch die umfangreiche Neuordnung des Heilverfahrens in der Unfallversicherung und die Entwicklung des neuen Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung – KUV.

Ende 2010 übernahm er auch den Vorstandsvorsitz des KUV und begleitete den Aufbau einer neuen organisatorischen und rechtlichen Struktur.

Dr. Wolff hat in den Zeiten des Umbruchs immer wieder eine pragmatische und konstruktive Art im Umgang mit Problemen bewiesen. Er hat mitgeholfen, Lösungen zu suchen und zu finden.

Sein ausgleichendes Wesen hat wesentlich dazu beigetragen, dass er sich innerhalb der berufsgenossenschaftlichen Gremien bei beiden Gruppen der Sozialpartner großer Wertschätzung erfreuen

konnte. Wolff: „Ich habe in meinem Berufsleben sehr gute Erfahrungen mit der gesetzlichen Mitbestimmung gemacht. Ich bin auch deshalb ein überzeugter Anhänger der Selbstverwaltung und werbe dafür. Sie tut dem Wirtschaftsstandort Deutschland gut.“

In seiner beruflichen Laufbahn war Dr. Wolff in der Bauwirtschaft verankert. 1971 promovierte er an der Technischen Universität Hannover zum Dr.-Ing. 1971 trat er bei der Hauptverwaltung des Baukonzerns Dyckerhoff & Widmann AG (DYWIDAG) in München ein.

In der Folge hatte er bei DYWIDAG wechselnden Positionen inne, angefangen vom Bauleiter bis hin zum Leiter der Hauptniederlassung in Frankfurt. 1990 wurde er in den Vorstand von DYWIDAG berufen, 1992 wurde er Sprecher dieses Gremiums und 1994 sein Vorsitzender. Nach der Fusion der WALTER BAU-AG mit DYWIDAG 2001 übernahm er diese Tätigkeit bis zu seinem Ausscheiden 2003 auch in der fusionierten Firma.

Das ehrenamtliche Engagement Dr. Wolffs hat sich aber nicht allein auf seine Arbeit für die gesetzliche Unfallversicherung beschränkt. An dieser Stelle sollen aufgrund der Vielzahl nur einige seiner weiteren Ehrenämter aufgeführt werden: Dazu gehörten die Mitgliedschaften im Bayerischen Bauindustrieverband, dessen Vizepräsident er war, seine Mitgliedschaft im Präsidium des Hauptverbandes der deutschen Bauindustrie und im Vorstand der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (VBW).

Für seine Verdienste zeichnete ihn der Bundespräsident 2004 mit dem Bundesverdienstkreuz aus.

Dr. Wolff war stets ein eloquenter und sachkundiger Botschafter für die Anliegen der gesetzlichen Unfallversicherung. Er hat ihr Türen geöffnet und Wege geebnet.

Die DGUV dankt ihm für seinen großen Einsatz und wünscht alles Gute für den weiteren Lebensweg.

DGUV INFORMATION ZU EIGNUNGSUNTERSUCHUNGEN



DGUV

tigten, Betriebsräten und Personalvertretungen sowie Sicherheitsfachkräften, Betriebsärztinnen und Betriebsärzten. Aufgrund einer Häufung von Anfragen zum Thema „Eignungsuntersuchungen“ zeigt sich ein erheblicher Informationsbedarf, dem die DGUV Information „Eignungsuntersuchungen in der betrieblichen Praxis“ Rechnung tragen soll.

Die DGUV Information erläutert die Trennung von arbeitsmedizinischer Vorsorge und Eignungsuntersuchung, die Rechtsgrundlagen der Eignungsuntersuchungen sowie deren Verhältnismäßigkeit. Beispiele aus der betrieblichen Praxis zu Eignungsuntersuchungen runden die Broschüre ab.

Information

Die 16-seitige Informationsschrift kann kostenlos heruntergeladen werden unter: www.dguv.de/Medien und Datenbanken/Publikationen/Neuerscheinungen.

Mit Inkrafttreten der in wesentlichen Teilen neu gefassten Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) am 31. Oktober 2013 rückt das Thema Eignungsuntersuchungen weiter in den Fokus des Interesses von Arbeitgebern, Beschäf-

RELAUNCH DER ZEITSCHRIFT IMPULS



BG ETEM

den Beschäftigten in den Betrieben in erster Linie verhaltensbedingte Risiken und Gefahren aufzeigen und Lösungen anbieten.

Bei der grafischen und inhaltlichen Neuausrichtung des Blattes wurde großen Wert auf gute Lesbarkeit, Übersichtlichkeit und die Aspekte Spannung und Emotion gelegt. Unfallschilderungen und Geschichten über Menschen, die nach Unfällen ihr Leben neu ausrichten mussten, sind Teil des neuen Impuls. Ein boulevardesker Stil, kombiniert mit großen Bildern, soll die Hemmschwelle bei Versicherten herabsetzen, die nicht gerne lesen. Eine Leserbefragung ist für das nächste Jahr vorgesehen.

Information

Die Zeitung Impuls gibt es auch online unter: www.bgetem.de, Webcode: 11808185.

Die Zeitung Impuls, die sich an Beschäftigte der BG ETEM wendet, wurde einem umfangreichen Relaunch unterzogen. Das sechsmal im Jahr erscheinende Blatt soll

IMPRESSUM

DGUV FORUM

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

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

Chefredaktion • Gregor Doepeke (verantwortlich), Dr. Jochen Appt, Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Natalie Peine, Falk Sinß (Universum Verlag)

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 • abcdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

Grafische Konzeption und Gestaltung • Cicero Gesellschaft für Werbung und Kommunikation mbH, Wiesbaden

Titelbild • Shutterstock/Syda Productions

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.

Fachtagung Gesund im Betrieb – Stress meistern am 9. Oktober 2014

✦ Kurhaus Wiesbaden, Hofstraße 10, den Kolonnen 10

Aus der Themenliste:

- Was bedeutet Stress, was hilft mir gegen Stress?
- Arbeitsbelastungspsychologische Belastungen
- Führungspersonal-Coachings
- Integriertes psychisch-ärztliches Management in der Arbeits-
- Prävention in Unternehmen
- Individuelle Gesundheitsförderung
- Flexibilität in der Arbeitswelt – ein psychologisches Gesundheitskonzept
- Das Unternehmen als Gesundheitspsychologisches Management

Wichtig: Informationen unter www.stressmanagement.de

Schnell anmelden: per Fax **0911 9039-191**

per E-Mail: fachtagung@universon.de

oder per Telefon **0911 9039-244**

Tagungspreis € 440,-

Kombination Tagung plus „Praxishandbuch
psychische Belastungen im Beruf“ € 499,-

Stressmanagement – ein zentraler Bestandteil
des betrieblichen Gesundheitsmanagements



VOM PUNKT
AN FÜR SICH



VOM PUNKT
AN FÜR SICH

Stress ist ein zentraler Bestandteil
des betrieblichen Gesundheitsmanagements
und ein wichtiger Faktor für die
Gesundheit der Mitarbeiter.

www.universon.de



Universum
Verlag

Stressmanagement – ein zentraler Bestandteil
des betrieblichen Gesundheitsmanagements
und ein wichtiger Faktor für die
Gesundheit der Mitarbeiter.

DIE BK 4101: QUARZSTAUBLUNGENERKRANKUNG – SILIKOSE

ERFAHRUNGSBERICHT ZUR BOCHUMER EMPFEHLUNG

Mit der im Jahre 2009 veröffentlichten „Bochumer Empfehlung“, die auf der 2008 erschienenen S2-Leitlinie zur BK 4101 der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V. („AWMF-Leitlinie“) beruht, wurde die bis dahin geltende „Moerser Konvention“ abgelöst.

Die für die Verwaltungspraxis wichtigste Änderung besteht in der nunmehr gegebenen Möglichkeit, Funktionsausfälle bereits ab ILO 1/1 als silikosebedingt anerkennen zu können. Außerdem wurden Kriterien für eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 Prozent (Untergrenze bisher 20 Prozent) formuliert.

Der folgende Bericht beschreibt die Erfahrungen mit der „Bochumer Empfehlung“ aus Sicht einer hauptbetroffenen Verwaltung (Teil 1) und aus ärztlicher Sicht (Teil 2).

Teil 1

Erfahrungen aus Sicht der Bezirksdirektion Bochum der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie:

Von der „Moerser Konvention“ zur „Bochumer Empfehlung“

Die Verwaltungspraxis bei der Bearbeitung der BK 4101 wurde seit den 1970er Jahren von der sogenannten „Moerser Konvention“ geprägt. Danach konnten bei geringgradigen, nicht-schwierigen Silikosen mit einem Streuungsgrad $< 2/3$ der Internationalen Staublungenklassifikation (ILO-Klassifikation) funktionsanalytisch messbare Ausfallserscheinungen regelmäßig nicht auf die silikotischen Einlagerungen zurückgeführt werden.

Darüber hinaus waren nach damaliger Auffassung Funktionsausfälle, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 20 Prozent bedingten, wegen der physiologischen Schwankungen des kardio-pulmonalen Systems objektiv nicht erfassbar und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 10 Prozent damit nicht möglich.

Diese Begutachtungspraxis wurde von medizinischer Seite zunehmend kritisiert, weil sie sich nicht mehr mit der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage deckte. Die Kritik war Anlass für die Erarbeitung der AWMF-Leitlinie zur Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101, die im September 2008 veröffent-

licht wurde (1). Nach dieser Leitlinie konnten nunmehr Funktionsausfälle bereits ab einem Streuungsgrad 1/1 der ILO-Klassifikation (geringgradig gestreute Silikose) auf eine Quarzstaublungenerkrankung zurückgeführt werden.

Die Leitlinie enthielt nur allgemeine Empfehlungen, die in einer gemeinsamen Begutachtungsempfehlung der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin), DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin) und weiterer Fachgruppen noch weiter konkretisiert, differenziert und durch praktische Anleitungen ergänzt wurden (2).

Autorin und Autoren

Ass. jur. Susanne Elsner

Leiterin Geschäftsbereich 1 und Ressort Berufskrankheiten, Bezirksdirektion Bochum, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)

Prof. Dr. med. Rolf Merget

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA)

Prof. Dr. med. Gerhard Schultze-Werninghaus

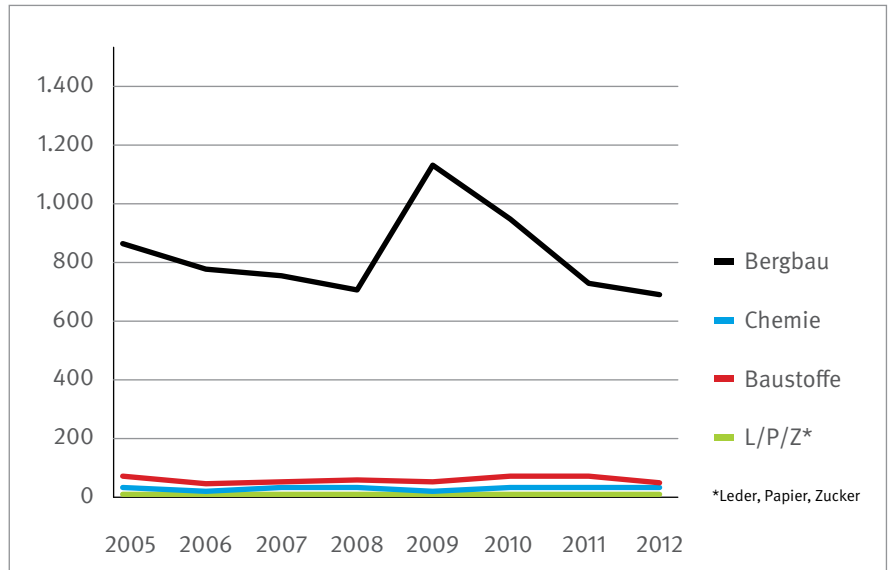


Abbildung 1: BK 4101-Verdachtsanzeigen

Unter der wissenschaftlichen Leitung des damaligen Direktors der Medizinischen Klinik III (Klinik für Pneumologie, Allergologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin) des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil der Ruhr-Universität Bochum, Herrn Professor Schultze-Werninghaus, wurde insoweit die „Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen)“ erarbeitet und als sogenannte „Bochumer Empfehlung“ veröffentlicht (2).

Die „Bochumer Empfehlung“ erläutert die medizinischen und rechtlichen Grundlagen der Begutachtung, fasst den aktuellen Kenntnisstand zur Diagnostik und zur Beurteilung der auf die Silikose zurückzuführenden gesundheitlichen Einschränkungen zusammen, gibt Hinweise zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Anwendung des § 3 BKV sowie zu Heilbehandlungsmaßnahmen. Ein Mustergutachtenauftrag ist ebenfalls enthalten.

Die Begutachtungspraxis gemäß der „Moerser Konvention“ wurde von medizinischer Seite zunehmend kritisiert.

Die sich aus der „Bochumer Empfehlung“ für die Verwaltungspraxis ergebende wichtigste Änderung besteht darin, dass – wie schon in der AWMF-Leitlinie ausgeführt – Funktionsausfälle bereits ab ILO 1/1 als silikosebedingt anerkannt werden können.

Jahr	Anzeigen des Verdachts auf eine Berufskrankheit Branche BG RCI			
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	L/P/Z *
2005	856	19	73	1
2006	789	11	56	1
2007	769	22	62	2
2008	710	24	67	3
2009	1.144	15	66	1
2010	929	24	71	1
2011	766	24	102	4
2012	725	33	66	5

Tabelle 1: BK 4101-Verdachtsanzeigen

*Leder, Papier, Zucker

In Zweifelsfällen wird dabei zur Diagnosesicherung einer Silikose eine qualifizierte Low-Dose-Volumen-Computertomographie des Thorax empfohlen. Hinsichtlich der Lungenfunktionseinschränkungen enthält die Empfehlung eine MdE-Tabelle, die als Orientierungshilfe für die MdE-Einschätzung dient und Entscheidungsspielräume für die konkrete Einzelfallbegutachtung belässt. Abweichend von der früheren „Moerser Konvention“ ist nunmehr auch eine MdE von 10 Prozent möglich.

Auswirkungen der „Bochumer Empfehlung“ auf die Verwaltungspraxis

Die „Bochumer Empfehlung“ führte im Jahre ihrer Veröffentlichung (2009) in der Branche Bergbau der BG RCI (frühere Bergbau-Berufsgenossenschaft) zu einem

signifikanten Anstieg sowohl der BK 4101-Verdachtsanzeigen als auch der BK 4101-Neurenten (3).

Im Vergleich mit dem Durchschnittswert aus den letzten drei Jahren vor der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ (2006–2008) stiegen die BK 4101-Verdachtsanzeigen 2009 um 51,3 Prozent und im Jahre 2010 um 22,9 Prozent an, bevor sie ab 2011 wieder ein Normalniveau erreichten (siehe Abbildung 1/Tabelle 1).

Der schnelle Anstieg der Verdachtsanzeigen dürfte dabei mit der bereits 2008 veröffentlichten AWMF-Leitlinie zu erklären sein, mit Informationsveranstaltungen beziehungsweise Info-Schreiben für die Gutachter und insbesondere mit der Verbreitung entsprechender Informationen durch die für die

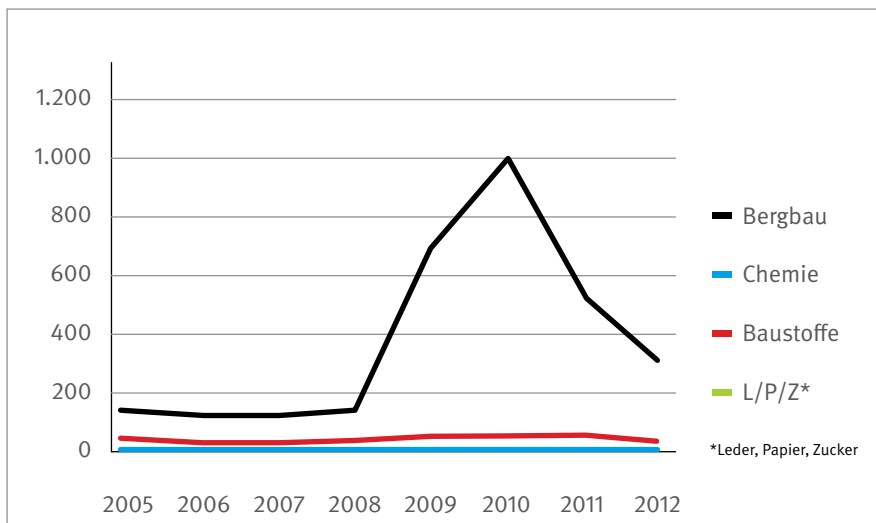


Abbildung 2: BK 4101-Neurenten

Jahr	BK-Neurenten			Branche BG RCI
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	L/P/Z *
2005	169	2	33	-
2006	142	5	18	-
2007	139	1	17	-
2008	160	2	24	-
2009	708	4	48	1
2010	998	6	46	-
2011	565	6	47	-
2012	325	3	33	-

Tabelle 2: BK 4101-Neurenten

*Leder, Papier, Zucker

Bergleute zuständige Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) sowie durch andere Interessenverbände.

Die BK 4101-Neurenten (bezogen auf Neufälle, siehe BK 4101-Verdachtsanzeigen, und circa 8.000 von Amts wegen wieder aufgegriffene anerkannte Versicherungsfälle) stiegen im Vergleich mit dem Durchschnittswert aus den letzten drei Jahren vor der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ (2006–2008) im Jahre 2009 um 381,6 Prozent und im Jahre 2010 um 578,9 Prozent an. Die Zahl der Neurenten bewegte sich in den beiden folgenden Jahren im Vergleich zum Durchschnittswert aus den Jahren 2006–2008 mit einem Anstieg von 284,4 Prozent (2011) und 121 Prozent (2012) weiterhin auf hohem Niveau (siehe Abbildung 2/Tabelle 2).

Demgegenüber stiegen die Versicherungsfälle ohne Rente in 2009 und 2010 um lediglich 18,9 Prozent beziehungsweise 8,4 Prozent und bewegen sich seit 2011 deutlich unter den Vorjahreswerten (siehe Abbildung 3/Tabelle 3).

Mit Blick darauf, dass die Versicherten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der „Bochumer Empfehlung“ im Schnitt 78 Jahre alt waren, war es sozialpolitisch geboten, die Verwaltungsverfahren so zügig wie möglich durchzuführen. Dies machte neben einer Schulung der Sachbearbeitung auch Informationsveranstaltungen für Gutachter und Beratungsärzte erforderlich. Mit der darüber hinaus von den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern geleisteten Mehrarbeit konnten die immensen Fallmengen ohne signifikante

Laufzeitverlängerung bewältigt werden.

Inzwischen gehört die „Bochumer Empfehlung“ zum Arbeitsalltag der BK-Sachbearbeitenden der BG RCI.

Teil 2 Medizinische/gutachterliche Gesichtspunkte

Inzwischen liegen auch umfangreiche gutachterliche und beratungsärztliche Erfahrungen mit der „Bochumer Empfehlung“ vor. Im Hinblick auf die turnusmäßig anstehende Überarbeitung der AWMF-Leitlinie zur Begutachtung der Silikose setzen sich die Autoren kritisch mit dem Status quo auseinander.

Eine wesentliche Entwicklung für die Begutachtung von Atemwegserkrankungen stellt die 2012 veröffentlichte Überarbeitung der Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) – Reichenhaller Empfehlung (früher: Reichenhaller Merkblatt) dar.

Eine Auseinandersetzung mit ihren Neuerungen ist insbesondere geboten, weil sich sowohl nach der Silikose-Leitlinie als auch nach der „Bochumer Empfehlung“ die funktionellen Folgen von Silikose und COPD weitgehend entsprechen.

Aspekte aus der aktualisierten „Reichenhaller Empfehlung“

Die „Reichenhaller Empfehlung“ enthält zum Beispiel erstmalig Vorgaben zur Klassifikation der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen, die auch bei der Beurteilung der Silikosefolgen hilfreich sind.

» Die Spalten zur Therapie sind aus Sicht der Autoren bislang weder in der Bochumer Empfehlung noch in der Reichenhaller Empfehlung für die MdE-Beurteilung besonders geeignet. «

Bei den Beurteilungskriterien zur COPD (MdE-Tabelle) weicht die „Reichenhaller Empfehlung“ zudem in vielen Punkten von der MdE-Tabelle der Silikose-Leitlinie ab.

In der „Reichenhaller Empfehlung“ wird darauf hingewiesen, dass eine Reversibilität der Atemwegsobstruktion unter Medikation nicht nur bei einem Asthma bronchiale, sondern nach neuer medizinischer Datenlage auch bei einer COPD gegeben sein kann. Dieser Aspekt sollte

Die „Reichenhaller Empfehlung“ enthält zum Beispiel erstmalig Vorgaben zur Klassifikation der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen.

künftig auch bei der Begutachtung der BK 4101 Beachtung finden.

Radiologische Diagnostik

Ein Hauptproblem ist die Beurteilung der vorliegenden Lungenveränderungen. Grundsätzlich müssen die Veränderungen nach der ILO-Klassifikation konventionell-radiologisch einen Streuungsgrad von mindestens 1/1 aufweisen. In der Praxis zeigen sich häufig in (Niedrigdosis-) Computertomographien eindeutige silikotische Befunde, während auf den parallelen konventionellen Thorax-Röntgenaufnahmen die Streuungskategorie 1/1 nicht erreicht wird.

Weiterhin setzt die radiologische Diagnostik spezielle Kenntnisse der Befundenden und optimierte Aufnahmetechnik voraus. Leider sind die LD-HRCT-Aufnahmen oft-

mals durch ein ausgeprägtes Bildrauschen gestört, sodass eine Beurteilung leichter Silikosegrade nicht zuverlässig erfolgen kann.

Daher sollten bei einer Überarbeitung der Bochumer Empfehlung die radiologischen Kriterien zur Beurteilung der Silikose sowie die Erfordernisse der technischen Standards für die LD-HRCT präzisiert werden.

Fachpathologische Diagnostik

Wenn in pathologisch-histologischen Beurteilungen von Lungenbiopsien/Lungenresektionen eine Silikose beschrieben wird, kommt nach der AWMF-Leitlinie die Anerkennung einer BK 4101 in Betracht, auch wenn keine radiologischen Befunde vorliegen. Wünschenswert wären in einer Neuauflage der „Bochumer Empfehlung“ weiterführende, quantitative Angaben zur Beurteilung der Silikose.

Lungenfunktionsprüfungen

Zur Diagnostik der Quarzstaublungenerkrankungen gehören neben dem radiologischen (oder pathologischen) Nachweis weitere Untersuchungen (insbesondere Abschnitt 5.2). Die entsprechenden Ausführungen zu den unterschiedlichen Methoden und ihren Limitationen sind in der „Reichenhaller Empfehlung“ wesentlich tiefergehend. Zu prüfen ist, was davon – gegebenenfalls mit Änderungen – übernommen werden könnte. Dies betrifft zum Beispiel Blutgasanalysen in Ruhe und unter Belastung oder die Bestimmung der CO-Diffusionskapazität.

Die „Reichenhaller Empfehlung“ empfiehlt den 6-Minuten-Gehtest zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs, wenn keine Belastung mittels Fahrradergometrie mög-

lich ist. Ein relevanter Abfall der Sauerstoffsättigung oder des PaO₂ kann als Hinweis auf eine Diffusionsstörung, ein Anstieg der Parameter als Hinweis auf ei-

Literatur

Mit der Einführung der „Bochumer Empfehlung“ sind grundsätzliche Änderungen der BK-rechtlichen Bewertung der BK 4101 (Silikose) erfolgt, hauptsächlich durch die an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasste Beurteilung der funktionellen Folgen bei einer leichtgradigen BK 4101.

Bei einer radiologisch (oder auch histologisch) nachgewiesenen geringgradigen Silikose können funktionelle Einschränkungen im Sinne einer chronischen obstruktiven Bronchitis und/oder eines Lungenemphysems entschädigt werden. Daher wurden auch die in der Nachbeobachtung befindlichen Fälle, in denen zuvor keine rentenberechtigende MdE festgestellt werden konnte, nach den neuen Kriterien beurteilt, was zu einem vorübergehenden deutlichen Anstieg der neu festgestellten Renten führte.

Auf der Basis ihrer bisherigen Erfahrungen mit der AWMF-Leitlinie Silikose beziehungsweise der „Bochumer Empfehlung“ empfehlen die Autoren, die Beurteilung der Silikose künftig primär auf die Lungenfunktionsdaten zu stützen, da die weiteren Daten beziehungsweise die geklagten Beschwerden oft nicht eindeutig den Folgen der BK zugeordnet werden können.

Bei der Beurteilung der Lungenfunktionsdaten ist zu beachten, dass diese nicht immer zuverlässig erhoben werden. Mängelbehaftete Lungenfunktionsprüfungen lassen sich leider häufig feststellen. Die Autoren regen daher an, auch die Qualitätskontrolle in den Lungenfunktionslaboren zu verbessern.

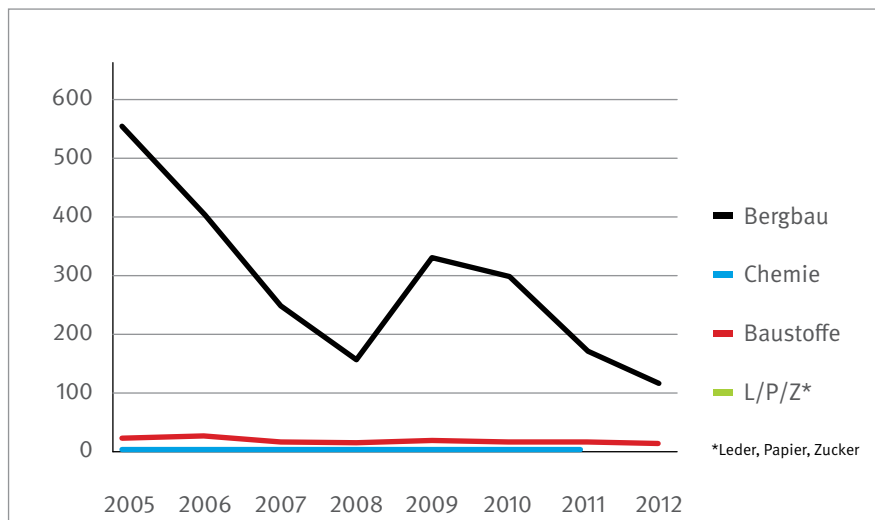


Abbildung 3: BK 4101-Anerkennungen ohne Rente

Jahr	BK-Neurenten			Branche BG RCI L/P/Z *
	Bergbau	Chemie	Baustoffe	
2005	552	6	25	1
2006	408	1	31	-
2007	256	3	20	1
2008	160	2	16	1
2009	327	3	21	1
2010	298	1	18	-
2011	177	3	17	-
2012	113	-	12	-

Tabelle 3: BK 4101-Anerkennungen ohne Rente

*Leder, Papier, Zucker

ne Ventilations-/Perfusionsverteilungsstörung gewertet werden.

Nach Einschätzung der Autoren stellt die Gehstrecke einen für die Beurteilung der Belastbarkeit bei Silikose wichtigen Parameter dar. Bei der Beurteilung einer BK 4101 sollten daher Gehtests nach den Empfehlungen der American Thoracic Society (ATS) durchgeführt werden (5).

Die Darstellung der Graduierung der Schweregrade von Lungenfunktionsstörungen in der „Reichenhaller Empfehlung“ ist nachahmenswert. Allerdings gibt es auch noch einige offene Fragen, zum Beispiel die Schweregradeinteilung der Lungenüberblähung anhand des tech-

nisch nicht unproblematischen Residualvolumens in Prozent der Totalkapazität, ohne Ergänzung durch das intrathorakale Gasvolumen.

Unbefriedigend ist, dass die „Bochumer Empfehlung“ bisher die volumenbezogene Diffusionskapazität (Transferkoeffizient, T_{LCO}/VA) zwar als Funktionsparameter für das Lungenemphysem nennt, gleichzeitig aber die entsprechende Mde-Tabelle die Diffusionskapazität/den Transferfaktor (T_{LCO}) zur Schweregradeinteilung verwendet.

Erfahrungen mit den Mde-Tabellen der AWMF-Leitlinie Silikose und der „Bochumer Empfehlung“ sind:

Anamnese

Die gutachterliche Praxis hat gezeigt, dass die Patientenangaben zu Beschwerden wenig zuverlässig sind und zudem auch keine differentialdiagnostische Bewertung unabhängiger Erkrankungen, insbesondere kardiovaskulärer Erkrankungen, erlauben. Auch die Mde-Tabelle der „Reichenhaller Empfehlung“ behebt diese Probleme nicht. Die anamnestisch erhobenen Befunde sind daher aus Sicht der Autoren für die Beurteilung des Leistungsfalles einer BK 4101 nur von nachgeordneter Bedeutung.

Als Gradmesser für die BK-bedingten körperlichen Einschränkungen sollten die Belastbarkeit am Ergometer (Voraussetzung: stufenweise gesteigerte Belastung) oder in der Spiroergometrie oder auch die im 6-Minuten-Gehtest zurückgelegte Strecke bevorzugt werden.

Klinik

Diese Spalte ist aus Sicht der Autoren für die gutachterliche Beurteilung nicht ausreichend. Die dort genannten klinischen Befunde eignen sich beispielsweise nicht zur Erfassung eines Lungenemphysems. Auch die übrigen Kriterien (pulmonale Hypertonie verschiedener Schweregrade) werden im klinischen Alltag beziehungsweise im Gutachten meist nicht zuverlässig erfasst.

Lungenfunktion (Spirometrie, Bodyplethysmographie, DLCO, Blutgase, Spiroergometrie)

Wesentliche Verbesserungen durch die Maßgaben der „Reichenhaller Empfehlung“ sind

- a) die Einführung von Schweregrad-Kriterien für Funktionsstörungen und
- b) die Zusammenfassung von Blutgaswerten im Belastungsversuch mittels Ergometrie/Gehtest und Spiroergometrie, da nicht in allen Untersuchungen eine Spiroergometrie erfolgt.

Therapie nach aktuellen Leitlinien

Die Spalten zur Therapie sind aus Sicht der Autoren bislang weder in der „Bochumer Empfehlung“ noch in der „Reichenhaller Empfehlung“ für die MdE-Beurteilung besonders geeignet.

Eine Sauerstofflangzeittherapie wird in der „Reichenhaller Empfehlung“ mit einer MdE von 90 Prozent verknüpft, die „Bochumer Empfehlung“ bewertet hingegen eine „zusätzliche“ Sauerstofftherapie mit einer MdE von 70 bis 90 Prozent.

Auch wenn eine Medikation mit langwirksamen Bronchodilatoren erforderlich ist, findet sich keine Übereinstimmung in den Tabellen. Eine abschließende Beurteilung dieses Aspektes ist hier nicht möglich.

Die Autoren empfehlen, die Therapiebedürftigkeit bei der MdE-Beurteilung nur nachrangig gegenüber den Funktionsparametern anzusetzen.

lich. Die Autoren empfehlen, die Therapiebedürftigkeit bei der MdE-Beurteilung nur nachrangig gegenüber den Funktionsparametern anzusetzen, da bei deren Schweregradeinstufung die Blutgase beziehungsweise die Sauerstoffpflichtigkeit bereits berücksichtigt werden.

Weitere Kriterien, die zur Beurteilung herangezogen werden sollten beziehungsweise könnten, sind:

Exazerbationshäufigkeit

Neben den in der AWMF-Silikose-Leitlinie und der „Bochumer Empfehlung“ aufgeführten Kriterien gibt es weitere klinische Kriterien für die MdE-Bewertung, die bisher allerdings wenig Beachtung finden. Die „Reichenhaller Empfehlung“ weist darauf hin, dass bei einer COPD die Erfas-

sung der Häufigkeit und des Schweregrades von Exazerbationen bedeutsam ist. Die Exazerbationshäufigkeit korreliert mit der Prognose der COPD. Die Autoren gehen daher davon aus, dass dies auch für die BK 4101 gilt.

Pneumonien

Gehäuft auftretende Pneumonien können als Kriterium für eine Befundverschlechterung herangezogen werden, da sie die Prognose ungünstig beeinflussen.

Therapie-Folgeerkrankungen

In der AWMF-Silikose-Leitlinie beziehungsweise in der „Bochumer Empfehlung“ wird nur orientierend ausgeführt, dass auch Folgeerkrankungen der Therapie für die MdE-Bewertung von Bedeutung sein können.

Dies können insbesondere die Folgen einer systemischen Kortikosteroidtherapie sein, zum Beispiel:

- Steroid-Osteoporose
- Steroid-Diabetes und dessen mögliche Folgen, wie diabetische Nephro- und Polyneuropathie
- Achillessehnenruptur
- Pulmonale Hypertonie

Die „Reichenhaller Empfehlung“ führt an, dass ein Cor pulmonale in der Regel erst bei fortgeschrittener Erkrankung auftritt. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Silikose sollte daher eine kritische Beurteilung bei der Diagnose einer pulmonalen Hypertonie (präkapilläre versus postkapilläre pulmonale Hypertonie beziehungsweise linkskardiale versus pulmonale/respiratorische Ursachen einer pulmonalen Hypertonie) erfolgen. Insbesondere auch bei einer erheblichen Gasaustauschstörung ohne schwerwiegende Einschränkung der Lungenfunktion.

Die einzige beweisende Untersuchung für eine prä- oder postkapilläre pulmonale Hypertonie ist der Rechtsherzkatheter. Dieser ist jedoch mitwirkungspflichtig.

Die kardialen Folgen einer BK 4101 werden nicht immer von primär linkskardialen Erkrankungen abgegrenzt. Die Autoren empfehlen daher die häufigere Bestimmung des BNP (englisch: brain natriuretic peptide) sowie in Zweifelsfällen die Durchführung einer Echokardiographie. ●

Information

1. Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101 Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose), 09/2008, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Leitlinien-Register Nr. 020/010

Baur, X.; Heger, M.; Köhler, D. et al.: Pneumologie 2008; 62:659–684, mit Korrektur Pneumologie 2009;63:176 und Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2008; 43:576–600

2. Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikosen) – Bochumer Empfehlung, DGUV 2011

3. Abteilung Informationstechnologie der BG RCI

4. Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung – Reichenhaller Empfehlung, DGUV 2012

5. American Thoracic Society: Guidelines for the Six-Minute Walk test. ATS Statement: Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:111–117