

DGUV Forum



PFLEGE IN DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

der demografische Wandel schreibt seine eigene Agenda. Je stärker die Gesellschaft altert, desto weiter nach oben rückt auf dieser Agenda das Thema Pflege. Was brauchen Menschen, die pflegebedürftig geworden sind und was brauchen die Pflegenden? Das sind Fragen, mit denen sich auch die gesetzliche Unfallversicherung auseinandersetzt. Denn ihre Aufgabe ist es, Menschen, die nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit dauerhaft eingeschränkt sind, zu unterstützen. Das vordringlichste Ziel ist dabei, den Betroffenen ein möglichst eigenständiges, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen – ganz im Sinn des Partizipationsgedankens der UN-Behindertenrechtskonvention. Aber gelingt uns das auch?



DGUV/Stephan Fross/Fotografie

„Was brauchen Menschen, die pflegebedürftig geworden sind, und was brauchen die Pflegenden?“

Um das zu überprüfen, haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ein Benchmarking durchgeführt. Von mehr als 2.300 befragten Versicherten beurteilten 95 Prozent ihre Pflegesituation als gut bis sehr gut und fühlten sich gut betreut. Das ist ein sehr erfreuliches Ergebnis und eine gute Grundlage für die weitere Arbeit. Ein Handlungsleitfaden soll jetzt die Ergebnisse des Benchmarkings und der Befragung für die Praxis umsetzen. Dabei sind die Prioritäten der Pflegebedürftigen ganz klar: Sie möchten möglichst lange zu Hause bleiben und auf unkomplizierte Weise mit den notwendigen Hilfsmitteln versorgt werden.

In diesen Wünschen versteckt sich eine weitere Herausforderung für die gesetzliche Unfallversicherung. Angehörige übernehmen einen großen Teil der Pflegeleistungen – nicht selten ein Rund-um-die-Uhr-Job. Während dieser Kräftezehrenden Tätigkeit stehen auch sie unter dem Schutz der Unfallversicherung. Auch sie brauchen aktive Unterstützung, um nicht permanent ihre Grenzen zu überschreiten und dadurch selbst krank zu werden.

In Zusammenarbeit mit unseren Partnern bieten wir deshalb spezielle Seminare für pflegende Angehörige an. Der Mix aus praktischer Wissensvermittlung, Austausch und Hilfe für den Alltag hat sich als wirksames Instrument erwiesen. Die Resonanz der Betroffenen ist positiv. Das zeigt uns, wir sind auf dem richtigen Weg. Denn besonders in der Pflege gilt: Nur das intensive Gespräch mit allen Beteiligten führt zum Erfolg.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–6
› Nachrichten aus Brüssel ›››	7
› Titelthema ›››	8–27
Bericht aus der Arbeitsgruppe Pflege der DGUV Wie sieht gute Pflege aus?	8
<i>Dirk Scholtysik, Bernd Wittwer</i>	
Benchmarking-Projekt „Pflege“ Umsetzung der Projekt-Ergebnisse bei der BGW	11
<i>Markus Taddicken</i>	
Demografischer Wandel Beschäftigte in der Pflege gewinnen und binden	12
<i>Stephan Köhler</i>	
Sekundäre Individualprävention 20 Jahre BGW-Rückenkolleg	14
<i>Stephan Brandenburg, Martin Giemsa, Susanne Behl-Schön</i>	
Pflegende Angehörige im Mittelpunkt Seminarreihe zur Anleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger	16
<i>Caroline Lüder, Carsten Freitag</i>	
Pflegende Angehörige Kinaesthetics zur Unterstützung	18
<i>Kerstin Glenz</i>	
Projekt Dekubitusprophylaxe Vorbeugen ist besser als heilen	22
<i>Corinne Gratzl</i>	
Benchmarking-Projekt „Pflege“ Evaluation gestartet	25
<i>Michael Schwanz</i>	
Spezifische Beratung für Pflegebedürftige und Pflegenden Tabuthema „Inkontinenz“ – Pilotprojekt bei der BG ETEM	26
<i>Nancy Schmidt</i>	
› Unfallversicherung ›››	28–41
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Die Kennziffern des Jahresberichts 2013	28
<i>Barbara Lipka, Kurt Scherer</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	42



KIRSTEN BRUHN – EIN SCHÖNER ABSCHIED UND NEUE HERAUSFORDERUNGEN



Deutscher Behindertensportverband e. V.

„Schöner hätte der Abschluss nicht sein können“, sagt Kirsten Bruhn. Mit zwei Goldmedaillen und einmal Bronze verabschiedet sich die querschnittgelähmte Schwimmerin endgültig vom paralympischen Leistungssport. Über ihre letzte Europameisterschaft, ihre großartige Karriere und ihr Leben danach spricht die 44-Jährige im Interview.

Frau Bruhn, es ist vorbei. Zweimal Gold und einmal Bronze bei Ihrer letzten Euro-

pameisterschaft und dem Abschied aus der Nationalmannschaft. War das der perfekte Abschluss?

Das war es definitiv, schöner hätte es nicht sein können. Ich habe sogar mehr mitgenommen als erwartet. Natürlich habe ich über 100 Meter Brust und 100 Meter Rücken mit Medaillen spekuliert. Dass es dann aber zweimal Gold wird und ich auch noch über 50 Meter Freistil Bronze gewinne, damit hatte ich nicht gerechnet.

Und sogar die Zeiten waren gut – das ist für mich das Sahnehäubchen.

Blicken Sie nicht doch mit etwas Wehmut zurück?

Nein, dafür bin ich zu sehr Pragmatikerin. Ich habe den Entschluss so gefasst und ziehe ihn jetzt auch durch. Nichtsdestotrotz blicke ich gerne auf die Zeit zurück. Es waren zwölf tolle Jahre, in denen ich unglaublich viele Eindrücke und Erfahrungen sammeln durfte, die mir keiner mehr nehmen kann. Außerdem war es eine Entwicklung, die mir persönlich sehr gutgetan hat, um nach dem Motorradunfall damals mit meinem Leben klarzukommen. Das war alles sehr wohltuend für mich und der Sport hat mir dabei sehr geholfen. Ich konnte es zwar nicht ständig genießen, da ich ein sehr ehrgeiziger Mensch bin, aber als Fazit kann ich sagen: Es war immer schön.

Parallel zu Ihrer Schwimmkarriere haben Sie eine neue Herausforderung ergriffen: Sie sind Mitarbeiterin des Unfallkrankenhauses Berlin. Was ist dort Ihre Aufgabe?

Ich bin Mitarbeiterin der Pressestelle des Unfallkrankenhauses in Berlin und dort als Botschafterin für Rehabilitation und Sport tätig. Mit dem Film „Gold – du kannst mehr als du denkst“ bin ich in Schulen, Universitäten und verschiedenen Institutionen unterwegs und bespreche, wie man integrativ und inklusiv in unserer Gesellschaft leben kann. Oft werde ich am Ende dieser Vorstellungen gefragt, warum denn nicht alle gleich zusammen lernen oder Sport treiben. Letztendlich liegt die Antwort so nahe: Wir müssen es einfach machen und nicht lange nachdenken und diskutieren! Ein Leben mit Behinderung ist anders als ein Leben ohne Behinderung, aber ganz sicher nicht zwingend schlechter! Wenn ich das auch denen vermitteln kann, die gerade ihren Unfall hatten, dann habe ich meine Aufgabe erfüllt. Und genau das ist mein Ziel für die Zukunft.

BERUFSANFÄNGER ERLEIDEN ÜBERDURCHSCHNITTLICH OFT ARBEITSUNFÄLLE



BGW

Arbeits- und Wegeunfälle nach Altersgruppen

Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger tragen ein überdurchschnittlich hohes Unfallrisiko im Arbeitsleben. Das zeigen Zahlen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). 2013 entfielen dort 16,7 Prozent der Arbeits- und Wegeunfälle auf unter

25-Jährige. Diese Altersgruppe stellte aber gleichzeitig nur 10,4 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland.

Auszubildende müssen in den ersten Wochen und Monaten im Betrieb mit ganz

neuen Gegebenheiten und Anforderungen zurecht kommen. Ähnlich geht es Aushilfen, Praktikantinnen und Praktikanten sowie Berufswechslern – und in begrenztem Maße sogar Stellenwechslern innerhalb eines Berufs. „Dabei ist die Kluft zum eigenen Erfahrungsschatz meist bei jungen Leuten am größten“, erklärt Jutta Lamers, Präventionsleiterin der BGW, „aber selbst ‚alte Hasen‘ können nicht einfach auf ihr Know-how vertrauen. Auch sie müssen sich bei einem Wechsel der Arbeitsstelle oder der Position auf Neues einstellen.“ Deshalb sollten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gerade beim Start einer Ausbildung oder eines neuen Jobs aufmerksam auf Gefahren achten.

Auch das gründliche Einarbeiten und das sorgfältige Unterweisen der Betriebsneulinge dürfen nicht vernachlässigt oder aufgeschoben werden. Nur wer weiß, welche Gefährdungen es im Betrieb gibt und welche Verhaltensregeln gelten, kann sich vor Unfällen und Gesundheitsgefahren schützen. „Außerdem kommt es darauf an, dass gesundheitsbewusstes und sicheres Arbeiten nicht nur verbal vermittelt, sondern auch vorgelebt wird“, betont die Präventionsleiterin der BGW.

DIE WELT DER PRÄVENTION IM NETZ

Ein „Google“ für die Prävention, das ist das neue Präventionsforum plus. Es besteht aus zwei Plattformen: dem geschlossenen Erfahrungsaustausch für die Gremienarbeit und einer Wissensplattform, die öffentlich zugänglich ist. Mit dieser multinationalen Suchmaschine kann man zielgenau nach Ergebnissen für Themen aus dem Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz suchen. Es werden qualitätsgesicherte Informationen aus ausgewählten Internetseiten mit sehr hohen Standards an inhaltliche Korrektheit

und Aktualität der Informationen geliefert. Gleichzeitig befindet sich hinter den Suchergebnissen ein komplexes Netz mit semantischen Verknüpfungen, um die Suchbegriffe miteinander logisch zu verknüpfen. Das ist wichtig, um die Qualität der Treffer zu optimieren.

Das Präventionsforum plus ist eine bisher beispiellose Kooperation der DGUV zusammen mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) in Österreich, der Suva in der Schweiz und dem Paritätischen Komitee im Bauwesen (PKB) in Italien. Durch die Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger der vier Länder vereinigt die Suchmaschine internationales Fachwissen und Fachbegriffe aus den Trägerländern und ist damit Vorreiter für den optimierten Wissensaustausch auf diesem Gebiet.

sehen Komitee im Bauwesen (PKB) in Italien. Durch die Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger der vier Länder vereinigt die Suchmaschine internationales Fachwissen und Fachbegriffe aus den Trägerländern und ist damit Vorreiter für den optimierten Wissensaustausch auf diesem Gebiet.

! Weitere Informationen unter:
www.praeventionsforum-plus.info

TIPPS FÜR DIE RICHTIGE SPORTBEKLEIDUNG



Ingram Publishing

Mit dem Ende der Sommerferien und dem Beginn des neuen Schuljahres ist häufig auch ein Einkauf verbunden. Doch Vorsicht beim Kauf neuer Sportkleidung. Hier sollte darauf geachtet werden, dass sie passt und zweckmäßig ist.

Sogenannte Funktionsbekleidung auf Kunstfaserbasis hat den Vorteil, dass sie Feuchtigkeit an die Oberfläche leitet, wo sie verdunsten kann. Im Gegensatz zu Sport-Oberteilen aus Baumwolle bleibt Schweiß so nicht nahe am Körper und er

kühlt nicht aus. Sport-Oberteil und Hose sollten zudem kurz sein. Dadurch können sich die Kinder frei bewegen, Helferinnen und Helfer ihre Griffe gut ansetzen und so Verletzungen vermieden werden. Socken sollten weich und schweißaufsaugend sein und gut passen. Strümpfe aus Baumwolle oder Baumwollmischgewebe sind hier eine gute Wahl.

Ebenso wichtig wie die passende Sportbekleidung ist der richtige Sportschuh. Für den Sportunterricht in der Halle genügen Universal-Hallen-Sportschuhe. Laufschuhe sind dagegen ungeeignet, weil ihre Sohlenkonstruktion nicht auf schnelle Drehbewegungen, etwa beim Ballspielen, ausgerichtet ist. Zudem dämpfen Jogging-schuhe Sprünge nicht richtig ab. Noch wichtiger als die richtige Schuhart ist natürlich die Passform. Zum Schulbeginn sollten Eltern deshalb prüfen, ob die Turnschuhe noch richtig passen.

Wer eine Brille trägt, sollte zudem überlegen, eine Sportbrille anfertigen zu lassen. Denn wer mit seiner Alltagsbrille Sport treibt, riskiert, dass sie beim Zusammenstoß mit einer Mitspielerin oder einem Mitspieler beziehungsweise beim Aufprall eines Balles kaputtgeht. Splitter können dann in die Augen gelangen oder zu Schnittwunden führen. Wer sich für eine Sportbrille entscheidet, sollte sie vom Optiker anfertigen lassen, der sie individuell anpasst. *(Quelle UK Nord)*

690.000 EINSCHULUNGEN ZAHL DES MONATS

Mitte August hat in den ersten Bundesländern wieder die Schule begonnen. Bis Mitte September erleben hunderttausende Erstklässler ihren ersten Schultag. Im Schuljahr 2013/2014 kamen nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) in Deutschland rund 690.000 Kinder in die Schule.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Einschulungen aufgrund des demografi-

schen Wandels stark zurückgegangen: So kamen zu Beginn des neuen Jahrtausends im Schuljahr 2000/2001 noch rund 812.000 Kinder in die Schule. Im Vergleich dazu sank die Zahl der Einschulungen 2013/2014 um 15 Prozent.

Besonders deutlich war der Rückgang im früheren Bundesgebiet: Während hier im Schuljahr 2000/2001 rund 708.000 Kinder in die Schule kamen, waren es 2013/2014

knapp 21 Prozent weniger (561.000). In den neuen Ländern und Berlin stieg die Zahl der Einschulungen im gleichen Zeitraum dagegen von 104.000 auf 129.000 (+24 Prozent). Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Einschulungen dort zu Beginn des neuen Jahrtausends bereits auf niedrigem Niveau befanden. Grund dafür war der Geburtenrückgang nach der deutschen Wiedervereinigung.

WIE GEHT ES WEITER MIT DER MEHRWERTSTEUER?



Nach den Europawahlen im Mai und der Sommerpause der EU-Institutionen hat das politische Tagesgeschäft die europäische Hauptstadt wieder voll im Griff. Auch wenn bis zur Neubildung der EU-Kommission im November keine weitreichenden

Entscheidungen mehr getroffen werden, arbeiten die EU-Beamten schon jetzt intensiv an zahlreichen Dossiers. Dies gilt auch für die Überlegungen der EU-Kommission, Änderungen an den für den öffentlichen Sektor geltenden Mehrwert-

steuer-Vorschriften vorzunehmen. Derzeit wertet die EU-Kommission dazu den Rücklauf der im Frühjahr durchgeführten Befragung in den EU-Ländern aus. Ziel ist es, im Oktober einen zusammenfassenden Bericht zu veröffentlichen.

Unklar ist derzeit noch, ob die EU-Kommission an der schon mehrfach angesprochenen Veröffentlichung eines Gesetzgebungsvorschlags festhalten wird. Dessen Hauptaugenmerk soll auf Tätigkeiten liegen, bei denen der private Sektor stark vertreten ist und ein erhöhtes Risiko von Wettbewerbsverzerrungen besteht. Die für Herbst angekündigte Gesetzesinitiative wurde zunächst auf das Frühjahr 2015 verschoben. Ob die Brüsseler Behörde daran festhalten wird, hängt auch maßgeblich davon ab, welche Richtung der neue EU-Kommissar für die Bereiche Wirtschaft, Währung und Steuern, Pierre Moscovici, einschlagen wird.

EU-KOMMISSION BEKOMMT NEUE GESICHTER

Kurz vor Ende der Sommerpause haben sich die EU-Staats- und Regierungschefs endlich auf die Besetzung der Spitzenposten der Europäischen Union geeinigt. Der Pole Donald Tusk wird neuer EU-Ratspräsident und die Italienerin Federica Mogherini soll den Posten der EU-Außenbeauftragten übernehmen.

Aber damit nicht genug: Dem Gerangel um die Spitzenposten in der Europäischen Union folgte die Diskussion über die Verteilung weiterer 27 heiß begehrter Posten vor der Tür. Im November soll die neu besetzte EU-Kommission ihre Arbeit aufnehmen, Kommissionschef Juncker muss deswegen seine Mannschaft zusammen-

stellen. Die Brüsseler Behörde besteht aus 28 Vertretern, einer aus jedem Mitgliedstaat. Bundeskanzlerin Angela Merkel hatte sich für den designierten deutschen Kandidaten Günther Oettinger das Handelsressort gewünscht. Damit wäre Oettinger auch Verhandlungsführer für das umstrittene transatlantische Freihandelsabkommen TTIP gewesen. Diese Aufgabe soll jedoch nun die Schwedin Cecilia Malmström übernehmen. Oettinger soll dagegen künftig in Europa für die Digitalwirtschaft zuständig sein.

Als Motor der Integration ist die Europäische Kommission in Brüssel für die Erarbeitung neuer Rechtsvorschriften zu-

ständig. Darüber hinaus ist sie dafür verantwortlich, dass sich die Mitgliedstaaten an die EU-Verträge halten. Bislang waren hierfür 28 Kommissare zuständig, alle mit eigenem Aufgabenbereich. Mit dem neuen EU-Kommissionschef, Jean-Claude Juncker, soll dies jedoch anders werden: Zwar wird auch künftig ein Vertreter pro Mitgliedstaat der EU-Kommission angehören, allerdings möchte Juncker eine andere Arbeitsverteilung. Wie und mit welchen Gesichtern die neue Brüsseler Behörde im November ihre Arbeit aufnehmen wird, steht erst fest, wenn das Europäische Parlament die Kommission als Ganzes bestätigt hat.

BERICHT AUS DER ARBEITSGRUPPE PFLEGE DER DGUV

WIE SIEHT GUTE PFLEGE AUS?

Auf Grundlage der Ergebnisse eines Benchmarking-Projektes wurden mithilfe der daraus definierten Ziele „guter Pflege“ 38 Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese bilden die Grundlage eines neuen Handlungsleitfadens für die Praxis, den die Arbeitsgruppe Pflege der DGUV derzeit erarbeitet.

Die Pflege ist eine wichtige Leistung der gesetzlichen Unfallversicherung, die schon lange vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung den Pflegebedarf von Versicherten der Unfallversicherungsträger abdeckte. Hierbei ist zu beachten, dass der Leistungsumfang und die gesetzlichen Rechtsgrundlagen nach SGB VII und SGB XI nicht identisch sind.

„Ziel aller Pflegeleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung: mit allen geeigneten Mitteln den Betroffenen ein möglichst eigenständiges Leben sowie ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen.“

Ziel aller Pflegeleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung muss es sein, mit allen geeigneten Mitteln den Betroffenen ein möglichst eigenständiges Leben sowie ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, ganz im Sinne des Partizipations- und Inklusionsgedankens der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Wann immer möglich, sollen Versicherte

selbst entscheiden können, wie und auf welche Weise sie die benötigte Pflege in Anspruch nehmen.

Die Pflegeleistung nach SGB VII war eine der ersten Leistungsarten, die durch ein breites und trägerübergreifendes Benchmarking von der DGUV geprüft wurde. Dabei hat sich gezeigt, dass die Unfallversicherung bei den Pflegeleistungen grundsätzlich gut aufgestellt ist. Von den mehr als 2.300 befragten Versicherten beurteilten 95 Prozent der Befragten ihre Pflegesituation als gut bis sehr gut und zeigten sich mit ihrer Betreuung durch die Unfallversicherungsträger sehr zufrieden.

Besonders wichtig ist den Versicherten, dass Pflege möglichst lange in ihrem eigenen Zuhause stattfindet, dass sie gut und schnell (optimal) mit den richtigen Hilfsmitteln versorgt werden und dass ihnen auf Seiten der gesetzlichen Unfallversicherung möglichst feste Ansprechpersonen zur Verfügung gestellt werden.

Auch wenn in vielen Bereichen keine eindeutigen Best Practises identifiziert werden konnten, wurden als Ergebnis des Benchmarkings doch insgesamt 38 Handlungsempfehlungen definiert, die es den

Unfallversicherungsträgern ermöglichen sollen, ihre Arbeit weiter zu optimieren. Die meisten Handlungsempfehlungen lassen sich dabei den folgenden drei Bereichen zuordnen:

- Früherkennung von Problemfällen und engmaschige Nachsorge
- Optimierung der internen Prozessabläufe der Unfallversicherungsträger
- Gute Vorbereitung der pflegenden Angehörigen auf die Situation zu Hause

Neue Arbeitsgruppe Pflege der DGUV

Der Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat als eine Konsequenz aus dem Benchmarking eine Arbeitsgruppe Pflege eingesetzt, die ihre Arbeit mit Beginn des Jahres 2013 aufgenommen hat. Wie zu erwarten, war das Interesse der Unfallversicherungsträger an der Mitarbeit äußerst groß.

Insgesamt sind 14 Unfallversicherungsträger, die DGUV Akademie, die Landesverbände der DGUV sowie eine BG-Unfallklinik in der AG vertreten. Wichtigstes beziehungsweise vorrangiges Ziel der AG ist es, die Ergebnisse des Benchmarkings und die daraufhin einsetzenden Aktivitäten in den Unfallversicherungsträgern zu

Autoren



Bernd Wittwer

Regionaldirektor der Berufsgenossenschaft Handel und Waren-distribution (BGHW),
Leiter der AG Pflege der DGUV
E-Mail: b.wittwer@bghw.de



Dirk Scholtysik

Leiter Referat Soziale Reha/Begutachtung/Pflege/Psyche der DGUV
E-Mail: dirk.scholtysik@dguv.de



fololia.de/Alexander Rathis

Mit allen geeigneten Mitteln soll den Pflegebedürftigen ein möglichst eigenständiges Leben ermöglicht werden.

analysieren und diese in einen Handlungsleitfaden für die Praxis umzusetzen. Der Leitfaden soll den Rahmen für weitere Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung der bereits in einzelnen Unfallversicherungsträgern bestehenden und erprobten Feststellungsverfahren bilden beziehungsweise dabei helfen, solche Verfahren aufzubauen.

Die AG Pflege hat zunächst eine Bestandsaufnahme über den Stand der bisherigen Umsetzung der Ergebnisse des Benchmarking-Projektes „Pflege“ vorgenommen und sich dabei insbesondere über Verfahren derjenigen Unfallversicherungsträger informiert, die die Handlungsempfehlungen am intensivsten umgesetzt haben.

Um die Unfallversicherungsträger bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen zu unterstützen und ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, werden von der DGUV beziehungsweise der AG Pflege weitere Konkretisierungen für die Praxis erwartet. Die AG wird einen Handlungsleitfaden Pflege auf Basis der 38 Handlungsempfehlungen aus dem Benchmarking-Abschlussbericht und unter Berücksichtigung der bereits in einzel-

nen Unfallversicherungsträgern bestehenden und erprobten Feststellungsverfahren erstellen.

Handlungsleitfaden Pflege für die Praxis

Der zukünftige Handlungsleitfaden soll das gesamte Feststellungsverfahren Pflege, von der Früherkennung bis zur Nachsorge und Qualitätssicherung, abbilden. Er soll einerseits den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern sowie Reha-Managerinnen und Reha-Managern konkrete Unterstützung im Einzelfall geben, aber auch als Muster für eigene, darauf aufbauende Feststellungsverfahren der Unfallversicherungsträger dienen. Der Handlungsleitfaden soll später, gegebenenfalls auch als Workflow, allen Beschäftigten der Unfallversicherung im neuen UV-NET (bisher BIS) zur Verfügung stehen, und dabei zum Beispiel durch Beispielfälle, Hinweise auf Netzwerkpartner, Beratungsstellen, Pflegefachverständige ergänzt werden.

Früherkennung der Pflegebedürftigkeit

Entscheidend für den weiteren Prozess ist, dass die Pflegebedürftigkeit frühzeitig erkannt wird und die richtigen Schritte

eingeleitet werden. Hier gilt es, Indikatoren herauszuarbeiten, die auf einen Pflegebedarf hinweisen können, wie zum Beispiel Diagnosen, Versorgungsfaktoren oder Leistungsausgaben. Diese sollten optimalerweise durch IT-basierte Auswertungen unterstützt werden.

Mittels standardisierter Instrumente (Ermittlungsbogen Pflege) beziehungsweise einer sogenannten Checkliste muss dann der konkrete Pflegebedarf vor Ort zusammen mit den Betroffenen und ihren Angehörigen ermittelt werden. In der Praxis der Unfallversicherungsträger sollte dies durch eigene, speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen.

Aber auch der Einsatz von externen Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten, BG-Unfallkliniken und in besonders schwierigen Fällen auch von Gutachterinnen und Gutachtern, kommt als Ergänzung in Betracht, wenn dieser Personenkreis mit den Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung vertraut ist.

Feststellung der richtigen Pflegeart

Steht der Bedarf fest, so kommt es entscheidend darauf an, die für die jeweilige

individuelle Situation der Betroffenen passende Pflegeart zu finden, damit der angestrebte Erfolg „gute Pflege“ auch dauerhaft erreicht wird. Hier ist insbesondere die Beratung durch die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger gefragt, ob die vorrangige Leistung des Pflegegeldes das Mittel der Wahl ist oder ob ein Antrag auf eine andere Leistungsart zielführender ist.

Der Handlungsleitfaden soll hierzu die vielfältigen Möglichkeiten der Unfallversicherung mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen aufzeigen (Pflegegeld, Haus-/Heimpflege, Kurzzeitpflege, Kombipflege inklusive Abgrenzung Behandlungspflege, Haushaltshilfe, Persönliches Budget, Unternehmermodell, Hilfsmittel), um die Beratungskompetenz der Beschäftigten noch weiter zu verbessern. Im Bedarfsfall kann ein sogenannter Pflegeplan hilfreich sein, die Pflegesituation umfassend zu erfassen und zu begleiten. Dabei sollte dann auch der medizinisch-pflegerische Sachverstand der Kliniken genutzt werden, um Betroffene und Angehörige optimal auf die weiteren Schritte im Übergang von der stationären Behandlung auf die häusliche pflegerische Betreuung vorzubereiten.

Pflegegespräche

Die möglichst frühzeitig zu führenden Pflegegespräche sollten bereits im Rahmen des sogenannten Entlassungsmanagements der Krankenhäuser ansetzen, um alle Kompetenzen zu nutzen und zu koordinieren. Bereits hier sollte schon eine Aufklärung und Beratung beziehungsweise Schulung der zukünftigen Pflegepersonen erfolgen und eingeleitet werden.

Durch den Aufbau beziehungsweise die Verlinkung mit entsprechenden Datenbanken kann zudem die richtige Auswahl eines Pflegedienstes gefördert werden. Auch die ergänzende Unterstützung durch begleitende Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als sogenannte Peers für Pflegepersonen sind neue Ansätze, die bedacht werden müssen.

Pflegende Angehörige

Das Benchmarking Pflege hat nochmals deutlich gezeigt, dass der größte Teil der Pflegeleistungen durch pflegende Ange-

hörige erbracht wird. Dies wird von den Betroffenen gewollt, zumal damit auch der Verbleib in der häuslichen Umgebung sichergestellt wird. Obwohl die Angehörigen erfahrungsgemäß äußerst motiviert und engagiert sind, sind sie gerade bei schweren Fällen mit der Situation allein überfordert.

Um eine gute und ausreichende dauerhafte Pflege sicherzustellen, müssen deshalb die Schulungs- und Weiterbildungsangebote für diesen Kreis weiter ausgebaut werden. Diese Angebote, die bereits jetzt von der DGUV Akademie gefördert werden, sollen den Angehörigen nicht nur die medizinisch-technischen Grundlagen „Wie geht Pflege?“ vermitteln, sondern auch dabei helfen, die Situation und die eigenen Grenzen realistisch einzuschätzen: „Wie geht es mir mit der Pflege?“

„Der Handlungsleitfaden soll allen Beschäftigten der Unfallversicherung im neuen UV-NET zur Verfügung stehen.“

Qualitätssicherung/Nachhaltigkeit

Nicht nur die Hilflosigkeit der Betroffenen, sondern auch die persönliche Leistungsfähigkeit der Pflegepersonen kann sich ändern und damit eine – zum Teil erhebliche – Änderung der Pflegesituation mit sich bringen. Hierauf muss schnell und adäquat reagiert werden. Die Nachhaltigkeit, das heißt die regelmäßige Überprüfung der Pflegesituation vor Ort, ist gerade bei schweren Pflegefällen ein entscheidendes Erfolgs- und Qualitätskriterium der gesetzlichen Unfallversicherung.

Oft kann nur durch eine persönliche Inaugenscheinnahme festgestellt werden, ob sich der Bedarf geändert hat und ob zum Beispiel pflegende Angehörige mit der Situation noch zurechtkommen oder beispielsweise weiterer Unterstützung durch Erholungszeiten, Verhinderungspflege, aber auch ergänzender professioneller Pflege als Kombination zum Pflegegeld bedürfen.

Pflegegeld und Pflegebescheid

Eine Umfrage bei den Unfallversicherungsträgern hat gezeigt, dass die „Anhaltspunkte für die Bemessung des Pflegegeldes“ einschließlich der Einzelfallkriterien nach wie vor die maßgebliche Grundlage der Pflegegeldfeststellung sind und somit auch vergleichbare Entscheidungen aller Unfallversicherungsträger sicherstellen. Ein grundsätzlicher Überarbeitungsbedarf besteht hier nicht. Eine redaktionelle Überarbeitung und eine übersichtlichere Gestaltung werden jedoch als sinnvoll erachtet.

Gleiches gilt für den sogenannten Ermittlungsbogen, der an die aktuellen Verhältnisse angepasst werden sollte. Die AG Pflege plant, hierfür vor allem auch die Praktiker aus dem Reha-Management hinzuzuziehen. Schließlich bedarf auch der Pflegegeldbescheid einer Überarbeitung, insbesondere im Hinblick auf die Feststellungsgrundlagen für spätere Anpassungen.

Evaluierung

Die Ergebnisse des Benchmarkings aus 2010 sollen regelmäßig überprüft werden. Unter Federführung des Ausschusses Finanzen, Controlling, Benchmarking der DGUV sind hierzu bereits die ersten Schritte eingeleitet worden.

Fazit

Wie in der Gesamtbevölkerung und der Sozialversicherung allgemein, so bekommt auch in der gesetzlichen Unfallversicherung, unter anderem aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, das Thema Pflege eine immer größere Bedeutung. Das Benchmarking-Projekt „Pflege“ war ein erster wichtiger Schritt und hat wichtige Impulse gesetzt. Weitere Schritte müssen nun folgen.

Die AG Pflege der DGUV hat sich deshalb zur Aufgabe gemacht, die vielfältigen Aktivitäten der einzelner Träger zu koordinieren, deren gute Lösungen zu identifizieren und allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen sowie wichtige Grundsatzfragen rund um die Pflege aufzugreifen und gemeinsam zu klären. ●

BENCHMARKING-PROJEKT „PFLEGE“

UMSETZUNG DER PROJEKTERGEBNISSE BEI DER BGW

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat aus den Handlungsempfehlungen des ersten „Benchmarking Pflege“ der DGUV konkrete Maßnahmen abgeleitet. Die Umsetzung läuft, erste Auswertungen zeigen Erfolge.

Bei der BGW analysierte eine Arbeitsgruppe die Ergebnisse des Benchmarking-Projektes und identifizierte Verbesserungspotenziale für den Reha-Teilprozess „Feststellung, Gewährung und Qualitätssicherung der Pflege“. Dabei ging es darum, die Pflegequalität zu sichern und die Verfahrensabläufe zu optimieren.

„Bei der Suche nach Verbesserungspotenzialen ging es darum, die Pflegequalität zu sichern und die Verfahrensabläufe zu optimieren.“

Auf der Basis einer Ist-Analyse beschrieb die eingesetzte Arbeitsgruppe die Soll-Prozesse für die Bedarfserhebung und die erstmalige Leistungserbringung in einer Stufe I sowie für die Qualitätssicherung der Pflege in einer Stufe II. Anhand der Auseinandersetzung mit den Kennzahlen und den Handlungsempfehlungen aus dem DGUV Benchmarking-Projekt erarbeitete sie Maßnahmen zum Optimieren der Erbringung von Pflegeleistungen. Danach sollten

- die Prüf- und Entscheidungsschritte zur Leistungserbringung verringert werden,
- die Bearbeitung von Fällen mit Pflegeleistungen im Bereich Berufshilfe/Reha-Management gebündelt werden,
- die regelmäßigen, jährlichen Besuche der zu pflegenden Personen standardisiert erfolgen,
- die Beauftragung von Pflegefachberaterinnen und -beratern gezielt erfolgen,
- die Mitarbeitenden zum Thema Pflege gezielt weitergebildet werden,
- Schulungsangebote für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige entwickelt werden sowie
- eine Arbeitsgruppe zur fachlichen Unterstützung eingerichtet werden.

Umsetzung

Im Hinblick auf die einzelnen Maßnahmen wurde der gezielte Austausch der Kolleginnen und Kollegen im Bereich Reha-Management und Berufshilfe zum Thema organisiert. Die Bezirksverwaltungen der BGW tauschten sich zu regionalen

Anbietern von Pflegeberatung und deren Portfolio aus. Weiter fanden in den einzelnen Bezirksverwaltungen Schulungsveranstaltungen statt.

In der Bezirksverwaltung Delmenhorst beispielsweise wurden zunächst typische Fälle aus der Praxis in Zusammenarbeit mit einem Pflegeberatungsunternehmen analysiert und Ansatzpunkte für eine Qualitätssicherung bei der Erbringung von Pflegeleistungen erarbeitet. Im Anschluss wurden die Versicherten mit Anspruch auf Pflegeleistungen – sofern sie einverstanden waren – gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Pflegeberatungsunternehmen initial aufgesucht und beraten.

Aufbauend auf den langjährigen Beziehungen zu den pflegebedürftigen Menschen gestaltete sich die Hinzuziehung einer Pflegefachberatung bei vorheriger Absprache und Aufklärung unproblematisch. Unter anderem wurden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zur qualifizierten Beurteilung von Pflegedokumentationen angeleitet. Wo Kombinationen aus Geld- und Sachleistungen erbracht werden, ließen sich durch eine qualifizierte Abstimmung der Leistungen und Leistungserbringer sowie durch die Auswahl der Dienstleister Qualitätsverbesserungen und Einspareffekte erreichen. Ferner wurde in der BGW-Bezirksverwaltung Delmenhorst die Bearbeitung der Pflegeangelegenheiten im Bereich Berufshilfe konzentriert und das Treffen von Entscheidungen auf drei Schritte verringert.

Erste Auswertungen ergaben bereits eine positive Entwicklung in puncto Qualitätssicherung. Inwieweit sich auch die Verfahrensabläufe verbessert haben, wird die beabsichtigte Wiederholung des Benchmarking-Projektes „Pflege“ zeigen. ●

Autor



Markus Taddicken

Geschäftsführer der BGW-Bezirksverwaltung Bochum
E-Mail: markus.taddicken@bgw-online.de

DEMOGRAFISCHER WANDEL

BESCHÄFTIGTE IN DER PFLEGE GEWINNEN UND BINDEN

Mehr Arbeit, steigendes Durchschnittsalter der Belegschaft und Mangel an Berufsnachwuchs: Auf Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäuser wirkt sich der demografische Wandel gleich dreifach aus. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zeigt, wie sich die Herausforderungen meistern lassen.

Bereits seit längerem verschiebt sich der Altersdurchschnitt der Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nach oben. So stieg das Durchschnittsalter in der Berufsgruppe der Krankenschwestern, Krankenpfleger und Hebammen von gut 35 Jahren in 1993 auf knapp 42 Jahre in 2011 und könnte Prognosen zufolge bis 2020 auf über 46 Jahre klettern (vergleiche Tivig et al., Seite 48). Gleichzeitig rücken demografisch bedingt weniger Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger auf den Arbeitsmarkt nach.

Durch die Altersverschiebung in der Bevölkerung nimmt ferner die Zahl hochaltiger, dementer und multimorbider Menschen zu – und damit auch der Bedarf an entsprechenden Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Darüber hinaus müssen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen andere Anforderungen des Gesetzgebers und der Behörden erfüllen als früher, beispielsweise im Bereich der Dokumentation. Für das Pflegepersonal bringt all das Arbeitsverdichtungen und zum Teil neue Aufgaben mit sich.

Die Auswirkungen dieser Gemengelage machen sich unter anderem in Form von Langzeiterkrankungen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder psychischer Erschöpfung bemerkbar. Sie spiegeln sich ferner in einer erhöhten Personalfuktuation wider. Dabei erschwert bereits heute in vielen Regionen ein Mangel an qualifiziertem Fachpersonal die Personalplanung. Das vergleichsweise schlechte Image des Pflegeberufs, die spezifischen Belastungen und die relativ geringe Bezahlung machen es den Pflegeeinrichtungen nicht leicht, engagiertes Fachpersonal zu finden.

Zentrale Aufgaben und Strategien

Aus dieser Situation ergeben sich für die Verantwortlichen grundsätzlich zwei zentrale Aufgaben, um ihren Betrieb „demografie-fit“ zu machen: Einerseits ist dafür zu sorgen, dass die bereits beschäftigten Kräfte möglichst lange und gesund im Unternehmen tätig bleiben. Andererseits gilt es, auch zukünftig genügend neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen. Im Rahmen des Kooperati-

onsprojektes „Älter werden in der Pflege“ der BGW und des Forschungsinstituts Betriebliche Bildung (f-bb) haben sich dazu drei grundlegende Strategien herauskristallisiert (vergleiche Gerisch/Oberlies, Seite 40):

- die positive Imagebildung als Arbeitgeber in der Region,
- die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie
- die Kultur und Wertschätzung von Berufs- und Lebenserfahrung.

Um die Arbeitsbedingungen in den Betrieben möglichst attraktiv und alter(n)sgerecht zu gestalten, bieten sich je nach Ausgangssituation Verbesserungen in folgenden fünf Handlungsfeldern an:

- Personalführung und Rekrutierung
- Arbeitsorganisation und -gestaltung
- Qualifikation und Kompetenzentwicklung
- Führung und Unternehmenskultur
- Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die BGW bietet ihren Mitgliedsbetrieben dazu neben einem Handlungsleitfaden für Unternehmerinnen und Unternehmer in der Pflege (siehe Literatur) auch gezielte Organisationsberatung an. Für eine erste Einschätzung des Handlungsbedarfs vor Ort lässt sich auf der Internetseite der BGW ein kurzer „Demografie-Check“ vornehmen.

Autor



Stephan Köhler

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



BGW

Abbildung 1: Um den Betrieb „demografie-fit“ zu machen, bieten sich Verbesserungen in verschiedenen Handlungsfeldern an.

Auf die Altersstruktur achten

Eine gute Personalpolitik zielt unter anderem auf eine ausgewogene Altersstruktur ab, denn Beschäftigte aller Altersstufen sichern mit unterschiedlichen Kompetenzen den Erfolg des Unternehmens. Wie es um die Altersverteilung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestellt ist, können Betriebe ebenfalls online ermitteln: Die von der Technologieberatungsstelle Nordrhein-Westfalen entwickelte „BGW-Altersstrukturanalyse 3.0“ ermöglicht wahlweise einen schnellen Überblick oder eine detaillierte Auswertung.

Um eine ausgewogene Altersstruktur in der Belegschaft zu schaffen, kann das Thema beispielsweise bei Stellenbesetzungen berücksichtigt werden. Manchmal bietet es sich an, bestimmte Personengruppen gezielt anzusprechen – etwa Ältere, angeleitete Arbeitskräfte oder Berufsrückkehrende.

Wer junge Nachwuchskräfte sucht, sollte zudem darüber nachdenken, selbst auszu-

bilden und beispielsweise mit Pflegeschulen zusammenzuarbeiten. Auch Praktika ermöglichen das gegenseitige Kennenlernen. Weitere Rekrutierungswege ergeben sich aus Kontakten zu Schulen, Informationstagen, Präsenz auf Messen oder auch durch den Aufbau eines eigenen Internetbereichs für potenzielle Beschäftigte.

Anreize schaffen – Gesundheit sichern

Zur Attraktivität eines Arbeitsplatzes tragen nicht zuletzt gute Arbeitsbedingungen, flexible Arbeitszeiten und Zusatzleistungen bei. Was die Beschäftigten brauchen oder wünschen, um bei der Arbeit motiviert und gesund zu bleiben, lässt sich in Mitarbeitergesprächen erfahren. Mit diesem Instrument der Personalentwicklung können Führungskräfte individuelle Kompetenzen und Zukunftspläne erfassen. Nicht selten ergeben sich daraus Aufgaben für die weiteren Handlungsfelder – etwa im Hinblick auf die Arbeitsorganisation oder die Kompetenzentwicklung.

Gerade die klassische Gefährdungsbeurteilung bietet Möglichkeiten zu prüfen, ob die Pflegeeinrichtung für den Gesundheitsschutz insbesondere des alternden Personals hinreichend sorgt. Eventuell muss die bestehende Gefährdungsbeurteilung mit anderen Mitteln fortgeschrieben werden, weil einige Belastungen der Beschäftigten trotz getroffener Maßnahmen weiterbestehen. Andere Beanspruchungen wirken sich vielleicht besonders nachhaltig negativ auf die älteren Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte aus und sind bisher nicht ins Blickfeld geraten. Oder ein völlig neues Risiko wird deutlich, weil Beschäftigte sich ausgebrannt fühlen und kurz davor sind, innerlich oder real zu kündigen. Arbeits- und Gesundheitsschutz lassen sich mit dem Werkzeug „Gefährdungsbeurteilung“ in die Fragestellungen des systematischen Risikomanagements integrieren. ●

Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Älter werden im Pflegeberuf. Fit und motiviert bis zur Rente – eine Handlungshilfe für Unternehmen, Stand 01/2012, zu finden unter: www.bgw-online.de, Suchstichwort Tp-AAg-11U

Freiling, T.; Geldermann, B.; Töpsch, K.: Handlungsfelder zur Gestaltung einer demografiefesten Personalpolitik in der Altenpflege. Methoden, Konzepte, Praxisbeispiele, Leitfaden für die Bildungspraxis, Band 46, 2010

Gerisch, S.; Knapp, K.: Demografiefeste Personalpolitik in der Altenpflege. Handlungsbedarf erfassen, Leitfaden für die Bildungspraxis, Band 39, 2010

Gerisch, S.; Oberlies, J.: Demografiefeste Personalpolitik in der Krankenhauspflege. Bedarfe und Handlungsstrategien, Leitfaden für die Bildungspraxis, Band 40, 2011

Tivig, T.; Henseke, G.; Neuhaus, J.: Berufe im Demografischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot, 2013

SEKUNDÄRE INDIVIDUALPRÄVENTION

20 JAHRE BGW-RÜCKENKOLLEG

Rückenschmerzen sind kein Berufsrisiko, mit dem sich Pflegekräfte oder andere Berufstätige abfinden müssen. Selbst das Potenzial der Sekundären Individualprävention bei bereits vorhandenen Beschwerden ist groß. Das zeigt das BGW-Rückenkolleg, das in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen feiert.

Das Rückenkolleg der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist eine Maßnahme der Sekundären Individualprävention (SIP) für Versicherte mit bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule. Es basiert auf dem gesetzlichen Auftrag an die Unfallversicherungsträger, der Gefahr einer entstehenden, wiederauflebenden oder sich verschlimmernden Berufskrankheit mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken (vergleiche § 9 Abs. 1 SGB VII und § 3 Abs. 1 Berufskrankheiten-Verordnung).

„Rückenschmerzen sind kein Berufsrisiko, mit dem sich Pflegekräfte oder andere Berufstätige abfinden müssen.“

Die BGW hat das Rückenkolleg direkt nach der Aufnahme der bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule in die Berufskrankheitenliste entwickelt – gemeinsam mit dem Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH). Seit 1994 lädt sie zu diesem multimodalen Programm Versicherte ein, bei denen ein Verdacht auf eine entsprechende berufsbedingte Erkrankung festgestellt wird.

Auch andere Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand können betroffene Versicherte bei der BGW für das Rückenkolleg anmelden. Es wird mittlerweile an drei Standorten angeboten: im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg, in der BG Nordsee Reha-Klinik in

Sankt Peter-Ording und in den BG Kliniken Bergmannstrost Halle.

Die Teilnehmerzahl stieg von 54 im Gründungsjahr auf über 800 im Jahr 2013. Die Teilnahme an dieser Sekundären Individualprävention ist für die Versicherten kostenlos, auch die Übernachtungs-, Verpflegungs- und Reisekosten werden von der Berufsgenossenschaft übernommen. Zudem erstattet sie der Arbeitgeberin beziehungsweise dem Arbeitgeber die Lohnkosten für die betreffenden Beschäftigten während der Maßnahme.

Breit gefächertes Inhalt

Drei Wochen lang lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGW-Rückenkollegs in täglichen Trainings- und Schulungseinheiten, wie sie mit den berufsbedingten Belastungen ihres Rückens und Bewegungsapparates besser umgehen. Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Fachberaterinnen und Fachberater sensibilisieren sie für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen der eigenen Belastbarkeit und Belastungen, die die jeweilige Tätigkeit mit sich bringt.

Im Fokus stehen auf Nachhaltigkeit ausgegerichtete aktive Maßnahmen. So ist das Berufsspezifische Üben (BSÜ) ein zentraler Baustein des Programms. Pflegekräfte beispielsweise lernen dort Patiententransfers und den Einsatz von Hilfsmitteln. Ferner geht es im Rückenkolleg um gesundheitsfördernde Maßnahmen wie individuelle Entspannungstechniken und Ernährungskonzepte. Ebenso steht ein psychologisches Gesundheitstraining auf dem Programm, denn auch psychische Belastungen können Rückenprobleme beeinflussen.

Abhängig vom jeweiligen Modul arbeiten die Teilnehmenden entweder in Gruppen oder erhalten Einzelbehandlungen sowie individuelle Beratungen. Betreut werden die Teilnehmenden jeweils von einer Fachärztin oder einem Facharzt sowie von Sport- und Physiotherapeutinnen und Sport- und Physiotherapeuten, Masseurinnen und Masseuren, medizinischen Bademeisterinnen und Bademeistern (physikalische Therapie), Psychologinnen und Psychologen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern sowie Beraterinnen und Beratern der Berufsgenossenschaft.

„Die Rückenkollegsteilnehmenden waren statistisch signifikant häufiger weiter in der Kranken- und Altenpflege beschäftigt als Pflegekräfte mit Rückenbeschwerden, die das Programm nicht durchlaufen hatten.“

Weitere SIP-Bausteine

Um die Absolventinnen und Absolventen des Rückenkollegs beim Umsetzen des Erlernten im beruflichen Alltag zu unterstützen, bietet die BGW im Anschluss eine Arbeitsplatzbegleitung an. Dazu werden die Betroffenen etwa drei Monate nach dem Rückenkolleg ein bis zwei Arbeitsschichten lang von einer persönlichen Trainerin oder einem Trainer begleitet und erhalten noch einmal gezielte Tipps zum rückenge-rechten Arbeiten.

Für manche Veränderungen im Job ist die Unterstützung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers nötig. Deshalb findet nach

Autoren und Autorin

Prof. Dr. Stephan Brandenburg

Hauptgeschäftsführer der BGW
E-Mail: stephan.brandenburg@bgw-online.de

Martin Giemsa

Gesamtleiter Rückenkolleg, BUKH
E-Mail: m.giemsa@buk-hamburg.de

Susanne Behl-Schön

Koordinatorin des BGW-Rückenkollegs
E-Mail: susanne.behl-schoen@bgw-online.de



Zentraler Baustein des BGW-Rückenkollegs: das Berufsspezifische Üben – hier im BUK Hamburg

der Arbeitsplatzbegehung ein Abschlussgespräch statt, an dem neben der oder dem Betroffenen und der Arbeitsplatzbegleitung auch die oder der Vorgesetzte teilnimmt – und im Idealfall auch die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Gemeinsam mit Beratern der BGW werden die Erfahrungen besprochen und erörtert, welcher Unterstützungsbedarf auch für den Betrieb besteht. An dieser Stelle geht es neben der individuellen Unterstützung der Versicherten auch darum, den Betrieb insgesamt für das Thema Rücken zu sensibilisieren.

Über die Arbeitsplatzbegleitung hinaus lädt die BGW die Teilnehmenden ihres Rückenkollegs nach ein bis eineinhalb Jahren zu einem einwöchigen Refresher-Kurs ein. In diesem Auffrischungsseminar können sie das im Rückenkolleg Erlernte noch einmal festigen und etwaige Fragen klären, die sich im Arbeitsalltag ergeben haben. Auch dieses Angebot ist für die Teilnehmenden und deren Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber kostenfrei.

Als Anlaufstelle für Versicherte mit berufsbedingten Rückenproblemen hat die BGW in ihren regionalen Schulungs- und Beratungszentren (schu.ber.z) spezielle Rückensprechstunden eingerichtet. Die

Rückensprechstunde beginnt mit einer eingehenden orthopädischen Untersuchung. Anschließend analysiert eine Fachkraft der BGW im Gespräch mit der Besucherin oder dem Besucher, inwieweit die individuellen Beschwerden mit dem Beruf im Zusammenhang stehen könnten und, ausgerichtet am individuellen Bedarf der Versicherten, welche Präventions- und gegebenenfalls auch Rehabilitationsmaßnahmen sich anbieten.

Andere Berufsgenossenschaften oder Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, die eigene Versicherte zum BGW-Rückenkolleg anmelden möchten oder weitere Informationen zu diesem Programm wünschen, wenden sich am besten direkt an Susanne Behl-Schön bei der BGW (Kontaktaten: siehe Autorenkasten).

Evaluation

Wissenschaftlich bestätigt wurde der Erfolg des BGW-Rückenkollegs durch zwei Evaluationsstudien. Bereits die erste Datenerhebung im Jahr 2003 unter 369 Teilnehmenden des Programms und in einer 142 Probandinnen und Probanden umfassenden Kontrollgruppe ergab, dass die Rückenkollegsteilnehmenden statistisch signifikant häufiger (77 Prozent versus 57 Prozent) weiter in der Kranken- und Altenpflege beschäftigt waren als Pflege-

kräfte mit Rückenbeschwerden, die das Programm nicht durchlaufen hatten.

Auch die zweite Studie aus dem Jahr 2012 spiegelt den Erfolg des Rückenkollegs wider: Von fast 1.400 ehemaligen Teilnehmenden aus den Jahren 2009 bis 2011 waren zum Zeitpunkt der Befragung 79 Prozent der Pflegekräfte weiterhin in der Pflege beschäftigt. Nur 11 Prozent hatten das Berufsfeld aufgrund von Rückenbeschwerden verlassen. Eine deutliche Reduktion der Belastungen und eine Reduktion der Rückenbeschwerden aufgrund der neu erlernten Arbeitstechniken gaben 73 Prozent der Teilnehmenden des Rückenkollegs an. ●

Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Das BGW-Rückenkolleg. Rückenbeschwerden im Berufsalltag entgegenwirken – mit nachhaltiger Prävention, 2013, zu finden unter: www.bgw-online.de, Suchstichwort: TP-Rück

Koch, P.; Behl-Schön, S.; Pietsch, A.; Nienhaus, A.: Sekundäre Individualprävention von Rückenschmerzen bei Pflegepersonal. In: Trauma Berufskrankh, 2014, S. 1–6

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE IM MITTELPUNKT

SEMINARREIHE ZUR ANLEITUNG UND UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Plötzlich und unerwartet stehen Angehörige vor der Situation, durch einen Unfall oder eine Krankheit eines Familienmitgliedes die Verantwortung für die erforderliche Pflege zu übernehmen. Diese Situation stellt eine Herausforderung für alle Familienmitglieder dar, denn sie bedeutet oftmals eine „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung an sieben Tagen in der Woche, die nicht nur über Wochen und Monate, sondern über Jahre andauern kann.

Zur Situation pflegender Angehöriger

Durch einen Autounfall erlitt Frau Binder im Jahr 2005 ein Schädelhirntrauma dritten Grades und ist pflegebedürftig geworden. Sie kann nicht sprechen und kann, abgesehen von einer Restmobilität im linken Arm, keine kontrollierten Bewegungen ausführen. „Ihr aktueller Zustand ist mit völlig hilflos gut umschrieben“, erzählt ihr Ehemann Matthias Binder. Herr Binder betreut und pflegt seine Frau zu Hause mit Unterstützung eines Pflegedienstes und einer Betreuerin.

Angehörige streben nach Bewältigung der neuen Lebenssituation, erleben dabei aber häufig die Konfrontation mit den eigenen physischen und psychischen Grenzen und spüren durch die zeitliche Belastung eine soziale Isolierung. Intrafamiliäre Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten aufgrund veränderter Einkommensverhältnisse und eine deutliche Mehrbelastung durch den erhöhten Organisationsaufwand erschweren die Situation. Dabei laufen pflegende Angehörige Gefahr, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu überschreiten und selbst krank zu werden.¹

Unterstützung und Entlastung

Zweimal im Jahr bieten die Kooperationspartner ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, die DGUV Akademie Bad Hersfeld Hennef und die BARMER GEK Wochenendseminare für pflegende Angehörige an.

Das Seminarangebot richtet sich an alle, die einen Angehörigen mit einer erworbenen Hirnschädigung zu Hause pflegen und betreuen, oder sich noch in der Entscheidungsphase befinden, ob sie die Pflege zu Hause übernehmen können und wollen.

Herr Binder hat sich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen. Dort hat er erstmalig Kenntnis über das Seminarangebot „Anleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger“ erhalten und bereits mehrmals teilnehmen können. Die Atmosphäre des Seminars beschreibt Herr Binder als konstruktiv und locker. „Als pflegender Angehöriger muss man den anderen Teilnehmenden seine Situation nicht erklären. Wir sind alle Betroffene und haben ein gemeinsames Ziel: den Pflegealltag zu Hause bestmöglich zu gestalten.“ Fachvorträge, Gesprächsrunden und Workshops bieten praktische Hilfestellungen und Anregungen für die herausfordernde Aufgabe im Pflegalltag. „Ich habe verschiedene Techniken, Lagerungshilfen und Handgriffe im Pflegeworkshop gelernt, die ich nun im Alltag anwende. Im letzten Seminar hatte ich auch die Anwendung von Gesichtsmassage gelernt. Allein aufgrund des überraschten Gesichtes meiner Frau bei der erstmaligen Anwendung hat sich die Teilnahme in diesem Jahr gelohnt“, weiß Herr Binder zu berichten.

Das Seminar bietet pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, einmal dem „Alltag zu entkommen“ und neue Kräfte zu sammeln. „Abends, nach einem intensiven Seminartag oder beim gemeinsamen Ausflug wird dann auch mal über andere Themen gesprochen. Das ist Entspannung und wird nicht als Egoismus gewertet. Entspannung ist Programm!“ Der intensive Erfahrungsaustausch mit Gleichbetroffenen soll emotional erleichtern und bietet pflegenden Angehörigen Zeit und Raum, über sich selbst in der Rolle der Pflegenden nachzudenken und einen sinnvollen Umgang mit den persönlichen Grenzen zu entwickeln, damit sie selbst nicht zum hilflosen Helfer werden.

Das Seminarkonzept

Elementare Bestandteile des Seminarkonzeptes sind:

- Die Wissensvermittlung über die Krankheit beziehungsweise die Unfallfolgen, den weiteren Behandlungsverlauf und mögliche Therapien, mit dem Ziel, das Krankheitsverständnis zu fördern.
- Die Förderung der Pflegekompetenzen: Angehörige erlangen Sicherheit bei der Durchführung der häuslichen Pflege. Hierzu gehört die Vermittlung von praktischem Basiswissen und Sicherheit in der Anwendung von Pflegetechniken, wie die Basale Stimulation, das Bobath-

Autorin und Autor



Caroline Lüder

Referentin DGUV Akademie Hennef
E-Mail: caroline.lueder@dguv.de



Carsten Freitag

Stellv. Geschäftsführer der ZNS
Hannelore Kohl Stiftung
E-Mail: c.freitag@hannelore-kohl-stiftung.de



Die Pflege eines Angehörigen ist physisch und psychisch eine große Herausforderung.

Konzept und die Kinästhetik. Gerade die Angehörigen, die sich noch in der Entscheidungsphase befinden, ob sie sich die Pflege zu Hause zutrauen, bekommen einen Einblick, welche Aufgaben und Anforderungen auf sie zukommen werden.

- Der fachgerechte Einsatz von Hilfsmitteln in der Pflege: Wenn Hilfsmittel richtig und fachgerecht genutzt werden, können sie die Pflegenden im Alltag entlasten und wirken unterstützend bei der Mobilisierung und Lagerung des Pflegebedürftigen. Daher vermittelt das Seminar Kenntnisse über die Funktionsweise und den Umgang mit kleinen und großen Hilfsmitteln.
- Die Vermittlung von Informationen über Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten: Pflegenden Angehörigen erhalten Informationen darüber, welche sozialrechtlichen und finanziellen Hilfen sie in Anspruch nehmen können. Auch zielgruppenspezifische ambulante und stationäre Entlastungsangebote werden aufgezeigt. Im Seminar wird den Teilnehmenden eine themenspezifische Einzelberatung angeboten.
- Der Austausch mit Gleichbetroffenen, wodurch die Erkenntnis gefördert wird, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben: Das Seminar bietet einen geschützten Raum, in dem Erfahrungen im Umgang mit diesen Problemen und

praktische Ratschläge für die Pflege zu Hause ausgetauscht werden können. Dies wird von vielen Angehörigen als emotionale Entlastung wahrgenommen. Außerdem können neue Kontakte geknüpft werden, die helfen, aus der sozialen Isolation herauszufinden.

- Die Sensibilisierung für die eigene Belastungsgrenze und Vermittlung von Maßnahmen zur Selbstpflege: Immer wieder lassen sich pflegende Angehörige von ihrer pflegerischen Aufgabe vollkommen vereinnahmen, ohne dabei an die Pflege des eigenen Körpers, an Entlastung und Regeneration zu denken. Im Seminar haben pflegende Angehörige die Möglichkeit, Entspannungsmethoden zum besseren „Abschalten“ zu erlernen. Auch das Massageangebot lässt pflegende Angehörige spüren, wie gut es tut, sich Zeit für sich selbst zu nehmen. Bewegungsangebote, wie beispielsweise Wirbelsäulengymnastik und Nordic Walking, zeigen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung auf. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf dem Erkennen des Selbstpflegepotenzials, wodurch langfristig die eigene Pflegefähigkeit gesichert wird.
- Praktische Hilfestellungen für den Umgang mit Konflikten im Alltag: Der Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wird von pflegenden Angehörigen als äußerst schwierig beschrieben, vor allen Dingen dann, wenn psychi-

sche Veränderungen beim Pflegebedürftigen und damit verbundene Wesensveränderungen auftreten und sich in Misstrauen und gesteigerter Aggressivität äußern. Das führt zu Konflikten im Alltag, die durch das Erlernen von entsprechenden Umgangsweisen vermieden werden können. Im Seminar können sich die Angehörigen zu diesen Problemen austauschen und erfahren, wie andere mit gleichen oder ähnlichen Problemen umgehen. Durch die Vermittlung von psychologischem Grundwissen können pflegende Angehörige lösungsorientierte Ansätze zum Umgang mit Wesensveränderungen entwickeln. •

Information

Seminarkosten und Anmeldung: Die Seminargebühr beträgt 130 Euro pro Person. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden aus Spenden der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung getragen. Die Anmeldung erfolgt über die DGUV Akademie Hennef, Zum Steimelsberg 7, 53773 Hennef. Ansprechpartnerin: Anke Czimczik, Telefon 02242 894443, E-Mail: anke.czimczik@dguv.de.

Fußnote

[1] Vgl. Fuchs, S.: Hilfen für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen, Hagen 2000

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

KINAESTHETICS ZUR UNTERSTÜTZUNG

Im Rahmen eines Pilotprojektes hat die Bezirksverwaltung Duisburg der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) ihr Unterstützungsangebot an pflegende Angehörige um das Instrument Kinaesthetics erweitert.



Kerstin Glenz

Abbildung 1: Bewegungssequenz von einem Stuhl auf den Boden

Gerade zu Beginn einer neuen Pflegesituation fühlen sich Betroffene und pflegende Angehörige häufig überfordert. Daher sind Hilfsangebote und Qualifizierungsmaßnahmen besonders zu diesem Zeitpunkt wichtig. Die Bezirksverwaltung Duisburg der VBG hat im Rahmen eines Pilotprojektes Angehörigen von Versicherten Kinaesthetics zur Unterstützung in der Pflege angeboten. Die im Aktionsplan der gesetzlichen Unfallversicherung verankerte Individualisierung und Vielfalt von Betroffenen und deren pflegenden Angehörigen waren zentrale Aspekte des Pilotprojektes.

Das Projekt „Pflegerische Angehörige“ wurde in der Bezirksverwaltung im Zeitraum vom 01.12.2012 bis zum 30.11.2013 durchgeführt, begleitet und regelmäßig evaluiert. Teilgenommen haben insgesamt 23 Personen im Alter von 21 bis 90 Jahren. In das Projekt wurden akut verletzte Versicherte einbezogen, aber auch Menschen, bei denen ein Unterstützungsbedarf bestand, obwohl das Unfallgeschehen bereits vor geraumer Zeit eingetreten war.

Die Idee zu dem Projekt entstand aus den Erkenntnissen, die durch das „Benchmarking Pflege“ der DGUV in 2010 gewonnen

wurden. 95 Prozent der damals befragten Personen waren mit der jeweiligen Pflegesituation zufrieden. Verbesserungsbedarf bestand aus ihrer Sicht lediglich in einer

„Durch das Training habe ich eine größere Sicherheit im Umgang mit dem zu Pflegenden gewonnen. Das hat die Pflege in psychischer und physischer Hinsicht erleichtert.“

Rückmeldung nach dem Trainingsprogramm

Autorin



Martina Lomborg

Kerstin Glenz

Reha-Managerin bei der VBG Duisburg
E-Mail: kerstin.glenz@vbg.de

noch besseren Unterstützung bei Hilfsangeboten und Qualifizierungsmaßnahmen für pflegende Angehörige durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

Pflege aus Sicht der pflegenden Angehörigen ist in der Akutsituation in der Regel kein klarer Wahl- oder Entscheidungsprozess, die Angehörigen fühlen sich häufig überrumpelt. Die gewohnte Routine im Tagesablauf geht verloren und die Rollen



zwischen den Partnern müssen neu definiert werden. Als hoher Belastungsfaktor erweist sich die fehlende Pflegekompetenz, die zu großen Unsicherheiten und Ängsten bei allen Betroffenen führt.

Was ist Kinaesthetics?

Die Bezeichnung „Kinaesthetics“ leitet sich aus den griechischen Wörtern „kinesis“ (Bewegung) und „aesthics“ (Wahrnehmung) ab und ist ein Lern- und Handlungskonzept, das helfen soll, die eigenen alltäglichen Bewegungsmuster und die anderer bewusst wahrzunehmen, zu analysieren und es für die eigene Gesundheitsentwicklung zu nutzen. Bewegungen, die dem Körper schaden, sollen so vermieden werden. Kinaesthetics geht davon aus, dass durch die Sensibilisierung von Bewegungsabläufen und die Entwicklung von Bewegungskompetenzen bei Menschen jeden Alters ein nachhaltiger Beitrag zur Gesundheits-, Entwicklungs- und Lernförderung geleistet wird.

Nach Kinaesthetics beeinflusst Bewegungskompetenz direkt und indirekt alle anderen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität. Bewegungskompetenz sei

die Basis dafür, um aus den eigenen Aktivitäten heraus mehr Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten, sie sei die Fähigkeit, die eigene Bewegung zu nutzen, um Herausforderungen motorischer, kognitiver oder sozialer Natur über Bewegung zu lösen und Situationen optimal zu gestalten. Kinaesthetics soll die Menschen lehren, sich ihrer eigenen Bewegungskompetenz bewusst zu werden. Dies habe Auswirkungen auf das alltägliche Leben, auf den Beruf und auf den Umgang mit anderen Menschen (siehe www.zeitschriftlq.com/zeitschrift_lebensqualitaet.cfm vom 07.07.2014).

Handlungsbedarf

In der Regel präferieren betroffene Unfallversicherte und pflegende Angehörige eine Pflegeversorgung zu Hause und haben ein hohes Bedürfnis, frühzeitig über die Pflege und den Gebrauch von Hilfsmitteln informiert zu werden. Auch dies war ein Ergebnis des Benchmarking-Projektes 2010 der DGUV.

Um dem Wunsch, die Pflege individuell und fachgerecht durchführen zu können, nachzukommen und dabei gleichzeitig die

Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen zu beachten, ist eine bedarfsgerechte Befähigung und intensive Qualifikation dieses Personenkreises frühzeitig notwendig. Hierbei sollte die individuelle Lebenssituation, bei gleichzeitiger Stärkung der Selbsthilfe sowie der sogenannten Copingpotenziale unter Sicherung der Ressourcen, berücksichtigt werden. Gleichzeitig sollten Autonomie und Selbstorganisation der Betroffenen gestärkt werden.

Teilnehmender Personenkreis

Zunächst gehörten lediglich Angehörige von VBG-Versicherten mit akut eingetretenen schweren Verletzungen des unteren Bewegungsapparates und Verletzungen im Schädel-Hirn-Bereich zu dem teilnehmenden Personenkreis. Eine weitere Voraussetzung war, dass bereits zu Beginn des Verfahrens eine mittel- bis langfristig notwendige Pflege absehbar war. Im Laufe des Projektes wurde deutlich, dass auch die Personen, bei denen das Unfallgeschehen schon vor geraumer Zeit eingetreten war, Unterstützungsbedarf hatten. Auch diese Personen wurden in den Teilnehmerkreis aufgenommen und konnten am Projektangebot partizipieren.

Ziele

Der Mensch sollte in den Mittelpunkt gestellt und seine individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Trotz einer Vielfalt von Angeboten sollten die Maßnahmen möglichst passgenau entwickelt werden.

Die Hilfslosigkeit der Unfallversicherten und pflegenden Angehörigen sollte durch qualifizierte Vermittlung von Fähigkeiten und Kenntnissen zur aktivierenden Pflege gemildert werden, nicht zuletzt, um auch die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen zu erhöhen beziehungsweise aufrechtzuerhalten.

„Der Rollstuhl konnte vermieden werden.“ Rückmeldung nach dem Trainingsprogramm

Die Befähigungen der pflegenden Angehörigen sollten zu einer guten Pflege, zum Schutz der eigenen Gesundheit, aber auch zum Schutz der Gesundheit der zu Pflegenden verbessert werden. Ein weiteres Ziel war, eine Überforderung der Angehörigen frühzeitig zu erkennen und somit eine größere Hilfslosigkeit angesichts fehlender Pflegekenntnisse zu vermeiden.

„Lohnt“ sich die Pflege nicht, findet man keinen Sinn in dem, was man tut, erhöht sich das Belastungserleben pflegender Angehöriger erneut. Neben der physischen Unterstützung war daher auch eine intensive emotionale Unterstützung in Form von Lob, Anerkennung und Bestärkung wichtig. Nicht zuletzt erhoffte man sich auch dadurch positive Effekte für die Pflege der Angehörigen. Neben empfundene Stolz auf das Geschaffte erwartete man, dass engere Beziehungen zwischen zu Pflegenden und pflegenden Angehörigen entstehen würden.

Strategie

Unfallverletzte und Angehörige sollten von Beginn an in die Planung der Rehabilitation einbezogen werden. Die Beteiligten sollten frühzeitig auf die Pflege zu Hause vorbereitet und die Unterstützung beim Übergang in den häuslichen Bereich optimiert werden. Das häusliche Umfeld sollte frühzeitig pflegerecht gestaltet und die Angehörigen von schwerverletzten Personen vorsorglich fachgerecht aufgeklärt werden. Zudem war es Ziel, eine hohe Eigenständigkeit als Standard für das Training Schwerstverletzter zur Vorbereitung auf die Situation zu Hause zu erreichen. Qualifizierungsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige sollten außerdem aktiver angeboten werden, in der Hoffnung, dass sie dadurch stärker genutzt würden.

tige sollten außerdem aktiver angeboten werden, in der Hoffnung, dass sie dadurch stärker genutzt würden.

Maßnahmen

Pflegenden Angehörigen wurde Kinaesthetics direkt zu Beginn des Verfahrens angeboten. Den Betroffenen wurden verschiedene Alternativen zur Auswahl gestellt:

- Kinaesthetics direkt vor Ort noch im Krankenhaus
- Kinaesthetics erst mit der stationären Entlassung im häuslichen Bereich
- Kinaesthetics sowohl während des stationären Aufenthaltes, weiterhin in der Überleitung als auch im Anschluss im häuslichen Bereich

Kinaesthetics-Trainer und -Trainerinnen der Trainer-Stufe 3 mit einer zusätzlichen Ausbildung im Bereich „Pfleger Angehöriger“ standen als feste Ansprechpersonen während der gesamten Pilotphase zur Verfügung und stellten sich bei Bedarf innerhalb von drei Tagen zur Verfügung.

Erwartete Ergebnisse

Erwartet wurde eine Steigerung des Pflege-Fachwissens und somit eine Vermeidung

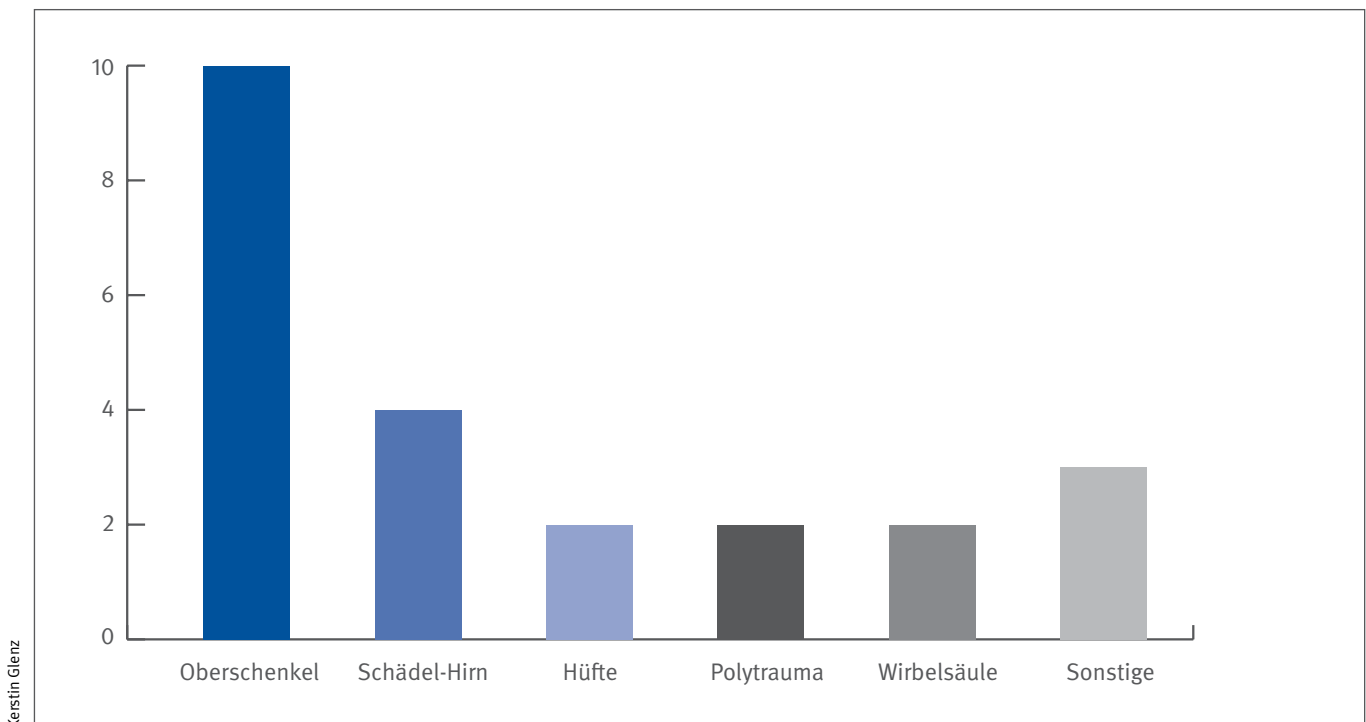


Abbildung 2: Anzahl der Projektteilnehmenden bezogen auf die erlittenen Verletzungen

» Ich würde mir wünschen, dass man direkt nach dem Unfall über das Kinaesthetics-Training aufgeklärt wird. Viele können sich unter dieser Arbeit sicher nichts vorstellen und es wird abgelehnt, ohne dass man weiß, wie gut es tut. «

Zitat eines Betroffenen

derung sowohl physischer als auch psychischer Überforderung der pflegenden Angehörigen. Weiterhin erhoffte man sich eine Ressourcenförderung und Steigerung der Zufriedenheit, sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der Betroffenen selbst. Daneben sollte ein strukturiertes Angebot für Reha-Managerinnen und Reha-Manager entstehen, welches sie zukünftig nutzen und an Betroffene und deren Pflegepersonen weitergeben könnten.

Projektauswertung

Keiner der teilnehmenden pflegenden Angehörigen hatte im Vorfeld Vorkenntnisse von Kinaesthetics. Im Durchschnitt wurden 3,8 Trainingsstunden in Anspruch genommen. Dadurch entstanden durchschnittliche Kosten in Höhe von 286 Euro pro Versicherungsfall. Dies überraschte angesichts der Tatsache, dass schwere Verletzungsfolgen und somit auch deutliche Einschränkungen verblieben waren. Offensichtlich bestand jedoch in den meisten Fällen ein definierter Bedarf, sodass ein kurzes, gezieltes und passgenaues Kinaesthetics-Training ausreichend war. Die Personen, die sich „auf etwas Neues“ einlassen konnten, berichteten ausnahmslos von einem Gewinn durch das Kinaesthetics-Training. Bedarfe wurden von den Betroffenen in folgenden Bereichen formuliert:

- Beratung im häuslichen Bereich
- Pflegeberatung
- Beratung zur Heilbehandlung
- Organisatorische Beratung
- Seelische Beratung
- Hilfsmittelberatung
- Austausch mit anderen

Alle befragten Personen, sowohl Versicherte als auch pflegende Angehörige, gaben an, dass das im Training individuell Erlernte zu 100 Prozent in der täglichen Pflege anzuwenden sei und sie dadurch Erleichterung erfahren. Versicherte und pflegende Angehörige profitierten von ei-

nem humaneren und respektvolleren Umgang miteinander und litten bedeutsam weniger unter den Folgen der erlebten Arbeitsunfälle. Sollte zukünftig ein erneuter Bedarf auftreten, waren alle Beteiligten bereit, die Kinaesthetics-Trainer beziehungsweise Trainerinnen nochmals in Anspruch zu nehmen.

Durch eine fachgerechte Pflege ist davon auszugehen, dass weniger Folgeerkrankungen und somit geringere Folgekosten entstanden sind. Der Nutzen war daher nicht nur aus humanistischer Sicht für die Betroffenen, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht bedeutsam.

Befragt zu dem richtigen Zeitpunkt einer ersten Kontaktaufnahme für eine Pflegeberatung gab circa 1/3 der Teilnehmenden an, dass sie sich Informationen direkt nach dem Unfall gewünscht haben, 1/3 äußerte den Wunsch, noch während des stationären Zeitraumes beraten zu werden, und 1/3 wäre eine Beratung erst im häuslichen Bereich ausreichend gewesen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden hätte einen Beginn des Kinaesthetics-Trainings bereits während des stationären Aufenthaltes bevorzugt.

„Ich konnte meinen Rücken entlasten.“ Rückmeldung nach dem Trainingsprogramm

den an, dass sie sich Informationen direkt nach dem Unfall gewünscht haben, 1/3 äußerte den Wunsch, noch während des stationären Zeitraumes beraten zu werden, und 1/3 wäre eine Beratung erst im häuslichen Bereich ausreichend gewesen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden hätte einen Beginn des Kinaesthetics-Trainings bereits während des stationären Aufenthaltes bevorzugt.

Weitere Erkenntnisse aus dem Projekt

Die pflegenden Angehörigen zur Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen, war häufig von einer deutlichen Zurückhaltung gekennzeichnet: „Da will jemand in meinen häuslichen Bereich kommen und mich überprüfen?“ Um das notwendige

Vertrauen der pflegenden Angehörigen zu gewinnen, welches Grundlage für die Bereitschaft zur Teilnahme ist, ist eine behutsame Kontaktaufnahme notwendig. Die Absicht, zu unterstützen und nicht zu kontrollieren, muss für die Betroffenen deutlich werden.

Als bedeutende Unterstützung hat sich der persönliche Kontakt, den die Reha-Managerinnen und Reha-Manager zu den Versicherten und den Angehörigen haben, erwiesen. Durch das bereits im Vorfeld aufgebaute individuelle Vertrauensverhältnis waren die betroffenen Personen Neuem gegenüber offener und ließen sich eher auf Unbekanntes ein.

Pflegende Angehörige äußerten sich abschließend, dass positive Effekte durch die gezielte Unterstützung tatsächlich eingetreten sind. So zum Beispiel die Empfindungen, sich nützlich zu fühlen, Stolz über die eigene Leistung und das Entstehen einer engeren Beziehung zu der Person, die Hilfe benötigt, waren erlebte Positiveffekte der pflegerischen Tätigkeiten.

Ein Blick in die Zukunft

Das Projekt hat gezeigt, dass die Unterstützung pflegender Angehöriger vor allem aus humanistischen und ethischen Aspekten für die pflegenden Angehörigen bedeutsam ist. Gezielte Angebote, die passgenau auf die jeweilige Situation treffen, werden den Betroffenen somit unterbreitet und Trainings ermöglicht.

Kinaesthetics ist ein weiteres Unterstützungs-Angebot im Reha-Management. Es trägt dazu bei, Pflege unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Betroffenen sowie der pflegenden Angehörigen sachgerecht durchführen zu können. Somit konnte es den Betroffenen ermöglicht werden, das Leben nach einem schweren Arbeitsunfall weiterhin in und mit der Familie verbringen zu können. ●

PROJEKT DEKUBITUSPROPHYLAXE

VORBEUGEN IST BESSER ALS HEILEN

Für pflegebedürftige Menschen gehört ein Druckgeschwür, der sogenannte Dekubitus, nach wie vor zu den gefährlichsten Komplikationen überhaupt. Experten des Robert Koch-Institutes ermittelten im Auftrag der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und gehen davon aus, dass jährlich bei mehr als 400.000 Menschen ein behandlungsbedürftiges Druckgeschwür entsteht.¹

Nach Angaben des Instituts für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für die Therapie eines schwergradigen Dekubitus auf bis zu 50.000 Euro/Fall.² Die zeit- und kostenintensive Behandlung dieser oftmals vermeidbaren Haut- und Gewebeschädigung belastet die Solidargemeinschaft jedes Jahr mit 1–2 Milliarden Euro.³ Insbesondere in der häuslichen Versorgung schwer pflegebedürftiger Menschen stellt die Entstehung von Druckgeschwüren oftmals ein gravierendes Problem dar. Für die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen ist es häufig sehr schwierig, beginnende Druckgeschwüre frühzeitig zu erkennen und die entsprechenden Vorbeuge- und Behandlungsmaßnahmen einzuleiten.⁴

Um diese Situation für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung, speziell für Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmungen und nach schweren Schädel-Hirn-Traumen, zu verbessern, wurde vom Landesverband Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich mit der Fragestellung beschäftigt hat, wie die Entstehung von Druckgeschwüren in der häuslichen Versorgung vermieden werden kann. Gemeinsam mit den Pflegefachberatungen der BG-Kliniken Tübingen und Ludwigshafen

wurde dabei ein Instrument für die Risikoeinschätzung von Dekubitus entwickelt.

Neues Instrument zur Dekubitus-Risikobestimmung

Ziel der Arbeitsgruppe war es, den Reha-Managerinnen und Reha-Managern der Unfallversicherungsträger ein Instrument an die Hand zu geben, mit der sich das individuelle Dekubitusrisiko pflegebedürftiger Versicherter zuverlässig und einfach ermitteln lässt. Besonders wichtig

„Die zeit- und kostenintensive Behandlung dieser Haut- und Gewebeschädigung belastet die Solidargemeinschaft jedes Jahr mit 1–2 Milliarden Euro.“

war dabei, ein Instrumentarium zu schaffen, mit dem die Betroffenen und die Angehörigen selbstständig umgehen können.

Vor diesem Hintergrund zeigte sich schnell, dass etablierte Verfahren zur Risikoeinschätzung wie die gängige Waterlow-, Braden- oder Norton-Skala nicht vorbehaltlos übernommen werden können, da ihre Anwendung entsprechendes Hintergrundwissen voraussetzt.⁵ Die

Skalen wurden daher in eine allgemeinverständliche Sprache übersetzt und um einzelne Indikatoren ergänzt – wie etwa besonders dekubitusgefährdete Körperregionen oder die Häufigkeit von Lageintervallen.

Entstanden ist ein Erhebungsbogen mit 13 Fragen zur gesundheitlichen und häuslichen Situation der versicherten Person. Neben der individuellen Risikobestimmung lag das Augenmerk auf der Feststellung bereits bestehender Druckgeschwüre oder Hautveränderungen.

Der Risiko-Ermittlungsbogen umfasst drei Teile:

1. Fragenkatalog, mit dem das Dekubitusrisiko ermittelt wird (Abbildung 1);
2. Wundbefundbogen (Abbildung 2) für die Beurteilung bereits bestehender Hautveränderungen und offener Hautstellen durch die Ärztin oder den Arzt: Er dient der Beschreibung der Wunde und den erforderlichen Behandlungsmaßnahmen gegenüber den Unfallversicherungsträgern;
3. Screening-Tabelle (Abbildung 3) zur Gefährdungsbeurteilung durch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager oder Sachbearbeitenden.

Ermittlungsbogen – Dekubitusrisiko

Zur Identifizierung des Dekubitusrisikos wird der Ermittlungsbogen (Abbildung 1) eingesetzt. Die pflegebedürftigen Versicherten erhalten durch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager oder Sachbearbeitenden der Unfallversicherungsträger den Fragebogen. Werden pflegebedürftige Versicherte im Rahmen der nachgehenden Betreuung für Schwerstverletzte besucht, kann die Reha-Managerin oder der Reha-Manager den Bogen mit der oder dem Versicherten gemeinsam ausfüllen.

Autorin



Corinne Gratzl

Landesverband Südwest der DGUV
E-Mail: corinne.gratzl@dguv.de

Im Ermittlungsbogen sind Fragen zur gegenwärtigen Situation, Bewegungsfähigkeit, Aktivität, Hautzustand, Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zu beantworten. Der Fragebogen ist zeitökonomisch und ohne spezielles Wissen über Dekubitus anzuwenden. Er unterstützt gleichzeitig das Bewusstsein über wichtige Dekubitus-Risikofaktoren und sensibilisiert darüber hinaus die Versicherten, die Angehörigen und die Pflegekräfte für die Problematik Dekubitus.

Neben der individuellen Risikobestimmung liegt das Hauptaugenmerk auf bereits bestehenden Geschwüren und Hautveränderungen. Sofern die Frage 1 im Ermittlungsbogen mit „Ja“ beantwortet wird, besteht die Aufforderung, sofort seinen Durchgangsarzt/Hausarzt aufzusuchen und den Wundbefundbogen (Abbildung 2) ausfüllen zu lassen.

Nach Rücklauf des Erhebungsbogens an den Unfallversicherungsträger gilt es, aus der Summe der Punkte sämtlicher Fragen das individuelle Dekubitusrisiko zu ermitteln. Je nach ermittelter Gesamtpunktzahl können Versicherte einer von drei Risikogruppen zugeordnet werden (Abb. 3).

Ergibt sich ein geringes Dekubitusrisiko (0–20 Punkte/blauer Bereich) und werden im weiteren Verlauf der medizinischen Versorgung keine gegenteiligen Hinweise festgestellt, sind keine speziellen pflegerischen Maßnahmen erforderlich. Die verletzte Person wird im Rahmen der nachgehenden Betreuung durch die Reha-Managerin oder den Reha-Manager regelmäßig mit dem Ermittlungsbogen kontrolliert.

Bei einem mittleren Dekubitusrisiko (21–40 Punkte/gelber Bereich) ist eine Vorstellung bei der Durchgangsarztin oder dem Durchgangsarzt vorzusehen, um die weitere medizinische Versorgung zu prüfen. Auch wenn kein weiterer Handlungsbedarf festgestellt wird, hilft es, dass sich die verletzte Person mit mittlerem Risiko

bereits im Fokus verstärkter Aufmerksamkeit befindet.

Wird ein hohes Dekubitusrisiko (41–70 Punkte/roter Bereich) ermittelt, werden spezielle Handlungs- und Behandlungsmaßnahmen erforderlich, die in Zusammenarbeit mit der Durchgangsarztin oder dem Durchgangsarzt, der Reha-Managerin oder dem Reha-Manager und gegebenenfalls einer geeigneten Pflegefachberatung abgestimmt und umgesetzt werden müssen.

Besteht nach Rücklauf des Wundbefundbogens (Abbildung 2) Handlungsbedarf, ist die pflegerische Situation über die Durchgangsarztin oder den Durchgangsarzt abzuklären und gegebenenfalls eine entsprechende Pflegefachberatung hinzuzuziehen.

Evaluation und Ausblick


Eine Auswertung der Ermittlungsbogen nach einer 6-monatigen Testphase durch die Pflegefachberatung der BG-Unfallklinik Tübingen hat ergeben, dass bei fast 20 Prozent der Versicherten in der Hoch-Risikogruppe eine entsprechende Hautschädigung ärztlich bestätigt wurde. Im mittleren Risikobereich wiesen lediglich 8 Prozent der Befragten Druckgeschwüre auf. Bei Versicherten in der unteren Risikogruppe wurden keine Dekubitalgeschwüre identifiziert. Damit ist davon auszugehen, dass das Erkrankungsrisiko mit der Höhe der Gesamtpunktzahl entsprechend der Screening-Tabelle steigt.

Mit dem Ermittlungsbogen „Dekubitusrisiko“ und seinen An-

The image shows a form titled 'Ermittlungsbogen - Dekubitusrisiko' from DGUV. It contains 15 numbered questions about mobility, pressure, and skin condition. To the right of the questions is a scoring table with columns A, B, C, and D. Below the questions is a section for 'Gesamtpunkte' (Total Points) and a space for the assessor's name and date.

Abbildung 1: Ermittlungsbogen Dekubitusrisiko

ANLAGE 1: Wunddokumentation – Bitte umgehend REHA-Berater informieren!



Wundbefundbogen bitte nur durch den behandelnden Haus- oder Durchgangsarzt auszufüllen!

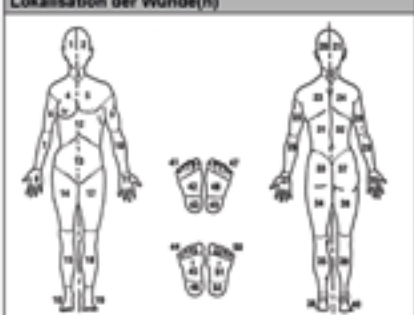
Versichertenangaben		Wundbeschreibung						
Bezeichnung Unfallversicherungsträger		Lokalisation	Wundart	Wundtiefe	Wundfläche (cm²)	Wundzustand	Wundinfektion	Wundschmerz
Name								
Vorname								
Geburtsdatum								
		1=Oktubus 2=Ulcus cruris 3=Oberflächiger Fuß 4=Sonstige	1=Epidermis/Gemma 2=Subkutis 3=Faszie/Muskeln 4=Schwammknochen	1=Rein 2=Sauber 3=Gerinnung 4=Blutgerinnung	1=Rein 2=Sauber 3=Gerinnung 4=Blutgerinnung	1=Rein 2=Sauber 3=Gerinnung 4=Blutgerinnung	1=Rein 2=Sauber 3=Gerinnung 4=Blutgerinnung	1=Rein 2=Sauber 3=Gerinnung 4=Blutgerinnung
Lokalisation der Wunde(n)		Wundbehandlung						
		Lokalisation	Debridement	Spülung/Reinigung	Wundverband	Zusatzmaßnahmen		
		1=Schere 2=Skalpell 3=Klappschere 4=Sonstige	1=NaCl 2=Acet 3=Ringer 4=Sonstige	1=Agar 2=Film 3=Hydrogel 4=Hydrokollid 5=Kollagen 6=Schaumstoff 7=Vakuumpackung 8=Abdrückbare Wundauflagen 9=Sonstige	1=Druckentlastung 2=Kompression 3=Medikation 4=Hautschutz 5=Schmerztherapie 6=Sonstige			
Empfehlungen			Arzt					
Konsultation: <input type="checkbox"/> BG-Klinik <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Pflegefachberatung BG-Klinik <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorger		Fragestellung: <input type="checkbox"/> Wundbehandlung <input type="checkbox"/> Überprüfung Hilfsmittelversorgung <input type="checkbox"/> Beratung/Schulung		Weitere Empfehlungen: _____ _____ _____		_____ _____ _____ Datum, Unterschrift		

Abbildung 2: Wundbefundbogen (Anlage 1 zum Ermittlungsbogen)

lagen erhalten Reha-Managerinnen und Reha-Manager ein geeignetes Instrument, um potenzielle Problemfälle zu identifizieren, das Dekubitusrisiko zu ermitteln und die medizinische sowie pflegerische Versorgung von Menschen mit Dekubitusrisiko oder mit bereits bestehendem Dekubitus zu verbessern.

(Kompetenzen der Unfallversicherungsträger und der Pflegefachberatungen, zum Beispiel der BG-Kliniken), definiert ein Verfahren zur Optimierung der Prozessqualität und zielt damit auf eine verbesserte Ergebnisqualität (Verhinderung der Komplikationsdiagnose Dekubitus und Einsparung vermeidbarer Kosten).

risikobestimmung, wurde im Mai 2011 im Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz als bundesweites Projekt für alle Unfallversicherungsträger abgestimmt. Mittlerweile wird das Projekt im Rahmen der Versorgung Schwerverletzter bereits von zahlreichen Unfallversicherungsträgern erfolgreich eingesetzt.

Das entwickelte Konzept zur Dekubitus-Prophylaxe nutzt die Strukturqualität

Die Dekubitus-Prophylaxe mit dem Ermittlungsbogen, als Instrument zur Dekubitus-

Im Informationssystem „UV-Net Landesverbände“ finden sich unter „Projekt Dekubitus-Management“ die entsprechenden Dokumente und Empfehlungen. Darüber hinaus bietet der Landesverband Südwest weitere Informationen zum Dekubitus-Management an.

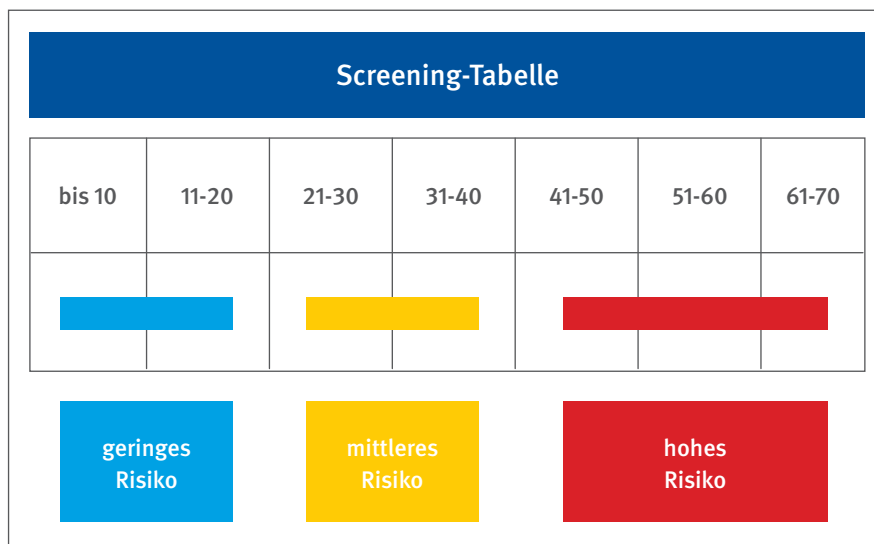


Abbildung 3: Screening-Tabelle (Auszug aus Anlage 2 zum Ermittlungsbogen)

Fußnoten

- [1] Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes – Dekubitus, Heft 12, 2005
- [2] Vgl. Dietmann, D.: Trauma und Berufskrankheit, 2010, S. 243–249 (S. 243)
- [3] Vgl. Dietmann, D.: Trauma und Berufskrankheit, 2010, S. 243–249 (S. 243)
- [4] Vgl. VBKG-Jahresbericht 2010 (S. 27)
- [5] Vgl. Dietmann, D.: Trauma und Berufskrankheit, 2010, S. 243–249 (S. 246)

BENCHMARKING-PROJEKT „PFLEGE“

EVALUATION GESTARTET

Für die Weiterentwicklung der Fachprozesse zur Gewährung der Pflege haben im Jahr 2010 fünfzehn Unfallversicherungsträger das erste trägerübergreifende Benchmarking-Projekt „Pflege“ unter dem Dach der DGUV abgeschlossen. Im Juli 2014 startete die Evaluation des Projekts.

Handlungsempfehlungen zur Prozessoptimierung

Ein zentrales Element der Projektergebnisse waren 38 Handlungsempfehlungen, um die Verwaltungsabläufe zur Gewährung der Pflege zu optimieren (siehe auch DGUV Forum 10/2010). Nach Abschluss der Projektphase wurden die Ergebnisse allen Unfallversicherungsträgern zur Verfügung gestellt. Die Unfallversicherungsträger haben ihre Optimierungsansätze aus den Gesamtergebnissen abgeleitet und begonnen, ihre Fachprozesse weiter zu optimieren.

Mit der nun gestarteten gemeinsamen Evaluation bietet sich den teilnehmenden Trägern die Gelegenheit, ihre Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Optimierung mit anderen Unfallversicherungsträgern zu teilen und in einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung einzusteigen.

Kennzahlen-Vergleich als Ausgangsbasis der Evaluation

Am Schluss des Benchmarking-Projekts wurden Kennzahlen definiert, mit deren Hilfe die Erfolge der Prozessoptimierungen dargestellt werden können. Diese Kennzahlen werden nun in der Evaluationsphase erneut bei den an der Evaluation teilnehmenden Trägern erhoben und mit den Werten aus dem ursprünglichen Benchmarking-Projekt verglichen. Die Verände-

rung der Werte bildet ab, welchen Beitrag die umgesetzten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Fachprozesse geleistet haben.

Darüber hinaus sollen im Verlauf des Evaluationsvorhabens weitere Einflussfaktoren identifiziert werden, die ebenfalls zu einer Veränderung der erreichten Werte geführt haben. Über die konkreten Ergebnisse der Evaluation werden wir nach deren Abschluss an dieser Stelle berichten.

Evaluation ist fester Bestandteil von Benchmarking-Projekten

Die Evaluation ist in den Standards für das trägerübergreifende Benchmarking der gesetzlichen Unfallversicherung fest verankert und wird künftig für jedes Benchmarking-Projekt angeboten. Sie ist ein notwendiges Rückkoppelungselement zur Kontrolle, ob die getroffenen Maßnahmen auch tatsächlich die gewünschten Ergebnisse beziehungsweise Wirkungen erzielt haben.

Ziel ist immer die kontinuierliche Verbesserung des in der Projektphase untersuchten Geschäftsprozesses. Hierzu werden die Wirkungen, die sich durch die Umsetzung von Handlungsempfehlungen aus der Projektphase eingestellt haben, systematisch analysiert und bewertet.

Die Evaluation ist die Voraussetzung für das kontinuierliche Benchmarking. Die Ergebnisse der Evaluation liefern die Grundlagen für eine Entscheidung über das weitere Vorgehen zur nachhaltigen Verbesserung untersuchter Geschäftsprozesse.

„Die Evaluation ist ein notwendiges Rückkoppelungselement zur Kontrolle.“

Die Evaluation übernimmt dabei folgende Funktionen:

- **Erkenntnis-Funktion:** Evaluationen werden mit dem Ziel durchgeführt, wichtige Erkenntnisse über die Effizienz, Effektivität und Akzeptanz von Abläufen zu gewinnen, aus denen Steuerungsinformationen und Entscheidungsgrundlagen für die Zukunft abgeleitet werden können.
- **Lern-Funktion:** Evaluationen dienen dem gemeinschaftlichen Lernen und der eigenen Verbesserung.
- **Legitimations-Funktion:** Evaluationen liefern einen überprüfbaren Nachweis für die Zusammenhänge von Maßnahmen und Wirkungen und dienen so zur Legitimation der eigenen Arbeit.
- **Monitoring-Funktion:** Evaluationen dienen zur Beobachtung langfristiger Auswirkungen von Veränderungen in den untersuchten Geschäftsprozessen.

Am nun gestarteten Evaluationsvorhaben nehmen wiederum 11 Unfallversicherungsträger teil. Erste Ergebnisse werden Ende nächsten Jahres erwartet, nach Abschluss des Vorhabens wird an dieser Stelle berichtet. ●

Autor



Michael Schwanz

Projektmanagement Benchmarking & Controlling der DGUV

E-Mail: michael.schwanz@dguv.de

SPEZIFISCHE BERATUNG FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE UND PFLEGENDE

TABUTHEMA »INKONTINENZ« – PILOTPROJEKT BEI DER BG ETEM

Das Thema „Inkontinenz“ ist nach wie vor ein Tabuthema. Trotz oder gerade weil es für die Betroffenen oft mit einer erheblichen Belastung verbunden ist. Anlass für ein bei der BG ETEM (Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse) durchgeführtes Pilotprojekt.

Viele pflegebedürftige Menschen sind durch Funktionsstörungen von Blase und Darm nicht unerheblich in ihrer Mobilität und Freizeitgestaltung eingeschränkt. Auch wenn mit dem Thema Harninkontinenz in den vergangenen Jahren offener umgegangen worden ist, sind Darmentleerungsstörungen häufig noch immer ein Tabuthema in unserer Gesellschaft. Dabei kann diesen funktionellen Störungen oft mit einem konsequenten Darmmanagement begegnet werden. Die Bezeichnung „Darmmanagement“ umfasst dabei die

»Darmentleerungsstörungen sind häufig noch immer ein Tabuthema in unserer Gesellschaft.«

Gesamtheit aller Aktivitäten, die dazu dienen, eine regelmäßige, planbare sowie zeitlich begrenzte Darmentleerung mit zwischenzeitlicher Kontinenz zu erreichen. Ein nicht unerheblicher Gewinn an mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung für die Betroffenen.

Voraussetzung für eine qualifizierte Beratung zu diesem Thema ist jedoch die Kenntnis über das bestehende Problem. Leider scheuen sich viele Betroffene, darüber zu reden – insbesondere gegenüber ihrer Reha-Beraterin beziehungsweise ihrem Reha-Berater. Handelt es sich hierbei doch regelmäßig um nicht aus dem Pflegebereich stammende

Beschäftigte der Verwaltung. Hieraus ist die Überlegung erwachsen, dass eine neutrale Fachkraft eventuell eher einen Zugang zu den Betroffenen finden könnte.

Ausgangspunkt: Benchmarking-Projekt »Pflege«

Das Benchmarking-Projekt „Pflege“ (vergleiche auch DGUV Forum 10/2010, Seite 32–36) hatte zum Ergebnis, dass 95 Prozent der Befragten mit ihrer Pflegesituation zufrieden waren. Ein insgesamt sehr positives Ergebnis. Dennoch gibt es spezifische Bereiche, in denen durch ergänzende Dienstleistungen die allgemeine Lebenssituation der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen noch verbessert werden kann. Dies dürfte vor allem auch für das Thema „Inkontinenz“ anzunehmen sein. Unabhängig hiervon hat das Benchmarking-Projekt ergeben, dass die Betroffenen einen Verbesserungsbedarf bei den Qualifizierungsmaßnahmen und Unterstützungsangeboten für die pflegenden Angehörigen sehen.

Pilotprojekt der BG ETEM

Die BG ETEM hat dies zum Anlass genommen, im Jahr 2013 ein Pilotprojekt durchzuführen. Hierzu wurden insgesamt 240 Versicherte der Bezirksverwaltungen Stuttgart, Augsburg und Nürnberg angeschrieben, die zu diesem Zeitpunkt laufend Pflegeleistungen (Pflegegeld und/oder Hauspflege) von der BG ETEM erhalten haben. Die Höhe der anerkannten Minderung der Erwerbsfähigkeit (Mde) blieb hierbei unberücksichtigt.

Neben einer individuellen kompetenten Fachberatung durch eine externe Fachkraft zum Thema „Darmmanagement“ wurde den Versicherten auch eine Beratung zu Unterstützungs-/Entlastungsmöglichkeiten ihrer pflegenden Angehörigen angeboten. Eine Rückmeldepflicht bestand für die Versicherten nicht.

Tatsächlich haben sich nur 67 der angeschriebenen 240 Versicherten (28 Prozent) zurückgemeldet. Die relativ geringe Resonanz auf das Beratungsangebot hat wenig überrascht, da bekanntermaßen der überwiegende Anteil der Versicherten mit der Pflegesituation zufrieden ist. Dies bestätigt auch die Art der Rückmeldungen (siehe Abbildung 1): So haben 37 der 67 Versicherten (55 Prozent) bestätigt, dass sie sich in ihrer individuellen Situation gut organisiert haben und mit der Unterstützung durch die Berufsgenossenschaft zufrieden bis sehr zufrieden sind. Eine weitergehende Beratung war von ihnen nicht gewünscht.

Nur insgesamt 30 Versicherte (12,5 Prozent) haben von dem Beratungsangebot Gebrauch gemacht: 14 Personen baten um eine spezifische Beratung durch die externe Fachkraft und weitere 16 Personen wollten Möglichkeiten einer Unterstützung/Entlastung für ihre pflegenden Angehörigen besprechen. Interessant war hierbei, dass auch solche Personen einen Beratungsbedarf angemeldet hatten, die ihrer unfall-/erkrankungsbedingten Mde nach keine Schwer(st)verletzten sind (siehe Abbildung 2) und daher bisher nicht von der „nachgehenden Betreuung“ durch die BG erfasst worden waren.

Autorin

Nancy Schmidt

Grundsatz- und Organisationsabteilung
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
E-Mail: schmidt.nancy@bgetem.de

Spezifische Beratungsgespräche

Im weiteren Verlauf wurde eine examinierte Pflegefachkraft beauftragt, Kontakt mit den 14 am Thema „Darmmanage-

ment“ interessierten Versicherten aufzunehmen. Entsprechende Vor-Ort-Gespräche fanden im Zeitraum Dezember 2013 bis Juni 2014 statt. Gegenstand der Gespräche war eine individuelle Beratung mit Tipps und Hilfestellungen für die Praxis – nicht selten auch für die pflegenden Angehörigen, die bei der Beratung nach Möglichkeit miteinbezogen wurden. So wurden in den Pflegegesprächen das Ess- und Trinkverhalten sowie die allgemeine Lebensführung der Pflegebedürftigen analysiert und eine Ernährungsberatung durchgeführt. Darüber hinaus spielte auch die Beratung zum Umgang mit Hilfsmitteln zur Darmentleerung beziehungsweise zur Unterstützung der Kontinenz eine wichtige Rolle.

Die 16 Versicherten, welche einen Beratungsbedarf in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten für ihre pflegenden Angehörigen angezeigt hatten, wurden unabhängig hiervon von ihren für sie zuständigen Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern der BG beraten.

Bewusstsein schaffen

Abgesehen von den praktischen Hilfestellungen, welche die Versicherten und ihre pflegenden Angehörigen erfahren haben, ist durch das Pilotprojekt das Thema „Inkontinenz“ bei den Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern der BG ETEM stärker ins Bewusstsein gelangt. Dies hat auch Auswirkungen auf die tägliche Arbeit:

„Es ist möglich, dass ein Patient, der scheinbar wenig motiviert ist, zum Beispiel eine von der BG angebotene berufliche Qualifizierungsmaßnahmen anzunehmen, schlicht an einem Inkontinenzproblem leidet und dies nur aus Scham nicht sagt ...“, so die von der BG beauftragte Pflegekraft, „... oder würden Sie zusammen mit anderen Schulungsteilnehmenden in einem Seminarraum sitzen wollen, wenn Sie jederzeit befürchten müssten, unkontrolliert Stuhl abzugeben?“

Es ist wichtig, die Beschäftigten der BG entsprechend zu schulen und für dieses Problem zu sensibilisieren. Ziel ist hierbei, Hinweise auf eine möglicherweise bestehende Inkontinenz zu erkennen und sodann eine entsprechende Abklärung, Beratung und Behandlung durch Ärztinnen oder Ärzte beziehungsweise sonstige Fachkräfte zu veranlassen. So könnte im vorgenannten Beispielfall dem Betroffenen durch ein Darmmanagement vielleicht schon so weit geholfen werden, dass dieser ausreichend kontinent wird, um an der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen zu können. Ein Gewinn für den Versicherten – wie auch die BG.

Fazit

Der Umstand, dass bei dem Pilotprojekt nur insgesamt 30 von 240 Personen überhaupt einen Beratungsbedarf für sich gesehen haben, bestätigt die Erfahrungen

des Benchmarking-Projektes „Pflege“, wonach die Versicherten in der überwiegenden Zahl der Fälle mit ihrer Pflegesituation zufrieden sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Situation der Betroffenen nicht vielleicht noch weiter verbessert werden könnte.

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde zudem deutlich, dass nicht nur Schwer(st)-verletzte einen Beratungsbedarf haben. So betrifft das im Fokus des Pilotprojektes stehende Thema „Inkontinenz“ eine Vielzahl der Pflegebedürftigen. Die Dunkelziffer ist hoch. Umso wichtiger ist, die Sachbearbeitung entsprechend zu sensibilisieren. Die BG ETEM plant entsprechende Schulungen ihrer Reha-Beraterinnen und Reha-Berater.

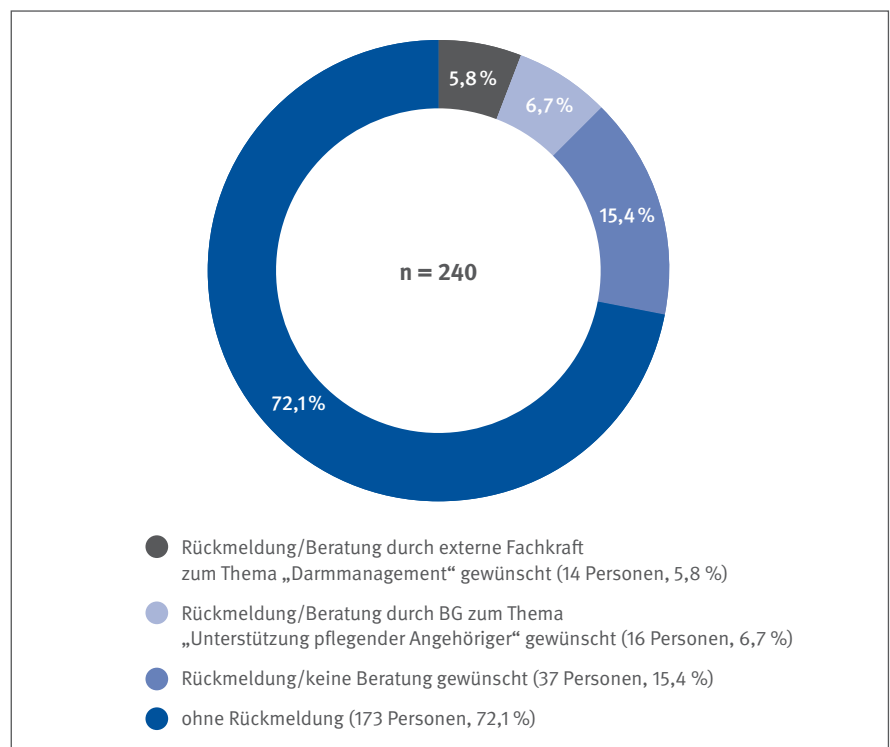


Abbildung 1: Nur wenige Betroffene haben tatsächlich Beratungsbedarf für sich gesehen.

MdE (in %)		Rückmeldung/Beratung durch externe Fachkraft zum Thema „Darmmanagement“ gewünscht	Rückmeldung/Beratung durch BG zum Thema „Unterstützung pflegender Angehöriger“ gewünscht	Rückmeldung/keine Beratung gewünscht	ohne Rückmeldung
100-80	201	12	13	29	147
75-50	29	1	1	7	20
45-0	10	1	2	1	6
Gesamt	240	14	16	37	173

Abbildung 2: Art der Rückmeldungen in Abhängigkeit zur anerkannten MdE

Übersicht der wichtigsten Zahlen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in % ³
Organisation				
UV-Träger	36	35	35	0,0
Sektionen und Bezirksverwaltungen ¹	83	76	76	0,0
Umfang der Versicherung				
Unternehmen/Einrichtungen	3.874.966	3.866.445	3.916.612	+1,3
Vollarbeiter ²	37.475.591	37.957.013	38.873.944	+2,4
Versicherte	75.931.185	76.159.014	78.065.883	+2,5
davon in der Schüler-UV	17.071.776	17.150.120	17.155.415	+0,0
Versicherungsverhältnisse ²	80.602.427	81.803.446	85.174.546	+4,1
Entgelt¹ (Der Beitragsberechnung zugrundegelegtes Entgelt)				
in 1.000 € ¹	783.460.386	816.686.778	841.506.133	+3,0
pro (GBG-)Vollarbeiter ¹	24.227	24.856	24.987	+0,5
Arbeits- und Wegeunfälle				
Meldepflichtige Arbeitsunfälle ²	919.025	885.009	874.514	-1,2
je 1.000 Vollarbeiter	24,52	23,32	22,50	-3,5
je 1 Mio. geleisteter Arbeitsstunden	15,42	14,76	14,51	-1,6
Meldepflichtige Schulunfälle	1.293.653	1.229.546	1.212.563	-1,4
je 1.000 Schüler	75,78	71,69	70,68	-1,4
Meldepflichtige Wegeunfälle ²	188.452	176.356	185.667	+5,3
je 1.000 gewichteter Versicherungsverhältnisse	4,34	3,93	4,08	+3,7
Meldepflichtige Schulwegunfälle	114.157	110.908	112.225	+1,2
je 1.000 Schüler	6,69	6,47	6,54	+1,2
Meldepflichtige Unfälle zusammen²	1.107.477	1.061.365	1.060.181	-0,1
Meldepflichtige Schülerunfälle zusammen	1.407.810	1.340.454	1.324.788	-1,2
Neue Arbeitsunfallrenten ²	15.740	15.344	14.990	-2,3
je 1.000 Vollarbeiter	0,420	0,404	0,386	-4,6
Neue Schulunfallrenten	505	601	542	-9,8
je 1.000 Schüler	0,030	0,035	0,032	-9,8
Neue Wegeunfallrenten ²	5.951	5.449	5.146	-5,6
je 1.000 gewichteter Versicherungsverhältnisse	0,137	0,121	0,113	-7,0
Neue Schulwegunfallrenten	303	315	230	-27,0
je 1.000 Schüler	0,018	0,018	0,013	-27,0
Neue Unfallrenten zusammen²	21.691	20.793	20.136	-3,2
Neue Schülerunfallrenten zusammen	808	916	772	-15,7
Tödliche Arbeitsunfälle ²	498	500	455	-9,0
Tödliche Schulunfälle	7	8	6	x
Tödliche Wegeunfälle ²	394	386	317	-17,9
Tödliche Schulwegunfälle	70	48	37	-22,9
Tödliche Unfälle zusammen²	892	886	772	-12,9
Tödliche Schülerunfälle zusammen	77	56	43	-23,2
Berufskrankheiten (BKen)				
Verdachtsanzeigen	71.269	70.566	71.579	+1,4
Entschiedene Fälle	71.738	71.389	72.927	+2,2
davon: BK-Verdacht bestätigt	34.573	35.293	36.202	+2,6
Anerkannte Berufskrankheiten	15.262	15.291	15.656	+2,4
darunter neue BK-Renten	5.407	4.924	4.815	-2,2
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt ⁴	19.311	20.002	20.546	+2,7
davon: BK-Verdacht nicht bestätigt	37.165	36.096	36.725	+1,7
Todesfälle infolge einer BK	2.548	2.454	2.343	-4,5
Rentenbestand	868.308	855.664	842.902	-1,5
Verletzte und Erkrankte	747.685	737.675	727.161	-1,4
Witwen und Witwer	107.698	105.540	103.863	-1,6
Waisen	12.894	12.415	11.847	-4,6
Sonstige	31	34	31	-8,8
Umlagesoll⁵ der gewerblichen Berufsgenossenschaften in €	10.310.357.698	10.599.173.215	10.534.901.168	-0,6
Umlagebeitrag der UV-Träger der öffentl. Hand in €	1.268.866.657	1.320.375.980	1.375.271.532	+4,2
Aufwendungen in €				
Prävention	948.224.808	1.013.342.263	1.037.823.865	+2,4
Entschädigungsleistungen	9.369.686.097	9.460.441.171	9.597.732.704	+1,5
darunter: Heilbehandlung, sonst. Rehabilitation	3.797.051.081	3.863.217.392	3.997.118.452	+3,5
Finanzielle Kompensation	5.572.635.016	5.597.223.779	5.600.614.251	+0,1
Verwaltung und Verfahren	1.300.581.441	1.341.165.690	1.333.832.112	-0,5

¹ nur gewerbliche Berufsgenossenschaften ² ohne Schüler-Unfallversicherung ³ x Prozent nur bei Fallzahl > 10 ⁴ Der Anstieg ist durch die Verbesserung der Dokumentation der §3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. ⁵ BGHM und BGW: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

DEUTSCHE GESETZLICHE UNFALLVERSICHERUNG

DIE KENNZIFFERN DES JAHRESBERICHTS 2013

Die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der 26 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für das Jahr 2013 liegen seit Kurzem vor. Der folgende Beitrag enthält die aktuellen Trends zu Unfällen, Berufskrankheiten, Rentenbestand und Leistungsaufwendungen. Organisation und Umfang der Versicherung sowie die Aufbringung der Mittel werden ebenfalls beschrieben.

1 Organisation

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben ihre Zuständigkeit seit dem 1. Januar 1991 entsprechend den Bestimmungen im Einigungsvertrag auf die neuen Bundesländer ausgedehnt.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) in der Fassung vom 8. Mai 2008 nennt als wesentliche Ziele die Anpassung der Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung an veränderte Wirtschaftsstrukturen, die Lösung der Altlasten-Problematik sowie die Modernisierung der Verwaltungsstrukturen. Damit beschreibt der Gesetzgeber den seiner Ansicht nach bestehenden Reformbedarf. Als Lösung für Letzteres sieht das Gesetz vor, durch Fusionen in eigener Verantwortung der Selbstverwaltung die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf neun Träger zu reduzieren. Das Ziel der Bundesregierung ist am 1. Januar 2011 erreicht worden.

Am 1. Januar 2012 schlossen sich der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband und die Unfallkasse München zur Kommunalen Unfallversicherung Bayern zusammen. Seit dem Jahr 2012 bestehen somit 26 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Beginnend mit der Neuorganisation im öffentlichen Bereich zum 1. Januar 1998 hat sich die Zahl der Träger

von 54 auf 26 mehr als halbiert. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Verwaltungsgemeinschaften und Kooperationen.

Die Zahl der bei den Unfallversicherungsträgern tätigen Personen ist gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozent auf 22.136 gestiegen. Davon gehörten 17.192 (+0,1 Prozent) zum Verwaltungspersonal und 4.944 (+0,7 Prozent) zum Personal der Prävention.

„Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2013 insgesamt 3.916.612 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen.“

2 Unternehmen und Einrichtungen

Bei den Mitgliedern der DGUV waren 2013 insgesamt 3.916.612 Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen zu verzeichnen. Davon entfielen 3.252.774 auf den Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand betreuten 663.838 Unternehmen und Einrichtungen.

In der gewerblichen Wirtschaft war im Jahr 2013 die Entwicklung der Zahl der Unternehmen in den verschiedenen Berufsgenossenschaften uneinheitlich: Der

größte Anstieg um 3,7 Prozent ist in der Verwaltungs-BG zu verzeichnen. In der BG Handel und Warendistribution ist der Rückgang mit 2,7 Prozent am größten. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften bewegen sich die Veränderungen zwischen -1,0 Prozent und +1,4 Prozent. Insgesamt ist die Unternehmenszahl mit 3.252.774 im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (+1,1 Prozent).

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen als zugehörige Unternehmen Bund, Länder, Gemeindeverbände, Kommunen, Hilfeleistungsunternehmen, Privathaushalte und selbstständige Unternehmen nach § 125 Abs. 3, § 128 Abs. 4, § 129 Abs. 3 SGB VII. Für das Berichtsjahr 2013 wurden 23.598 Unternehmen, 476.663 Privathaushalte, die Personen beschäftigen, und 22.686 Unternehmen, die Hilfe leisten, ermittelt. Gegenüber dem Vorjahr ist auch hier die Gesamtzahl der Unternehmen mit 522.947 (+3,0 Prozent) gestiegen.

Außerdem sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand für die Einrichtungen in der Schüler-Unfallversicherung zuständig. Dazu gehören Einrichtungen der Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), allgemeinbildende, berufliche und Hochschulen. Die Anzahl der Einrichtungen ist im Vergleich zum Vorjahr mit 140.891 nahezu unverändert geblieben (+0,7 Prozent).

In **Abbildung 1** ist der langjährige Verlauf der Zahl der versicherten Unternehmen und Einrichtungen dargestellt. Dabei zeigt sich ein deutlicher Anstieg seit 1986, der sich nach Ausweitung der Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer ab 1991 noch verstärkt hat.

Autorin und Autor

Barbara Lipka

Referat Statistik – Makrodaten, Arbeits- und Schülerunfälle, DGUV
E-Mail: barbara.lipka@dguv.de

Kurt Scherer

Referat Statistik – Makrodaten, Arbeits- und Schülerunfälle, DGUV
E-Mail: kurt.scherer@dguv.de

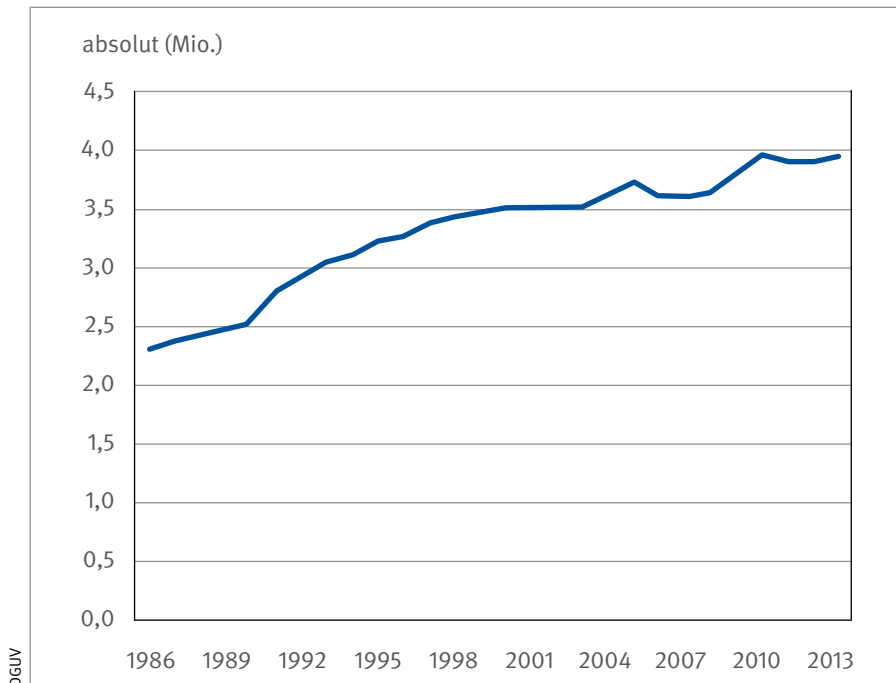


Abbildung 1: Unternehmen/Beitragspflichtige, Haushalte und Unternehmen, die Hilfe leisten, sowie Bildungseinrichtungen

3 Versicherte und Vollarbeiter

Bei den Unfallversicherungsträgern der DGUV waren 2013 etwa 78,1 Millionen Menschen in Deutschland gegen Arbeits-, Wege-, Schul- und Schulwegunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Beschäftigten in der gewerblichen Wirtschaft und im öffentlichen Dienst. Daneben gibt es per Satzung oder freiwillig versicherte Unternehmer. Einen wesentlichen Teil der Versicherten machen die rund 17,16 Millionen Kinder in Tagesbetreuung (inklusive Tagespflege), Schülerinnen, Schüler und Studierende (im Folgenden der besseren Lesbarkeit wegen mit der Bezeichnung „Schüler“ abgekürzt) aus. Außerdem umfasst der Kreis der Versicherten bestimmte Sondergruppen, die per Gesetz ebenfalls unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen. Zu nennen sind hier insbesondere ehrenamtlich Tätige, Personen in Hilfeleistungsunternehmen, nicht gewerbsmäßige Bauarbeiter, Blutspender, Pflegepersonen, Rehabilitanden, Entwicklungshelfer, Arbeitslose, Strafgefangene. Kurzfristig versicherte Personenkreise (zum Beispiel Einzelhelfer) sind mangels statistischer Quellen unberücksichtigt.

Für die Berechnung von relativen Arbeitsunfallquoten (vergleiche Abschnitt 4.1)

werden versicherte Teilzeitbeschäftigte statistisch in Vollarbeiter (Vollzeitarbeitsleistungen) umgerechnet. Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten – nicht der tariflichen – Arbeitsstundenzahl. Es erfolgt eine Berücksichtigung der kalendarischen Arbeitstage, der durchschnittlichen Urlaubs- und Krankheitstage sowie der bezahlten Wochenstunden.

Für 2013 beträgt die Zahl der Vollarbeiter bei den Mitgliedern der DGUV insgesamt 38.873.944 und ist damit gegenüber dem Vorjahr um 2,4 Prozent gestiegen. Davon entfallen 33.678.283 Vollarbeiter auf den Bereich der gewerblichen Wirtschaft, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um 2,5 Prozent darstellt. Von diesen wurden 52,2 Milliarden Arbeitsstunden im gewerblichen Bereich geleistet; das sind 0,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Im öffentlichen Bereich ist die Vollarbeiterzahl mit 5.195.661 um 1,9 Prozent gestiegen. Die Bestimmung der Rechengröße Vollarbeiter wird für die 17,16 Millionen Versicherten der Schüler-Unfallversicherung nicht vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung nahezu unverändert geblieben (+0,03 Prozent).

4 Arbeits- und Wegeunfälle

Vorbemerkung: Die Unfälle im Bereich der Schüler-Unfallversicherung werden in Abschnitt 5 beschrieben.

4.1 Begriffe und Unfallquoten

Als meldepflichtige Unfälle werden in den Geschäftsergebnissen die Unfallanzeigen nach § 193 SGB VII gezählt. Danach sind Unternehmer verpflichtet, binnen drei Tagen Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen anzuzeigen, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen – ohne den Unfalltag – oder den Tod zur Folge haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so werden auch Anzeigen von Verletzten, Durchgangsarztberichte sowie durch Krankenkassen angezeigte Fälle gezählt. Das Gleiche gilt für Wegeunfälle; das sind Unfälle auf dem Weg zum oder vom Ort einer versicherten Tätigkeit, die nach § 8 Abs. 2 Nrn. 1 bis 4 SGB VII den Arbeitsunfällen gleichgestellt sind.

Verläuft ein Arbeits- oder Wegeunfall tödlich oder hat er so schwere Folgen, dass es zu einer Entschädigung in Form einer Rente oder Abfindung kommt, so wird er in den Geschäftsergebnissen zusätzlich als „neue Unfallrente“ nachgewiesen. Voraussetzung für eine solche Entschädigung ist, dass der Unfall allein oder zusammen mit einem früheren Arbeitsunfall für einen gesetzlich festgelegten Mindestzeitraum zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent geführt hat.

Bei der statistischen Erfassung der tödlichen Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen sich der Unfall im Berichtsjahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.

Zur Beurteilung des durchschnittlichen Arbeitsunfallrisikos werden die absoluten Arbeitsunfallzahlen einerseits zur Zahl der geleisteten Arbeitsstunden und andererseits zur Zahl der Vollarbeiter ins Verhältnis gesetzt. Bei Letzterer wird die durchschnittliche Expositionszeit eines Vollbeschäftigten gegenüber der Gefahr, einen Arbeitsunfall zu erleiden, berücksichtigt und damit auch die konjunkturell und tariflich bedingte Schwankung der Jahresarbeitszeit.

Jede versicherte Tätigkeit, ob als Teilzeit- oder als Vollzeitbeschäftigung oder als kurzfristige Aktivität wie das Blutspen-

den, bringt jedoch ein eigenes Wegeunfallrisiko mit sich. Darüber hinaus kann derselbe Versicherte in mehr als einem Versicherungsverhältnis stehen und entsprechend mehr versicherte Wege zurücklegen. Daher werden die Wegeunfälle auf die Zahl der Versicherungsverhältnisse bezogen. Diese Zahl wird bei denjenigen Gruppen, die eine deutlich geringere Zahl von versicherten Wegen zurücklegen als Unternehmer, abhängig Beschäftigte und Schüler, entsprechend dem tatsächlichen Risiko gewichtet. Für das Berichtsjahr ergeben sich insgesamt 45.542.612 gewichtete Versicherungsverhältnisse (ohne Schüler-Unfallversicherung).

4.2 Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Im gewerblichen und öffentlichen Bereich waren im Berichtsjahr 874.514 meldepflichtige Arbeitsunfälle zu verzeichnen; dies waren 1,2 Prozent weniger als im Vorjahr. Da die Zahl der Vollarbeiter jedoch gestiegen ist, ist das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, je 1.000 Vollarbeiter

von 23,32 im Vorjahr auf 22,50 in 2013 um 3,5 Prozent gefallen.

Ebenso ist die Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen, wodurch die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden um 1,6 Prozent gesunken ist. Diese Unfallquote betrug im Berichtsjahr 14,51, während sie im Vorjahr noch bei 14,76 gelegen hatte.

Die Darstellung der Häufigkeitsquoten der meldepflichtigen Arbeitsunfälle getrennt nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die letzten Jahre in den **Tabellen 1 und 2** verdeutlicht die strukturell bedingten Unterschiede. In **Tabelle 1** ist die Häufigkeit der meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter dargestellt, in **Tabelle 2** je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden.

Die Quoten zeigen für den Großteil der Berufsgenossenschaften die gleichen Trends:

Am stärksten fällt die Abnahme bei der BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse sowie der BG Holz und Metall mit über 6 beziehungsweise 4 Prozent aus. Einen Anstieg bei den Arbeitsunfallquoten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden verzeichnen lediglich die BG Handel und Warendistribution beziehungsweise die BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der öffentliche Sektor (+2 Prozent).

4.3 Meldepflichtige Wegeunfälle

Bei den Wegeunfällen handelt es sich um alle Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Ort der versicherten Tätigkeit, nicht etwa nur um Straßenverkehrsunfälle. Die Straßenverkehrsunfälle werden in den Geschäftsergebnissen nicht gesondert ausgewiesen; sie stellen zwar den überwiegenden Teil der Wegeunfälle, finden sich aber auch zu einem geringen Anteil bei den Arbeitsunfällen (zum Beispiel bei Berufskraftfahrern). Im Bereich der Prävention unterstützt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Arbeit des Deutschen

Tabelle 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	26,44	25,79	24,43	23,47	-3,93
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	19,24	18,75	19,13	18,29	-4,39
102 BG Holz und Metall	42,62	43,09	40,85	38,30	-6,24
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	21,84	20,76	20,45	18,91	-7,50
104 BG der Bauwirtschaft	66,54	63,68	58,72	57,32	-2,37
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	40,13	37,84	37,62	35,98	-4,34
106 BG Handel und Warendistribution	26,85	27,02	24,68	24,67	-0,02
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	42,92	43,34	41,65	39,26	-5,74
108 Verwaltungs-BG	15,82	14,99	13,71	12,97	-5,42
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	15,72	15,54	15,27	15,22	-0,33
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)¹	22,10	16,56	16,17	16,21	+0,27
Insgesamt	25,84	24,52	23,32	22,50	-3,52
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	76,35	75,78	71,69	70,68	-1,41

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	16,53	16,22	15,46	15,14	-2,07
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	12,02	11,79	12,10	11,80	-2,54
102 BG Holz und Metall	26,64	27,10	25,85	24,71	-4,43
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	13,65	13,06	12,94	12,20	-5,71
104 BG der Bauwirtschaft	41,59	40,05	37,16	36,98	-0,48
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	25,08	23,80	23,81	23,21	-2,49
106 BG Handel und Warendistribution	16,78	16,99	15,62	15,92	+1,91
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	26,82	27,26	26,36	25,33	-3,92
108 Verwaltungs-BG	9,89	9,43	8,68	8,37	-3,59
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	9,82	9,77	9,67	9,82	+1,60
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)¹	13,81	10,41	10,23	10,46	+2,21
Insgesamt	16,15	15,42	14,76	14,51	-1,65

¹ Die Angabe in 2011 ist aufgrund der bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht relativ unsicher.

Verkehrssicherheitsrats (DVR) in fachlicher und finanzieller Hinsicht. Bei beruflichen Tätigkeiten im Straßenverkehr bestehen zusätzliche Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch die Unfallverhütungsvorschrift „Fahrzeuge“ (DGUV Vorschrift 70, bisher: BGV D29) sowie spezielle Schulungsprogramme und Informationen für Versicherte, die aus beruflichen Anlässen am Straßenverkehr teilnehmen beziehungsweise durch ihn gefährdet sind.

Bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand liegt der Arbeitsschwerpunkt, bedingt durch die große Zahl der Versicherten in der Schüler-Unfallversicherung, bei der Schulwegsicherheit. Mit den Landes- und Ortsverkehrswachen werden auf regionaler Ebene Multiplikatoren (Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher) Fortbildungen angeboten. Unterstützt wird die Arbeit durch Aktionen und Medien zur Verkehrserziehung und Schulwegsicherheit (zum Beispiel „Der Tote Winkel“, „BusSchule“, „Schulweglexikon“).

Im Jahr 2013 ereigneten sich 185.667 meldepflichtige Wegeunfälle (ohne Schulwegunfälle). Nach den extremen Wetterbedingungen zu Beginn des Jahres (extrem trübe Monate mit vielen Schnee- und Kältereorden) hat ihre absolute Zahl gegenüber dem Vorjahr um 5,3 Prozent zugenommen. Bezogen auf 1.000 (gewichtete) Versicherungsverhältnisse (vergleiche Abschnitt „Unfallquoten“) stieg die Häufigkeit der meldepflichtigen Wegeunfälle von 3,93 im Vorjahr auf 4,08 im Berichtsjahr um 3,7 Prozent. Die Entwicklung der Wegeunfallquoten bei den Berufsgenossenschaften liegt zwischen +9 und –6 Prozent (vergleiche **Tabelle 3**).

4.4 Neue Arbeitsunfallrenten

Die Zahl der schweren Arbeitsunfälle, bei denen es erstmals zur Zahlung einer Rente oder eines Sterbegeldes gekommen ist, ist von 15.344 im Vorjahr um 2,3 Prozent auf 14.990 in 2013 zurückgegangen. Dabei hat ihre Häufigkeit je 1.000 Vollarbeiter von 0,404 auf 0,386 im Berichtsjahr um 4,6 Prozent abgenommen. Bezogen auf 1 Million

geleistete Arbeitsstunden ist ein Rückgang um 2,8 Prozent, von 0,256 in 2012 auf 0,249 im Berichtsjahr, zu verzeichnen. Die Aufgliederung dieser beiden Unfallquoten nach den verschiedenen Bereichen der gesetzlichen Unfallversicherung für die letzten Jahre in den **Tabellen 4 und 5** zeigt, dass die Entwicklung der neuen Arbeitsunfallrenten uneinheitlich ausgefallen ist. Einer Zunahme vor allem bei der BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe von 3,5 beziehungsweise 5,5 Prozent stehen Rückgänge in unterschiedlicher Größenordnung in den meisten anderen Bberufsgenossenschaften gegenüber, vor allem in der BG Handel und Warendistribution sowie der BG für Transport und Verkehrswirtschaft (bis zu –15,4 beziehungsweise –13,8 Prozent).

4.5 Neue Wegeunfallrenten

Die Zahl der neuen Wegeunfallrenten ist von 5.449 in 2012 auf 5.146 im Berichtsjahr um 5,6 Prozent gesunken. Dabei ist das Unfallrisiko je 1.000 (gewichteter) Versicherungsverhältnisse um 7,0 Prozent von 0,121

Tabelle 3: Meldepflichtige Wegeunfälle je 1.000 gewichteter Versicherungsverhältnisse

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	5,11	4,26	3,91	4,05	+3,5
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	5,02	4,29	4,07	4,13	+1,3
102 BG Holz und Metall	5,20	4,49	4,44	4,45	+0,0
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	4,12	3,49	3,50	3,52	+0,4
104 BG der Bauwirtschaft	4,41	3,77	3,34	3,58	+7,2
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	4,30	3,47	3,27	3,38	+3,4
106 BG Handel und Warendistribution	6,03	5,11	4,51	4,90	+8,7
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	4,57	4,11	4,00	3,75	–6,3
108 Verwaltungs-BG	5,29	4,19	3,64	3,71	+2,1
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	5,60	4,78	4,34	4,56	+5,0
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)¹	6,12	4,89	4,07	4,26	+4,6
Insgesamt	5,25	4,34	3,93	4,08	+3,7
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	7,28	6,69	6,47	6,54	+1,2

Tabelle 4: Neue Arbeitsunfallrenten je 1.000 Vollarbeiter

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,480	0,450	0,429	0,410	–4,5
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,656	0,513	0,568	0,522	–8,1
102 BG Holz und Metall	0,671	0,607	0,535	0,537	+0,4
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,515	0,494	0,418	0,384	–8,2
104 BG der Bauwirtschaft	1,423	1,367	1,364	1,341	–1,7
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,572	0,510	0,435	0,450	+3,5
106 BG Handel und Warendistribution	0,508	0,470	0,449	0,380	–15,4
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	1,139	1,172	1,170	1,005	–14,1
108 Verwaltungs-BG	0,215	0,211	0,212	0,214	+1,1
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,239	0,215	0,211	0,206	–2,0
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,251	0,232	0,245	0,230	–6,2
Insgesamt	0,448	0,420	0,404	0,386	–4,6
Schüler-Unfallversicherung					
Schulunfälle je 1.000 Schüler	0,036	0,030	0,035	0,032	–9,8

¹Die Angabe in 2011 ist aufgrund der bei einigen UV-Trägern der öffentlichen Hand vorgenommenen Umstellung der Erfassung der Meldepflicht relativ unsicher.

auf 0,113 gefallen. **Tabelle 6** zeigt, dass sich die Veränderung dieser Wegeunfallquote gegenüber dem Vorjahr in den verschiedenen Bereichen ebenfalls unterschiedlich darstellt. Der einzige Anstieg ist in der Verwaltungs-BG (+3,5 Prozent) zu verzeichnen, der größte Rückgang in der BG für Transport und Verkehrswirtschaft (-34,8 Prozent).

4.6 Verhältnis von neuen Unfallrenten zu meldepflichtigen Unfällen

Im Jahr 2013 kamen auf 1.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle 17 neue Arbeitsunfallrenten, auf 1.000 meldepflichtige Wegeunfälle hingegen 28 neue Wegeunfallrenten. Daraus ist zu ersehen, dass Wegeunfälle im Vergleich zu Arbeitsunfällen weitaus häufiger besonders schwere Folgen haben.

4.7 Tödliche Unfälle

Bei den tödlichen Arbeitsunfällen ist ein Rückgang um 45 Fälle auf 455 Todesfälle zu verzeichnen. Bei der Zahl der tödlichen Wegeunfälle findet sich ein Rückgang um 69 Fälle auf 317.

Während auf 1.000 neue Arbeitsunfallrenten 30 tödliche Arbeitsunfälle kommen, entfallen auf 1.000 neue Wegeunfallrenten mit 62 tödlichen Wegeunfällen mehr als doppelt so viele Todesfälle. Dies verdeutlicht – ebenso wie die entsprechende Aussage in Abschnitt 4.6 – die überproportionale Schwere der Wegeunfälle gegenüber den Arbeitsunfällen.

5 Schul- und Schulwegunfälle

Im Berichtsjahr ereigneten sich 1.324.788 meldepflichtige Schülerunfälle (Schul- und Schulwegunfälle). Die Pflicht zur Unfallanzeige besteht in der Schüler-Unfallversicherung dann, wenn der Versicherte getötet oder so verletzt wird, dass er ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen muss. Gegenüber dem Vorjahr sind die Schülerunfälle leicht zurückgegangen (-1,2 Prozent). Der Schulweganteil liegt mit 112.225 meldepflichtigen Unfällen bei 8,5 Prozent. Auch das Schülerunfallrisiko ist im Berichtsjahr weiter gesunken (-1,2 Prozent). Die Rate liegt bei 77,2 Schülerun-

fällen je 1.000 versicherter Schüler. Bei der Zahl der neuen Schülerunfallrenten ist ein Rückgang von 15,7 Prozent auf insgesamt 772 erstmalige Entschädigungen zu verzeichnen. Wobei dieser Rückgang hauptsächlich durch die Aufarbeitung von Bearbeitungsrückständen bei einem Unfallversicherungsträger im Vorjahr verursacht wird (Konsolidierungseffekt). Der Anteil der neuen Wegeunfallrenten liegt bei 29,8 Prozent.

Die Zahl der tödlichen Schülerunfälle ist nach dem deutlichen Rückgang im Vorjahr von 56 auf 43 weiter gesunken (-23,2 Prozent). Der weit überwiegende Teil der tödlichen Schülerunfälle ereignet sich auf dem Schulweg. Im Jahr 2013 liegt der Anteil bei 86,0 Prozent.

6 Berufskrankheiten

6.1 Listen-Berufskrankheitensystem und Erweiterung

In Deutschland gilt ebenso wie in vielen anderen Ländern ein gemischtes Berufs-

Tabelle 5: Neue Arbeitsunfallrenten je 1 Million geleisteter Arbeitsstunden

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,300	0,283	0,272	0,264	-2,7
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,410	0,323	0,360	0,337	-6,4
102 BG Holz und Metall	0,419	0,382	0,339	0,346	+2,3
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,322	0,311	0,265	0,248	-6,4
104 BG der Bauwirtschaft	0,889	0,859	0,863	0,865	+0,2
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,357	0,320	0,275	0,290	+5,5
106 BG Handel und Warendistribution	0,317	0,296	0,284	0,245	-13,8
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,712	0,737	0,741	0,648	-12,5
108 Verwaltungs-BG	0,135	0,133	0,134	0,138	+3,0
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,149	0,135	0,133	0,133	-0,1
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,157	0,146	0,155	0,148	-4,4
Insgesamt	0,280	0,264	0,256	0,249	-2,8

Tabelle 6: Neue Wegeunfallrenten je 1.000 gewichteter Versicherungsverhältnisse

	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
UV in der gewerblichen Wirtschaft	0,143	0,137	0,123	0,114	-7,1
101 BG Rohstoffe und chemische Industrie	0,200	0,177	0,163	0,144	-12,0
102 BG Holz und Metall	0,184	0,141	0,148	0,140	-5,4
103 BG Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	0,161	0,146	0,133	0,123	-7,6
104 BG der Bauwirtschaft	0,145	0,118	0,122	0,114	-6,5
105 BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe	0,123	0,114	0,102	0,100	-1,3
106 BG Handel und Warendistribution	0,175	0,168	0,143	0,122	-14,6
107 BG für Transport und Verkehrswirtschaft	0,135	0,142	0,154	0,100	-34,8
108 Verwaltungs-BG	0,113	0,120	0,094	0,098	+3,5
109 BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	0,132	0,146	0,127	0,114	-10,0
UV der öffentlichen Hand (Allgemeine UV)	0,137	0,139	0,115	0,107	-6,3
Insgesamt	0,142	0,137	0,121	0,113	-7,0
Schüler-Unfallversicherung					
Schulwegunfälle je 1.000 Schüler	0,019	0,018	0,018	0,013	-27,0

krankheitensystem (Liste und Einzelfälle). Berufskrankheiten sind nach § 9 Abs. 1 SGB VII diejenigen „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden“. In diese Liste können ausschließlich Erkrankungen durch besondere gefährdende Einwirkungen aufgenommen werden, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Das Bundeskabinett hat am 18. März 2009 die 2. Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung verabschiedet. Seit Inkrafttreten am 1. Juli 2009 gibt es fünf neue Berufskrankheiten (BK 1318 Benzol, Blut und lymphatisches System, BK 2112 Gonarthrose, BK 4113 Lungenkrebs, PAK, BK 4114 Lungenkrebs, Asbest und PAK, BK 4115 Siderofibrose).

Darüber hinaus ist nach § 9 Abs. 2 SGB VII eine nicht in der Liste aufgeführte Krankheit anzuerkennen und zu entschädigen,

wenn nach neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen die sonstigen Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllt sind.

Damit eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann, muss zwischen versicherter Tätigkeit und schädigender Einwirkung sowie zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang bestehen. Bei einigen Krankheiten müssen zusätzlich – neben diesem Kausalzusammenhang und den jeweiligen medizinischen Merkmalen – besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein: Zum Beispiel müssen Hauterkrankungen zusätzlich zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können; darüber hinaus muss das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

In der ehemaligen DDR galt ebenfalls ein gemischtes Berufskrankheitensystem. Auch wenn das Berufskrankheiten-Recht

der ehemaligen DDR seit dem 1. Januar 1992 nicht mehr fortgilt, so werden Leistungen in vollem Umfang nach SGB VII und BKV auch weiterhin für solche Berufskrankheiten erbracht, die sich auf die Berufskrankheitenliste der ehemaligen DDR (DDR-BKVO-Liste) gründen. Sind diese jedoch nicht gleichzeitig Gegenstand der Berufskrankheiten-Liste der BKV, so muss der Eintritt der Erkrankung vor dem 1. Januar 1992 liegen und die Erkrankung dem zuständigen Unfallversicherungsträger vor dem 1. Januar 1994 bekannt geworden sein.

6.2 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit

Für Ärzte besteht nach § 202 SGB VII eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit. Für Unternehmer besteht eine Meldepflicht gemäß § 193 Abs. 2 SGB VII bereits bei Anhaltspunkten für das Vorliegen einer Berufskrankheit bei Versicherten in ihren Unternehmen. Bei Vorliegen entsprechender Anhaltspunkte müssen auch Krankenkassen eine Anzeige erstatten. Es können jedoch auch Versicherte und andere Stellen den Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit melden. Der Unfallversicherungsträger prüft von Amts wegen durch das Feststellungsverfahren, ob tatsächlich eine Berufskrankheit i. S. v. § 9 Abs. 1 oder 2 SGB VII vorliegt. Naturgemäß ist die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit höher als die Zahl der Fälle, bei denen sich im Feststellungsverfahren dieser Verdacht bestätigt.

Im Jahr 2013 sind bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 71.579 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit eingegangen: Dies ist gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 1.013 Fälle beziehungsweise um 1,4 Prozent. In der Schüler-Unfallversicherung sind Berufskrankheiten erwartungsgemäß seltene Ereignisse. Im Berichtsjahr wurden 98 BK-Verdachtsanzeigen registriert. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um Hauterkrankungen.

Die Aufschlüsselung der Verdachtsanzeigen der letzten Jahre nach Krankheitsgruppen in **Tabelle 7** erlaubt eine differenzierte Betrachtung: Die Hautkrankheiten stellen mit 24.393 Anzeigen den größten Anteil. Die Zahl dieser Verdachtsanzeigen ist 2013 gegenüber dem Vorjahr um 226 Fälle bezie-

Tabelle 7: Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	2010	2011	2012	2013	Veränderung von 2012 auf 2013	
						absolut	in % ¹
1	Chemische Einwirkungen	3.293	3.793	3.645	3.648	+3	+ 0,1
11	Metalle und Metalloide	269	351	305	287	-18	-5,9
12	Erstickungsgase	141	48	80	48	-32	-40,0
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	2.883	3.394	3.260	3.313	+53	+1,6
2	Physikalische Einwirkungen	22.667	22.138	22.379	22.550	+171	+ 0,8
21	Mechanische Einwirkungen	11.279	10.114	9.956	10.049	+93	+ 0,9
22	Druckluft	6	4	3	7	+4	x
23	Lärm	10.979	11.640	12.017	12.020	+3	+ 0,0
24	Strahlen	403	380	403	474	+71	+17,6
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	2.398	2.577	2.367	2.614	+247	+ 10,4
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	16.141	15.557	15.274	15.783	+509	+ 3,3
41	Anorganische Stäube	12.350	11.834	11.606	12.204	+598	+5,2
42	Organische Stäube	182	206	208	209	+1	+ 0,5
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	3.609	3.517	3.460	3.370	-90	-2,6
5	Hautkrankheiten	23.798	25.230	24.619	24.393	-226	-0,9
6	Augenzittern der Bergleute	2	6	6	7	+1	x
	Sonstige Anzeigen	1.978	1.968	2.276	2.584	+308	+ 13,5
	Insgesamt	70.277	71.269	70.566	71.579	+1.013	+ 1,4

¹ Prozent nur bei Fallzahl > 10

Tabelle 8: Entschiedene Fälle

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Veränd. v. 2012 auf 2013	
											absolut	in %
BK-Verdacht bestätigt	24.942	25.022	23.019	23.663	23.028	25.570	31.219	34.573	35.293	36.202	+909	+2,6
davon: anerkannte Berufskrankheiten	16.784	15.920	14.156	13.383	12.972	16.078	15.461	15.262	15.291	15.656	+365	+2,4
darunter: neue BK-Renten	5.021	5.459	4.781	4.123	4.312	6.643	6.123	5.407	4.924	4.815	-109	-2,2
davon: berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	8.158	9.102	8.863	10.280	10.056	9.492	15.758	19.311	20.002	20.546	+544	+2,7
BK-Verdacht nicht bestätigt	41.374	38.887	38.040	35.980	36.440	37.132	37.967	37.165	36.096	36.725	+629	+1,7
Entschiedene Fälle insgesamt	66.316	63.909	61.059	59.643	59.468	62.702	69.186	71.738	71.389	72.927	+1.538	+2,2

hungsweise um 0,9 Prozent zurückgegangen. Hierbei spielt es eine Rolle, dass erstmals ab dem Berichtsjahr 2005 auch Meldungen nach § 3 BKV und Hautarztberichte statistisch bei den Verdachtsanzeigen zu erfassen sind. Mit Meldungen nach § 3 BKV wird auf die Gefahr hingewiesen, dass eine Berufskrankheit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann. Die zweitgrößte Gruppe bilden die 12.204 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund anorganischer Stäube. Diese weisen im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 598 Fälle beziehungsweise um 5,2 Prozent auf. Die 12.020 Verdachtsanzeigen durch Lärm sind nahezu unverändert geblieben. Die 10.049 Anzeigen auf Verdacht einer Erkrankung aufgrund mechanischer Einwirkungen sind um 93 Fälle beziehungsweise um 0,9 Prozent gestiegen. Der starke Anstieg von 17,7 Prozent aufgrund von Lösungsmitteln, Pestiziden und sonstigen chemischen Stoffen von Berichtsjahr 2010 auf 2011 ist bedingt durch die neu angezeigten Berufskrankheiten bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall zur BK 1302 (Halogenkohlenwasserstoffe) durch die Meldungen im Rahmen der PCB-Belastung im Dortmunder Hafen (ENVIO).

6.3 Entschiedene Fälle

Die durch Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit ausgelösten Feststellungsverfahren führen zu einer der nachfolgend beschriebenen versicherungsrechtlichen Entscheidungen: Sind alle Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit – wie in Abschnitt 6.1 beschrieben – erfüllt, so wird diese anerkannt. Bei bestimmten Berufskrankheiten müssen dafür besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sein, wie zum Beispiel die Aufgabe der gefährdenden Tätig-

keit. Sind nur diese nicht erfüllt, so wird zwar die Berufskrankheit im juristischen Sinne nicht anerkannt, es werden jedoch gegebenenfalls im Rahmen von § 3 BKV Leistungen zur Individualprävention beziehungsweise zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Beide Fallgruppen werden statistisch als „bestätigte Berufskrankheiten“ zusammengefasst. In den übrigen Fällen muss eine Ablehnung erfolgen, weil entweder nicht nachgewiesen werden kann, dass die Erkrankten am Arbeitsplatz überhaupt einer entsprechenden Gefährdung ausgesetzt waren, oder weil zwar der schädigende Einfluss am Arbeitsplatz festgestellt werden kann, nicht aber ein Zusammenhang zwischen dieser Einwirkung und der Erkrankung.

Bei einem Teil der anerkannten Berufskrankheiten wird aufgrund des Vorliegens bestimmter Voraussetzungen – insbesondere einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent – im Geschäftsjahr Verletztenrente (beziehungsweise Gesamtvergütung) oder Sterbegeld (beziehungsweise Hinterbliebenenrente) erstmals durch Verwaltungsakt festgestellt (sogenannte „neue Berufskrankheitenrenten“). Bei den anerkannten Berufskrankheiten ohne Rentenzahlung werden vielfach Leistungen in anderer Form erbracht, zum Beispiel Heilbehandlung, Verletzengeld, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Übergangsgeld.

In **Tabelle 8** wird ein zahlenmäßiger Überblick über alle in den letzten zehn Jahren im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand entschiedenen Fälle gegeben. Auch hier sind die wenigen Fälle aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung enthalten. Im Berichtsjahr

wurden insgesamt 72.927 Feststellungsverfahren abgeschlossen. Dabei wurde in 36.202 Fällen – und damit in 49,6 Prozent – der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt. Unter diesen bestätigten Fällen waren 15.656 anerkannte Berufskrankheiten im engeren Sinn, von denen wiederum in 4.815 Fällen eine Rente, Abfindung oder Sterbegeld gezahlt wurde (neue Berufskrankheitenrenten). Der in den letzten Jahren erfolgte Rückgang bei den neuen BK-Renten ist durch den enormen Anstieg (der BG RCI Branche Bergbau) im Berichtsjahr 2009 – unter anderem bedingt durch ein Urteil des BSG sowie einer Änderung der Berufskrankheitenverordnung – zu erklären. Die Altfälle, die durch den Wegfall der Rückwirkungsklausel und der damit verbundenen Anerkennung (BSG-Urteil) entstanden sind, sind nun weitestgehend abgeschlossen.

In den übrigen 20.546 bestätigten Fällen – überwiegend Hauterkrankungen – waren die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt. Der Anstieg bei den Fällen, bei denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen aber fehlen, ist durch die Verbesserung der Dokumentation der § 3-Maßnahmen in der Stufe 1 des Stufenverfahrens Haut zu begründen. In 36.725 Fällen musste eine Ablehnung erfolgen.

In **Tabelle 9** sind die entschiedenen Fälle des Berichtsjahres nicht nur nach Art der versicherungsrechtlichen Entscheidung, sondern zusätzlich nach Krankheitsgruppen aufgegliedert. Es wird unter anderem deutlich, dass es besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nur bei bestimmten Berufskrankheiten gibt. Da-

durch ist die Rangfolge der häufigsten Berufskrankheiten auch unterschiedlich, je nachdem, ob man die anerkannten oder die bestätigten Fälle betrachtet.

6.4 Übergangsleistungen

Wenn ein Versicherter eine gefährdende berufliche Tätigkeit wegen der Entstehung, des Wiederauflebens oder der Verschlimmerung einer Berufskrankheit aufgibt, so wird eine hierdurch verursachte Verdiensteinbuße oder ein anderer wirt-

schaftlicher Nachteil vom Träger der Unfallversicherung ausgeglichen. Diese Übergangsleistung nach § 3 Abs. 2 BKV kann als einmalige Zahlung bis zur Höhe der Jahresvollrente gewährt werden. Es können aber auch monatliche Zahlungen bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente für längstens fünf Jahre erfolgen.

Im Jahr 2013 wurden von den Unfallversicherungsträgern insgesamt 3.597 Übergangsleistungen gewährt, davon 3.490 im

Bereich der gewerblichen Wirtschaft. Ihre Verteilung nach Krankheitsgruppen und Unfallversicherungsträgern weist deutliche Schwerpunkte auf: Mit 1.601 Fällen sind 44,5 Prozent durch Hautkrankheiten begründet, die überwiegend in den Berufsgenossenschaften Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Holz und Metall sowie Nahrungsmittel und Gastgewerbe zu finden sind. In weiteren 1.330 Fällen (37,0 Prozent) handelt es sich um obstruktive Atemwegserkrankungen, die zu 67,7 Prozent auf die BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe entfallen. Weitere 538 Übergangsleistungen (15,0 Prozent) wurden aufgrund von Erkrankungen durch mechanische Einwirkungen erbracht. Es verbleiben 128 Fälle (3,6 Prozent), die sich auf die übrigen Erkrankungen verteilen.

Tabelle 9: Entschiedene Fälle 2013 nach Krankheitsgruppen

(Unter-) Gruppe	Bezeichnung	BK-Verdacht bestätigt				BK-Verdacht nicht bestätigt	Entschiedene Fälle insgesamt
		anerkannte Berufskrankheiten		berufl. Verursachung best., vers.-rechtl. Vor. fehlen	Insgesamt (Sp. 1, 3)		
		Insgesamt	darunter neue BK-Renten				
1	2	3	4	5	6		
1	Chemische Einwirkungen	521	421	15	536	2.943	3.479
11	Metalle und Metalloide	23	18	–	23	227	250
12	Erstickungsgase	7	1	–	7	40	47
13	Lösungsmittel, Pestizide und sonst. chem. Stoffe	491	402	15	506	2.676	3.182
2	Physikalische Einwirkungen	7.745	823	168	7.913	15.011	22.924
21	Mechanische Einwirkungen	941	463	168	1.109	9.297	10.406
22	Druckluft	3	–	–	3	5	8
23	Lärm	6.730	293	–	6.730	5.351	12.081
24	Strahlen	71	67	–	71	358	429
3	Infektionserreger, Parasiten, Tropenkrankheiten	1.023	68	–	1.023	1.370	2.393
4	Atemwege, Lungen, Rippenfell, Bauchfell	5.383	3.221	302	5.685	10.416	16.101
41	Anorganische Stäube	4.736	2.923	–	4.736	7.441	12.177
42	Organische Stäube	67	44	–	67	128	195
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen	580	254	302	882	2.847	3.729
5	Hautkrankheiten	625	179	20.061	20.686	4.999	25.685
6	Augenzittern der Bergleute	–	–	–	–	2	2
	Fälle gemäß DDR-BKVO-Liste	15	10	–	15	63	78
	Sonstige Krankheiten	344	93	–	344	1.921	2.265
	Insgesamt	15.656	4.815	20.546	36.202	36.725	72.927

7 Rentenbestand

1991 hatten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf die neuen Bundesländer den gesamten laufenden Rentenbestand aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Sozialversicherung der ehemaligen DDR übernommen. Damit war der Rentenbestand im Jahre 1991 um rund ein Drittel angestiegen. Ende 2013 belief er sich auf 842.902 Renten, was einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 1,5 Prozent entspricht.

Der Rentenbestand kann in verschiedener Weise aufgegliedert werden. Die wichtigsten Aufteilungen ergeben folgendes Bild:

- 742.054 Renten (88 Prozent) stammen aus dem Bereich der gewerblichen Wirtschaft
- 83.145 Renten (10 Prozent) stammen aus dem Bereich der öffentlichen Hand
- 17.703 Renten (2 Prozent) stammen aus dem Bereich der Schüler-Unfallversicherung
- 712.280 Renten (85 Prozent) laufen aufgrund von Unfällen
- 130.622 Renten (15 Prozent) laufen aufgrund von Berufskrankheiten
- 727.161 Renten (86 Prozent) erhalten Verletzte und Erkrankte
- 115.741 Renten (14 Prozent) erhalten Hinterbliebene

8 Entschädigungsleistungen

In diesem Abschnitt werden summarisch alle Entschädigungsleistungen einschließlich der Aufwendungen im Rahmen der

Tabelle 10: Aufwendungen für Heilbehandlung

	€				Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
	2010	2011	2012	2013	
Ambulante Heilbehandlung	1.217.359.617	1.258.615.274	1.292.127.515	1.331.964.576	+3,1
Zahnersatz	16.068.878	16.013.638	15.913.598	15.791.627	-0,8
Ambulante Heilbehandlung und Zahnersatz zusammen	1.233.428.495	1.274.628.913	1.308.041.113	1.347.756.203	+3,0
Stationäre Behandlung	1.017.980.303	1.035.375.657	1.041.445.538	1.066.648.353	+2,4
Häusliche Krankenpflege	10.710.575	11.350.817	11.801.689	12.137.666	+2,8
Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege zusammen	1.028.690.878	1.046.726.474	1.053.247.228	1.078.786.019	+2,4
Verletztengeld ¹	582.729.332	601.030.629	601.353.569	638.844.038	+6,2
Besondere Unterstützung	1.051.438	1.069.184	1.168.514	1.222.762	+4,6
Verletztengeld und besondere Unterstützung zusammen	583.780.770	602.099.813	602.522.082	640.066.800	+6,2
Gewährung der Pflege	116.405.159	125.430.171	138.663.325	150.597.498	+8,6
Pflegegeld	108.665.755	108.099.781	108.398.700	108.999.478	+0,6
Entschädigung f. Wäsche- und Kleiderverschleiß	16.953.165	16.947.188	17.173.411	17.375.033	+1,2
Übrige Heilbehandlungskosten	1.054.742	936.304	1.249.724	1.263.902	+1,1
Sozialversicherungsbeiträge bei Verletztengeld	189.753.174	200.163.823	203.881.860	216.219.913	+6,1
Reisekosten bei Heilbehandlung und Pflege	176.588.115	188.473.601	196.692.052	204.881.467	+4,2
Haushaltshilfe und Kinderbetreuung	5.666.791	5.883.402	5.561.095	5.976.903	+7,5
Leistungen z. Teilhabe a. Leben i. d. Gemeinschaft	34.325.704	39.108.463	40.310.346	39.664.161	-1,6
Verletztengeld bei Unfall des Kindes	1.550.523	1.778.346	2.049.047	2.055.092	+0,3
Sonstige Heilbehandlungskosten zusammen	650.963.126	686.821.079	713.979.560	747.033.447	+4,6
Insgesamt	3.496.863.269	3.610.276.278	3.677.789.983	3.813.642.469	+3,7

Schüler-Unfallversicherung dargestellt, welche Unfallversicherungsträger im Bereich der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand im Jahr 2013 für ihre Versicherten erbracht haben. Als Entschädigungsleistungen gelten die Dienst-, Sach- und Barleistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles an Verletzte und Erkrankte sowie an Hinterbliebene. Im Einzelnen handelt es sich dabei um Heilbehandlung inklusive Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Pflege und Geldleistungen. Die Entschädigungsleistungen beliefen sich 2013 auf 9,598 Milliarden Euro. Das waren 137,3 Millionen Euro beziehungsweise 1,5 Prozent mehr als im Vorjahr. 3,814 Milliarden Euro der Entschädigungsleistungen entfielen auf Heilbehandlung, 183 Millionen Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und 5,500 Milliarden Euro auf Renten, Abfindungen und Beihilfen.

8.1 Heilbehandlung

2013 lagen die gesamten Aufwendungen für Heilbehandlung einschließlich medizinischer Rehabilitation, Geldleistungen,

Pflege und ergänzender Leistungen in Höhe von 3,814 Milliarden Euro um 3,7 Prozent beziehungsweise um 136 Millionen Euro über denen des Vorjahres. Ihre detaillierte Aufgliederung in **Tabelle 10** zeigt, dass die Kosten in den meisten Teilbereichen gestiegen sind. Hervorzuheben ist der Anstieg bei der ambulanten Behandlung um 40 Millionen Euro beziehungsweise um

3,1 Prozent, bei der stationären Behandlung um 25 Millionen Euro beziehungsweise um 2,4 Prozent, beim Verletztengeld um 37 Millionen Euro (6,2 Prozent) sowie der Gewährung der Pflege um 12 Millionen Euro (+8,6 Prozent) und bei den Sozialversicherungsbeiträgen bei Verletztengeld um 12 Millionen Euro beziehungsweise um 6,1 Prozent. In den Rechnungsergebnissen

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

	€				Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
	2010	2011	2012	2013	
Sachleistungen	85.492.268	88.171.586	88.400.601	87.394.795	-1,1
Übergangsgeld	41.761.353	44.902.188	43.998.927	44.411.753	+0,9
Sonstige Barleistungen	577.426	735.062	603.482	491.103	-18,6
Sozialversicherungsbeiträge bei Übergangsgeld	24.277.114	25.371.737	24.923.549	24.821.335	-0,4
Reisekosten	8.210.738	8.408.963	8.193.176	7.614.849	-7,1
Haushaltshilfe	177.848	207.993	198.412	227.334	+14,6
Sonstige ergänzende Leistungen	4.403.831	4.927.421	4.872.431	4.750.150	-2,5
Übergangsleistungen	14.725.023	14.049.853	14.236.830	13.764.664	-3,3
Insgesamt	179.625.599	186.774.803	185.427.409	183.475.983	-1,1

Tabelle 12: Aufwendungen für Renten, Beihilfen und Abfindungen

	€				Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
	2010	2011	2012	2013	
Renten an Versicherte	3.993.056.593	3.954.729.802	3.975.382.391	3.980.743.614	+0,1
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII	11.511.648	10.021.357	9.138.902	8.873.037	-2,9
Witwen/Witwer nach § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII	1.304.521.662	1.296.634.973	1.305.306.576	1.307.274.528	+0,2
Rente im Sterbevierteljahr nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII	15.443.063	15.621.220	13.870.209	14.779.939	+6,6
Witwen/Witwer zusammen	1.331.476.372	1.322.277.550	1.328.315.687	1.330.927.503	+0,2
Waisen	98.556.217	92.665.518	89.732.323	85.001.498	-5,3
Sonstige Berechtigte	265.359	211.256	217.806	190.562	-12,5
Renten zusammen	5.423.354.541	5.369.884.126	5.393.648.207	5.396.863.177	+0,1
Beihilfen nach § 71 SGB VII an Witwen/Witwer einmalig	15.269.905	15.409.137	15.948.159	16.415.798	+2,9
Beihilfen nach § 71 SGB VII an Witwen/Witwer laufend	1.926.322	2.043.054	2.120.880	2.199.992	+3,7
Witwen/Witwer zusammen	17.196.227	17.452.192	18.069.039	18.615.790	+3,0
Waisen	67.394	34.209	78.910	43.372	-45,0
Beihilfen zusammen	17.263.620	17.486.400	18.147.949	18.659.162	+2,8
Abfindungen an Versicherte ¹	88.473.724	85.575.955	85.043.154	83.944.584	-1,3
Abfindungen an Hinterbliebene	718.810	758.046	733.931	763.204	+4,0
Abfindungen zusammen	89.192.534	86.334.001	85.777.086	84.707.787	-1,2
Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	232.852	254.241	258.971	212.515	-17,9
Insgesamt	5.530.043.547	5.473.958.769	5.497.832.213	5.500.442.641	+0,0

¹ inklusive Gesamtvergütungen

werden im Rahmen der Heilbehandlungskosten auch die Aufwendungen zur Förderung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben („soziale Reha“) erfasst, die sich im Berichtsjahr auf 40 Millionen Euro (-1,6 Prozent) beliefen.

8.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Berichtsjahr betragen diese Aufwendungen 183 Millionen Euro. Sie waren damit um 1,1 Prozent beziehungsweise um 2,0 Millionen Euro niedriger als im Vorjahr. In **Tabelle 11** sind sie nach den verschiedenen Teilbereichen aufgeschlüsselt. Mit 87 Millionen Euro wurden 47,6 Prozent aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Sachleistungen aufgewendet. Mit 44 Millionen Euro entfielen weitere 24,2 Prozent der Kosten auf Übergangsgeld.

8.3 Renten, Beihilfen und Abfindungen

Die gesamten Aufwendungen dieser Art in Höhe von 5,500 Milliarden Euro weisen 2013 gegenüber dem Vorjahr einen minimalen Anstieg um 0,05 Prozent auf; sie sind in **Tabelle 12** näher aufgeschlüsselt. Mit 5,397 Milliarden Euro wurden 98 Prozent davon für Renten an Verletzte, Erkrankte und Hinterbliebene ausgegeben, wobei 3,981 Milliarden Euro auf Versichertenrenten entfielen und 1,416 Milliarden Euro auf Hinterbliebenenrenten. Für

Beihilfen an Hinterbliebene wurden 19 Millionen Euro aufgewendet und für Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene 85 Millionen Euro. Darüber hinaus wurden im Berichtsjahr etwa 213.000 Euro für Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen geleistet.

9 Steuerungskosten für Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben gemäß § 15 SGB VII den gesetzlichen Auftrag, Unfallverhütungsvorschriften zu

erlassen, zu deren Einhaltung die Unternehmen beziehungsweise Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich verpflichtet sind. Die Unfallversicherungsträger tragen die Steuerungskosten, die bei der Einleitung von Präventionsmaßnahmen anfallen. Dagegen werden die Durchführungskosten, deren Umfang statistisch nicht erfasst wird, die jedoch mit Sicherheit um ein Vielfaches höher liegen, von den Unternehmen und Einrichtungen getragen.

Tabelle 13: Steuerungskosten für Prävention

	€				Veränd. v. 2012 auf 2013 in %
	2010	2011	2012	2013	
Herst. von Unfallverhütungsvorschriften	3.074.438	2.702.969	2.263.528	1.921.299	-15,1
Personal- und Sachkosten der Prävention	534.341.964	557.191.867	587.129.171	604.425.759	+2,9
Aus- und Fortbildung (§ 23 SGB VII)	118.150.000	123.210.579	121.803.275	128.325.558	+5,4
Zahlungen an Verbände für Prävention	81.130.847	84.580.739	112.338.991	100.624.002	-10,4
Arbeitsmedizinische Dienste	45.565.515	48.067.295	50.176.441	53.415.071	+6,5
Sicherheitstechnische Dienste	15.371.299	13.567.000	14.439.713	15.192.261	+5,2
Sonstige Kosten der Prävention	79.793.606	82.152.970	86.915.006	90.916.929	+4,6
Erste Hilfe (§ 23 Abs. 2 SGB VII)	34.007.280	36.751.389	38.276.138	43.002.985	+12,3
Insgesamt	911.434.949	948.224.808	1.013.342.263	1.037.823.865	+2,4

Tabelle 14: Gewerbliche Berufsgenossenschaften –
Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2013: Ermittlung des Umlagesolls

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	1.033.730.101	21	Sonstige Beitragseingänge	366.496.058
45	Zahnersatz	9.612.583	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	28.101.008
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	875.062.899		Insgesamt	394.597.067
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	572.315.482			
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	609.563.493			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	163.648.001			
	Insgesamt	3.276.512.271			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	4.815.077.789	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	39.796.348
51	Beihilfen an Hinterbliebene	16.995.266	33	Vermögenserträge	–
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	78.584.991	34	Gewinne der Aktiva	–
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	27.579	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	353.095.385
56	Mehrleistungen und Aufwendungsersatz	46.930	36	Geldbußen und Zwangsgelder	2.699.939
57	Sterbegeld und Überführungskosten	16.318.688	37	Entnahmen aus den Vermögen	235.356.151
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	59.880.149	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	388.087
59	Prävention	931.385.324	39	Sonstige Einnahmen	776.555.556
	Insgesamt	5.918.316.716		Insgesamt	1.407.891.467
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–			
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	2.720.975			
64	Beitragsausfälle	234.825.934			
65	Beitragsnachlässe	297.082.294			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–			
67	Zuführungen zu den Vermögen	698.955.167			
69	Sonstige Aufwendungen	774.323.417			
	Insgesamt	2.007.907.787			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	613.626.923			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	117.455.953			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	64.413.015			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	166.213.147			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	3.288.177			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	155.755.682			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	8.538.164			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	3.913.833			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	1.448.033			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	–			
	Insgesamt	1.134.652.927			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	12.337.389.702		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.802.488.533
Ermittlung des Umlagesolls:					
	umlagewirksame Aufwendungen				12.337.389.702
	abzüglich umlagewirksamer Erträge				1.802.488.533
	Umlagesoll * (Überschuss der Aufwendungen)				10.534.901.168

* BGHM und BGW: ohne Berücksichtigung der Auslandsunfallversicherung

Tabelle 15: Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand –
Zusammenfassende Abschlussübersicht für das Jahr 2013: Umlagerechnung

Ktgr.	Umlagewirksame Aufwendungen	€	Ktgr.	Umlagewirksame Erträge	€
Kontenklasse 4			Kontenklasse 2		
40	Ambulante Heilbehandlung	298.234.475	20	Umlagebeiträge der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände	1.375.271.532
45	Zahnersatz	6.179.044	21	Sonstige Beitragseingänge	44.202.641
46	Stationäre Behandlung und häusliche Krankenpflege	191.585.454	22	Säumniszuschläge, Stundungszinsen	156.278
47	Verletztengeld und besondere Unterstützung	66.528.556		Insgesamt	1.419.630.451
48	Sonstige Heilbehandlungskosten und ergänzende Leistungen	137.469.954			
49	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	19.827.983			
	Insgesamt	720.606.181			
Kontenklasse 5			Kontenklasse 3 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 30/31)		
50	Renten an Versicherte und Hinterbliebene	581.785.388	32	Umlagewirksame Vermögenserträge aus den Betriebsmitteln	8.462.311
51	Beihilfen an Hinterbliebene	1.663.896	33	Vermögenserträge	–
52	Abfindungen an Versicherte und Hinterbliebene	6.122.796	34	Gewinne der Aktiva	–
53	Unterbringung in Alters- und Pflegeheimen	184.936	35	Einnahmen aus Ersatzansprüchen	83.196.651
56	Mehrleistungen und Aufwendersersatz	15.511.101	36	Geldbußen und Zwangsgelder	–
57	Sterbegeld und Überführungskosten	1.054.492	37	Entnahmen aus den Vermögen	42.653.486
58	Leistungen im Rahmen von Unfalluntersuchungen	7.360.251	38	Einnahmen aus öffentlichen Mitteln	144.949.325
59	Prävention	106.438.541	39	Sonstige Einnahmen	3.740.726
	Insgesamt	720.121.400		Insgesamt	283.002.499
Kontenklasse 6 (ohne umlageunwirksame Ktgr. 60/61)					
62	Zuschreibungen und sonstige Aufwendungen	–		Summe der Erträge	1.702.632.950
63	Umlagewirksame Vermögensaufwendungen	99.345		Differenz bei der Unfallkasse Hessen	638.941
64	Beitragsausfälle	116.664			
65	Beitragsnachlässe	2.001.632			
66	Verluste durch Wertminderung der Aktiva und Wertsteigerung der Passiva	–			
67	Zuführungen zu den Vermögen	58.994.869			
69	Sonstige Aufwendungen	2.152.615			
	Insgesamt	63.365.125			
Kontenklasse 7					
70	Gehälter und Versicherungsbeiträge	137.584.786			
71	Versorgungsbezüge, Beihilfen usw.	10.612.214			
72	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung	10.892.913			
73	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude, techn. Anlagen und beweglichen Einrichtung	23.794.553			
74	Aufwendungen für die Selbstverwaltung	1.184.880			
75	Vergütungen an andere für Verwaltungsarbeiten	12.085.149			
76	Kosten der Rechtsverfolgung	1.705.950			
77	Gebühren und Kosten der Feststellung der Entschädigungen	235.658			
78	Vergütungen für die Auszahlung von Renten	274.108			
79	Vergütungen an andere für den Beitragseinzug	808.974			
	Insgesamt	199.179.185			
	Summe der umlagewirksamen Aufwendungen	1.703.271.891		Summe der umlagewirksamen Erträge	1.703.271.891
	Umlagebeitrag	1.375.271.532			

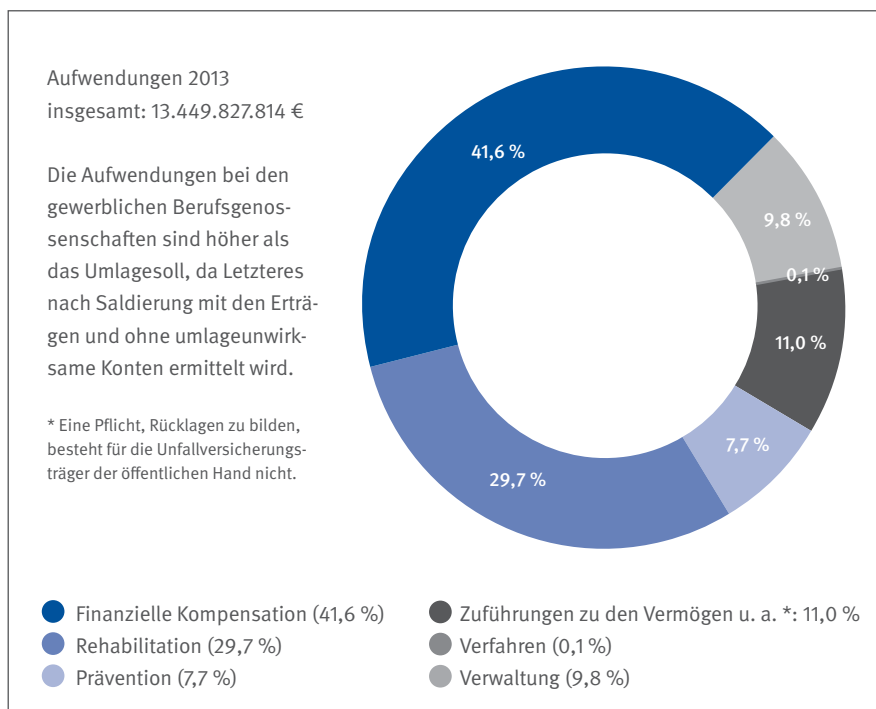


Abbildung 2: Aufwendungen 2013

2013 haben die Unfallversicherungsträger 1,0 Milliarden Euro für Prävention, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Dienste und Erste Hilfe ausgegeben. Diese Aufwendungen lagen um 2,4 Prozent über denen des Vorjahres. Mehr als die Hälfte der Ausgaben entfiel mit 604 Millionen Euro auf die Personal- und Sachkosten der Prävention. Für die Ausbildung von Personen, die in den Unternehmen mit der Durchführung der Prävention betraut sind, wurden 128 Millionen Euro aufgewendet. Die nähere Aufgliederung der übrigen Kosten der Prävention ist in **Tabelle 13** zu finden.

10 Aufbringung der Mittel

Die Aufwendungen der Unfallversicherungsträger im aktuellen Berichtsjahr sind in **Abbildung 2** anteilig dargestellt.

Das Finanzierungsverfahren unterscheidet sich im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften strukturell von demjenigen im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Aus diesem Grunde ist beiden Bereichen hier ein eigener Abschnitt gewidmet. Dieser enthält jeweils auch eine Überblicksdarstellung der Aufwands- und Ertragsrechnung.

10.1 Aufbringung der Mittel und Beitragssatz im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Das Umlagesoll für 2013 beläuft sich auf 10,535 Milliarden Euro und ist damit um 64 Millionen Euro beziehungsweise um 0,6 Prozent niedriger als im Vorjahr. Das beitragspflichtige Entgelt ist um 3,0 Prozent auf 841,5 Milliarden Euro gestiegen. Der durchschnittliche Beitragssatz ist gegenüber dem Vorjahr gesunken und beträgt 1,25 Prozent.

Anders als in den übrigen Zweigen der gesetzlichen Sozialversicherung, in denen in den letzten Jahrzehnten zum Teil erhebliche Beitragsanstiege zu verzeichnen waren, weist der durchschnittliche Beitragssatz der gewerblichen Berufsgenossenschaften in der langjährigen Entwicklung eine hohe Stabilität auf. Dementsprechend ist der Anteil dieses Beitragssatzes am Gesamtsozialversicherungs-Beitragssatz von 5,0 Prozent im Jahr 1970 auf 3,08 Prozent im Berichtsjahr 2013 gesunken.

Die Finanzmittel für die Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden nach Ablauf eines Geschäftsjahres nach-

träglich von den Unternehmern in der gewerblichen Wirtschaft im Umlageverfahren aufgebracht. Die Aufwendungen sind höher als das Umlagesoll, welches die Unternehmer in der gewerblichen Wirtschaft als Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung aufzubringen haben. Die Berufsgenossenschaften erwirtschaften nämlich auch Einnahmen, wie zum Beispiel Regresseinnahmen, die zunächst einen Teil der Aufwendungen decken, sodass nur noch die Differenz umgelegt werden muss. Dies ist übersichtlich dargestellt in **Tabelle 14**, die als zusammenfassende Abschlussübersicht die gegliederte Darstellung aller umlagewirksamen Aufwendungen und Erträge sowie das daraus resultierende Umlagesoll enthält.

Der Anteil des einzelnen Unternehmers an diesem Umlagesoll richtet sich zunächst nach dem beitragspflichtigen Entgelt in seinem Unternehmen; darunter sind die Arbeitsentgelte der abhängig Beschäftigten sowie die Versicherungssummen der versicherten Unternehmer zu verstehen. Darüber hinaus erfolgt eine Einstufung des Unternehmens nach dem Gefahrtarif aufgrund der generellen Unfallgefahr in diesem Gewerbebereich. Zusätzlich setzen die gewerblichen Berufsgenossenschaften Beitragszuschläge und -nachlässe fest, deren Höhe sich nach Zahl, Schwere und Kosten der Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) im einzelnen Unternehmen richtet. Diese Zuschläge und Nachlässe geben dem Unternehmer einen wirtschaftlichen Anreiz, möglichst effektiv Unfälle zu verhüten.

10.2 Aufbringung der Mittel im Bereich der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren sich in erster Linie aus Beiträgen der Kommunen, Landkreise, Länder und dem Bund. Die Beiträge werden dabei durch die Haushaltsplanung errechnet. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Zahl der Einwohner, Versicherten oder den Arbeitsentgelten. Die zusammenfassende Abschlussübersicht der Aufwendungen und Erträge ist in **Tabelle 15** synoptisch dargestellt.

SHARE ECONOMY – TAXIFAHREN MIT „UBER“

Mit einer einstweiligen Verfügung vom 25.08.2014 hat die 3. Kammer des Landgerichts Frankfurt a. M. der Firma „Uber“ untersagt, über die App „Uber“ respektive „UberPoP“ Beförderungswünsche von Fahrgästen zu vermitteln, „soweit diese mit der Durchführung der Beförderungswünsche entgeltliche Personenbeförderung mit Kraftfahrzeugen durchführen würden, ohne im Besitz einer Genehmigung nach dem PBefG [Personenbeförderungsgesetz] zu sein, es sei denn das Gesamtentgelt für die Beförderungsfahrt übersteigt nicht die Betriebskosten der Fahrt.“ Infolgedessen hat die 6. Kammer des Landgerichts Frankfurt a. M. ebenfalls mit einstweiliger Verfügung vom 08.09.2014 einem Fahrer untersagt, entsprechende Fahrten zu unternehmen.



Beschluss des Landgerichts Frankfurt a. M. vom 25.08.2014 – 2-03 O 329/14; online im Internet unter: www.lareda.hessenrecht.hessen.de

Beschluss des Landgerichts Frankfurt a. M. vom 08.09.2014 – 2-06 O 318/14; online im Internet unter: www.taxi-deutschland.net

Mit dem Begriff der Share Economy verbindet sich der Gedanke, dass eine Gesellschaftsordnung davon profitiert, dass alle alles teilen respektive sich der Wohlstand aller in dem Maße steigert, in welchem die Marktteilnehmer (ressourcenorientiert, nachhaltig) teilen. Zurückgehend auf Martin Weitzman (The share economy, 1984) findet sich dieser Gedanke aktuell in Unternehmen wieder, die – tradierte Geschäftsmodelle und sie umgebende Regeln hinterfragend – neue, insbesondere IT-gestützte Geschäftsmodelle entwickeln und damit fast zwangsläufig „anecken“. Nach (älteren) Modellen der „Mitfahrzentrale“ und etwa dem „Carsharing“ sind die bekanntesten Unternehmen dieser Art zurzeit „Uber“ im Bereich von Beförderungsfahrten und „AirBnB“ im Bereich von Übernachtungsmöglichkeiten. Unabhängig von Fragen nach einer diesbezüglichen Ideologie solcher Unternehmen stellt sich hier eine Fülle von rechtlichen Fragen. Das sind im Falle von „Uber“ nicht nur spezifische Fragen des Perso-

nenbeförderungsrechts, sondern auch arbeits- und sozialrechtliche Fragen. Lässt man sich beispielsweise einmal auf das Modell von „Uber“ ein, so müssen wir bezogen auf die gesetzliche Unfallversicherung (respektive die Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft) fragen, ob die Fahrerinnen und Fahrer nun Beschäftigte (von „Uber“) oder selbst Unternehmerin beziehungsweise Unternehmer sind; dies mit melde-, beitrags- und leistungsrechtlichen Folgen. Könnte es aber auch sein, dass sie weder Beschäftigte noch Unternehmer, aber dennoch „wirtschaftlich aktiv“ sind? Gibt es etwas „Drittes“? Wie reagiert die Sozialversicherung insgesamt auf neue Formen von Geschäftsmodellen? Müssen sich diese der Kategorisierung der Sozialversicherung anpassen oder muss sich die Sozialversicherung diesen neuen Formen anpassen? Kann sie das überhaupt in systemischer und politischer Hinsicht? Eine ganze Menge spannender Fragen, deren Beantwortung wir in der Zukunft sehen.

Prof. Dr. jur. Laurenz Mülheims, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

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 · fotolia.de/snyggg.de

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

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

Zitierweise · DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN · 1867-8483

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

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

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

DGUV Arbeit & Gesundheit **BASICS**

www.universum.de/basics

Die Broschüren zu den wichtigsten Themen
rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.



Preise und Bestellung unter: www.universum.de/basics

Sie benötigen eine große Stückzahl, möchten Ihr Logo
eindrucken lassen oder Wechelseiten einfügen?

Sprechen Sie uns an: basics@universum.de

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54
65183 Wiesbaden · Telefon 0611 90 30-501
Fax: 0611 90 30-379 · Internet: www.universum.de
E-Mail: vertrieb@universum.de · Registriert
beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

 **Universum**
Verlag

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

Weitere Informationen unter www.uni-wuerzburg.de/psych

Schnell anmelden: per Fax **0931 9039-191**

per E-Mail: fachtagung@uni-wuerzburg.de

oder per Telefon **0931 9039-244**

Tagungspreis € 440,-

Kombination Tagung plus „Praxishandbuch
psychische Belastungen im Beruf“ € 480,-

Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag



VOM PUNKT
AN SCHAUUNG



VOM PUNKT
AN SCHAUUNG

Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag
Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag
Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag

Wieder:



UNI
WÜRZBURG
VERLAG

Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag
Chancen für einen erfolgreichen
Arbeitsalltag